



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA**

**REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA PÓS EXODONTIA COM  
ELEMENTO DENTÁRIO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE:  
RELATO DE CASO**

**FORTALEZA**

**2024**

NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA

REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA COM O PRÓPRIO ELEMENTO  
NATURAL APÓS EXODONTIA DEVIDO CONDIÇÃO PERIODONTAL: RELATO  
DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao aluno Nayala Maria de Queiroz  
Martins Costa, do Centro Universitário  
Christus, como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Mayra Sabiá de Moura

Fortaleza

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus  
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do  
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C837r Costa, Nayala Maria de Queiroz Martins.  
Reabilitação provisória imediata pós exodontia com elemento  
dentário comprometido periodontalmente: Relato de caso / Nayala  
Maria de Queiroz Martins Costa. - 2024.  
50 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,  
Fortaleza, 2024.  
Orientação: Prof. Me. Mayra Sabiá de Moura.
1. Cirurgia Bucal. 2. Prótese parcial imediata . 3. Esplintagem  
periodontal. I. Título.

CDD 617.632

NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA

REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA COM O PRÓPRIO ELEMENTO  
NATURAL APÓS EXODONTIA DEVIDO CONDIÇÃO PERIODONTAL: RELATO  
DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao aluno Nayala Maria de Queiroz  
Martins Costa, do Centro Universitário  
Christus, como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Mayra Sabiá de Moura

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Ma. Mayra Sabiá de Moura (Orientador)

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Me. Edson Luiz Cetira Filho (Examinador)

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Ma. Isabella Fernandes Carvalho (Examinador)

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus por Ele ter me protegido, abençoado e me mantido firme até aqui, sem Ele, nada seria.

Agradeço aos meus pais, que debaixo de muito sol, me fizeram chegar aqui pela sombra e com água fresca. A minha mãe, pelo seu amor sem limites, pelas orações, por todo suporte que sempre me deu e por nunca me deixar faltar nada. Ao meu pai, por sempre acreditar em mim. Sem eles eu jamais teria chegado tão longe em minha vida. Eles sempre foram muito conscientes da necessidade de me fornecer uma boa educação. Sempre fizeram o máximo para que eu pudesse ter a oportunidade de buscar todos os meus sonhos. Sou grato a todos os sacrifícios que fizeram em suas vidas, a todas as coisas que vocês tiveram que abrir mão por minha causa. Espero um dia poder retribuir todo o amor e dedicação que tiveram comigo.

Ao meu namorado e melhor amigo, que mesmo quando eu não acreditei em mim, ele sempre me mostrou o quanto eu era capaz, sempre me incentivou a sair da minha zona de conforto para ir além e esteve comigo em todos os momentos. Você me deu forças e confiança para eu conseguir chegar até aqui.

À minha orientadora Mayra Moura, que é um verdadeiro exemplo de determinação, inteligência, foco, que está sempre disposta a dar o seu melhor em tudo o que faz. Obrigada pela paciência durante esse período e por ter acreditado em mim e por toda troca que tivemos muito me acrescentou durante essa jornada. Que eu possa me espelhar na profissional e humana que a senhora é.

A minha banca o professor Edson, que tanto se dedica aos seus alunos. Quero expressar minha sincera gratidão pelo seu ensinamento. Seu jeito calmo e manso criam um ambiente de aprendizado muito especial, e admiro profundamente sua capacidade de transmitir conhecimento com tanta clareza e paixão. A professora Isabella, que pude me aproximar mais durante a monitoria em Clínica infantil I sua presença na banca foi um grande privilégio. A sua calma e meiguice, que sempre foram características marcantes. Sua capacidade de transmitir conhecimento de forma tão acessível e acolhedora fez toda a diferença na minha formação.

Não poderia deixar de expressar minha gratidão a você. Desde o começo, você foi minha primeira amiga e nossa parceria se manteve firme até o final. Sua presença foi um alicerce para mim, especialmente nos momentos em que estava longe da minha família. Você sempre esteve disposta a me ajudar e a me apoiar, e isso fez toda a diferença. Sou muito grata por todas as memórias que criamos juntas e por sua amizade.

Aos meus amigos Fernanda, João Emanuel, Lucas, João Pedro, Marcella, Ayla, Suellen, Felipe, Bianca, Sérgio e Clara Gomes, quero agradecer a todos vocês pela amizade que construímos ao longo desses anos foi fundamental para minha jornada. Cada risada, cada conversa e cada desafio enfrentado juntos tornaram essa experiência ainda mais especial. Sou verdadeiramente grata por ter cada um de vocês na minha vida!

Por fim, quero expressar minha profunda gratidão aos professores da Unichristus: Nadine, Marina, Rafael Linard, Diana, Diego, Gabriel, Ju Paiva, Vilana, Sartorelli e todos os demais. Agradeço pela dedicação, apoio e atenção. Cada um de vocês contribuiu significativamente para minha formação, e os ensinamentos desses cinco anos ficarão comigo para sempre. Sou grato por cada aprendizado e por me guiarem nesta jornada.

## RESUMO

O trabalho relata o caso clínico da paciente R.C.A.S, 37 anos, gênero feminino, normossistêmica, atendida na clínica escola de Odontologia da Universidade Christus, diagnosticada com periodontite Estágio II, Grau A padrão incisivo-molar, usuária de aparelho ortodôntico há mais de um ano sem manutenção, sem relato de tratamento periodontal anterior à instalação deste. O elemento 11 apresentava mobilidade grau III, com migração patológica, o que comprometia, também, a estética do sorriso da paciente. Foi indicada a exodontia, com reabilitação imediata utilizando o próprio dente como dispositivo protético provisório, com o intuito de preservar as características naturais do sorriso e atender às suas necessidades financeiras. Após a exodontia, foi realizada a secção do elemento na altura da linha amelocementária, com acesso à câmara pulpar, para remoção da polpa coronária, e obturação realizada com resina flúida fotopolimerizável, seguindo os protocolos previstos para esses materiais. Foi necessária a esplintagem como artifício de controle de mobilidade dos dentes adjacentes, também comprometidos periodontalmente. A fixação envolveu todos os dentes do II sextante, ancorados de 14 a 24, utilizando fio ortodôntico do tipo NiTi 16. O elemento extraído, previamente preparado, foi fixado ao fio com resina composta, deixando-o em infra-oclusão, para preservação do espaço protético e manutenção de sua posição pelo maior tempo possível. Para tanto, foi realizado ajuste oclusal em toda a bateria anterior de forma que não houvesse interferências oclusais patológicas, além do acabamento e polimento dos dispositivos de colagem, para que não atuassem como fatores retentivos de biofilme. Paciente submeteu-se a reabilitação com implante osseointegrado, e está em acompanhamento ortodôntico para recuperar a oclusão ideal, para que seja possível a instalação da prótese definitiva obedecendo a curvatura ideal do arco. Sendo assim, concluiu-se que o proveito do elemento dentário como prótese provisória, imediatamente após a exodontia, foi uma alternativa reabilitadora viável e mais acessível para a paciente, atendendo à necessidade de remover uma unidade dentária periodontalmente comprometida, auxiliando o controle da doença nesse sítio, permitindo que o tratamento interdisciplinar ideal transcorresse a contento, para posterior reabilitação com implante osseointegrado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgia Bucal, Prótese  
Esplintagem periodontal.

Parcial      Imediata,

## **ABSTRACT**

The work reports the clinical case of patient R.C.A.S., 37 years old, female, normosystemic, treated at the Dental Clinic of Universidade Christus, who was diagnosed with stage II periodontitis, grade A, incisor-molar pattern. She had been wearing an orthodontic appliance for over a year, which had not been maintained, and had no previous periodontal treatment. Tooth 11 exhibited grade III mobility with pathologic migration, which affected the esthetics of the patient's smile. Exodontia with immediate rehabilitation using the extracted tooth as a temporary prosthesis was indicated to preserve the natural features of the smile and meet her financial needs. After extraction, the tooth was cut open at the level of the enamel-cement junction to gain access to the pulp chamber and remove the coronal pulp, which was then filled with a light-curing liquid resin, following the protocols for these materials. Splinting was necessary to control the mobility of the adjacent teeth, which were also periodontally compromised. Fixation included all teeth in the second sextant, anchored from 14 to 24, with 16 orthodontic NiTi wires. The extracted tooth, which had been previously prepared, was fixed to the wire with composite resin and positioned in infraocclusion to preserve the prosthetic space and maintain its position for as long as possible. Occlusal adjustments were made in the entire anterior region to avoid pathological occlusal interferences. In addition, the bonding devices were finished and polished to prevent them from acting as retention factors for the biofilm. The patient was rehabilitated with an osseointegrated implant and is currently undergoing orthodontic treatment to restore the ideal occlusion so that the definitive prosthesis can be placed while maintaining the ideal arch curvature. It was concluded that the use of the dental element as a provisional prosthesis immediately after exodontia provided a viable and more accessible rehabilitation alternative for the patient that addressed the need to remove a periodontally compromised tooth unit, assisted in controlling the disease at this site and facilitated the ideal interdisciplinary treatment for the subsequent installation of the osseointegrated implant.

