



**CENTRO UNIVERSITARIO FAMETRO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**LUCAS EDUARDO OLIVEIRA AGUIAR**

**RESTAURAÇÃO TRANSCIRÚRGICA: RELATO DE CASO.**

**FORTALEZA-CE  
2021**

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA AGUIAR

**RESTAURAÇÃO TRANSCIRÚRGICA: RELATO DE CASO.**

Artigo TCC apresentado ao curso de Bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro- UNIFAMETRO – como requisito para obtenção do grau de bacharel.

Orientadora: Prof. Dra. Paula Ventura da Silveira.

**FORTALEZA-CE  
2021**

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA AGUIAR

**RESTAURAÇÃO TRANSCIRÚRGICA: RELATO DE CASO.**

Artigo TCC apresentada no dia 07 de Junho de 2021 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro - tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Ventura  
Orientador – Centro Universitário Fametro

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Sônia Luque Peralta

---

Prof<sup>a</sup> M.a Francisca Jamila Ricarte Alexandrino

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e forças para superar as dificuldades.

A Minha mãe Meire Aguiar, pelo amor, carinho, paciência, ensinamentos, por depositar toda confiança em mim e por não medir esforços para que eu pudesse ter a oportunidade de estudar, sempre com muito amor e zelo no decorrer dessa trajetória e em toda minha vida.

Aos meus irmãos Christian Jefferson e Cicero Filho, que ao longo dessa trajetória compartilharam da vivência cotidiana, sonharam e torceram para que esse dia chegasse.

A minha família, por sempre me apoiar e que nas horas que precisei recebi conforto e em momentos de felicidade nunca me senti só.

As minhas professoras e orientadoras Paula Ventura da Silveira e Sônia Luque Peralta, pela paciência, cuidado, respeito, atenção, pela disposição e por sempre darem suporte na minha vida acadêmica.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa grande etapa da minha vida.

## **RESTAURAÇÃO TRANSCIRÚRGICA: RELATO DE CASO.**

Lucas Eduardo Oliveira Aguiar <sup>1</sup>

Paula Ventura da Silveira <sup>2</sup>

### **RESUMO**

As restaurações transcirúrgicas são procedimentos inter-relacionados entre dentística e periodontia, com o intuito de solucionar os procedimentos restauradores, onde a visibilidade e o manejo seja inacessível. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico, onde o mesmo relata o tratamento restaurador transcirúrgico como escolha. Durante o procedimento, foi realizado todo o protocolo cirúrgico periodontal, afim de remover tecido hiperplásico da cavidade dental e preservar o espaço biológico. Seguindo, a realização tratamento restaurador direto, acabamento e polimento do elemento. Considerando sucesso final do procedimento, o acompanhamento clínico e radiográfico mostrou eficácia do tratamento.

**PALAVRAS-CHAVES:** Restaurações transcirúrgica, restaurações direta, restaurações semi direta, periodontia, dentística, resina composta.

<sup>1</sup> Graduando do curso de Odontologia pelo Centro Universitário Fametro.

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup>. Orientadora do curso de Odontologia do Centro Universitário Fametro.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	7
2 OBJETIVO GERAL .....	8
3 METODOLOGIA .....	9
4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
5 RESULTADOS .....	13
5.1 Procedimento operatório .....	13
Imagem 1: Situação inicial da paciente.....	13
Imagem 2: Diérese (abertura de campo operatório).....	14
Imagem 3: Campo operatório isolado.....	15
Imagem 4: Restauração Finalizada.....	16
Imagem 5: Restauração finalizada + sutura papilar.....	17
5.2 Discussão.....	17
6 CONCLUSÃO .....	19
REFERÊNCIAS .....	20

## 1 INTRODUÇÃO

As restaurações em resina composta são escolhidas por suas grandes vantagens, principalmente pela satisfação estética com as cores, durabilidade e compatibilidade com o periodonto (POLETTI, MARIANA., 2011). Clinicamente, o cirurgião dentista (CD) encontra diferentes casos clínicos, de baixa, média e ampla complexidade nas reabilitações com restaurações. Diante das situações, a escolha da técnica a ser realizada dependerá de alguns fatores como: condições dental, manejo periodontal e aspecto financeiro do paciente.

