



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HANNY KRAFT

**RESTAURAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA UTILIZANDO
MATRIZ LINGUAL: RELATO DE CASO CLÍNICO COM
ACOMPANHAMENTO DE 10 MESES**

Londrina
2022

HANNY KRAFT

**RESTAURAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA UTILIZANDO
MATRIZ LINGUAL: RELATO DE CASO CLÍNICO COM
ACOMPANHAMENTO DE 10 MESES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção de diploma de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza.

Londrina
2022

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

K89r Kraft, Hanny.
Restauração de fratura coronária utilizando matriz lingual: relato de caso clínico com acompanhamento de 10 meses / Hanny Kraft. - Londrina, 2022.
28 f. : il.

Orientador: Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Traumatismos Dentários - TCC. 2. Restauração Dentária Permanente - TCC. 3. Resinas Compostas - TCC. 4. Estética Dentária - TCC. I. Aranda Garcia de Souza, Eloisa Helena. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.31

HANNY KRAFT

**RESTAURAÇÃO DE FRATURA CORONÁRIA UTILIZANDO MATRIZ
LINGUAL: RELATO DE CASO CLÍNICO COM ACOMPANHAMENTO
DE 10 MESES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Estadual de Londrina - UEL,
como requisito parcial para a obtenção de
diploma de graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Eloisa Helena Aranda Garcia de
Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

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

Londrina, 30 de maio de 2022.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, por todas as vitórias e conquistas alcançadas durante a minha vida e por me privilegiar de exercer uma profissão magnífica.

Agradeço à minha dupla de clínica, Ana Lara Furlan, que esteve do meu lado em toda essa trajetória, a sua amizade é uma bênção que surgiu no meu caminho.

Agradeço à minha mãe, Edicleia Mara Sarggin Kraft, pelo exemplo de dedicação, que de uma forma tão amorosa e paciente me apoiou e não mediu esforços para que esse sonho se tornasse real. Sem você, nada disso seria possível. As palavras mais lindas do universo são insuficientes perto do que você merece. Essa vitória é nossa!

Agradeço ao meu pai, Bartolomeu Kraft (in memorian), por me fazer acreditar que eu posso tudo. Saudades eternas!

Agradeço ao meu marido e grande incentivador, por seu amor e paciência em todos estes anos de graduação, por toda caminhada que fizemos juntos até o dia de hoje, e pelas próximas que virão.

Agradeço à minha família por todo apoio, carinho, incentivo e por acreditarem em mim, vocês são essenciais em todos os momentos da minha vida.

Agradeço à Professora Orientadora Eloisa Helena Aranda Garcia de Souza, meu imenso agradecimento. Por todas as vezes que me incentivou e me mostrou o melhor caminho a ser seguido. Pela constante orientação e apoio neste trabalho e pela sua amizade.

Agradeço ao professor Dr. Marcio Grama Hoeppner, por aceitar o convite de participar da banca deste trabalho, mas sobretudo, pela sua amizade e por ter contribuído efetivamente na minha formação com ensinamentos e conselhos ao longo desses anos.

Agradeço às minhas amigas Nathalia Coppi e Jaqueline Ferreira, por me apoiarem nos momentos em que mais precisei e pela motivação em dias difíceis.

Sou grata à Universidade Estadual de Londrina, aos professores e funcionários, que na complexidade da vida acadêmica tanto contribuíram para a concretização desta importante etapa de minha vida, proporcionando ensino superior de qualidade.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram com meu crescimento pessoal e profissional.