**KEYWORDS:** Oral Surgery, Immediate Partial Prosthesis, Periodontal Splinting.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1. Objetivo geral .....	14
2.2. Objetivos específicos .....	14
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
3.1. Doença Periodontal .....	15
3.2. Fenótipos Periodontais .....	18
3.3. Mobilidade dentária .....	19
3.4. Prótese provisória imediata.....	20
3.5. Tratamento ortodôntico.....	21
3.6. Exodontia e implantes osseointegrados .....	22
3.7. Contenção semi-rígida .....	23
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>25</b>
4.1. Tipo de estudo.....	25
4.2. Aspectos éticos .....	25
4.3. Relato de caso .....	25
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE I - TCLE</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE II – TERMO DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO I – PARECER COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O periodonto refere-se às estruturas de suporte e proteção dentária. A faixa de gengiva queratinizada delimita o periodonto de proteção, já o cemento radicular, osso alveolar e ligamento periodontal, o de sustentação. A gengiva é a parte da mucosa oral que recobre o osso alveolar da maxila e da mandíbula e envolve o colo dos dentes. O cemento é um tecido avascular calcificado de origem mesenquimal que recobre a superfície radicular anatômica, composto por: conteúdo orgânico, elementos celulares, matriz calcificada e conteúdo inorgânico. O osso alveolar que suporta e aloja os dentes dentro dos alvéolos, consiste em: Placa cortical externa, Osso alveolar propriamente dito, Osso alveolar de suporte – osso esponjoso entre as duas placas ósseas corticais. Já o ligamento periodontal preenche o espaço entre os alvéolos e as raízes dos dentes, é formado por: fibras periodontais, células do tecido conjuntivo e preenchido pela substância fundamental que preenche o espaço entre as fibras e células.(Carranza et al., 2012)

De acordo com a literatura, podemos classificar os fenótipos gengivais em: fino e espesso. O fenótipo gengival fino possui espessura mais frágil e delicada, por isso sua resposta para inflamações e traumas é mais suscetível a recessões gengivais. Por sua vez, fenótipo espesso apresenta boa quantidade de espessura gengival, sendo mais denso e fibroso e na presença de uma reação inflamatória ou após um trauma, pode levar à formação de bolsa periodontal. (Gabri., 2021)

A gengivite caracteriza-se como a fase inicial da doença periodontal, mantendo-se confinada apenas a zona de gengiva livre, que pode progredir para periodontite, se não tratada. As características clínicas do estágio inicial da doença envolvem a presença de placa bacteriana, eritema, edema, sangramento, sensibilidade, aumento do exsudato gengival, ausência de perda de inserção, ausência de perda óssea, mudanças histológicas e reversibilidade após o controle mecânico do biofilme. (Vanderlei, 2018)

Se não tratada evolui para a periodontite, que se caracteriza por ser uma doença inflamatória de caráter infeccioso, apresentando características clínicas idênticas às da gengivite, somado à perda de inserção conjuntiva, presença de bolsa periodontal e perda óssea alveolar. (Antoninni., 2013)

Um maior risco para periodontite pode ser desencadeado por um compilado de fatores de risco ambientais e adquiridos, como hereditariedade, tabagismo, variação hormonal (durante a gravidez, menopausa), além da resposta imune do hospedeiro, influenciada pela presença de doenças sistêmicas (diabetes, osteoporose, HIV, neutropenias, etc.), estresse, deficiências nutricionais, medicamentos (bloqueadores dos canais de cálcio, agentes imunomoduladores, anticonvulsivantes) e higiene bucal deficiente. (Antoninni., 2013)

Essa interação hospedeiro e fator etiológico é a responsável pela progressão da doença periodontal, e o periodonto de sustentação, uma vez perdido, tem capacidade limitada para regenerar-se espontaneamente. Assim, o processo destrutivo parece unidirecional, uma vez que o combate entre hospedeiro e microbiota patogênica resultará, na maioria das vezes, em mais doenças. (Vanderlei., 2018)

Para um diagnóstico completo de um paciente com periodontite é preciso definir o estadiamento e classificação da doença, para estabelecer a gravidade, suscetibilidade futura e avaliação dos fatores de risco, e, assim, determinar as condutas ideais de tratamento e controle. (Carranza et al., 2012)

A presença de dispositivos ortodônticos fixos é considerado um vetor etiológico secundário importante, uma vez que funciona como fator retentivo local de biofilme, que contribuirá para a transformação da microflora oral, de organismos aeróbios para anaeróbios, favorecendo a colonização por importantes bactérias periodontopatogênicas, tais como as espiroquetas, bactérias fusiformes, bactérias anaeróbios facultativos, lactobacilos e *Prevotella intermedia*. Entende-se que um ciclo vicioso se formará, pois a inflamação gengival dificulta a boa higiene oral, resultando em mais inflamação e sangramento. (Vanderlei,2018)

O fator causal e estágio da doença periodontal guiará a escolha da melhor conduta a ser realizada, de acordo com a necessidade do paciente. O tratamento consiste na remoção do biofilme, que, inicialmente, faz-se de maneira minimamente invasiva e de forma preventiva, através de profilaxia e raspagem supra gengival, sendo necessária a colaboração do paciente para a manutenção dos hábitos de higiene oral adequados, na rotina diária. Caso infecções, bolsas periodontais e mobilidade dentária persistam, a

raspagem subgengival e/ou o tratamento cirúrgico são indicados. (Da costa cardoso et al., 2022)

Quando a mobilidade dentária torna-se aumentada devido à altura reduzida dos tecidos de suporte, tende a causar desconforto durante a mastigação, sendo necessário criar um plano de cuidado com correto diagnóstico, visando tratar a causa da patologia, incluindo o uso de dispositivos que ajudem a reduzir essa mobilidade e protejam os dentes remanescentes de sobrecargas oclusais. Quando é possível reverter a mobilidade, o *splint* dental pode ser uma alternativa de controle. Consiste na união de dois ou mais dentes com mobilidade aumentada, cujo objetivo é distribuir de forma mais equilibrada as forças oclusais, promovendo a saúde dentária, a função mastigatória, a fala, o conforto e, por fim, a estética. (Martins., 2021)

Um estudo mostrou que a contenção semi-rígida promove um melhor arranjo das fibras do ligamento periodontal e deve ser usada por pelo menos uma semana durante o processo de cicatrização. O uso da contenção não deve exceder duas semanas, embora, em casos de comprometimento significativo do periodonto de sustentação, como fraturas ósseas associadas a avulsões, esse período pode se estender de três a quatro semanas. (Machado., 2016)

Quando a mobilidade pelo dano periodontal não consegue ser controlada, a exodontia pode ser considerada uma alternativa de tratamento, se o elemento dentário em questão representar um fator de risco para a saúde oral e para o sucesso do tratamento. A probabilidade de substituição de um elemento dentário que já está comprometido periodontalmente por próteses removíveis, fixas ou implantossuportadas deve ser levada em consideração, visando promover a melhor opção de tratamento para o paciente. (Martins et al., 2016)

A perda óssea causada como consequência da doença periodontal, compromete o nível de inserção óssea, causando um desequilíbrio nas estruturas periodontais que mantêm o dente em sua posição ideal, o que, de fato, acaba colaborando para que ocorra a migração dentária patológica. Esta alteração na posição dos dentes, gera uma desarmonia oclusal, levando o paciente a desencadear problemas estéticos e de má oclusão, tendo o perfil indicado para o tratamento ortodôntico. (Da Costa Cardoso et al., 2022)

A osseointegração é a fixação biológica do implante ao osso, alcançada a partir da intimidade do crescimento ósseo na superfície dos implantes. Após a instalação, a estabilidade do implante se dá, primeiramente, pela ancoragem mecânica, desenho dos implantes e estrutura óssea. Conforme vai havendo o reparo do osso peri-implantar, essa estabilidade passa a ser conferida pela fixação biológica. (Lacerda., 2022)

O sucesso esperado para a osseointegração e a estabilidade dos implantes dependem da qualidade do tipo de osso, do estado da saúde periodontal e das características dos implantes, como comprimento e diâmetro, topografia da superfície, composição química, rugosidade, tipo de material, tratamento superficial, formato e design do implante, além do tipo de conexão. (Santos Silva et al., 2022)

A busca pela melhora da capacidade de osseointegração dos implantes tem como uma de suas finalidades acelerar a colocação de carga sobre o implante, a fim de devolver ao paciente, com mais rapidez, mas de forma segura, a estética e a função. (Lacerda., 2022)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Esse trabalho tem como objetivo relatar uma opção de reabilitação provisória imediata em região estética para pacientes com limitações financeiras, diante da necessidade de restabelecer uma unidade dentária com mobilidade grau III devido à doença periodontal com indicação de exodontia, visando uma melhoria em sua qualidade de vida.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Destacar a importância do conhecimento e a necessidade do tratamento interdisciplinar, de periodontia, cirurgia, oclusão e prótese para a reabilitação oral de pacientes com doença periodontal avançada.
- Promover saúde, estética e função à paciente, propondo o melhor tratamento possível, considerando as limitações da paciente.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Doença Periodontal

Doença periodontal é uma condição inflamatória crônica dos tecidos periodontais associadas a um biofilme supra e/ou subgingival disbiótico, enriquecido com bactérias gram-negativas, e podem ser classificadas em doenças gengivais e periodontais. (Newman et al., 2012)

As doenças gengivais, podem ocorrer tanto em um periodonto normal quanto em um reduzido, em que é observada perda de inserção clínica, mas sem profundidade de sondagem e sem sangramento, ou seja, sem doença ativa. Os principais elementos que conduzem ao diagnóstico de gengivite são as alterações visuais da gengiva dentária (edema, eritema, pápulas bulbosas) e sinais de sangramento à sondagem sulcular, diante da exploração periodontal. Embora mais raras, doenças gengivais não induzidas por placa podem se manifestar na gengiva com sinais de inflamação, geralmente como resultado de etiologia autoimune ou idiopática. Já as periodontais, apresentam perda de inserção detectável como resultado da destruição inflamatória do ligamento periodontal e osso alveolar. A mensuração da profundidade de sondagem por si só é insuficiente para uma avaliação da periodontite, pois a recessão da gengiva marginal pode subestimar a perda de inserção. Por outro lado, se a margem gengival está localizada acima da junção amelocementária como resultado da inflamação, as mensurações da profundidade de sondagem aumentada podem não refletir a verdadeira perda de inserção clínica associada à perda óssea. (Newman et al., 2012)

Para o diagnóstico da doença periodontal, o cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese minuciosa, a fim de levantar informações robustas que levem a um correto diagnóstico, uma vez que essa patologia tem origem multifatorial. Com relação ao diagnóstico clínico, deve-se realizar exames periodontais e sondagem com uso de instrumentos milimetrados. O exame radiográfico auxilia no diagnóstico da periodontite, por revelarem o nível ósseo. (Silva., 2020)

O tratamento das doenças periodontais consiste na ação mecânica para remoção do biofilme, sobretudo por parte do paciente, no sentido de desenvolver ações eficazes de higiene oral. O cirurgião dentista atua realizando protocolos clínicos, através da ação mecânica de instrumentos apropriados com o intuito de remover o biofilme e/ou cálculos

dentais. Em alguns casos, há a necessidade de utilização da antibioticoterapia, local e/ou sistêmicas, no controle desses microrganismos. (Silva., 2020)

Para um diagnóstico completo de um paciente com periodontite incluirá estadiamento e classificação da doença.

a. Estágios – a doença é categorizada em quatro estágios com base em:

a.1. Estágio I - a periodontite é INICIAL:

Gravidade:

- Profundidade de Sondagem Clínica (PIC - perda de inserção clínica) interdental no sítio de maior perda: de 1 a 2 mm,
- Perda óssea radiográfica: abrange somente o terço coronal (<15%),
- Perda dentária: não há risco de perda dentária

Complexidade (Local): Profundidade de sondagem (PS) máxima  $\leq 4$  mm, e quase inteiramente perda óssea horizontal

Extensão e distribuição: localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

a.2) Estágio II - a periodontite é MODERADA:

Gravidade:

- PIC(perda de inserção clínica) interdental no sítio de maior perda: de 3 a 4 mm,
- Perda óssea radiográfica: abrange somente o terço coronal (15% a 30%),
- Perda dentária: não há risco de perda dentária

Complexidade (Local): PS (profundidade de sondagem) máxima  $\leq 5$  mm, e quase inteiramente perda óssea horizontal

Extensão e distribuição: localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

a.3) Estágio III - a periodontite é AVANÇADA/ GRAVE com potencial para perda dentária adicional;



Gravidade:

- PIC (perda de inserção clínica) interdental no sítio de maior perda:  $\geq 5$  mm
- Perda óssea radiográfica: Se estende ao terço médio ou apical da raiz,
- Perda dentária: Perda dentária de  $\leq 4$  dentes devido à periodontite

Complexidade (Local): Em adição à complexidade do estágio II: PS (profundidade de sondagem)  $\geq 6$  mm; perda óssea vertical de  $\geq 3$  mm; envolvimento de furca de grau II ou III; defeito de rebordo moderado.

