

## **TRAUMATISMO EM DENTE DECÍDUO, SEQUELA E MANUTENÇÃO DE ESPAÇO**

DENTAL TRAUMA, SEQUELAE AND SPACE MAINTENANCE IN THE PRIMARY DENTITION

**JULIEFERSON SANTOS DOS REIS.** Aluno de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Ingá – Uningá, Maringá-PR.

**FRANCISCO KELMER.** Aluno de Pós-graduação em Ortodontia do Centro Universitário Ingá – Uningá, Maringá-PR.

**GABRIELA CRISTINA SANTIN.** Professora Adjunta do Centro Universitário Ingá – Uningá, Maringá -PR. Doutora em Odontologia (FORP/US), Ribeirão Preto-SP.

**LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN.** Professora Adjunta do Centro Universitário Ingá – Uningá, Maringá-PR. Doutora em Saúde Coletiva PUC-PR. Mestre em Odontopediatria FOB-USP- Bauru-SP.

Rua Conde Francisco Matarazzo, 935, Centro, CEP 86670-000, Itaguajé-PR.  
E-mail: renascercondominio@hotmail.com

### **RESUMO**

O traumatismo dentário é comum na população infantil, principalmente nas faixas etárias menores. O trauma, independente da etiologia, geralmente envolve os dentes anteriores, influenciando de forma expressiva a estética e função do indivíduo. O objetivo deste estudo, é apresentar um caso clínico de traumatismo dentário, sequela e reabilitação de um paciente gênero masculino, com 36 meses de idade, sofreu queda, havendo a extrusão quase completa do dente 61 e dilaceração da mucosa. Após anamnese, o plano de tratamento proposto foi a exodontia do dente 61, sutura da mucosa e a instalação posterior de um aparelho mantenedor de espaço removível, com monitoramento do desenvolvimento do dente 21. Dessa forma, com a descrição do caso aqui relatado, evidenciamos a importância da atenção odontológica adequada nos casos de traumatismos dentários, bem como o planejamento e a agilidade neste tratamento de urgência, para que tenhamos melhor preservação e prognóstico para o paciente, evitando-se futuras complicações para os dentes permanentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Traumatismo dentário. Criança. Dente decíduo.

### **ABSTRACT**

The dental trauma is common in the child population, mainly in infant age range. The trauma is independent of etiology, usually enfold the previous teeth, influencing meaningly the esthetics and the behavior of the individual. The aim of this article is introduce a clinical case of dental trauma, sequelae and rehabilitation. The treatment is in a male patient with 36 months, undergo spill, there being an extrusion almost complete of the tooth of number 61 and laceration of the mucosa. After anamnesis the treatment plan consisted in tooth

extraction 61, mucosal suture and the rear installation of mobile space-maintaining apparatus with monitoring the development of tooth 21. So, by means of appropriate dental care in cases of dental trauma, agility in this emergency treatment, correct planning and preservation, will provide a better prognosis for the patient, avoiding future complications of permanent teeth.

**KEYWORDS:** Tooth injuries. Child. Tooth deciduous.

## INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário é considerado um dos principais problemas na Odontopediatria, pois, além de trazer muitos gastos para a saúde pública e privada ainda apresenta grande dificuldade inerente a seu tratamento. Além disso, fica implícito ao trauma, os altos índices de violência doméstica, nas escolas, bem como acidentes de trânsito e até mesmo em atividades esportivas têm contribuído para elevar o número de pessoas que procuram tratamento odontológicos após algum tipo de trauma (BROWN, 2002).

O traumatismo dentário pode apresentar danos irreparáveis ou não, podendo afetar as condições psicológicas, sociais e estéticas do indivíduo sendo estes: adultos ou crianças. Sendo assim o Cirurgião-dentista deve estar apto a realizar os procedimentos necessários de urgência em pacientes que sofreram trauma e buscam atendimento odontológico (MIER et al., 2011; SANTOS et al., 2010).

Os incisivos centrais superiores são os dentes que mais sofrem traumatismo devido sua localização na arcada dentária, podendo ser considerados como fatores predisponentes: o tipo de oclusão e o recobrimento labial inadequado (DINIZ, 2008; WANG, 2014). As lesões traumáticas vão desde uma simples fratura em esmalte, intrusão, extrusão e em alguns casos até à perda definitiva do elemento dentário (SANABE et al., 2009; TRAEBERT et al., 2004).