Existem alguns tipos de restaurações, como as restaurações diretas, semi-diretas e indiretas.

A técnica de restaurações direta tem ênfase em utilizar as resinas diretamente na cavidade dentária. Segundo (FELIPE et al., 2002) na técnica indireta a etapa da execução da restauração é terceirizada por meio do técnico de laboratório dental. Essas restaurações são processadas em laboratório e confeccionadas com material cerâmico ou resina composta indireta. Apresentam como vantagens em comparação a técnica direta a reprodução de excelente anatomia oclusal e proximal com melhor adaptação marginal, contração de polimerização substancialmente reduzida (LEIRSKAR et al., 1999), e como desvantagem alto custo e um maior tempo clínico.

Em situações de dentes com grande comprometimento, que apresentam cáries e traumas em regiões subgingivais ou radicular, as restaurações transcirúrgicas caracterizam-se como procedimentos alternativos para viabilizar a restauração de dentes em situações desfavoráveis, que não permitem a realização de um procedimento restaurador adesivo adequado (MARTOS et al., 2013).

Pelos aspectos em análise, a Inter relação da restauração transcirúrgica pode ser uma excelente opção de tratamento para, restaurações em dentes com grandes destruição e acometimento subgingival, uma vez que com uma boa visão de campo, agrega as vantagens das técnicas direta e indireta, além de um menor custo operacional e tempo de execução. O presente trabalho tem como objetivo,

descrever e apresentar resultados de um caso clínico de restauração transcirúrgica direta em resina composta.

## **2 OBJETIVO GERAL**

O referente trabalho tem como objetivo, descrever e apresentar resultados de um caso clínico de restauração transcirúrgica direta em resina composta.

### 3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste no estudo de um relato de caso de uma paciente da disciplina de estágio I. Caso realizado no Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO no período de março de 2020. Paciente do sexo feminino, 22 anos, normossitêmica, procurou a clínica de Estágio Supervisionado I do Complexo Odontológico da Unifametro com queixa principal de “dente quebrado”, tendo em vista um tratamento restaurador.

Após avaliação clínica extra e intra oral, pode constatar que o elemento 46 encontrava-se em estado de destruição coronária (OD) com comprometimento subgingival, causada pelo agente *Streptococcus mutans* (Cárie), além de invasão do tecido gengival hiperplasiado para a cavidade operatória. Mediante aspectos clínico, econômico, biológico, foi optado pela restauração transcirúrgica.

A restauração em resina composta, mediante o caso, foi a opção de primeira escolha. A seleção de cor foi realizada com os dentes hidratados e com limpeza previa, sem o acúmulo de tártaro e biofilme. A realização do tratamento, foi prosseguida pelo protocolo clínico cirúrgico e restaurador mais adequado. Foi realizado diérese em região lingual, remoção de gengiva hiperplásica, raspagem com (Lima Hirschfeld), hemostasia, isolamento absoluto, remoção de tecido cariado e preparo cavitário com auxílio de curetas e brocas diamantadas. Por fim, foi utilizado porta matriz de (Tofflemire), por finalidade substituir a parede ausentes da cavidade. Diante do exposto, realizado protocolo do sistema adesivo e restauração definitivo em resina composta.

O presente estudo foi enviado ao comitê de ética, através da Plataforma Brasil e obteve o parecer favorável para execução e relato do mesmo.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A lesão cariosa é considerada como manifestação de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente como consequente formação da lesão de carie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da carie dentária uma doença multifatorial (BRASIL et al., 2003).