Extensão e distribuição: localizada ( $< 30\%$  dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

a.4) Estágio IV - a periodontite é AVANÇADA/ GRAVE com perda dentária extensa e potencial para a perda da toda a dentição;

Gravidade:

- PIC (perda de inserção clínica) interdental no sítio de maior perda:  $\geq 5$  mm,
- Perda óssea radiográfica: Se estende ao terço médio ou apical da raiz
- Perda dentária: Perda dentária de  $\geq 5$  dentes devido à periodontite

Complexidade (Local):

Em adição à complexidade do estágio III: Necessidade de reabilitação complexa devido a: disfunção mastigatória; trauma oclusal secundário (mobilidade dentária de grau  $\geq 2$ ); defeito de rebordo grave; colapso de mordida, desvio de mordida, espaçamento de mordida; menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas)

Extensão e distribuição: localizada ( $< 30\%$  dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

b.4) Extensão e distribuição:

Localizada ( $< 30\%$  dentes), Generalizada ( $> 30\%$  dentes) e Padrão molar-incisivo.

c.4) Graus – categorizados em três classes com base no risco de progressão rápida (com o uso de medidas diretas, como perda óssea radiográfica ou perda de inserção clínica, e medidas indiretas, como relação de perda óssea/idade).

Grau A - taxa lenta: sem perda em 5 anos, <0,25mm, biofilme com baixos níveis de destruição, não fumantes e não diabéticos

Grau B - taxa moderada: <2mm em 5 anos, 0,25 a 1mm, destruição proporcional aos depósitos de biofilme, <10 cigarros por dia, diabético com < 7% HbA1 c.

Grau C - taxa rápida:  $\geq 2$  mm ao longo de 5 anos, 1mm, destruição inconsistente com depósitos de biofilme; padrões clínicos sugestivos de períodos de rápida progressão e/ou início precoce,  $\geq 10$  cigarros/dia e diabético com  $\geq 7\%$  HbA1 c. (Carranza et al., 2012)

Em vista disso, para um correto diagnóstico de periodontite é necessário: determinar a extensão seguida por estadiamento e classificação da doença e histórico dos fatores de riscos. (Newman et al., 2012)

### **3.2. Fenótipos Periodontais**

Cada indivíduo possui características gengivais distintas, levando à criação do termo "fenótipo periodontal" para descrever as variações na arquitetura gengival, tais como espessura e largura da gengiva vestibular e do morfotipo ósseo. Os fenótipos podem ser classificados em espesso ou fino. O fenótipo espesso é caracterizado por uma estrutura plana do tecido mole e do osso, com tecido fibroso e uma ampla faixa de gengiva inserida, além de um osso subjacente espesso que resiste a traumas mecânicos. Apresenta uma resposta à doença periodontal com formação de bolsas e defeitos infra-ósseos, frequentemente associados a dentes anteriores quadrados. Em contrapartida, o fenótipo fino possui uma estrutura festonada do tecido mole e do osso, com tecido mais delicado, uma faixa estreita de gengiva inserida e um osso subjacente fino, que pode apresentar mais chances de fenestrações e deiscências, reagindo à doença periodontal e aos traumas com a recessão do tecido marginal, sendo geralmente associado a dentes anteriores triangulares. (Gomes., 2015)

O fenótipo periodontal tem uma importância prática, como por exemplo para a instalação de implantes em áreas de exigência estéticas, devendo ser avaliado de forma muito criteriosa, a fim de que resultados mais previsíveis possam ser alcançados. (Gomes.,2015)

Para garantir um resultado estético satisfatório e o de sucesso a longo prazo em qualquer intervenção, é essencial que haja um tecido gengival saudável e uma faixa adequada de tecido queratinizado, principalmente ao redor dos implantes dentários. De acordo com Lang e Loe (1972), essa faixa deve ter pelo menos 2 mm, entre a margem gengival e linha mucogengival. A espessura gengival mínima de 2 mm em torno dos implantes é crucial para estabelecer a distância biológica e minimizar a perda óssea marginal ao longo do tempo (Linkevicius et al., 2009). Portanto, a identificação do fenótipo periodontal é fundamental para um planejamento eficaz e para aumentar a previsibilidade tanto nas cirurgias implantodônticas quanto no recobrimento de raízes dentárias. (Amaro., 2021)

### **3.3. Mobilidade dentária**

A mobilidade dentária é definida pelo aumento da amplitude de deslocamento da coroa de um dente, originando-se de múltiplos fatores. Essa condição manifesta-se quando o elemento dental é submetido a trauma oclusal, migração dentária, dor ou desconforto durante a mastigação, além da reabsorção do osso alveolar, frequentemente associada a hábitos prejudiciais como o tabagismo e a doença periodontal em estágios mais graves. As alterações na posição dos dentes no arco, bem como a hipersensibilidade resultante da mobilidade, costumam ser facilmente percebidas pelos pacientes e impactam negativamente sua qualidade de vida. (Bezerra et al., 2020)

A mobilidade dentária é resultante da altura reduzida dos tecidos de suporte periodontal e pode ocasionar desconforto durante a mastigação. Como complemento à terapia principal, que se concentra na causa da patologia, a utilização de dispositivos que auxiliem na redução dessa mobilidade e protejam os dentes remanescentes de sobrecargas oclusais pode ser necessária. Nesse contexto, a esplintagem dental apresenta-se como uma solução, pois visa unir dois ou mais dentes com grau acentuado de mobilidade. Essa técnica tem como objetivo distribuir as forças oclusais, prevenir a migração patológica dos dentes durante a fase de reparo ósseo, após o tratamento periodontal, e restaurar a saúde, a função mastigatória, a fonação, o conforto e, conseqüentemente, a estética do paciente. (Martins., 2010)

A mobilidade pode ser decorrente de um processo inflamatório, no caso a periodontite, como também por padrão oclusal anormal (como por exemplo contato

premature), resultando em forças não-axiais sobre os dentes e/ou forças oclusais excessivas associadas a movimentos parafuncionais.(Grassi., 2016)

Quando forças traumáticas são aplicadas a um periodonto saudável, há uma fase de aumento da mobilidade, acompanhado de alterações vasculares patológicas e maior atividade osteoclástica nas áreas sob pressão. Após essa fase, o dente se estabiliza em uma nova posição, mantendo a mobilidade sem aumento ou alteração biológica. Em contraste, dentes com doença periodontal que sofrem forças oclusais anormais não se adaptam adequadamente e continuam em trauma, levando à mobilidade progressiva, podendo acelerar o índice de perda de inserção periodontal e óssea. (Grassi., 2016)

### **3.4. Prótese provisória imediata**

Não é em todo o caso que é possível realizar a reabilitação definitiva imediatamente após o momento da exodontia. Desse modo, é sempre importante considerar a possibilidade de confecção e instalação de uma prótese provisória imediata. Esse dispositivo pode ser usado por um tempo determinado, cuja função é restabelecer o sistema estomatognático, através de obtenção da estética, fonética e de função, ou para promover a adaptação do paciente, até que a sua prótese definitiva seja instalada. (Martins et al., 2016)

A confecção de próteses imediatas abrange planejamento e procedimentos prévios à extração dentária, para que seja possível a instalação e ajustes logo após a cirurgia. A prótese imediata possibilita a promoção da estética e da função. A depender da técnica de escolha, o pós-operatório pode ser favorecido pela proteção do coágulo e da ferida cirúrgica, facilitando a cicatrização nos limites da prótese, permitindo uma adequada acomodação dos tecidos. (Gonçalves et al., 2020)

Para assegurar um prognóstico clínico positivo e duradouro na reabilitação oral, seja por meio de próteses dentárias convencionais ou provisórias, é essencial realizar manutenções periódicas do tratamento. Esse acompanhamento deve ser supervisionado pelo cirurgião-dentista, contando também com a total colaboração do paciente. (Rosetto et al., 2024)

Em relação à instalação imediata da prótese provisória, é fundamental que ela permaneça em um estágio de infra-oclusão durante o período de cicatrização, a fim de evitar micromovimentos. (Colosson., 2021)

O resultado estético final do procedimento depende de diversos fatores específicos, tais como a configuração da prótese provisória, a qualidade e a quantidade de gengiva ao redor do futuro implante, a adequação do limite cervical e o perfil de emergência. Este último, o perfil de emergência, refere-se ao contorno de um dente, coroa ou pilar de implante e à sua interação com os tecidos adjacentes. (Colosson., 2021)

### **3.5. Tratamento ortodôntico**

A demanda por tratamento ortodôntico entre adultos tem aumentado significativamente, impulsionada pelo desejo dos pacientes de aprimorar a estética do sorriso, além das indicações funcionais. Assim, é essencial realizar previamente uma avaliação das condições periodontais e das principais características para garantir o sucesso e os resultados desejados do tratamento. Isso inclui considerar alterações na posição dos dentes anteriores, diastemas, rotações ou inclinações dos dentes posteriores, que podem acarretar problemas relacionados à oclusão. A perda dentária ou a diminuição do suporte periodontal pode levar à migração patológica dos dentes. (Carraro et al., 2009.)