**Consagre ao Senhor tudo o que você faz,
e os seus planos serão bem-sucedidos.**
Provérbios 16:3

RESUMO

KRAFT, Hanny. **Restauração de fratura coronária utilizando matriz lingual:** relato de caso clínico com acompanhamento de 10 meses. 2022. 28 fls. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

As lesões orais são responsáveis por 5% das lesões corporais em todas as idades. O traumatismo dentário é considerado um problema de saúde bucal pública. Ocorre frequentemente em idade precoce na dentição permanente, com maior incidência nos incisivos centrais superiores e apresenta etiologia variada. O tratamento dos dentes traumatizados exige: habilidade clínica; conhecimento diagnóstico do problema; eficiência no tratamento de emergência; acompanhamento adequado a longo prazo, e constantemente, envolve a atuação de vários especialistas. Este estudo teve como objetivo relatar e discutir uma técnica restauradora direta com duas cores de resina composta (RC) em paciente odontopediátrico, após uma fratura em incisivo central superior permanente ocorrida durante brincadeira na piscina. Paciente de 7 anos, gênero masculino, diagnosticado com fratura coronária do esmalte e da dentina no dente 21, não possuía os fragmentos dentários. Devido à extensão da fratura, a restauração anatomofuncional da face palatina foi realizada utilizando a técnica da matriz de silicone confeccionada previamente, a partir do enceramento do modelo estudo. A dentina e o esmalte foram restaurados utilizando apenas duas resinas compostas. Em acompanhamento clínico após 10 meses, os resultados estético e funcional obtidos foram julgados altamente satisfatórios pelo paciente, mãe e operadores. Com a utilização da técnica da matriz de silicone (matriz lingual), foi criado um guia para a obtenção da proporção palatina através do enceramento diagnóstico. Sendo assim, o tamanho, a forma e a cor do dente puderam ser determinados previamente, diminuindo assim, a necessidade de eventuais ajustes. Foi possível, também, constatar que o uso dessa matriz facilitou inserir e estabilizar a RC na área a ser reconstruída. Neste caso, a eficácia desta técnica proporcionou qualidade estética e recuperação da função dentária em apenas duas visitas e um bom prognóstico.

Palavras-chave: Traumatismos Dentários. Restauração Dentária Permanente. Resinas Compostas. Estética Dentária.

ABSTRACT

KRAFT, Hanny. **Coronary fracture restoration using lingual matrix**: clinical case report with 10-month follow-up. 2022. 28 pages. Completion of course work submitted to the School of Dentistry, State University of Londrina, as a partial requirement for obtaining a bachelor's degree. Londrina. 2022.

The oral injuries are responsible for 5% of bodily injuries at all ages. The dental trauma is considered a public oral health problem. It often occurs at an early age, with a higher incidence in the central incisors and has a varied etiology. Treating traumatized teeth requires: clinical skill; diagnostic knowledge of the problem; efficiency in emergency treatment; long-term monitoring, and constantly, involves the work of several specialists. This study aimed to report and discuss a direct restorative resin technique with two composite resin (CR) in a pediatric dental patient, after a permanent central incisor fracture occurred while playing in the pool. The patient is 7 years old, male, diagnosed with coronal enamel and dentin fracture in tooth 21, did not have the dental fragments. Due to the extension of the fracture, the anatomofunctional restoration of the palatal face was performed using a silicone matrix technique prepared previously from the wax-up of the study model. Dentin and enamel were restored using only two composite resins. In clinical follow-up after 10 months, the aesthetic and functional results were considered satisfactory by the patient, mother and operators. Using the silicone matrix technique (lingual matrix), a guide was created to obtain the palatal proportion through the wax-up diagnosis. Thus, the size, shape and color of the tooth could be determined in advance, reducing the need for eventual adjustments. Also, it was possible to verify that the use of this matrix facilitated the insertion and stabilization of the CR in the area to be reconstructed. In this case, the effectiveness of this technique provided aesthetic quality and recovery of dental function in only two visits and a good prognosis