O desenvolvimento da cárie somente ocorre na presença de microrganismos na superfície dental, contudo, a simples presença destes não é suficiente para o desenvolvimento da doença (LEITES et al., 2006). FEJERSKOW e MANJI (1990) demonstraram as relações entre o biofilme e os múltiplos determinantes biológicos que influenciam a possibilidade de desenvolvimento da lesão de cárie. Os dentes são colonizados por bactérias que existem no biofilme, cujo metabolismo ocasiona flutuações no pH. Este metabolismo é influenciado por fatores determinantes que por si só não levam ao desenvolvimento de cárie, mas modulam sua atividade. Entre estes encontramos a composição do próprio biofilme, composição e capacidade tampão da saliva, velocidade da secreção salivar e composição e frequência da dieta. Além dos fatores determinantes, existem os fatores confundidores, que são aqueles que variam de população para população nos quais se incluem os fatores socioeconômicos, educacionais e comportamentais (WEYNE e HARARI, 2002; PERINETTI et al., 2005).

A dentística e a periodontia são disciplinas intimamente relacionadas, e o sucesso do tratamento e a satisfação do paciente dependem da execução e da manutenção correta dos procedimentos nas duas áreas. Qualquer restauração, tanto as restaurações do tipo classe II (Ocluso- Mesial ou distal) , ou outra por menor que seja, tem um grande impacto sobre o periodonto não executada de maneira correta. É imperativa a avaliação do espaço biológico, que deve, preferencialmente, ser mantido em suas dimensões normais ( CUEVA et al., 2010).

Para (RITTER, 2001; LOPES et al., 2002, LOPES; VIEIRA; ARAUJO, 2004) atualmente, dentre as alternativas restauradoras livres de metal, as resinas

compostas são a primeira escolha devido à sua técnica relativamente simples, ao seu baixo custo e ao seu índice de sucesso clínico satisfatório quando uma técnica apropriada é utilizada. Além disso, as resinas compostas tendem a preservar a estrutura dental de acordo com a odontologia restauradora conservadora.

Segundo (MONDELLI et al. 2004), a última recomendação da American Dental Association (ADA), de 1998, admite o uso do sistema restaurador estético de uso direto para restaurar cavidades de classe II, de tamanho moderado, em pré-molares e molares.

Além destes pontos a serem observados, (BARATIERI et al., CHAIN et al., 1998) salientaram que os procedimentos adesivos são complexos e altamente dependentes de alguns princípios básicos para o seu sucesso, como: a) os tecidos moles devem estar saudáveis e as margens do preparo devem situar-se em nível gengival ou acima dele preferencialmente; b) isolamento absoluto do campo operatório, uma vez que contaminações de quaisquer ordens podem ocasionar imperfeições deletérias. Técnicas adesivas requerem um campo operatório perfeitamente limpo e isolado de qualquer umidade ou contaminação por fluidos orgânicos.

A obtenção do sucesso do procedimento restaurador dependerá do processo criterioso de anamnese. Informações sobre a história clínica do paciente, hábitos de higiene, hábitos de dieta, oclusão, extensão da lesão cáries, achados radiográficos e hábitos parafuncionais são fatores fundamentais para a conclusão e longevidade da restauração.

Na técnica de restauração direta, a resina é inserida na forma de pequenas esferas, para que cada detalhe anatômico inserido no preparo seja reconstruído. Primeiramente, a superfície proximal, se envolvida, deve ser restaurada. A parte oclusal é então restabelecida com um pequeno incremento com tonalidade e opacidade similar à dentina. Cada cúspide é então restaurada sucessivamente. A seguir, uma resina transparente com características ópticas similares ao esmalte é inserida, dando a forma anatômica de cada cúspide (LOPES et al., 2002; LOPES; VIEIRA; ARAUJO, 2004).

Nos casos em que há impossibilidade de procedimentos restauradores que contemplem as necessidades biológicas é comum a prática de manobras transcirúrgicas (CHANIN et al., 2004; MARTOS et al., 2013). A restauração transcirúrgica tem por objetivo restabelecer o espaço biológico por meio de técnicas cirúrgicas de aumento de coroa clínica, baseadas na gengivectomia e mínima ressecção óssea alveolar por meio de osteotomia/osteoplastia, associadas ao isolamento absoluto do dente, restauração e polimento na mesma consulta. O uso de uma técnica transcirúrgica pode ser considerado o método resolutivo mais favorável quando comparada a uma cirurgia de aumento de coroa clínica convencional ou a um afastamento com grampos retratores e/ou cunhas, com a manutenção da papila interdental. O uso da técnica facilita o acesso total à área desejada e possibilita um trauma tecidual controlado (CHANIN et al., 2004; CESAR et al., 2010; SOUZA et al., 2004), ao contrário do acesso com o emprego de grampos retratores de forma agressiva, que provoca isquemia tecidual e pode deixar como seqüela uma recessão gengival (SECCA et al., 1993).

