

Uso da técnica da matriz oclusal para tratamento de lesão de cárie: relato de caso

Carla Barcelos¹
Elisângela Cavalcante¹
Thais Rodrigues Campos Soares²
Adílis Kalina Alexandria²
Rosany Nascimento de Azevedo³
Rachel Lima Ribeiro Tinoco⁴

¹Cirurgiã-Dentista pela Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil

²Doutora em Odontopediatria (UFRJ), Professora de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil

³Mestre em Ortodontia (FSLM), Professora de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil

⁴Mestre em Odontologia Legal e Deontologia (FOP/UNICAMP), Professora de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil

RESUMO

O diagnóstico da cárie dentária é extremamente importante para a execução do plano de tratamento, e em certos casos, é possível observar integridade da superfície de esmalte, observando-se pequenas cavitações e uma região acinzentada ao exame clínico visual. Desse modo, o uso de uma técnica que facilite a fase de escultura oclusal é bastante válida para o profissional. O objetivo do presente artigo foi relatar o caso clínico envolvendo a realização da técnica restauradora da matriz oclusal para a restauração direta de pré-molares superiores. Paciente, sexo feminino, 18 anos de idade, compareceu a clínica de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira para avaliação de rotina, foi realizada anamnese, profilaxia e exame clínico, observando presença de região acinzentada na face oclusal dos elementos 24 e 25. Foi realizada restauração com resina composta utilizando a técnica direta com auxílio da matriz oclusal, uma vez que, a superfície oclusal dos elementos se apresentava sem cavitação. A construção da matriz oclusal facilitou o processo de escultura dental, com diminuição do tempo clínico e eliminação da etapa de acabamento, além disso, o resultado final da restauração bastante satisfatório tanto do ponto de vista funcional quanto estético.

Palavras Chaves: cárie dentária, resinas compostas, estética dentária, diagnóstico clínico

INTRODUÇÃO

O diagnóstico da cárie dentária é extremamente importante para a execução do plano de tratamento além de ser uma ferramenta importante para garantir o aconselhamento adequado para o paciente; e, em nível populacional, fornecer dados importantes para o planejamento de serviços de saúde (1,2). O método de diagnóstico ideal deve ser confiável e eficaz na detecção de lesões, além de

promover eficiência e facilidade de execução (2)PITTS, 1997).

O exame clínico visual é a melhor ferramenta para o diagnóstico odontológico (3-6), para tanto, é necessário que as superfícies estejam secas e limpas possibilitando uma melhor visualização do dente, sendo possível avaliar a anatomia dentária, alterações de coloração e a presença de cavidades (6-9).

A detecção das lesões cavitadas de cárie oclusais é uma tarefa mais simples, entretanto, alguns casos, observa-se a presença de região acinzentada, sem evidente cavitação em esmalte (4,5). Para auxiliar o restabelecimento da anatomia oclusal vários materiais e técnicas foram desenvolvidos, dentre eles a técnica da matriz oclusal. Esta técnica permite o registro dos detalhes anatômicos da estrutura dentária antes de iniciar o preparo cavitário, permitindo que a restauração do dente seja executada com o restabelecimento da morfologia dentária original. Tal técnica foi preconizada por Baratiere (2001) e é de fácil execução, permite a reprodução fidedigna de sulcos, fissuras e cúspides, diminuindo o tempo clínico de confecção e ajuste oclusal da restauração (11).

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de tratamento restaurador com resina composta direta utilizando a técnica da matriz oclusal para tratamento de lesão de cárie oculta.

CASO CLÍNICO

Paciente S.F, sexo feminino, 18 anos de idade, compareceu a clínica de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira para avaliação de rotina, foi realizada anamnese, profilaxia e exame clínico, observando-se um leve sombreamento nos elementos 24 e 25 (Figura 1A). Como plano de tratamento foi selecionado restauração com resina composta utilizando a técnica direta com auxílio da matriz oclusal, uma vez que, a superfície oclusal dos elementos se apresentava sem cavitação.

