

## # 12. Branqueamento externo e microabrasão no tratamento de manchas intrínsecas – Caso clínico



David Ribeiro Braz\*, Sérgio Abreu Lacerda Martins, Gonçalo Neves Ferreira Godinho, Ana Luísa Silva, Alexandre Cavalheiro

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

**Introdução:** As modificações da cor dentária podem resultar de causas extrínsecas ou intrínsecas. As últimas são inerentes a defeitos no desenvolvimento dentário e a condições sistêmicas, entre as quais se destaca a fluorose dentária. Vários recursos estão disponíveis para corrigir as alterações estéticas associadas à fluorose, como restaurações em compósito, facetas cerâmicas ou mesmo coroas. No entanto, para além do seu custo elevado, algumas destas opções podem envolver um desgaste significativo da estrutura dentária.

Atualmente, a microabrasão tem sido utilizada como uma abordagem mais conservadora, oferecendo um resultado final bastante satisfatório.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, leucodérmica, 23 anos, dirigiu-se à consulta de dentisteria operatória da FMDUL, por se encontrar insatisfeita com a cor do sorriso e com a presença de manchas brancas opacas na face vestibular dos dentes 11 e 21, as quais foram associadas a um possível caso de fluorose após anamnese e exame objetivo. Como plano de tratamento, foi proposta a realização de branqueamento externo em ambulatório associado à microabrasão dos dentes 11 e 21. Na 1<sup>a</sup> consulta, foi realizado um registo fotográfico, bem como uma impressão em alginato para confeção das moldeiras de silicone. Após 30 dias de branqueamento, observou-se uma alteração da cor inicial A2 para a cor B1 da escala Vita. Na 2<sup>a</sup> consulta, a pasta de microabrasão Opalustre foi aplicada 5 vezes em cada dente, de acordo com as instruções do fabricante, sendo realizado posteriormente um registo fotográfico final.

**Discussão e conclusões:** De acordo com a literatura, a microabrasão é considerada uma técnica segura e eficaz na remoção de manchas de fluorose ligeira a moderada, sendo complementada pelo branqueamento externo para obtenção de uma cor mais uniforme. As manchas de fluorose encontram-se geralmente confinadas à camada mais superficial de esmalte, permitindo à microabrasão a sua remoção de uma forma eficiente. No entanto, caso não se verifique uma melhoria significativa após 12-15 aplicações da pasta, outros procedimentos como a macroabrasão devem ser considerados. Assim, os profissionais devem estar cientes da possibilidade de insucesso, devendo esta ser discutida com o paciente antes do início do tratamento. A microabrasão associada ou não ao branqueamento é uma técnica conservadora, rápida e eficaz em muitos casos, funcionando como uma ferramenta valiosa e parte integrante da dentisteria estética.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.070>

## # 13. Diagnóstico e tratamento da reabsorção radicular externa – A propósito de 3 casos clínicos



Carlos Daniel Franco\*, Paulo Monteiro, António de Sousa, Inês Carpinteiro, Ana Cristina Azul, José João Mendes

Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM); Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM)

**Introdução:** A perda de tecido duro como resultado de uma atividade clástica é classificada como reabsorção radicular (RR). A RR pode ser interna ou externa. A reabsorção externa é classificada como: reabsorção externa inflamatória (REI), de superfície, de substituição, cervical invasiva (RCI) e transient apical breakdown. As REI e RCI são as mais frequentes e que, por norma, exigem uma abordagem terapêutica. As principais etiologias da REI são o trauma, a periodontite apical e o tratamento ortodôntico. A RCI tem como etiologias o trauma, o branqueamento interno, o tratamento periodontal e o tratamento ortodôntico.

**Descrição do caso clínico:** REI por trauma: paciente com história de trauma no dente 21. Após exame clínico e radiográfico, complementado com CBCT, verificou-se presença de patologia apical e extensa reabsorção externa com envolvimento pulpar, na superfície mesial do dente 11. Diagnóstico: tratamento prévio; periodontite apical crónica; REI. Plano de tratamento: tratamento endodôntico não cirúrgico. Aos 19 meses, verificou-se estabilização da reabsorção e cura da patologia apical. REI por presença de patologia apical: paciente com sintomatologia dolorosa no dente 36. Após exame clínico e radiográfico, verificou-se a existência de tumefação associada ao dente 36 e presença de reabsorção radicular externa severa na superfície apical da raiz distal. Diagnóstico: abscesso apical agudo; REI. Plano de tratamento: tratamento endodôntico não cirúrgico. Aos 5 meses, verificou-se resolução da sintomatologia, estabilização da reabsorção e evidência de cura da patologia apical. RCI: paciente com sintomatologia dolorosa no dente 21. Após exame clínico e radiográfico, complementado com CBCT, verificou-se a existência de fistula associada ao dente 21 e extensa reabsorção radicular na porção palatina/cervical. Diagnóstico: abscesso apical crónico; RCI. Plano de tratamento: tratamento cirúrgico da reabsorção complementado com tratamento endodôntico não cirúrgico. Aos 10 meses, registou-se resolução da sintomatologia, estabilização da reabsorção e dos tecidos periodontais.

**Discussão e conclusões:** A RR é caracterizada pela perda de tecido duro dentário. Quando há um dano na camada protetora de pré dentina ou pré cimento, uma inflamação pulpar ou do periodonto desencadeia um processo de reabsorção devido ao desequilíbrio funcional entre osteoblastos e osteoclastos. Quando diagnosticadas e tratadas atempadamente, as RR têm bom prognóstico. O uso do CBCT é uma importante ferramenta de diagnóstico e planeamento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.10.071>