Em sua grande maioria, os procedimentos transcirúrgicos têm por objetivo o acesso e a preservação dos tecidos periodontais (STEFANI et al., 2009).

## 5 RESULTADO

Paciente M. R. D. S., sexo feminino, 22 anos, compareceu à clínica odontológica da Unifametro, no Estágio I, com fratura na restauração (OD) no elemento 46. O referido dente já teria sido realizado restauração e aumento de coroa clínica anteriormente em outra clínica, apresentava invaginação de hiperplasia gengival para a cavidade dentaria. Devido extensão da cavidade para a região subgengival em região disto/lingual e localização do dente, compreendeu-se que tornaria dificultoso conseguir realizar uma restauração direta com excelente selamento marginal. Após consulta clínica, anamnese e exames complementares imediatos, foi optado pela possibilidade de realização de uma restauração transcirúrgica.



Imagem 1- Situação inicial da paciente.

### 5.1 Procedimento operatório

1º Passo: Profilaxia com auxílio de caneta de baixa rotação, escova Robison (American Burrs) e pasta profilática (Coltene);

2º Passo: Seleção de cor da Resina composta com auxílio de escala vitta;

3º Passo: Assepsia com clorexidina 2% (Rioquímica) e antissepsia com clorexidina 0,12 (Rioquímica);

4º Passo: Anestesia. Foi realizado bloqueio do nervo bucal e lingual, anestesia infiltrativa e papilar do elemento 46, 47;

5º Passo: Diérese e plastia gengival. Foi realizado descolamento gengival de região língua, remoção de tecido gengival hiperplasiado e redução de 2mm da crista óssea interproximal com auxílio de instrumento periodontal (lima Hirschfeld).



Imagem 2- Diérese (abertura de campo operatório).

6º Passo: Após, Isolamento do campo operatório para obtenção de um campo livre de saliva, sangue, umidade, além de prevenção de contaminação.

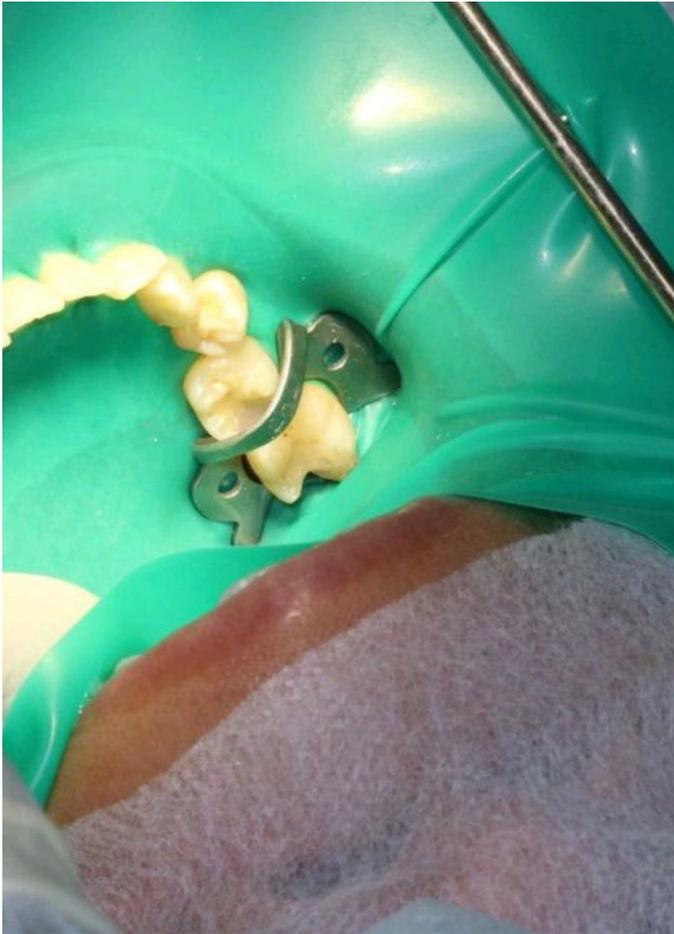


Imagem 3- Campo operatório isolado.