Keywords: Tooth Injuries. Dental Restoration, Permanent. Composite Resins. Esthetics, Dental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia periapical inicial região de incisivos centrais superiores	22
Figura 2 – Condição clínica inicial mediata 5 dias após o TD	22
Figura 3 – Condição clínica inicial mediata 5 dias após o TD.....	22
Figura 4 – Modelo de estudo após o enceramento diagnóstico do dente 21.....	23
Figura 5 – Matriz de silicone.....	23
Figura 6 – Confeção da guia palatina	23
Figura 7 – Restauração da área correspondente à dentina	23
Figura 8 – Restauração da área correspondente ao esmalte.....	24
Figura 9 – Resultado imediato.....	24
Figura 10 – Resultado imediato.....	24
Figura 11 – Profilaxia do dente 21	24
Figura 12 – Acabamento com discos de lixa	25
Figura 13 – Demarcação das arestas para delimitar as áreas planas nos dentes 11 e 21.....	25
Figura 14 – Polimento final com ponta de silicone	25
Figura 15 – Polimento final com disco de silicone	25
Figura 16 – Polimento final com taça de silicone	26
Figura 17 – Polimento final com ponta de silicone	26
Figura 18 – Restauração do dente 21 após o acabamento e polimento final	26
Figura 19 – Restauração do dente 21 após o acabamento e polimento final	26
Figura 20 – Restauração do dente 21 após o acabamento e polimento final, vista palatina	27
Figura 21 – Radiografia periapical final região de incisivos centrais superiores.....	27
Figura 22 – Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista frontal.....	27
Figura 23 – Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista lateral direita.....	27
Figura 24 – Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista lateral esquerda	28
Figura 25 – Fotografia intraoral 10 meses após a restauração do dente 21	28
Figura 26 – Radiografia periapical da região de incisivos centrais superiores 10 meses após o trauma dental	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
COU	Clínica Odontológica Universitária
LED	Diodo Emissor de Luz
PSO	Pronto Socorro Odontológico
RC	Resina Composta
SA	Sistema adesivo
TD	Traumatismo dentário
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	13
3	RELATO DO CASO	14
4	DISCUSSÃO	17
5	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20
	ANEXO: Figuras ilustrativas da sequência clínica	22

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário (TD) é causado por um impacto externo sobre os tecidos dental e periodontal. Pode variar desde uma trinca ou fratura incompleta de esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Sendo assim, caracteriza uma situação de urgência que exige intervenção imediata (SANABE et al., 2009) e é considerado um problema de saúde bucal pública devido à sua alta incidência. Sua ocorrência se dá, na maioria das vezes, em idade precoce, sendo que o acompanhamento do paciente deve ser realizado por um longo período. Isto se deve ao fato de se tratar de uma condição irreversível e onerosa com o tratamento que, frequentemente, envolve a atuação de várias especialidades (GLENDOR, 2008).

Segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT), as lesões orais são responsáveis por 5% de todas as lesões corporais em todas as idades. Ocorrem mais frequentemente em crianças e adolescentes, sendo que na faixa etária de 0 a 6 anos representa cerca de 17% (PETTI; GLENDOR; ANDERSSON, 2018) e, entre crianças de 6 a 7 anos, a prevalência é de 9,1% (CARVALHO et al., 2015). Na dentição permanente, os traumatismos aos tecidos duros (59,25%) são mais prevalentes do que os traumatismos aos tecidos de sustentação (40,75%), sendo as fraturas coronárias sem exposição pulpar (41,97%) e a fratura coronária com exposição pulpar (13,58%) os traumatismos com maior ocorrência. Os traumatismos aos tecidos de sustentação são mais prevalentes na dentição decídua (79,64%), com predominância da intrusão (35,55%) e da luxação lateral (27,77%) (PORTO et al., 2003). As fraturas coronárias ocorrem com maior incidência nos incisivos centrais superiores, seguido pelos incisivos laterais superiores (DE SOUSA VIEGAS et al., 2016; GLENDOR, 2008; ZALECKINE et al., 2014) e geralmente afetam um único dente (GLENDOR, 2008; ZALECKINE et al., 2014).

O TD apresenta etiologia variada, onde as causas mais comuns são: a queda de bicicleta (30,8%), acidentes automobilísticos (25,9%), seguido por quedas gerais (22,5%), acidentes de trabalho (4,1%), agressão (3,8%), colisão pessoal (1,3%) e epilepsia 0,3% (CASTRO et al., 2005). A ocorrência do traumatismo dentário é maior em crianças do gênero masculino (TRAEBERT et al., 2004; ZALECKINE et al., 2014) e crianças com sobrepeso, pois apresentam 2,5 vezes maior chance de sofrer trauma quando comparado com crianças não obesas (ZALECKINE et al., 2014).