Estudos mostram que o traumatismo geralmente acomete crianças e adolescentes, tendo como prevalência os indivíduos do gênero masculino. As lesões que envolvem os dentes anteriores (incisivos centrais, incisivos laterais e caninos) resultam diretamente na perda da função, podendo causar sintomatologia dolorosa, especialmente se for dente permanente (DAMASCENO, 2002).

Uma vez que os maiores índices de acidentes envolvem crianças ainda na fase de dentição mista, todos os esforços clínicos devem ser direcionados, buscando um tratamento mais conservador ou em muitos casos necessita de um tratamento complexo, envolvendo diversas áreas da odontologia, uma vez que pacientes jovens apresentam variáveis biológicas como câmaras pulpares amplas, erupção dentária passiva e indefinição do desenho das margens gengivais. Tornando o prognóstico muitas vezes duvidoso (DEMOGALSKI et al., 2006; VAZ et al., 2011).

O prognóstico depende do grau de envolvimento das estruturas atingidas, do estágio de desenvolvimento dentário e do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento. Além da técnica empregada na realização do procedimento, como o uso de materiais que apresentem alta resistência de união, contribuindo de forma decisiva para a longevidade deste procedimento clínico (BROWN, 2002; CAMPOS, 1982).

Assim, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de traumatismo dental, tratado com uma conduta multidisciplinar em um paciente infantil, o planejamento, a cirurgia, e realização de reabilitação com aparelho móvel, mantenedor de espaço.

## CASO CLÍNICO

Paciente de gênero masculino, de 36 meses de idade, compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário Ingá - Uningá apresentando traumatismo dentário. Na anamnese a mãe relatou que a criança possui uma saúde normal, sem nenhuma intercorrência, estando com a vacina antitetânica em dia, e que sofrera trauma nos dentes anteriores após ter caído no chão da sala da casa. Com o acidente criança bateu os elementos 51 e 61, meia hora antes do atendimento emergencial odontológico. O exame clínico constatou dentição decídua completa e na região dos incisivos superiores havia uma extrusão quase completa do elemento 61, com mucosa dilacerada e sangramento (Figura 1).



**Figura 1** – Vista frontal – Extrusão do dente 61. **Fonte:** os autores.

Os demais elementos se apresentavam dentro da normalidade. O exame radiográfico oclusal superior – Randall (Figura 2) retificou a extrusão dentária do dente 61.



**Figura 2** – Radiografia inicial - Extrusão do dente 61. **Fonte:** os autores.



**Figura 3** – Mesa cirúrgica – Exodontia 61. **Fonte:** os autores.

Após o diagnóstico, o planejamento proposto foi a exodontia do dente 61, seguida da manutenção do espaço dentário. Para a exodontia do dente 61, preparou-se a mesa cirúrgica (Figura 3), realizou-se o manejo do comportamento infantil pela técnica do falar-mostrar-fazer, que engloba vários conceitos de aprendizagem e permite maior tranquilidade a criança. Para a redução do desconforto e controle da dor (dente 61) fez-se uso de anestésico tópico Benzotop 200mg/g(gel) com uso de cotonete, e anestesia infiltrativa local, avaliando-se o peso do paciente, com um tubete de Lidocaína a 3% (técnica supraperióstea), distribuídos seguindo o longo eixo do dente (vestibular) e tecido mole palatino. A injeção (agulha extra curta) deve ser feita o mais perto possível da margem gengival, e a solução depositada lentamente perto do osso, adjacente ao ápice do dente a ser removido. Após a analgesia, procedeu-se a sindesmotomia, desinserindo as fibras da região vestibular e palatina ao redor do dente 61 com uso do sindesmótomo (Figura 4). A seguir procedeu-se a exodontia do dente 61 com fórceps n. 1 (Figura 5), por meio de movimento rotatório e no sentido vestibular para palatino.



**Figura 4** – Sindesmotomia – dente 61. **Fonte:** os autores.



**Figura 5** — Exodontia - dente 61. **Fonte:** os autores.

Após a remoção do dente 61, procedeu-se à sutura do alvéolo e mucosa com fio 4.0 de nylon, por meio de sutura ponto simples, fechando as bordas. Prescreveu-se medicação analgésica com Paracetamol gotas, sendo administrado uma gota/kilo de 4 em 4 horas por 24 horas. O paciente retornou após 7 dias para a remoção da sutura, e foi realizada a radiografia oclusal superior– Randallfinal (Figura 6). Após alguns dias antes da colocação do mantenedor de espaço, observou-se a instalação do hábito de interposição de língua no espaço referente ao dente 61 (Figura 7). A mãe optou pela instalação de um aparelho mantenedor de espaço removível (Placa de Hawley com dente de estoque expansor) (Figura 8) e não pela prótese fixa funcional/sistema tubo barra.