É possível realizar movimentos ortodônticos em pacientes com comprometimento periodontal, desde que tenham completado a terapia periodontal e apresentem um bom controle de higiene bucal, com gengivas saudáveis e ausência de sangramento à sondagem. Nesse contexto, é viável conduzir o tratamento ortodôntico sem causar danos à estrutura de suporte dentário. (Da costa cardoso et al., 2022)

Os objetivos e limitações do tratamento ortodôntico devem ser claramente explicados ao paciente desde o início, pois as expectativas podem exceder as possibilidades de resultados. É fundamental que o ortodontista e/ou periodontista trabalhem de forma interdisciplinar e forneçam informações sobre prevenção e educação, a fim de orientar, motivar e conscientizar os pacientes que utilizam aparelho fixo. Portanto, as instruções de higiene oral não devem ser consideradas secundárias durante o tratamento ortodôntico; pelo contrário, devem ser sempre priorizadas e enfatizadas, visando à manutenção de uma saúde bucal funcional e estética. (Gomes et al., 2017)

É fundamental realizar exames periodontais antes, durante e após o tratamento ortodôntico, além de informar ao paciente que a falta de controle do biofilme dental pode levar à interrupção do tratamento a qualquer tempo. Isso inclui um exame clínico

criterioso, com sondagem de todos os dentes e sítios, avaliação da quantidade de mucosa ceratinizada e gengiva inserida, verificação de recessões gengivais, presença de lesões de furca, mobilidade dentária, índices de placa e sangramento gengival, além de exames radiográficos e, se possível, fotográficos (Gomes et al., 2017)

### **3.6. Exodontia e implantes osseointegrados**

As técnicas que possibilitam exodontias minimamente invasivas foram desenvolvidas com a finalidade de executar extrações dentárias no sentido vertical, de maneira a preservar o osso alveolar com o mínimo possível de expansão óssea. Dispositivos atuais sofisticados e fórceps especiais exercem uma força de tração em sentido axial na raiz dentária e, se aplicados corretamente, promovem uma redução do trauma ósseo, culminando no rompimento das fibras periodontais sem ocasionar a expansão óssea. (Satriano., 2023)

Uma manobra cirúrgica utilizada para minimizar esses danos é a cirurgia sem retalho, visando manter o suprimento sanguíneo advindo do periósteo e, desse modo, minimizando a reabsorção do osso cortical circundante, com ênfase na região vestibular. (Satriano., 2023)

A exodontia e sua substituição por implantes osseointegrados está se tornando cada vez mais recorrente em pacientes que possuem comprometimento periodontal. Essa abordagem tem facilitado o tratamento, possibilitando o uso de reabilitações fixas e, ao mesmo tempo, evitando o desgaste de dentes saudáveis. Com o avanço da osseointegração, o prognóstico dos dentes naturais tem sido significativamente aprimorado. (Zavanelli et al., 2011)

A fase de maior importância no tratamento reabilitador feito através de implantes osseointegráveis consiste no planejamento reverso, cirúrgico e protético, o que possibilita a avaliação local e sistêmica do paciente candidato à instalação dos implantes. Desse modo, é imperioso que o planejamento envolva desde a anamnese; exame clínico (intra e extra-oral); exames radiológicos e de imagem; avaliação dos anseios do paciente; confecção de modelos de estudo; opções de plano de tratamento; confecção de guia cirúrgico; até o preparo do paciente e seleção dos implantes ideais para o caso. (Satriano., 2023) Para se obter um resultado positivo no tratamento de implantes osseointegrados, é de grande valia que haja a preservação das margens ósseas, mantendo altura e espessura. (Zani., 2011)

No âmbito da reabilitação com implantes dentários, pacientes que têm histórico de doença periodontal precisam seguir um programa de manutenção personalizado e rigoroso para prevenir e controlar possíveis infecções e recidiva da doença. A saúde dos tecidos periimplantares é diretamente influenciada pela saúde dos tecidos periodontais. A presença de biofilme bacteriano e sangramento à sondagem estão fortemente ligados ao aumento do risco de desenvolver mucosite periimplantar e periimplantite. (Correia et al., 2016)

Após a instalação dos implantes osseointegrados, é essencial que exista uma relação harmoniosa entre estes e os tecidos moles peri-implantares. Além disso, é necessário realizar adequações que permitam que os implantes suportem as remodelações ósseas que normalmente afetam todos os tipos de conexões protéticas. (Spezzia., 2019)

A Regeneração Óssea Guiada (ROG) é um tratamento na área de periodontia clínica que favorece uma nova formação do tecido periodontal em regiões que foram afetadas pela Doença Periodontal. Por outro lado, a Regeneração Tecidual Guiada (RTG), também conhecida por enxerto de tecido regenerativo, é uma técnica que estimula processos de regeneração dos tecidos e ossos. Essa abordagem é habitualmente combinada com enxertos ósseos, com intuito de aumentar o nível de inserção clínica e também promovendo a formação de cimento e fibras do ligamento periodontal. (Paulino., 2023)

Com as técnicas inovadoras de regeneração óssea guiada facilitou-se o posicionamento ideal dos implantes nas regiões em que são instalados, além de fornecer maior previsibilidade ao tratamento reabilitador, eles são guiados pelo planejamento protético e não pela disponibilidade de osso na região a ser tratada. (Souza., 2021)

A terapia de regeneração óssea guiada, através da colocação de uma membrana entre o enxerto ósseo e o tecido mole adjacente, torna possível a neoformação óssea na região a ser reabilitada, por osteogênese ou osteoindução. (Souza., 2021)

### **3.7. Contenção semi-rígida**

Consiste na união de dois ou mais dentes com mobilidade aumentada, cujo objetivo é distribuir de forma mais equilibrada as forças oclusais, promovendo a saúde dentária, a função mastigatória, a fala, o conforto e, por fim, a estética. (Martins., 2021)

As duas principais indicações para a esplintagem são: imobilizar dentes com mobilidade excessiva, permitindo que o paciente mastigue de forma mais confortável, e estabilizar elementos dentários que apresentem mobilidade aumentada. (Schöller., 2010)

É de essencial que a contenção semi-rígida apresente as seguintes características: facilidade de técnica de confecção de forma direta na boca do paciente; instalação de modo que não cause força excessiva nos dentes; fácil higienização; viabilizando acesso para terapia endodôntica; se necessário; fácil remoção; e deve possibilitar que haja mobilidade ao dente reimplantado compatível ao deslocamento normal do dente na articulação gonfose. (Machado., 2016)

A contenção semi-rígida é a preferida, pois permite o movimento fisiológico do dente durante a cicatrização do ligamento periodontal. Assim sendo, deve ser realizada uma radiografia para verificar o posicionamento do dente e para ter uma referência pré-operatória para posterior tratamento e acompanhamento. É importante fazer o ajuste oclusal para garantir que não ocorra uma oclusão traumática. (Marques., 2015)

Foi observado em um estudo que a esplintagem, quando indicada e executada de maneira correta, favorece a regeneração dos tecidos, restaurando tanto a função quanto a estética do paciente. Vale destacar que, na falta de esplintagem, os dentes comprometidos por doenças periodontais severas perdem a capacidade de suportar as forças fisiológicas, aceitando-as como patológicas em virtude da considerável perda das estruturas de suporte. (Carvalho., 2021)

Segundo Carvalho (2012), a esplintagem, utilizada em dentes com perda óssea e mobilidade, mostrou-se eficaz na promoção de um periodonto saudável, na distribuição adequada das cargas mastigatórias e oclusais, e na interrupção da progressão da periodontite.

Deve-se levar em consideração que, devido ao seu mecanismo de adesão e à conexão dos elementos dentários por meio da esplintagem, pode-se observar a dificuldade de controlar a higienização bucal. Assim, é imprescindível que haja um diálogo e uma orientação ao paciente sobre as melhores práticas para realizar uma higiene bucal eficaz. (Carvalho., 2021)



## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1. Tipo de estudo

O estudo observacional do tipo descritivo se trata de um relato de caso clínico que foi realizado em uma paciente cadastrada no banco de pacientes da Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus.

### 4.2. Aspectos éticos

O relato de caso clínico foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza sob o número de aprovação n° 6.925.183

### 4.3. Relato de caso

O estudo presente tratou-se de um relato de caso de R.C.A.S., 37 anos, gênero feminino, normossistêmica, atendida na clínica escola de Odontologia da Universidade Christus. Ela foi diagnosticada com periodontite Estágio II, Grau A padrão incisivo-molar, usava aparelho ortodôntico há mais de um ano sem manutenção. Apresentava o elemento 11 acometido por mobilidade grau III, sem relato de tratamento periodontal anterior à instalação do aparelho ortodôntico. (FIG.1, 2 e 3)



Acervo do autor

Fig 1. Imagem intra-oral com vista frontal da situação inicial da paciente.



Acervo do autor

Fig 2. Imagem intra-oral com vista lateral direita da situação inicial da paciente.



Acervo do autor

Fig 3. Imagem intra-oral com vista lateral esquerda da situação inicial da paciente.

Dada a condição clínica e a avaliação dos exames complementares radiográficos, o planejamento do caso seguiu as seguintes etapas: remoção dos braquetes ortodônticos, para redução dos fatores retentivos de biofilme, e raspagem supragengival de todos os sextantes, periograma e raspagem subgengival, exodontia do 11 e contenção semi-rígida seguido para encaminhado para especialização de implantodontia. (FIG. 4)



Acervo do autor

Fig 4. Imagem intra-oral da situação da paciente após a realização da remoção dos braquetes ortodônticos e raspagem supragengival de todos os sextantes, periograma e raspagem subgengival.

Foi realizada a exodontia do 11 após o bloqueio do nervo alveolar superior anterior e complemento no nervo nasopalatino, utilizando 2 tubetes de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DLF). Através da técnica primeira, iniciou-se a sindesmotomia usando descolador de Molt e, em seguida, a cirurgia propriamente dita, com o auxílio do fórceps 150. A toilette da ferida cirúrgica foi realizada com soro fisiológico e a para a síntese, foi realizada sutura em X com fio de seda 4.0 (Procure). A prescrição pós contemplou o analgésico Dipirona de 500mg, orientando em caso de dor. Imediatamente após a exodontia, deu-se a reabilitação imediata utilizando o próprio elemento como dispositivo protético, com o intuito de preservar as características naturais do sorriso do paciente e atender suas necessidades financeiras. Ademais, visando a técnica mais atraumática possível para a manutenção do arcabouço ósseo existente e preservação do tecido gengival, optou-se por essa técnica para uma cicatrização adequada para receber o implante posteriormente. (FIG. 5 e 6)



Acervo do autor

Fig. 5 Fotografia intra-oral após exodontia do dente 11, visando a técnica mais atraumática possível.