Fatores como “overjet incisal” maior que 5 mm também e proteção labial inadequada também predis põem a fratura dental (DE SOUSA VIEGAS et al., 2016; GRANVILLE-GARCIA, 2006; TRAEBERT et al., 2004).

O tratamento dos dentes traumatizados merece atenção especial devido à sua prevalência, variedade de fatores causais, maior probabilidade de grande impacto na qualidade de vida de crianças com fratura dentária não tratada (ILMA DE SOUZA CORTES; MERCENES; SHEIHAM, 2002), diversidade de soluções clínicas propostas para o tratamento, restaurações complicadas, acontecimento de outras manifestações sucedidas pelo traumatismo após um período longo (TRAEBERT et al., 2004). Além de demandarem de habilidades clínicas, conhecimento diagnóstico do problema, excelente tratamento de emergência e acompanhamento adequado a longo prazo (KOSTOPOULOU; DUGGAL, 2005).

2 OBJETIVO

Por meio do relato de um caso clínico, o objetivo deste trabalho é apresentar o planejamento, a execução e o acompanhamento de 10 meses do tratamento de um incisivo central permanente com fratura coronária, em paciente odontopediátrico.

3 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, compareceu ao Pronto Socorro Odontológico da Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina (PSO COU/UEL), 2 dias após o TD.

Na anamnese, quando questionada, a mãe, responsável legal do paciente, relatou que o mesmo: “quebrou o dente brincando na piscina”. Além disso, a mãe também relatou que o filho se queixava de sensibilidade e que o fragmento havia estilhaçado. No exame físico intrabucal foi diagnosticada fratura coronária no incisivo central esquerdo (21) no terço médio-incisal com envolvimento de esmalte e dentina, sem comprometimento pulpar e dos tecidos moles adjacentes. O resultado obtido, após o teste de sensibilidade pulpar, foi positivo e a percussão e palpação constatou-se ausência de sensibilidade. Na avaliação da radiografia periapical (Figura 1) não foram diagnosticadas imagens sugestivas de alterações periodontal e periapical, e de fratura radicular. A conduta emergencial foi a limpeza da dentina exposta com clorexidina 0,12% (Perioplak, Reymer, Aparecida de Goiânia - GO - BR), com auxílio de bolinha de algodão estéril, em seguida, a proteção pulpar indireta e a restauração provisória com cimento de ionômero de vidro (CIV) convencional (Maxxion R, FGM, Joinville - SC - BR), devido à proximidade do término da fratura com a câmara pulpar e à função. Ao término, o paciente foi encaminhado para o programa de Residência em Odontologia, área de Dentística, da UEL.

Após 3 dias, o paciente foi atendido no programa de residência sem a restauração provisória, na qual a mãe relatou ter caído pouco tempo depois da confecção. Na ocasião, foram realizadas fotografias intrabucais (Figuras 2 e 3) e moldagem das arcadas superior e inferior com alginato (Jeltrate Dustless, Dentsply, Pirassununga - SP - BR) para obtenção do modelo de estudo e enceramento do dente 21 (Figura 4).

Na sessão seguinte, passados 10 dias do atendimento no PSO COU/UEL, o paciente foi atendido para restauração direta em resina composta no dente 21. Para isso, houve a confecção de matriz de silicone (Optosil, Kulzer, São Paulo - SP - BR) e a partir dela obteve-se a guia para a restauração da face palatina, tendo em consideração a extensão da fratura (Figuras 5). O procedimento operatório foi iniciado com seleção de cor da resina, em seguida, acabamento do esmalte no

ângulo cavosuperficial vestibular e palatino, com ponta diamantada FG 2200 (KG Sorensen, Cotia - SP - BR).

