

## RESTAURAÇÕES EM PACIENTE COM TRAUMA ODONTOLÓGICO: Relato de Caso

BORDIGNON, Cauana <sup>1</sup>;

GERVASIO, Gabrieli <sup>2</sup>;

Curso de Odontologia

Área das Ciências da Vida e Saúde

Universidade do Oeste de Santa Catarina- Campus São Miguel do Oeste

### RESUMO

Paciente de gênero feminino, 40 anos, sem comprometimento sistêmico, apresentou trauma de dentista desde a infância, com ausência de consultas odontológicas há mais de 15 anos. Chegou à clínica com cálculo dental, infiltrações em restaurações antigas e raiz residual. Este relato descreve os procedimentos restauradores realizados, com ênfase no manejo odontológico para minimizar o impacto do trauma psicológico. A abordagem inicial incluiu profilaxia e extração de raízes residuais. Posteriormente, realizou-se a restauração de três dentes com resinas compostas, aplicando técnicas específicas para estética e funcionalidade.

*Palavras-chave:* odontologia; restauração; manejo do trauma; resina composta; estética dental.

### 1. Introdução

A odontofobia, definida como medo extremo de procedimentos odontológicos, é uma condição prevalente que afeta a adesão ao tratamento e compromete a saúde bucal. Segundo Ulhoa (2015), fatores como experiências traumáticas prévias e procedimentos invasivos são determinantes para o desenvolvimento desse quadro. Este relato apresenta um caso de manejo clínico e psicológico de uma paciente com odontofobia, destacando as técnicas restauradoras aplicadas e a abordagem humanizada para restabelecer estética, funcionalidade e confiança no atendimento odontológico.

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Odontologia na UNOESC- São Miguel do Oeste.  
[bordignoncauana@gmail.com](mailto:bordignoncauana@gmail.com).

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Odontologia na UNOESC- São Miguel do Oeste.  
[gabrieligervasio.trab@gmail.com](mailto:gabrieligervasio.trab@gmail.com)

## 2. Relato do Caso

### 2.1. Identificação da Paciente

Paciente de gênero feminino, 40 anos, sem histórico de comorbidades sistêmicas, relatou medo extremo de consultas odontológicas desde a infância. Sua última visita ao dentista ocorreu há mais de 15 anos.

### 2.2. Queixa Principal

Dificuldade estética e funcional devido à infiltração de restaurações, presença de cálculo dental e raiz residual em elemento posterior.

### 2.3. Exames Clínicos e Radiográficos

Nos exames clínicos e radiográficos: presença de cálculo supragengival, infiltrações em restaurações dos dentes anteriores superiores (21, 22 e 12) e raiz residual do dente 46.

Infiltrações dos dentes anteriores superiores



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

Cálculo Dental



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

Raiz residual elemento 46



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

#### 2.4. Consulta Inicial e Manejo da Ansiedade

Realizou-se uma abordagem explicativa e humanizada para reduzir o impacto psicológico. A paciente foi instruída sobre os procedimentos e participou ativamente do planejamento.

#### 2.5. Etapas clínicas

Como primeira conduta, optamos pela raspagem com aparelho de ultrassom e profilaxia para remover o tártaro e a placa bacteriana da cavidade. Visando a descontaminação do campo de trabalho e a familiarização da paciente com os procedimentos odontológicos, assim tranquilizando-a. Após, foi realizada a extração das raízes residuais do elemento 46 devido a urgência. Por fim, iniciamos as restaurações, foco principal deste relato.

Para definir as cores da resina a serem utilizadas nas restaurações dos dentes anteriores, especialmente por ser área estética, realizamos testes de cor. Com o dente limpo e seco (após profilaxia) aplicamos uma pequena quantidade de resina na cervical do dente e uma outra na porção incisal. Para a dentina, a cor é escolhida através da cervical, e para o esmalte na incisal. A resina foi polimerizada e em luz natural as que mais se assemelhavam ao dente foram as resinas de cor DA2 (dentina) e EA2 (esmalte).

O primeiro elemento restaurado foi o 21, o qual possuía restauração, classe IV, com manchamento de cor escura. Com base no trauma da paciente, foi definido por realizar um isolamento relativo, evitando assim o uso de anestesia e diminuindo o desconforto. Só foi possível este tipo de método porque a área da estrutura a ser removida não era demasiadamente invasiva. Dessa forma, foi removida toda resina antiga por face palatina com ponta diamantada 1014 FG. Em seguida, com a ponta diamantada cônica 2135F FG foi executado o acabamento do preparo para diminuir o ângulo entre as paredes, conseguindo deste modo uma melhor adaptação e camuflagem da resina.

Com a técnica de condicionamento ácido seletivo, aplicou-se ácido fosfórico 37% em esmalte por 30 segundos, posteriormente lavado com água destilada pelo dobro do tempo. Com a estrutura levemente umedecida, foi empregado adesivo+bond (universal) em esmalte e dentina, friccionando por 20 segundos e leve jato de ar. Como último passo do sistema adesivo, é polimerizado por 40 segundos. Com a estrutura já preparada, teve início a restauração propriamente dita.