Acervo do autor

Fig. 6 Sorriso da paciente após exodontia do dente 11, visando a técnica mais atraumática possível.

Para a confecção do provisório, foi realizada a secção do elemento 11 na altura da linha amelocementária, com auxílio da broca Zecrya, acesso à câmara pulpar, remoção da polpa coronária e desinfecção com hipoclorito de sódio. A obturação foi feita com resina fluída fotopolimerizável (FGM), seguindo os protocolos previstos para esses materiais e obedecendo às recomendações dos fabricantes.

Na sequência, foi feito o condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (Condor), durante 15 segundos em esmalte, lavagem durante 30 segundos e secagem com jato de ar. O sistema adesivo convencional de dois passos, tipo Ambar (FGM), foi aplicado de forma ativa com um pincel microbrush, sendo realizada a fotopolimerização no tempo estimado de 20 segundos.

Em seguida, o elemento 11 foi posicionado na arcada com auxílio da esplintagem, uma contenção semi-rígida utilizando o próprio elemento dentário como provisório funcionando como artifício de controle de mobilidade dos dentes adjacentes, também comprometidos periodontalmente, com intuito de favorecer o reparo ósseo sem a existência de contatos prematuros gerados devido à uma oclusão traumática da paciente. A fixação envolveu os dentes do II sextante, ancorados de 14 a 24, utilizando fio ortodôntico do tipo NiTi 16. O elemento extraído e devidamente preparado, foi fixado ao fio com resina composta que foi confeccionada em forma de botões de resina na cor A3 de esmalte usando a resina Filtek Z350 da 3M, simulando braquetes ortodônticos e deixando-o em infraoclusão, para preservação do espaço protético e manutenção da sua posição pelo maior tempo possível. Para tanto, foi realizado ajuste oclusal em toda a bateria anterior de forma que não houvesse interferências oclusais patológicas, além do acabamento e polimento dos dispositivos de colagem, para que não atuassem como fatores retentivos de biofilme. (FIG. 7)

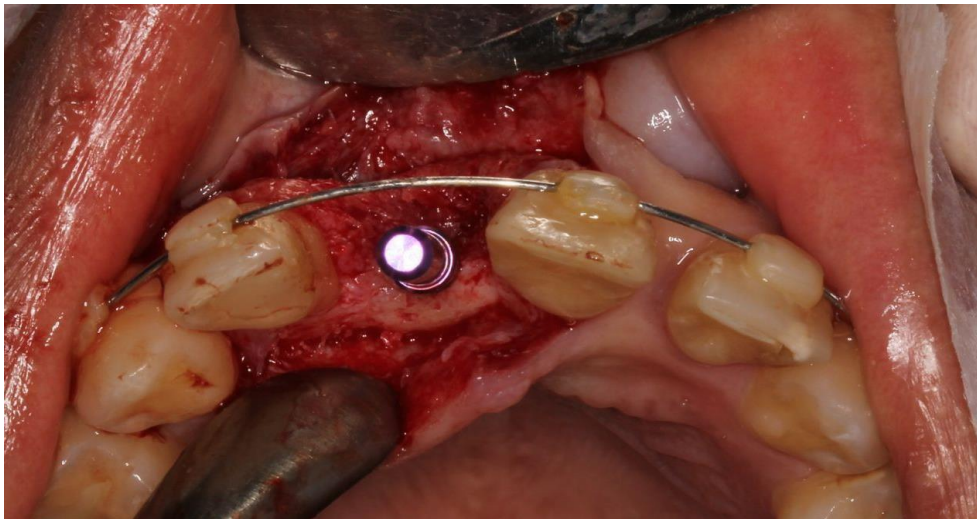


Acervo do autor

Fig. 7 Contenção semi-rígida que funcionou como esplintagem, utilizando o próprio elemento dentário como provisório, para controle de mobilidade e reparo ósseo.

A paciente permaneceu com a contenção semi-rígida durante 3 meses, tempo em que ela, depois de encaminhada, conseguiu a vaga para o atendimento no curso de Especialização em Implantodontia da Unichristus.

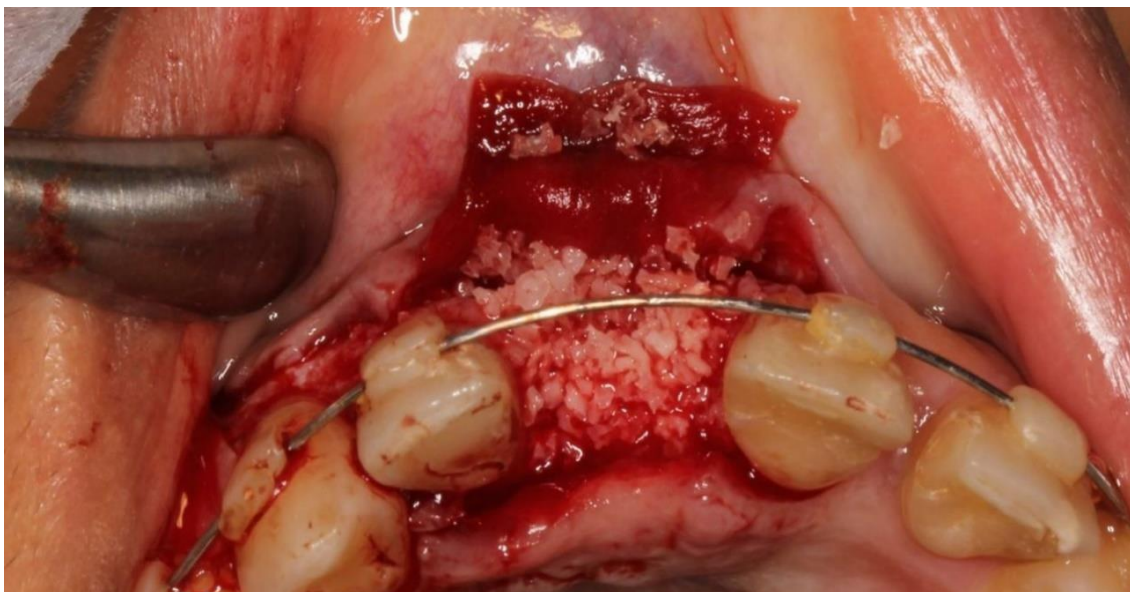
Após o planejamento cirúrgico, elegeu-se um implante (Implante Alvim CM - Neodent) de 3,5cm x 11,5mm, objetivando um travamento superior a 60N. A técnica cirúrgica contemplou o bloqueio do nervo alveolar superior anterior e complemento no nervo nasopalatino, utilizando 2 tubetes de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:1000 (DLF). Foi realizado um retalho com incisões relaxantes na altura de caninos, com descolamento para além da linha mucogengival para garantir melhor flexibilidade do retalho para o seu reposicionamento, garantindo ausência de tensão nas suturas. (FIG. 8)



Acervo do autor

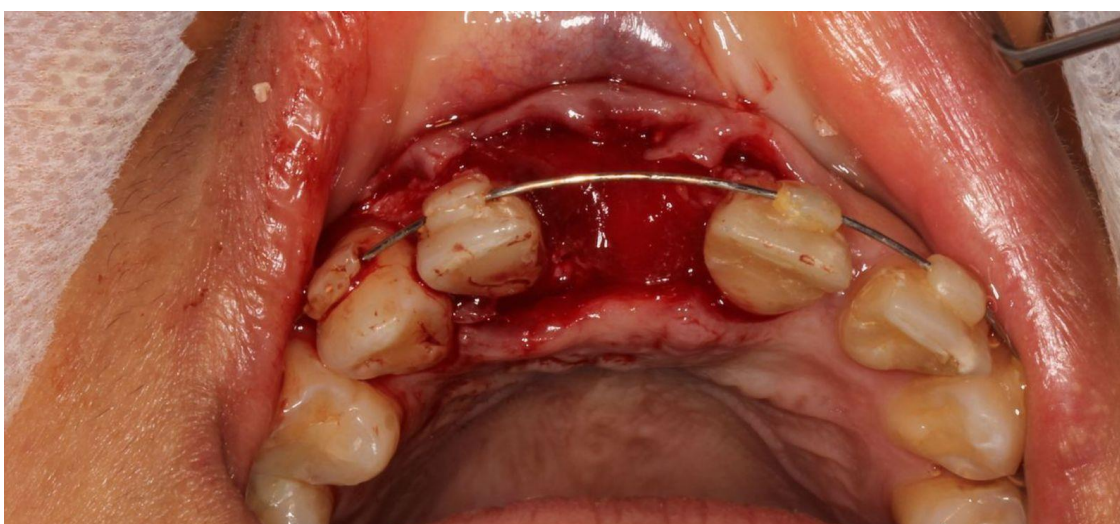
Fig.8 Implante Alvim CM - Neodent) de 3,5cm x 11,5mm, objetivando um travamento superior a 60N

Durante a instalação foram utilizados biomateriais para regeneração óssea, para melhor adaptação do implante e preencher os espaços vazios entre implante e paredes ósseas circundantes, além da tentativa de restabelecer a altura de crista para uma prótese sobre implante que atendesse às demandas estéticas necessárias para a região. O enxerto ósseo utilizado foi o Bionnovation - Bonefill MIXé 0,5cc. Para o isolamento do osso particulado, garantido o melhor aproveitamento sem a interferência de fibras gengivais no processo de cicatrização, foi utilizada a membrana colagenosa bovina, Lumina-Coat, com dimensões de 1x20x30mm. (FIG. 9 e 10)



Acervo do autor

Fig.9 O enxerto ósseo utilizado foi o Bionnovation - Bonefill MIXé 0,5cc



Acervo do autor

Fig. 10 Membrana colagenosa bovina, Lumina-Coat, com dimensões de 1x20x30mm

A sutura foi realizada utilizando fio de nylon 5-0 (Procure) através de vários pontos simples em toda a extensão do retalho. (FIG. 10) O dente original, em forma de provisório, foi reposicionado na contenção semi-rígida, mantendo a estética exigida pela região. Foi prescrito antibiótico Amoxicilina 500mg tomar de 8/8 horas durante 7 dias e anti-inflamatório Ibuprofeno 600mg tomar de 8/8 horas durante 3 dias.