Na sequência, o campo operatório foi isolado com dique de borracha e iniciou-se a profilaxia dos dentes ântero-superiores com pasta de pedra-pomes e água, com auxílio de escova de Robinson (Ultra-soft, American Burrs, Palhoça - SC - BR), montada em baixa rotação.

Iniciando os procedimentos de preparo da superfície dental visando a aplicação de uma técnica adesiva, o ácido fosfórico 37% (Biodinâmica, Ibiporã - PR - BR) foi aplicado, permaneceu durante 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, e em seguida, foi removido com jato de água durante aproximadamente 30 segundos. Em seguida, foi realizada secagem do campo operatório com jato de ar e, da dentina condicionada, com filtro de papel absorvente (Melitta, São Paulo - SP - BR). Com o excesso de umidade removido, aplicou-se a primeira camada do sistema adesivo (SA) (Ambar APS, FGM, Joinville - SC - BR) em toda a área que recebeu o condicionamento ácido, com auxílio de pincel microaplicador (Cavibrush regular, FGM, Joinville - SC - BR), de forma ativa, por 10 segundos. Em seguida, uma nova camada de adesivo foi aplicada na mesma superfície por mais 10 segundos. Os excessos de SA foram removidos com auxílio de pincel microaplicador limpo e leves jatos de ar aplicados para a volatilização do solvente e, conseqüentemente, para o aumento da adesão e, em seguida, o SA foi fotoativado por 20 segundos com aparelho à base de diodo emissor de luz (LED) (Emitter B Schuster, Santa Maria - RS - BR), com potência de 1250 mw/cm².

Em seguida, com o posicionamento da matriz de silicone para inserção da RC de esmalte, cor A2E (Z350 XT Filtek, 3M, Sumaré - SP - BR), e fotoativação da polimerização com o aparelho à base LED, por 40 segundos, foi reconstruída a face palatina de acordo com o projeto de enceramento (Figura 6).

Foi realizada a técnica incremental para a restauração da área correspondente a dentina e esmalte vestibular, com RC Z350 XT Filtek nas cores A3B e A2E. A fotoativação de cada incremento de RC foi realizada com o mesmo aparelho à base de LED, por 40 segundos (Figuras 7 e 8). Nestas etapas, os incrementos e o volume do compósito em cada terço do dente obedeceram às diferenças de predominância deste substrato, inclinações e detalhes anatômicos a serem reproduzidos.

Finalizada a inserção da RC (Figura 9 e 10), os procedimentos de

acabamento imediato e definição da anatomia primária se iniciaram na região mesial com lâmina de bisturi nº 12 (Feather Safety Razor, Osaka, Japan), na face palatina com broca multilaminada #9406 (Microdont, São Paulo - SP - BR) após análise dos contatos oclusais e, na face vestibular com discos de lixa abrasivos em sequência de granulação decrescente (Diamond Master, FGM, Joinville - SC - BR).

Após 7 dias, foi realizada a profilaxia do dente 21 com pasta de pedra-pomes e água, com auxílio de escova de Robinson montada em baixa rotação (Figura 11), acabamento final com discos de lixa Praxis (TDV Dental, Pomerode - SC - BR) aplicados a seco e em baixa rotação, com enxague e secagem a cada troca de disco com diferentes granulações (Figura 12). Foi realizada a definição da anatomia terciária com ponta diamantada #3195F (Fava, Parque Paulista Franco da Rocha - SP - BR) com movimentos horizontais e pendulares leves. Realizou-se a demarcação das arestas que delimitam as áreas planas, importantes áreas de reflexão de luz, e as áreas de sombra, com auxílio de lápis aquarelável azul/vermelho (Bicolor Prismalo, Caran D'Ache - Swiss) (Figura 13). Em seguida, o polimento final foi realizado com pontas de silicone em formato de ponta, disco e taça (Kit polidores, Dhpro, Paranaguá - PR - BR) com sequência de granulação decrescente (Figuras 14, 15, 16 e 17) e escovas de carbeto de silício em associação a pasta de polimento à base de óxido de alumínio Diamond R (FGM, Joinville - SC - BR) a fim de estabelecer a lisura e brilho da restauração (Figuras 18, 19 e 20).