Para proceder com a restauração seguiu-se os seguintes passos: 1) seleção de cor; 2) Confecção da matriz oclusal com resina acrílica autopolimerizável (JET, Serviços Odontológicos Clássico, São Paulo, Brasil) (Figura1B); 3) Anestesia e isolamento absoluto; 4) Remoção do

esmalte dentário com caneta de alta rotação e broca esférica número 1012 e remoção de tecido cariado em dentina com colher de dentina; 5) Restauração em resina dos elementos dentários seguinte as seguinte etapas: condicionamento com ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem e secagem com papel absorvente, aplicação do sistema adesivo (Magic Bond, Coltene Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil) com fotoativação por 20 segundos, aplicação de resina composta na cavidade de forma incremental (incrementos de 2mm) seguidos de fotoativação de cada incremento por 40 segundos, foi realizada a colocação da matriz oclusal sobre o último incremento de resina com fotoativação por 40 segundos através da matriz (Figura 1C e 1D), após remoção da matriz foi feita outra fotoativação pelo mesmo período de tempo; e por fim, 6) Remoção do isolamento absoluto, verificação dos contatos oclusais (Figura 1E) e polimento da restauração com pontas siliconadas (Enhance, Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil) e disco de feltro impregnado com pasta diamantada para polimento de compósitos (Diamond Gloss, KG Sorensen, Cotia, São Paulo). O resultado final foi satisfatório (Figura 1F), sem necessidade de ajustes ou acabamento.

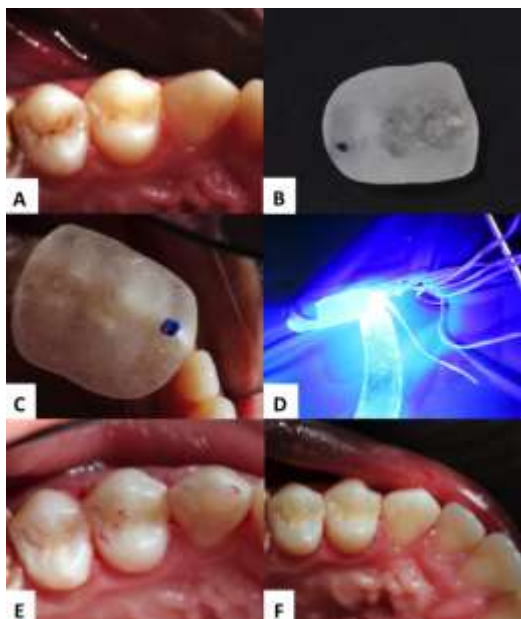


Figura 1 – Etapas da restauração com resina composta utilizando a técnica direta com auxílio da matriz oclusal. A) aspecto clínico dos elementos 24 e 25, B) Confecção da matriz oclusal com resina acrílica autopolimerizável, C) inserção da matriz oclusal sobre o último incremento de resina, D) fotoativação por 40 segundos através da matriz, E) remoção do isolamento absoluto e verificação dos contatos oclusais e F) polimento da restauração.

DISCUSSÃO

Não existe um consenso na odontologia a respeito do diagnóstico de cárie, principalmente em situações em que o esmalte está íntegro e a cárie afeta a dentina subjacente, causando um sombreamento da coroa (12,13).

Lussi (1993) considera o fluoreto como o principal agente causador de situações na qual há uma integridade do esmalte dentário com maior envolvimento de dentina subjacente, pois acredita-se que a presença do flúor na cavidade bucal promove mudanças no padrão de cárie, favorecendo a remineralização das lesões oclusais de esmalte, tornando-o mais resistente, minimizando a progressão de cárie neste tecido e, conseqüentemente mascarando sua propagação na dentina. Entretanto,

Hashizume *et al.* (2013) demonstrou que esse tipo de situação não está diretamente relacionada ao uso de fluoretos, pois esses autores observaram que não houve aumento da prevalência de cárie oculta após a fluoretação da água de abastecimento pública no Brasil.

Foi observado nesse caso clínico, que a técnica do uso da matriz oclusal foi muito eficaz, pois permitiu a reconstituição da anatomia original dos pré-molares permanentes, obtendo um resultado estético e funcional satisfatório sem a necessidade de acabamento. Assim como foi observado na literatura pesquisada (9,16,17).