Foi orientado retorno para remoção de sutura com 15 dias, em que foi observada cicatrização dentro dos padrões de normalidade.



Acervo do autor

Fig. 10 A sutura foi realizada utilizando fio de nylon 5-0 (Procure) através de vários pontos simples em toda a extensão do retalho.

Após 7 meses da instalação do implante, a paciente retornou para a instalação de cicatrizador com cinta de 3,5mm, que tem o objetivo de modelar o perfil de emergência da gengiva para posterior instalação do componente protético, que ocorreu após um período de 30 dias. O planejamento de uma prótese provisória foi realizado contando com a instalação de pilar de 5,5mm, cilindro de titânio.

Seguindo o plano de tratamento proposto, ao final do tratamento periodontal, com controle adequado da paciente, foi realizado um encaminhamento para novo tratamento ortodôntico, visando restabelecer a oclusão, corrigir a migração patológica sofrida pelos dentes, overbite e overjet, bem como manter os espaços protéticos para que, somente ao final do tratamento, fosse possível a confecção da prótese definitiva sobre o implante do 11, garantindo uma melhor curvatura do arco. Atualmente, a paciente encontra-se, ainda, em acompanhamento e em um novo tratamento ortodôntico, e a coroa do dente 11 segue em fase provisória. (FIG.10, 11 e 12). A paciente demonstra interesse na reabilitação oral ao final do tratamento ortodôntico.





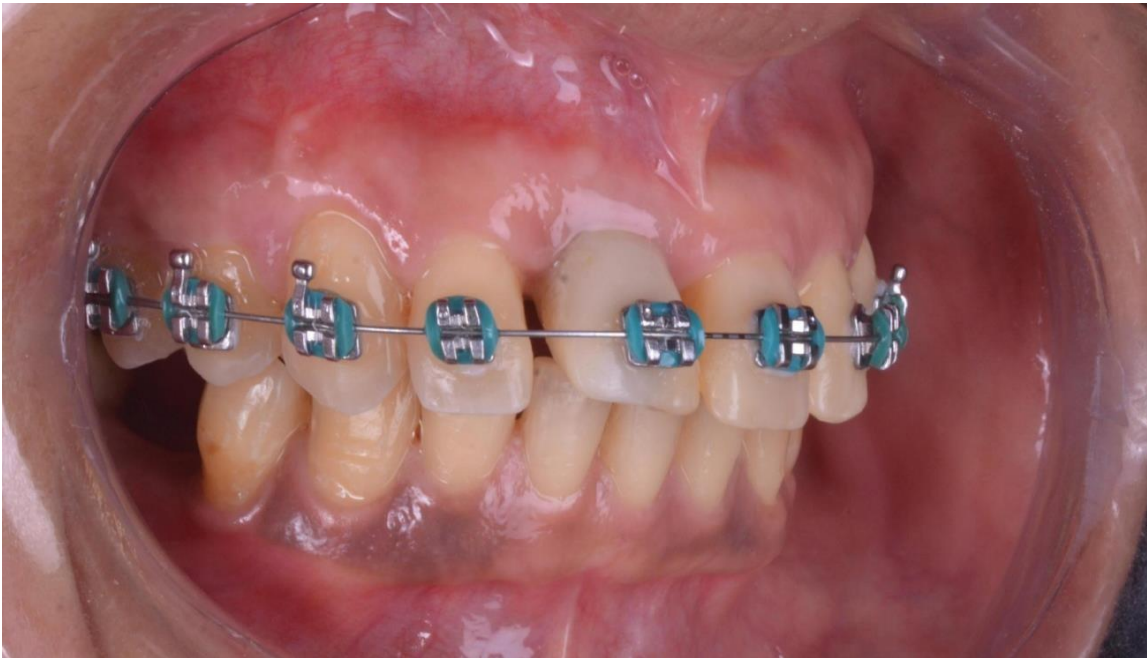
Acervo do autor

Fig. 10. Imagem intra-oral vista lateral direita da situação inicial da paciente.



Acervo do autor

Fig. 11 Imagem intra-oral vista frontal da situação atual da paciente.



Acervo do autor

Fig. 12 Imagem intra-oral vista lateral esquerda da situação inicial da paciente.

## 5. DISCUSSÃO

A mobilidade dentária é uma consequência frequentemente observada em oclusões patológicas, manifestando-se em situações de interferências oclusais ou hábitos parafuncionais prejudiciais. Assim, o contato oclusal adequado é comprometido, resultando em intrusão dentária temporária. Esse fenômeno desencadeia uma série de eventos fisiológicos essenciais para a manutenção da normalidade, levando à perda óssea e, conseqüentemente, à mobilidade dentária. (Grassi., 2016)

Segundo Grassi (2016), os sintomas de trauma oclusal são dor e/ou desconforto na região periodontal, hiper mobilidade dentária e migração patológica dos dentes com conseqüente impacção alimentar. Já os sinais de trauma oclusal manifestam-se através da mobilidade dentária progressiva, da migração dentária patológica e padrões anormais de desgaste oclusal. Radiograficamente, detecta-se ausência da lâmina dura lateralmente ou na região do ápice do dente, variação na espessura da membrana periodontal e reabsorção óssea. Todos esses aspectos clínicos e radiográficos foram observados no caso apresentado.

Na doença periodontal existe perda de inserção e ausência de elementos dentários, o que pode causar a migração patológica dos dentes resultando em más oclusões com inclinações axiais de difícil correção, sendo a queixa principal da paciente. Estas inclinações apresentam as seguintes características: diastemas medianos ou espaços generalizados, principalmente no segmento anterior; inclinação vestibular exagerada e extrusão dos incisivos superiores; rotação e inclinação de pré-molares e molares com colapso da oclusão posterior reduzindo a dimensão vertical. (Calheiros., 2005)

A Ortodontia visa corrigir essas alterações na posição dos dentes, melhorar a estética dentária e facial, recuperar a inclinação dos dentes nos espaços edêntulos, com o intuito de melhorar o eixo de aplicação das forças mastigatórias e minimizar a deterioração progressiva do periodonto. Não só, mas também, se encarrega de redistribuir os diastemas para a reabilitação (implante e prótese) e garantir, com o alinhamento, um bom acesso à higienização e à manutenção da saúde periodontal. (Antelo., 2019)

O tratamento ortodôntico foi indicado, novamente, para a paciente, que resistiu em um primeiro momento, por não achar que seria viável na sua atual condição, considerando ter realizado um tratamento prévio sem sucesso. Após receber as devidas

orientações, compreendeu a importância do tratamento interdisciplinar para o melhor prognóstico do seu caso, sendo meticulosamente planejado, considerando o fenótipo periodontal, a eficácia do controle de biofilme e disposição da paciente em colaborar para melhorar esse controle.

Caso haja a dificuldade em gerenciar algum desses fatores, o tratamento pode ocasionar problemas periodontais. Dentes que apresentam vestibularização podem desenvolver recessões gengivais, especialmente se o movimento for feito de forma inadequada, com força excessiva ou sem respeitar a resposta dos tecidos periodontais ao redor. Embora a movimentação vestibular possa levar a deiscências ósseas, isso nem sempre resulta em recessão gengival. Por outro lado, movimentos de verticalização podem aumentar a espessura da gengiva inserida. Portanto, é essencial que o profissional esteja atento ao tipo de movimentação que pretende realizar e às suas possíveis consequências. (Da costa cardoso et al., 2022)

Segundo Antoni e colaboradores (2023), a movimentação quando realizada em pacientes com doença periodontal ativa é capaz de resultar em uma maior perda de inserção, que foi o que, provavelmente, aconteceu com a paciente em questão. Sendo assim, a conduta terapêutica para esses casos devem estar atribuídas, primeiramente, para a eliminação dos fatores causais da doença, podendo citar o controle de placa, a melhora estética, e a ocorrência de remodelação óssea e ganho de inserção. O melhor controle do biofilme decorrente do alinhamento dentário obtido através do tratamento ortodôntico gera um impacto positivo para o restabelecimento da saúde periodontal, já que os efeitos resultantes da doença periodontal são fatores que dificultam hábitos de higiene bucal adequados, acumulando biofilme, que se prolifera e causa manifestações patológicas nos tecidos periodontais.

Uma das grandes preocupações durante o tratamento ortodôntico em um paciente com periodonto reduzido é a utilização da força. O controle deve ser feito de forma correta, para que não haja nenhuma perda óssea adicional, para isso, a movimentação dentária precisa acontecer com muito menos trauma, isto é; com forças leves (sem hialização), que seria ideal. (Da costa cardoso et al., 2022)

Ward e colaboradores (1961), discutiram os fatores que envolvem a confecção do *splint* periodontal temporário e permanente, suas vantagens, desvantagens e os vários materiais disponíveis para sua confecção, os quais irão depender do objetivo e duração

da terapia com *splint*. Os autores embasaram a indicação desta terapia coadjuvante do tratamento da doença periodontal avançada e enfatizaram que a sua principal função é proteger os dentes remanescentes das forças laterais que antes possuíam uma proporção coroa/raiz desfavorável, através da mudança do centro de rotação proporcionada pelos princípios que regem a confecção daqueles dispositivos. Baseado nesses achados, justifica-se o uso terapêutico desse dispositivo nesse relato de caso, que se manterá em uso até a reabilitação protética com restabelecimento da oclusão da paciente. Quando não esplintados, os dentes acometidos por uma doença periodontal severa têm sua capacidade de tolerância às forças fisiológicas diminuída, passando a recebê-las como patológicas.

Martins (2021), classifica as contenções com base em sua indicação, duração de uso, método de fabricação e número e localização dos dentes envolvidos. Eles são usados para diversas finalidades, incluindo a prevenção da mobilidade dentária após traumas agudos, a estabilização dos dentes após tratamento ortodôntico e a assistência na reparação periodontal após tratamento de periodontite moderada a avançada, diagnóstico da paciente deste estudo.