Foi realizada a moldagem dos arcos superior e inferior em alginato com modelo tipo Vernese tomada a oclusão com lâmina de cera n. 7, previamente aquecida. Informou-se ao paciente os passos para cada etapa de moldagem. No arco superior o paciente estava sentado na cadeira a 90°, plano oclusal paralelo ao solo, e o profissional posicionado ao lado e atrás do paciente. Após a inserção da moldeira na cavidade bucal o tronco da criança foi inclinado para frente, com a cabeça mais baixa favorecendo o escoamento do material da moldagem em direção contrária ao palato mole. Para o arco inferior o profissional fica a frente o paciente está sentado, o tronco inclinado para trás. No momento da inserção da moldeira carregada de alginato pede-se ao paciente para levantar a língua e manter a boca entreaberta para melhor posicionamento muscular e afastamento dos tecidos.

Após a moldagem, esta foi vazada em gesso especial obtendo-se o modelo de estudo e trabalho, para confecção do aparelho mantenedor de espaço removível. Após a instalação deste o paciente está sendo monitorado por meio de exames clínico e radiográfico periódicos, e o prognóstico é favorável.



**Figura 6** – Radiografia pós-cirúrgica – dente 61. **Fonte:** os autores.



**Figura 7** – Vista frontal – interposição lingual – região do dente 61. **Fonte:** os autores.



**Figura 8** - Fotografia final com aparelho mantenedor de espaço com dente provisório. **Fonte:** os autores.

## DISCUSSÃO

Segundo Von Arx et al. (2001), grande parte das urgências nos consultórios dentários, envolvendo traumatismo dentoalveolar, acontecem em crianças e adolescentes, devido as práticas de atividades de risco. No caso apresentado a ocorrência do trauma foi com um paciente infantil durante uma queda, considerada a causa principal de traumatismo dentário.

Estudos realizados por Gassner et al. (1999) analisaram a prevalência do trauma dental em 6000 pacientes com danos faciais e obtiveram os seguintes resultados: trauma dental em 57,8%, quando de acidentes domésticos e brincadeiras; 50,1%, quando de acidentes esportivos; 38,6%, quando de acidentes de trabalho; 35,8%, quando de atos de violência; 34,2%, quando de acidentes de trânsito e 31%, quando de acidentes não especificados. Em relação ao gênero, foi constatada uma maior prevalência

dos traumatismos em crianças do gênero masculino (62,01%) em relação ao feminino (37,99%). Estes dados estão de acordo com (KAWABATA, 2007).

A primeira consulta seguida do atendimento emergencial é primordial para o sucesso terapêutico em casos de traumatismos dentoalveolar, mas o acompanhamento a longo prazo é, da mesma forma, essencial para prevenir futuras complicações que possam estar associadas ao trauma podendo o mesmo vir a perder o dente acometido (ANDREASEN, 2000).

Segundo Santos et al. (1998) a partir dos dados obtidos através da anamnese, opta-se por métodos terapêuticos adequados ao diagnóstico estabelecido, levando em conta cada caso e considerando as características do paciente.

Quando ocorre a extrusão de dentes decíduos, o tratamento consiste, basicamente, em dois tipos: a contenção do elemento dentário para manutenção do mesmo ou opta-se pela extração dos dentes acometidos pelo trauma devido a gravidade do traumatismo que não possibilitava a manutenção das raízes, seguido de mantenedores de espaço até a erupção do dente permanente (VASCONCELLOS, 2003).

Segundo Andreasen et al. (2007) existem várias formas e materiais para a realização da contenção de dentes traumatizados, sendo estes adotados de acordo com a gravidade de cada caso, podendo ser necessário a utilização de contenção flexível de curta duração parece reduzir o risco de anquilose dentoalveolar ou reabsorção radicular externa, ou uma fixação rígida para um adequado reparo ósseo. Em casos mais graves a extração é a única opção de tratamento (ANDREASEN, 2007).

Quando o traumatismo atinge um elevado grau de mobilidade, ocorrendo o deslocamento parcial do dente para fora de seu alvéolo, o que define o tratamento será magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, procura por tratamento imediata ou tardia e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto (LOSSO, 2011). Neste artigo foi observado um grau de mobilidade excessiva e extrusão severa (geralmente mais que 3 mm) sendo neste caso adotada a exodontia como alternativa mais recomendada, seguido do uso de mantenedor de espaço.