7º Passo: Preparo Cavitário. Remoção de tecido cariado com auxílio de cureta de dentina e brocas diamantadas para auxílio de remoção de material restaurador fraturado.

8º Passo: Proteção do complexo dentina/polpa. Aplicação de ionômero de vidro fotopolimerizável para forramento ( Vitrebond - 3M );

9º Passo: Condicionamento ácido e Sistema Adesivo de 3 passos (Scotchbond 3M);

10º Passo: Restauração propriamente dita com o uso de matriz metálica para auxílio na confecção de parede ausente + resina composta A3 dentina (Filtec Z350- 3M) D3 dentina (Filtec Z350- 3M ) com o auxílio de espátula suprafil ½ e pincel pelo de marta.



Imagem 4 – Restauração Finalizada

11º Passo: Acabamento e polimento. Após procedimento restaurador, foi realizado acabamento e polimento com brocas multilâminadas e Kit Acabamento e Polimento de Resina Completo (Ultra-Gloss - American Burrs).

12º Passo: Sutura papilar, orientações e prescrição medicamentoso pós operatório



Imagem 5- Restauração finalizada + sutura papilar.

## 5.2 Discussão

Segundo (LEINFELDER KF), as restaurações diretas em resina composta podem durar cerca de 10 anos ou mais quando utilizadas em casos cuidadosamente selecionados e dentro das indicações, com as técnicas e materiais apropriados.

Para (SPREAFICO RC, et al), apesar da longevidade e das boas propriedades mecânicas, as restaurações de resina composta apresentam algumas desvantagens como: contração de polimerização, baixa resistência á fratura e ao desgaste em cavidades amplas, e dificuldade de reconstruir margens proximais livres de defeito com contados proximais satisfatórios. Portanto, em cavidades extensas com términos proximais profundos ou intrasulculares a técnica indireta pode ser requerida para superar a maioria desses problemas.

O sucesso das restaurações transcirúrgicas é comprovado por meio da confirmação da ausência dos sinais indicativos de inflamação, como, edema gengival, sangramento à sondagem e formação de bolsas periodontais. (MATTHEWS DC).

Diante do caso clínico exposto, deve-se ressaltar que, em algumas situações, a técnica restauradora pode ser variada de acordo com os aspectos socioeconômicos, tempo e domínio. É de grande importância ressaltar que, foi repassado as diferentes técnicas possíveis a paciente, dentre elas, as técnicas direta, indireta e semi-direta. Além das possíveis intercorrências futuras que poderiam ocorrer. No caso apresentado, foi de escolha a técnica de restauração direta, respeitando a decisão e visando resolutividade e saúde a paciente.

Findado o procedimento da restauração transcirúrgica, a preservação do tratamento é de grande importância, visando manutenção da saúde da paciente. Em questões periodontais, evitando o acúmulo de placa consequentemente preservando a saúde periodontal. Grande fator importante é o ajuste oclusal, onde evitará traumas e contato prematuros (VAN GASTEL J., et al).

## 6 CONCLUSÃO

A técnica bem realizada, um bom custo benefício, visibilidade operatória, preservação do espaço biológico, aliada a bons materiais de escolha, faz com que as restaurações transcirúrgicas tenham se tornado grande opção para os cirurgiões dentistas no tratamento adequado de dentes com destruição onde há comprometimento subgengivais. É de grande relevância que os profissionais tenham a associação do domínio da periodontia e da dentística, visto que, o tratamento possui dificuldade técnica e necessita certo domínio.

O caso clínico descrito, foi solucionado com tratamento de restauração transcirúrgica, a qual teve êxito em ambas técnicas de forma adequada, preservando os tecidos biológicos, periodontais e dentais, além de devolver/promover a paciente sua saúde bucal reestabelecida.