Cor já escolhida, iniciou-se os incrementos de 2mm da resina para dentina e finalizamos com incrementos também de 2mm da resina para esmalte. Como o dente da paciente não possuía borda translúcida, deixamos a borda incisal mais opaca para não contrastar dos demais elementos. Para o polimento e acabamento foi empregado os discos de lixa abrasivos, utilizando o de menor granulação. Como passo final a escova de borracha e pasta de polimento para dar espelhamento para a resina.

Elemento 21 restaurado



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

O segundo elemento restaurado foi o 22. Este, possuía tratamento endodôntico com escurecimento da coroa devido a tal procedimento. Optamos por desgastar toda a face vestibular do dente para fazer uma faceta de resina e utilizamos uma resina mais opaca, na tentativa de camuflar o escurecimento coronal. A faceta direta em resina composta é uma intervenção restauradora bastante aceita e eficaz no tratamento de dentes com alteração de cor na região anterior. Neste procedimento, recobre-se a face vestibular do substrato dentário por um material restaurador unido ao dente por meio do sistema adesivo (Fahl, 2016).

Desse modo, com a ponta diamantada 1016 FG foi removida toda camada superficial da resina antiga por face vestibular e com a ponta diamantada cônica 2135F FG foi dado o acabamento cervical do preparo. O sistema adesivo aplicado foi o mesmo relatado acima. Seguidamente, foram aplicados incrementos de 2mm de resina para dentina na região cervical e incrementos de 2mm de resina para esmalte no terço cervical e incisal do elemento. Por

fim, o polimento com o disco de lixa abrasivo de maior granulação deu o acabamento final à restauração.

Observa-se que para dente escurecido, um preparo ideal é de 1 a 1,5 mm de desgaste, além da utilização do opacificador, caso contrário, o fundo escuro dos dentes poderá ficar visível, e o resultado da cor será um tom de cinza. (FELIPPE & BARATIERI, 2015).

Elemento 22 restaurado



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

Terceiro elemento a ser restaurado foi o 12 que detinha de uma restauração classe três: antiga, mal adaptada e de cor mais clara que o dente. Remoção de toda a resina antiga com a broca 1012 FG e de parte de uma dentina esclerótica que estava afetando a estética da paciente e broca com ponta diamantada cônica 2135F FG novamente para o acabamento da cavidade. O condicionamento ácido foi seletivo, somente em esmalte, e uso do adesivo universal em frasco único. Por ser em área proximal, a restauração foi realizada com o auxílio de uma tira de poliéster para dar formato à face mesial. Acabamento com discos abrasivos de baixa granulação e polimento com escova de borracha e pasta abrasiva.

Elemento 12 restaurado



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

### 3. Discussão

A restauração estética e funcional de dentes anteriores é um desafio em pacientes com odontofobia, dada a complexidade do manejo psicológico associado. Estudos apontam que técnicas humanizadas, combinadas com materiais modernos, como resinas compostas de alta performance, aumentam a satisfação do paciente e os resultados clínicos (Fahl, 2016). O presente caso ilustra como uma abordagem personalizada pode superar barreiras psicológicas, restaurar a confiança no atendimento odontológico e otimizar os resultados estéticos e funcionais.

### 4. Conclusão

O manejo odontológico de pacientes com odontofobia requer uma abordagem multidimensional, integrando técnicas humanizadas e materiais de alta qualidade. O caso apresentado reforça a importância do planejamento detalhado e do diálogo para alcançar resultados clínicos bem-sucedidos, promovendo saúde bucal e bem-estar psicológico.

Tratamento finalizado



Fonte: BORDIGNON; GERVASIO, 2024

**REFERÊNCIAS**

FAHL, Newton. **The direct/indirect composite resin veneers: A case report.** Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry: PPAD, 2016. 28(9), 678-686.

FELIPPE, L. A., & BARATIERI, L. N. **Direct resin composite veneers: Masking the dark prepared enamel surface.** Quintessence International, 2015. 31(8), 557-562.

ULHOA, Marcela; FILHO, Ney Tavares Reis; MARIANO, José Ricardo. **Medo de dentista: uma proposta para redução da ansiedade odontológica.** Revista Odontológica do Planalto Central, 2015. Acesso em 25 de out. 2024. Disponível em: <[http://roplac.uniceplac.edu.br/images/artigos/Volume 5 2/Artigo 5 - Medo de dentista - uma proposta para redu%C3%A7%C3%A3o da ansiedade odontol%C3%B3gica.pdf](http://roplac.uniceplac.edu.br/images/artigos/Volume%205%20Artigo%205%20Medo%20de%20dentista%20-%20uma%20proposta%20para%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20ansiedade%20odontol%C3%B3gica.pdf)>