A reabilitação com implantes, coroas ou próteses deverá ser realizada somente ao final do tratamento ortodôntico. De modo que, é preferível utilizar dispositivos temporários durante o tratamento, já que as posições e relações dos dentes podem sofrer alterações com os movimentos ortodônticos. (Antelo., 2019)

Os cuidados durante a realização do planejamento e instalação dos implantes são imprescindíveis para garantir uma boa terapia de osseointegração. (De Oliveira et al., 2023)

Segundo Peñarrocha Diago e colaboradores (2020), não existe um consenso da espessura ideal do osso alveolar para evitar perdas de implantes. No entanto, não há dúvidas de que manter um bom volume ósseo ajuda, conseqüentemente, a manter os tecidos periimplantares saudáveis, além de distribuir melhor o estresse mastigatório. Com essa finalidade, os autores afirmam que as técnicas de regeneração óssea guiada, como a utilizada neste relato, têm se mostrado bastante eficazes em casos de implantes convencionais em maxila.

Foram observados através de análises de estudos que não existem diferenças de modo significativo nas taxas de osseointegração, tanto em grupos de pacientes saudáveis,

quanto em grupos de pacientes com histórico de doença periodontal, independentemente do tipo de carga, o tempo de colocação do implante e o tipo de superfície (rugosa ou lisa). Em contrapartida, defende-se que pacientes identificados com higiene oral precária, ocasionando acúmulo de placa, gengivite e periodontite não são adequados para realizar procedimentos como o implante, pois uma das suas principais causas de insucesso é o acúmulo de placa. Os pacientes devem ser orientados a realizar uma higiene oral melhorada antes da cirurgia. A realização de programas de manutenção para precaver o retorno de alterações na gengiva, e manter-se em uma terapia periodontal de suporte são essenciais para o sucesso desse processo. (De Oliveira et al., 2023)

Sabe-se que diferentemente das doenças periodontais, as peri-implantares acometem diretamente o tecido ósseo, advindo da relação de proximidade presente entre implante e osso. Por outro lado, tanto o periodonto de proteção e sustentação dos dentes como a estrutura peri-implantar são passíveis de acometimento por processos inflamatórios advindos do acúmulo de biofilme. Os processos inflamatórios e infecciosos costumam ser os responsáveis pelo insucesso e pelos episódios de periimplantite. (Spezzia., 2019)

Pode ser sugerido que o fenótipo periodontal tem potencial de ser mudado através de implantes dentários e suas respectivas coroas, uma vez que, papilas presentes ao redor da coroa sobre implantes pode apresentar, ao longo do tempo, preenchimento de tecido mole proximal melhorado (Chang et al., 1999). Em linhas gerais, quanto menos, ou até mesmo nenhuma, incisões cirúrgicas um determinado tecido mole tiver, tende-se a observar resposta inflamatória melhor e maior preservação do fenótipo periodontal local (Amaro.,2021), vantagem que não pôde ser preservada nesse caso, uma vez que a necessidade de regeneração óssea demandou a abertura de um retalho para um melhor acesso a área cirúrgica e melhor manejo do tecido a ser regenerado.

Amaro (2021) defende que são indicadores de risco para recessão gengival a presença do fenótipo periodontal fino, instalação vestibularizada de implantes osseointegrados, e a presença de espessura fina ou até mesmo a total ausência de cortical óssea vestibular. Para resolução ou redução destes problemas estéticos de tecido mole e duro, o clínico pode recorrer a cirurgia de regeneração óssea guiada concomitantemente a um enxerto de tecido subepitelial. Nesse relato de caso, a perda óssea deu-se pela doença periodontal apresentando perda de inserção pelo dano ósseo e consequente migração da

gingiva, embora esta não apresentasse espessura insuficiente, sugerindo um fenótipo periodontal intermediário.

Sabe-se da importância do tratamento ortodôntico prévio à instalação do implante dentário para correta preservação dos espaços, contudo, levando em consideração as questões financeiras da paciente deste relato de caso, o ao fato de ser acompanhada em uma clínica escola, que conta com uma oferta de vagas limitadas e uma longa fila de espera para algumas especialidades, a ordem dos procedimentos não seguiu uma sequência ideal, mas foi realizada de forma a atender às necessidades da paciente, considerando as limitações, e a intenção maior de solucionar a sua queixa principal, restabelecendo estética, reinserção social e, sobretudo, devolvendo-lhe saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A reabilitação utilizando o próprio elemento dentário da paciente como prótese provisória de forma imediata pós-cirúrgica foi uma alternativa reabilitadora funcional e mais financeiramente acessível para a paciente. Teve como objetivo solucionar a sua queixa estética e ao mesmo tempo devolver saúde e função, para que fosse possível aguardar o momento oportuno para a realização do planejamento ideal de reabilitação, através de implantes osseointegrados e um novo tratamento ortodô para obtenção de melhores resultados, sem comprometimento estético e funcional, considerando a realidade limitada de um periodonto reduzido.



## REFERÊNCIAS

AMARO, Demetrius Moreno Morais. A influência do fenótipo periodontal no planejamento de implantes em área estética. 2021. 46 f. Monografia (Especialização em Prótese Dentária) - Faculdade São Leopoldo Mandic, Belo Horizonte.

ANTELO, Oscar Mario; CUELLAR CABALLERO, Gabriela; AMADI, Ana Karolliny; SCHNEIDER, Neblyssa Agatha; TANAKA, Orlando Motohiro. Abordagem interdisciplinar do tratamento em paciente adulto com múltiplas perdas dentárias. **Orthodontic Science and Practice**, [s.l.], v. 12, n. 47, p. 94-102, 2019.

ANTONI, Ana Júlia Lauriano de; COUTINHO, Beatriz Garcia. Contribuições do tratamento ortodôntico em pacientes com doenças periodontais. **Pubsaúde**, [Paraná], v. 12, a414, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau12.a414>.

ANTONINI, Rafaela et al. Fisiopatologia da doença periodontal. **Inova Saúde**, [Santa Catarina], v. 2, n. 2, 2013.

BEZERRA, Arthur Antunes Costa; TAVARES, Plínio Barbalho Vieira; SANTANA, Ivone Lima; FREITAS FERNANDES, Frederico Silva de; PEREIRA, Adriana de Fátima Vasconcelos. A mobilidade dentária e o impacto na qualidade de vida: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [João Pessoa], v. 24, n. 4, p. 659-668, 2020. ISSN 1415-2177. DOI: <10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n4.53122>.

CARRARO, Fernanda Labayle Couhat; JIMENEZ-PELLEGRIN, Cristina. Tratamento ortodôntico em pacientes com periodonto de inserção reduzido. **RGO**, [Porto Alegre], v. 57, n. 4, p.455-458, 2009.

DE CARVALHO, Lorena Rocha et al. Técnica de esplintagem em dentes comprometidos periodontalmente: uma revisão sistemática da literatura **TÉCNICA DE ESPLINTAGEM EM DENTES COMPROMETIDOS PERIODONTALMENTE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**. 2021.

CALHEIROS, Anderson et al. Movimentação ortodôntica em dentes com comprometimento periodontal: relato de um caso clínico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, [Paraná], v. 10, p. 111-118, 2005.

CORREIA, F.; ALMEIDA, R. F. E; FELINO, A. Taxa de sobrevivência dos implantes dentários em pacientes com história de doença periodontal. **Arquivos em Odontologia**, [Belo Horizonte], v. 49, n. 3, 10 jun. 2016.

COSSON, Nathalia Miranda. Prótese unitária provisória imediata sobre implante em região anterior: uma revisão de literatura. Monografia (Graduação em Odontologia) — Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís, 2021. 44 f.

DA COSTA CARDOSO, Rogério Luiz et al. Inter-relação do tratamento ortodôntico com a doença periodontal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [Macapá], v. 4, n. 5, p. 29-41, 2022.

DE OLIVEIRA, Luana Cassia Maia et al. Fatores sistêmicos e locais que causam insucesso a osseointegração de implantes dentários. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [Macapá], v. 5, n. 2, p. 70-85, 2023.

GABRI, Lucas Mendes; MATTOS, Victor Gila Gomes de. Fenótipo periodontal: revisão de literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) — Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2021.

GOMES, Ronan Chaves. Importância do fenótipo periodontal em implantodontia. 2015. 43 f. Monografia (Programa de Pós-graduação) — Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

GOMES, Zybya Muryethy Rocha; SILVA FELIPE, Lizandra C. da; COURA, Lázaro Raimundo; MORAIS, Ângela Maria Dias; HONDA, Rosemeire; TIAGO, Carollyne Mota. Inter-relação ortodontia e periodontia: revisão de literatura. **J Orofac Invest**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 30, 2017.

GONÇALVES, W. da C.; FERNANDES, S. L.; SANTOS, D. de M.; ALVES, S. D.; CARRIJO, M. O.; GONÇALVES JÚNIOR, U.; SANTANA, T. M. Reabilitação oral com prótese provisória imediata: relato de caso. **Journal of Multidisciplinary Dentistry**, [São Paulo] v. 10, n. 1, p. 70-73, 2020.

GRASSI, Elisa Donária Aboucauch. A Importância dos Princípios da Oclusão na Prática Odontológica. 2016. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. DOI: <https://doi.org/10.46875/jmd.v10i1.37>.

LACERDA, Isabella Falchetto. Impacto da associação de nanopartículas à superfície do implante dentário na osseointegração: revisão sistemática. 2022. 17-111 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

LINDHE, J. A. N.; LANG, Niklaus P.; KARRING, Thorkild. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. In: **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 2010. p. 1304-1304.