Finalizado o polimento, realizou-se a radiografia periapical final da região de incisivos centrais superiores para a avaliação radiográfica da restauração (Figura 21) e as fotografias finais para documentação (Figuras 22, 23 e 24).

Em março de 2022, 10 meses após a restauração, o paciente foi agendado para reavaliação. Na consulta, observou-se a restauração íntegra, com qualidade de superfície, contorno anatômico, função e estética altamente satisfatórios (Figura 25). A avaliação radiográfica ratificou a continuidade do desenvolvimento radicular do dente 21; no entanto, ainda com rizogênese incompleta (Figura 26).

4 DISCUSSÃO

Os incisivos superiores são os dentes que mais sofrem fraturas causadas por traumas. Levando em consideração o papel fundamental que estes dentes desempenham no sorriso, alterações na estética dentária, e consequentemente facial, refletem diretamente no desenvolvimento pessoal das crianças. Sendo assim, é necessário que, em situação de fratura coronária por TD, o clínico conheça o elemento e o padrão básico da restauração estética para ser capaz de reconstruir o dente, recuperando a função e o aspecto estético. O objetivo é oferecer ao paciente um sorriso agradável e evitar o desencadeamento de traumas resultantes de bullying e/ou alterações na formação da personalidade deste (NICHOLAS; ANDANG; HIDAYAT, 2018; SANTOS; COUTINHO; DINIZ et al., 2016).

Os traumatismos aos tecidos de sustentação são menos prevalentes na dentição permanente do que os traumatismos aos tecidos duros (59,25%). Dentre estes, as fraturas coronárias sem exposição pulpar (70,83%) e as com exposição pulpar (22,91%) foram os traumatismos mais predominantes (PORTO et al., 2003).

Existe uma predominância de TD em crianças do gênero masculino (PORTO et al., 2003; SANABE et al.; PROKOPOWITSCH; MOURA; DAVIDOWICZ, 1995; TRAEBERT et al., 2004). A maioria das lesões dentárias acomete os incisivos centrais e laterais superiores em ambas as dentições (GLENDOR, 2008; TRAEBERT et al., 2004; ZALECKINE et al., 2014). Lesões dentárias traumáticas geralmente afetam um único dente. No entanto, em certos eventos traumáticos, como esportes, violência e acidentes de trânsito, resultam em múltiplas lesões dentárias (GLENDOR, 2008; ZALECKINE et al., 2014).

As características do paciente e a situação clínica exposta, estão de acordo com a literatura relacionada ao TD. Isto se deve aos seguintes fatores: 1) paciente ser criança do gênero masculino (PORTO et al., 2003; PROKOPOWITSCH; MOURA; DAVIDOWICZ, 1995; SANABE et al., 2009; TRAEBERT et al., 2004;); 2) a faixa etária ser a mais acometida na dentição permanente (PROKOPOWITSCH; MOURA; DAVIDOWICZ, 1995); 3) pelo TD ter comprometido o dente mais frequentemente afetado (GLENDOR, 2008; PORTO et al., 2003; TRAEBERT et al., 2004; ZALECKINE et al., 2014); 4) restrição aos tecidos duros, e 5) tipo de fratura coronária predominantemente ocorrida na dentição permanente (PORTO et al., 2003).

A literatura mostra que, nas fraturas em esmalte e dentina sem exposição pulpar, o atendimento de urgência é dispensável, pois o prognóstico é favorável mesmo quando o tratamento é tardio. No entanto, o atendimento odontológico é essencial para avaliação e tratamento do caso (SANABE et al., 2009).

Para a restauração de fraturas coronárias em dentes anteriores causadas por TD, podem ser consideradas diferentes abordagens: inserção de resina composta direta à mão livre ou utilizando guia de silicone para restauração da face lingual, e colagem autógena ou homogênea do fragmento coronário (DA SILVA et al., 2012).