## REFERENCIAS

AIMI, EVERTON., Restaurações diretas de resina composta em dentes posteriores: uma realidade no brasil do século 21. **Trabalho de conclusão de Curso de Pós-Graduação em Dentística da Escola de Aperfeiçoamento Profissional (ABO).**

CARDOSO, RENAN MENEZES, et al. Onlay com resina composta direta: Relato de caso Clínico. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)**, v.11, n.3, 2012.

CHAVES, SONIA., et al. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Caderno de saúde publica. 2001.**

Cherulli, T.L.; Menezes, H.H.M.; Carneiro, K.F.; Quagliatto, P.S.; Magalhães, D. Restauração Transcirurgica: relato de caso clínico. **Rev. odontol. UNESP**, vol.34, nEspecial, p.0, 2005.

CONCEIÇÃO, EWERTON NOCCHI., et al. Procedimento cirúrgico-periodontais aplicados a dentística. **Livro dentística saúde e estética, 2010.**

COSTA, C.C.; et al. Restauração direta em dente posterior. **Rev. odontol. UNESP, vol.35, nEspecial, p.0, 2006**

GOMES, DORIS., et al. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciencia & Saude coletiva. 2007.**GURGEL, MARCELO

MOREIRA., Medidas eficazes para o controle da doença carie dentaria. **Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.**

LEITES, ANTONIO, et al. Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Salusvita, Bauru. v. 25, n. 2, p. 239- 252, 2006.**

LEITES, ANTONIO CESAR BORTOWISKI ROSA., et al. Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Salusvita;25(2):135-148, 2006.**

LEINFELDER KF. Current developments in posterior composite resins. **Adv Dent Res 1988;2:115-121**

LIMA, FABRICE SOLAR DE, et al. Técnica restauradora semi-direta extra-oral : revisão de literatura. 2017. 57 f., il. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.**

MADEIRA ,ANDREA RODRIGUES, et al. Análise clínica de restaurações estéticas e suas correlações com a placa bacteriana. **Revista Periodontia. V. 16, n.3, 2006.**

MANGUEIRA, Dayane Franco Barros., et al. Cárie e erosão dentária: uma breve revisão. **Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.10 no.2 Recife Abr./Jun. 2011.**

MONTEIRO, RENATA VASCONCELOS, et al. Técnica semidireta: abordagem prática e eficaz para restauração em dentes posteriores. **Rev. Ciênc. Plur, v. 3, n 1, p 12-21, 2017.**

MORAES, DEBORA., et al. Técnica RESTAURADORA semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde v. 9 n. 3 (2003).**

MATTHEWS DC, Tabesh M. Detection of localized tooth-related factors that predispose to periodontal infections. **Periodontol 2000. 2004; 34: 136-50**

POLETTI, MARIANA. Restauração transcirúrgica. **Universidade federal do Rio Grande do Sul. 2011**

RAMIRES, IRENE, et al. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária cinqüenta anos no Brasil. **Ciência & saúde Coletiva.2006**

SPREAFICO RC, Krejci I, Dietschi D. **Clinical performance and marginal adaptation of class II direct and semidirect composite restorations over 3.5 years in vivo.** J Dent. 2005; 33(1): 499–507.

SILVA, CAROLINE FERNANDES, et al. Restauração transcirúrgica para o restabelecimento da estética dentária e periodontal. **BVS- Biblioteca virtual de saúde. 11(4):368-375, 2015.**

SOARES, Genaina Guimarães., et al. Métodos de detecção de cárie. **Rev. Bras. Odontol. vol.69 no.1 Rio de Janeiro Jan./Jun. 2012**

TAPETY, C.M.C.; CEFALY, D.F.G.; SILVA e SOUZA JR., M.H. da. Resina composta direta para dentes posteriores: relato de caso clínico. JBD, Curitiba, v.1, n.4, p.343-349, out./dez. 2002.

VAN Gastel J, Quirynen M, Teughels W, Carels C. The relationships between malocclusion, fixed orthodontic appliances and periodontal disease. **A review of the literature. Aust Orthod J.** 2007; 23(2): 121-9.