MACHADO, A. C. et al. Caso Clínico Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar Aesthetic and functional

- rehabilitation with direct veneers after dento-alveolar trauma. **Rev Odontol Bras Central**, [Goiânia] v. 25, n. 74, 2016.
- MARQUES, M. M. Avulsão dentária – revisão de literatura. 2015. 18 p. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- MARTINS, A. P. V. B. et al. Utilização dos dentes naturais para reabilitação provisória após exodontia por comprometimento periodontal: relato de caso. **Odontologia Clínico-Científica**, [Recife], v. 15, n. 1, p. 59-62, mai. 2016.
- MARTINS, A. V. Técnicas e métodos de tratamento com splints dentários. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Repositório UFMG.
- MARTINS, A. V. Fundamentos para esplintagem de dentes pilares com suporte periodontal reduzido. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- NEWMAN, Michael G.; ELANGOVA, Satheesh; DRAGAN, Irina F.; et al. *Newman e Carranza: Periodontia Clínica*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9788595159464.
- PAULINO, Vitória dos Santos Corrêa. Regeneração óssea guiada com membrana de colágeno e plasma rico em fibrina. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Centro Universitário FAMINAS, Muriaé, 2023.
- PEÑARROCHA DIAGO, M et al. Regeneración ósea guiada simultánea en implantes cigomáticos con una aproximación exteriorizada en una atrofia maxilar avanzada. **Avances en Odontoestomatología**, [s.l.], v. 36, n. 2, p. 63-70, 2020.
- SANTOS SILVA, K.; NASCIMENTO, M.; MARTINS DE SOUZA, B.; TANY POSCH, A. Fatores que influenciam o planejamento de implantes dentários osseointegráveis. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [Macapá], v. 4, n. 4, p. 17–34, 2022. DOI: <10.36557/2674-8169.2022v4n4p17-34>.
- SATRIANO, Mariana Isabella de Medina. Técnicas de preservação alveolar e seu impacto estético na reabilitação oral com implantes osseointegráveis: revisão de literatura. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Odontologia) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC, Gama-DF, 2023.
- SCHÖLLER, Rafael. Prótese parcial fixa em pacientes periodontais – revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Universidade

Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Conservadora, Porto Alegre, 2010. p. 5-26.

SILVA, G. C. B. da; MELO NETO, O. de M.; NASCIMENTO, A. M. V. do; SANTOS, C. A. O. dos; NÓBREGA, W. F. S.; SOUZA, S. L. X. de. História Natural da Doença Periodontal: uma revisão sistematizada. **Research, Society and Development**, [s.l], v. 9, n. 7, 2020. DOI: <10.33448/rsd-v9i7.4562>.

SPEZZIA, Sérgio. Conexão nos implantes osseointegrados. **Revista de Ciências Médicas**, [s.l], v. 28, n. 2, p. 99–107, 2019. DOI: <10.24220/2318-0897v28n2a4418>.

VANDERLEI, A. C. Q.; VANDERLEI, J. M. T. M. M.; RANGEL, M. L.; SILVA, C. A. M.; AGUIAR, J. P.; CARVALHO, A. K. F. A. Considerações acerca dos mecanismos patogênicos da doença periodontal. **Revista Campo do Saber**, [Paraíba], v. 4, n. 5, 2018.

WARD, H. L. WEINBERG, L. An evaluation of periodontal splinting. *J. Am Den Assoc.*, v.63. n.1, p. 48-54, Jul 1961

ZANI, S. R.; ALVES, R. de Á.; KORB, S. H. B.; RIVALDO, E. G.; FRASCA, L. C. da F. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico. **Odontologia Clínica-Científica**, [Recife], v. 10, n. 3, 2011.

ZAVANELLI, Ricardo Alexandre et al. Fatores locais e sistêmicos relacionados aos pacientes que podem afetar a osseointegração. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** [Porto Alegre], v. 59, p. 133-146, 2011.

**APÊNDICE I - TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Dados de identificação**

Título do Projeto: **REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA PÓS EXODONTIA COM ELEMENTO DENTÁRIO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE: RELATO DE CASO.**

Pesquisador Responsável: NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Christus-UNICHRISTUS.

Telefones para contato: (88) 999680177

CEP/FChristus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668

Nome do voluntário: RITA DE CÁSSIA ÁVILA SOUSA

Idade: 39 anos R.G.:2009009060574

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA PÓS EXODONTIA COM ELEMENTO DENTÁRIO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE: RELATO DE CASO.**, de responsabilidade do pesquisador NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA.

Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato. Além disso, apesar do prognóstico satisfatório do tratamento, devido à periodontite Estágio II Grau B e mobilidade III no elemento 11, a paciente poderia apresentar um rebordo periodontal reduzido, com condições limitadas devido à doença, o que poderia resultar em possíveis sequelas estéticas, especialmente considerando que se trata de uma região estética, sendo esclarecido ao paciente, desde o princípio, que ele possui autonomia para desistir, independente da etapa em que o tratamento esteja. Osso insuficiente, risco do implante não funcionar.

Os benefícios relacionados a participação na pesquisa é a reabilitação provisória de forma imediata pós exodontia de elemento dentário comprometido periodontalmente,

não só reduzindo a queixa estética como também funcional, e com finalidade de promover saúde.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, além dos previamente acordados para a realização do procedimento cirúrgico através do Curso de Graduação e Especialização em IMPLANTODONTIA e ORTODONTIA da UNICHRISTUS, cujo acesso deu-se de forma

espontânea, em busca do tratamento para sua necessidade.

Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação neste trabalho. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Sua participação é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias, pelo telefone (85)3265.6668.

Eu, Rita de Cássia Ávila Sousa, RG 2009009060541,  
declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Rita de Cássia Ávila Sousa

RITA DE CÁSSIA ÁVILA SOUSA

(Participante)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Fortaleza, 06 de março de 2024.

Nayala Trácia de Queiroz Martins Costa  
NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA

(Pesquisador)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**APÊNDICE II – TERMO DE ANUÊNCIA****TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, **Andréa Galvão Marinho**, declaro que os pesquisadores Mayra Sabiá de Moura (orientador) e sua aluna de graduação em Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) Nayala Maria de Queiroz Martins Costa, estão autorizadas a realizar na Clínica Escola de Odontologia – Unichristus o projeto de pesquisa intitulado: **“Reabilitação Provisória Imediata pós exodontia com elemento dentário comprometido periodontalmente: Relato de Caso”**, em que será apresentado a descrição do relato de caso realizado na Clínica Integrada I do Centro Universitário Christus (Unichristus), bem como o acompanhamento dos resultados clínicos. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização de informações em prejuízos dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nessa pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade em que foi realizado.

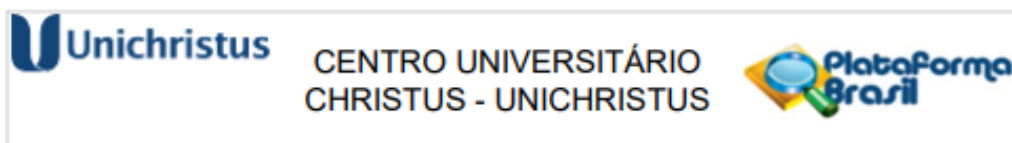
Fortaleza-CE, 26 de março de 2024.



**Prof. Andréa Galvão Marinho**  
Coordenação da Clínica Escola de Odontologia - Unichristus

Andréa Galvão  
Cirurgiã-dentista  
titular em Clínica Odontológica UTC  
Professora Unichristus

## ANEXO I – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REABILITAÇÃO PROVISÓRIA IMEDIATA PÓS EXODONTIA COM ELEMENTO DENTÁRIO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE: RELATO DE CASO

**Pesquisador:** MAYRA SABIA DE MOURA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80398424.9.0000.5049

**Instituição Proponente:** Unichristus

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.925.183

**Apresentação do Projeto:**

Estudo Observacional do tipo descritivo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Esse trabalho pretende relatar uma possível opção de reabilitação provisória imediata em região estética para pacientes com baixas condições financeiras, com doença periodontal grave com indicação de exodontia. Visando uma melhoria em sua qualidade de vida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos desse relato de caso estariam relacionados com a quebra de confidencialidade, mediante divulgação de dados e identificação não autorizada pela paciente, o qual resultaria em danos psicológicos, morais e/ou materiais a paciente e a terceiros. Porém, todos os cuidados serão tomados para que a identidade da paciente não seja revelada e a autorização para o uso de imagens será obtida expressamente pelo uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios:

Esse estudo contribuirá para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica dessa patologia, garantindo melhor qualidade de vida para a paciente e a sua família.

**Endereço:** Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

**Bairro:** Cocó **CEP:** 60.190-060

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3265-8187

**E-mail:** cep@unichristus.edu.br





CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 6.925.183

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico da paciente R.C.A.S, 37 anos, gênero feminino, normossistêmica, atendida na clínica escola de Odontologia da Universidade Christus, diagnosticada com periodontite Estágio II, Grau A padrão incisivo-molar, usuária de aparelho ortodôntico há mais de um ano sem manutenção, sem relato de tratamento periodontal anterior a instalação do aparelho ortodôntico. O elemento 11 apresenta mobilidade grau III. Será indicada a exodontia, com reabilitação imediata utilizando o próprio dente como dispositivo protético, com intuito de preservar as características naturais do sorriso da paciente e atender suas necessidades financeiras. Será realizada a secção do elemento na altura da linha amelocementária, com acesso à câmara pulpar, remoção da polpa coronária, e obturação realizando com resina flúida fotopolimerizável, seguindo os protocolos previstos para esses materiais, bem como as recomendações do fabricante. Deverá ser realizada a esplintagem como artifício de controle de mobilidade dos dentes adjacentes, também comprometidos periodontalmente. A fixação envolverá os dentes do II sextante, ancorados de 14 a 24, utilizando fio ortodôntico do tipo NiTi 16. O elemento a ser extraído, devidamente preparado, será fixado ao fio com resina composta deixando-o em infra-oclusão, para preservação do espaço protético e manutenção de sua posição pelo maior tempo possível. Para tanto, será realizado ajuste oclusal em toda a bateria anterior de forma que não haja interferências oclusais patológicas, além do acabamento e polimento dos dispositivos de colagem, para que não atuem como fatores retentivos de biofilme. Sendo assim, conclui-se que o proveito do elemento dentário como prótese provisória, imediatamente após a exodontia, pode ser uma alternativa reabilitadora mais acessível para a paciente, atendendo à necessidade de remover uma unidade dentária periodontalmente comprometida, auxiliando o controle da doença nesse sítio, enquanto o tratamento interdisciplinar ideal transcorre, uma vez que a paciente necessita, novamente, de ortodontia, após o tratamento periodontal realizado e sob controle, para posterior instalação de implantes osseointegrados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos o termos foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todos o termos foram apresentados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

**Bairro:** Cocó

**CEP:** 60.190-060

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3265-8187

**E-mail:** cep@unichristus.edu.br

Continuação do Parecer: 6.925.183

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2350071.pdf	30/05/2024 10:05:37		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTONAYALA.pdf	30/05/2024 09:57:03	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADEANUENCIA.pdf	24/05/2024 14:04:28	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTcc.docx	24/05/2024 14:03:30	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2024 13:55:45	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.png	24/05/2024 13:53:21	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.png	24/05/2024 13:49:47	NAYALA MARIA DE QUEIROZ MARTINS COSTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 02 de Julho de 2024

Assinado por:  
**OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br