No caso clínico relatado, optou-se pela técnica restauradora direta com resina composta, com utilização de matriz de silicone. Essa decisão foi tomada considerando as condições clínicas e radiográficas, a extensão da área a ser restaurada, a idade e a condição emocional do paciente, a ausência do fragmento coronário e o tempo clínico necessário à realização da restauração.

A matriz de silicone permite maior previsibilidade quanto ao tamanho e formato dos dentes. Isto se deve ao planejamento restaurador prévio em modelo de estudo por: 1) oferecer a cópia ideal da estrutura palatina; 2) permitir a recuperação estética de forma rápida e conservadora, e 3) exigir menor tempo para o acabamento e polimento da restauração. Sendo assim, ocorrerá redução do tempo de cadeira do paciente infantil (MARQUES et al., 2016; MISHRA et al., 2015).

O presente relato demonstrou o sucesso estético e funcional a longo prazo da técnica restauradora utilizando matriz lingual, com a conservação dos aspectos de forma, cor, opacidade e translucidez semelhante ao remanescente dentário 10 meses após a restauração do dente fraturado.

5 CONCLUSÃO

No presente relato, a utilização da matriz lingual facilitou a inserção da RC na área a ser reconstruída. A eficácia desta técnica proporcionou qualidade estética, recuperação da função dentária em apenas duas visitas e bom prognóstico.

As condições clínicas e radiográficas do dente restaurado, 10 meses após o tratamento restaurador, evidenciaram que o tratamento realizado foi uma alternativa eficaz para restabelecer a estética, as condições psicossociais do paciente e a manutenção da vitalidade do tecido pulpar.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, B.; FRANCA, C.; HEIMER, M.; VIEIRA, S. et al. Prevalence of dental trauma among 6-7-yearold children in the city of recife, PE, Brazil. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, Limeira, SP, 11, n. 1, p. 72-75, 2012.

CASTRO, J. C. M.; POI, W. R.; MANFRIN, T. M.; ZINA, L. G. J. D. t. Analysis of the crown fractures and crown-root fractures due to dental trauma assisted by the Integrated Clinic from 1992 to 2002. **Dent Traumatol**, Araçatuba, SP, v. 21, n. 3, p. 121-126, 2005.

DA SILVA, G. R.; WAECHTER, D. M.; MARTINS, L. R. M.; BARRETO, B. d. C. F. et al. Técnicas restauradoras para fraturas coronárias de dentes anteriores traumatizados. **Unopar Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 14, n. 4, 2012.

DE SOUSA VIEGAS, C. M.; GODOI, P. F. S.; RAMOS-JORGE, M. L.; FERREIRA, E. et al. Traumatismo na dentição decídua: prevalência, fatores etiológicos e predisponentes. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 4, 2006.

GLENDOR, U. J. D. t. Epidemiology of traumatic dental injuries—a 12 year review of the literature. **Dent traumatol**, v, 24, n. 6, p. 603-611, 2008.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; DE MENEZES, V. A.; DE LIRA, P. I. C. J. D. t. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dent traumatol**, v. 22, n. 6, p. 318-322, 2006.

ILMA DE SOUZA CORTES, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. J. C. d.; EPIDEMIOLOGY, o. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 30, n. 3, p. 193-198, 2002.

KOSTOPOULOU, M. N.; DUGGAL, M. J. I. j. o. p. d. A study into dentists' knowledge of the treatment of traumatic injuries to young permanent incisors. **International journal of paediatric dentistry**, v. 15, n. 1, p. 10-19, 2005.

LAFFAYETT, H. A. **Reabilitação de dentes anteriores fraturados por diferentes técnicas restauradoras - relato de casos**. 2021. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/porta/pages/arquivos/TCC2020/Helouise%20Abreu%20Laffayett.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MARQUES, L. A. R. V.; LOTIF, M. A. L.; RODRIGUES NETO, E. M.; LOBO, P. L. D. Aplicação da técnica da muralha de silicone em paciente pediátrico: relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 12, n.1, 2016.