Os mantenedores de espaço removíveis são dispositivos econômicos e de fácil construção, formados por uma placa de resina acrílica que recobre a mucosa, tendo também a possibilidade de incluir dentes artificiais e planos de inclinação ou elevação (LOSSO et al., 2011). Tem por objetivo preservar o espaço, manter a função e não deixar ocorrer giroversão, sem influenciar na erupção do permanente sucessor, prevenir a má oclusão e hábitos parafuncionais, semelhante ao hábito de interposição lingual que estava iniciando no paciente do caso clínico apresentado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio deste relato de caso observou-se a relevância da atenção odontológica precoce nos casos de traumatismos dentais. Quando o elemento traumatizado sofreu uma avulsão ou extrusão severa a terapia por meio da exodontia se mostra mais prudente. Após esta, a instalação de um mantenedor de espaço deve ser realizada pois restaura a oclusão funcional e a estética, além de evitar a extrusão dos dentes antagonistas. O paciente deve

permanecer com este aparelho removível até a erupção do dente permanente, devendo ser feito o controle e ajuste deste aparelho por meio de sua expansão, a fim de que possa ser ajustado 'as alterações da cavidade bucal decorrentes do crescimento e desenvolvimento da maxila. Assim em casos de traumas, um atendimento ágil, planejamento adequado e preservação proporcionará um prognóstico favorável ao paciente, evitando-se futuras complicações estéticas e funcionais para os dentes permanentes.

## REFERÊNCIAS

ANDREASEN, J. O. et al. **Manual de Traumatismo Dental**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F.; ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4th ed. Oxford: Blackwell 2007, 337-371.

BROWN, C.J. The management of traumatically intruded permanent incisors in children. **Dent Update**, v.29, n.1, p.38-44, Jan. /Feb. 2002.

CAMPOS, R. E. Influência da confecção de canaleta e recobrimento com resina composta na resistência de união da colagem de fragmento dental. **Robrac**, 15 (39) 2006 ISSN 1981.

DAMASCENO, L.M. et al. I. P. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. **Revista Brasileira de Odontologia**, 2002; 59:193-6.

DEMOGALSKI, G. et al. Colagem Autógena em Dentes Anteriores Fraturados: Um Recurso Válido na Odontopediatria. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada - Edição Especial**, 2006, p. 01-05.

DINIZ, M.B.; ARANHA, A. M. F.; APARECIDA, E. M. Reabilitação de dentes anteriores traumatizados pela técnica da colagem de fragmentos. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, 2008; 26(3): 366-71.

GASSNER, R. et al. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries – implications for prevention. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.87, n.1, p.27-33, Jan. 1999.

KAWABATA, C.M. et al. Estudo de injúrias traumáticas em crianças na faixa etária de 1 a 3 anos no município de Barueri, São Paulo, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, setembro-dezembro, ano/vol. 7, número 003. Universidade Federal da Paraíba João Pessoa, Brasil: 2007, pp. 229-233.

LOSSO, E.M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **RSBO**, 2011 Jan-Mar; 8 (1): e1-20.

MIER, I.M.Y. et al. Traumatismo dentário: 15 a 18 anos. Escuela Militar Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus 2011. **Gaceta Médica Espirituana**: 2011; 15(1).

SANABE, M.E. et al. Urgência em traumatismo dentário: classificação, características e procedimentos. **Revista Paul Pediatr**: 2009; 27(4):447-51.

SANTOS, A.M.B. et al. Métodos de contenção em traumatismo dentoalveolar. **Revista Odonto Cienc**, v.13, n.25, p.143-149, 1998.

SANTOS, K.S.A. et al. Tratamento de traumatismo dento alveolares e reabilitação protética em paciente jovem – relato de caso. **Odontol. Clín.- Cient. Recife**, 9 (2) 181-184, abr./jun., 2010.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2), 403-410, mar-abr, 2004.

VASCONCELLOS, R.J.H. et al. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. **Revista Cirurgia Traumatismo Buco Max Facial**: 2003, 3 (2),17-24.

VAZ, I. P. et al. Tratamento em incisivos centrais superiores após traumatismo dental. RGO – **Revista Gaúcha de Odontologia**: Porto Alegre, v.59, n.2, p.305-311, abr./jun., 2011.

VON ARX, T. et al. Splitting of traumatized teeth with a new device: TTS (Titanium Trauma Splint). **Dental Traumatology**, v.17, n.4, p.180-184, Aug. 2001.

WANG, C.; QIN, M.; GUA,N Y. Analysis of pulp prognosis in 603 permanent teeth with uncomplicated crown fracture with or without luxation. **Dental Traumatology**, 2014; doi: 10.1111/edt.12099.