O exame clínico minucioso foi essencial para realização do diagnóstico pois apenas um leve sombreamento foi evidente. Corbellini *et al.* (2009) também lançou mão do uso do DiagnoDent[®] para confirmar a presença de lesão de cárie.

A resina acrílica se mostrou como um ótimo material para confecção da matriz oclusal, devido sua facilidade de manipulação e pela transparência que permitiu a fotoativação da última camada da resina através da resina acrílica. Outros autores (16,17) também fizeram uso desse mesmo material para construção da matriz oclusal nos seus relatos clínicos, apenas Chaves *et al.* (2011) que confeccionou tal aparato com silicone de adição transparente.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a utilização da técnica de restauração com auxílio da matriz oclusal facilitou o trabalho clínico, permitindo a reconstituição da anatomia original dos pré-molares permanentes, obtendo um resultado estético e funcional satisfatório sem a necessidade de acabamento.

REFERÊNCIA

1. Baelum V, Heidmann J, Nyvad B. Dental caries paradigms in diagnosis and diagnostic research. *European Journal Of Oral Science*. 2006; 114:263-277.
2. Pitts NB. Diagnostic tools and measurements impact on appropriate care. *Community dentistry of oral epidemiology*. 1997; 25:24-35.
3. Campos JADB, Cordeiro RCL. Validade do diagnóstico de lesões de cárie em faces oclusais de dentes permanentes jovens. *Revista APC*. 2000; 54(1):35-39.
4. Ekstrand KR. Improving clinical visual detection potential for caries clinical trials. *Journal of Dental Research*. 2004; 83(Spec C): C67-71.
5. Mota LQ, Santos RL, Valença AMG, Lima MGGC. Avaliação de diferentes métodos de detecção de lesões de cárie oclusal. *Revista abo nacional*. 2010; 18(1): 181-5.
6. Pitts NB. Modern concepts of caries measurement. *Journal of dental research*. 2004; 83(Spec No C):C43-47.
7. Santos NB, Forte FDS, Moimaz SAS, Saliba NA. Diagnóstico de cárie hoje: novas tendências e métodos. *Jornal brasileiro de pediatria*. 2003, 6(31):255-62.
8. Coelho LT, Silveira ADS, Lima KC, Pinheiro IVA. Cárie oclusal sem cavitação: divergências na decisão terapêutica. *Odontologia Clínica-Científica*. 2007; 6(1): 39-43.
9. Corbellini C, Carvalho AS, Lima-Arsati YBO. Diagnóstico e tratamento da cárie oculta: relato de caso clínico. *Revista da saúde*. 2009; 3(3):30-35.
10. Baratieri LN. Restaurações diretas com resina composta em dentes posteriores. In: Baratieri LN, Monteiro Junior, S. *Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades*. São Paulo: Editora Santos, 2001. p.225-304.
11. Chaves AA, Antunes S, Rocha C, Guimaraes R. Restauração com resina composta pela técnica do índice oclusal – relato de caso clínico. *Revista Dentística On Line*. 2011; 10b(21):11-15.
12. Weerheijm KL. Occlusal 'Hidden Caries'. *Dentistry Update*. 1997, 24(5):182-4.
13. Echeverria SRP, Imparato JCP. Uma opção para restauração de dentes com cárie oculta. *Associação Paulista Cirurgiões Dentistas*. 2002; 56(6):423.
14. Lussi A. Comparison of different methods for the diagnosis of fissure caries without cavitation. *Caries research*. 1993; 27(5): 409-416.
15. Hashizume LN, Mathias TC, Cibils DM, Maltz M. Effect of the widespread use of fluorides on the occurrence of hidden caries in children. *International journal of paediatric dentistry*. 2013; 23(1): 72-76.
16. Gomes VP, Amorim CJ, Almeida MLPW, Castro RAL, Vianna RBC, Antonio AC. Cárie oculta: diagnóstico e alternativa para tratamento – relato de casos clínicos. *Odonto*. 2013; 21(41):1-38.
17. Lucio PSC, Eite JMS, Mota LC, Targino AGR. Manejo clínico da cárie oculta: relato de caso. *Revista brasileira de ciências da saúde*. 2013; 17(3): 281-286.

Diagramação: Flávio Ricardo Manzi e Juliana de Assis Silva