MISHRA, A.; YELURI, R.; GARG, N.; RALLAN, M. J. A. o. D. S. Putty silicone as a guide in the restorative management of primary double tooth: a case report. **Ann Dent Spe**, v. 3, n. 1, p. 21-23, 2015.

NICHOLAS, A. E.; ANDANG, M. A.; HIDAYAT, O. T. J. P. J. o. D. Direct composite restoration of permanent anterior teeth uncomplicated crown fractures. **Padjadjaran Journal of Dentistry**, v. 24, n. 1, 2012.

PETTI, S.; GLENDOR, U.; ANDERSSON, L. J. D. t. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis—One billion living people have had traumatic dental injuries. **Dent Traumatol**, v. 34, n. 2, p. 71-86, 2018.

PORTO, R. B.; DE FREITAS, J. S. A.; CRUZ, M. R. S.; BRESSANI, A. E. L. et al. Prevalence of dento-alveolar traumatismos in the urgency pediatric dental clinic of FO. UFRGS. **Revista da faculdade de odontologia de Porto Alegre**, v. 44, n. 1, p. 52-56, 2003.

PROKOPOWITSCH, I.; MOURA, A. A. M. d.; DAVIDOVICZ, H. J. R. r. p.-g. Fatores etiológicos e predisposição dos traumatismos dentais em pacientes tratados na clínica endodôntica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. **RPG rev. pos-grad**, p. 87-94, 1995.

SANABE, M. E.; CAVALCANTE, L. B.; COLDEBELLA, C. R.; ABREU-E-LIMA, F. C. B. d. J. R. P. d. P. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, p. 447-451, 2009.

SANTOS, F. G.; COUTINHO, E. F. S.; DINIZ, M. F.; DE OLIVEIRA, C. E. et al. Reabilitação Estética em Dentes Anteriores Permanentes Traumatizados. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 3, p. 195-200, 2016.

TRAEBERT, J.; ALMEIDA, I.; GARGHETTI, C.; MARCENES, W. J. C. d. S. P. Prevalence, treatment needs, and predisposing factors for traumatic injuries to permanent dentition in 11-13-year-old schoolchildren. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 403-410, 2004.

ZALECKIENE, V.; PECIULIENE, V.; BRUKIENE, V.; DRUKTEINIS, S. J. S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. **Stomatologija**, v. 16, n. 1, p. 7-14, 2014.

ANEXO: Figuras ilustrativas da sequência clínica



Figura 1. Radiografia periapical inicial região de incisivos centrais superiores



Figura 2. Condição clínica inicial mediata 5 dias após o TD.



Figura 3. Condição clínica inicial mediata 5 dias após o TD.



Figura 4. Modelo de estudo após o enceramento diagnóstico do dente 21.



Figura 5. Matriz de silicone.



Figura 6. Confecção da guia palatina.



Figura 7. Restauração da área correspondente à dentina.



Figura 8. Restauração da área correspondente ao esmalte.



Figura 9. Resultado imediato.



Figura 10. Resultado imediato.



Figura 11. Profilaxia do dente 21.



Figura 12. Acabamento com discos de lixa.



Figura 13. Demarcação das arestas para delimitar as áreas planas nos dentes 11 e 21.



Figura 14. Polimento final com ponta de silicone.



Figura 15. Polimento final com disco de silicone.



Figura 16. Polimento final com taça de silicone.



Figura 17. Polimento final com ponta de silicone.



Figura 18. Restauração do dente 21 após acabamento e polimento final.



Figura 19. Restauração do dente 21 após acabamento e polimento final.



Figura 20. Restauração do dente 21 após acabamento e polimento final, vista palatina.



Figura 21. Radiografia periapical final região de incisivos centrais superiores.



Figura 22. Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista lateral direita.



Figura 23. Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista frontal.



Figura 24. Paciente sorrindo após a finalização da restauração, vista lateral esquerda.



Figura 25. Fotografia intraoral 10 meses após a restauração do dente 21.



Figura 26. Radiografia periapical da região de incisivos centrais superiores 10 meses após o trauma dental.