

INTRUSÃO DENTÁRIA EM CAVIDADE NASAL APÓS TRAUMA DE ALTA ENERGIA: ABORDAGEM CIRÚRGICA

DENTAL INTRUSION IN NASAL CAVITY AFTER HIGH ENERGY TRAUMA: SURGICAL APPROACH

PRISCILA VITAL FIALHO. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID.

LUIS CLAUDIO CARDOSO DOS SANTOS. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID.

EDUARDO FRANCISCO DE DEUS BORGES. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID.

RAFAEL DRUMMOND RODRIGUES. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID.

THAINÁ ARAÚJO PACHECO BRITO. Cirurgiã-Dentista.

ALEXANDRE MARTINS SEIXAS. Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID.

ROBERTO ALMEIDA DE AZEVEDO. Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID

Rua Doutor Genésio Salles, nº 514, apartamento 03, Vila Laura. Salvador-BA. E-mail: thaina.brito@hotmail.com

RESUMO

O traumatismo dentoalveolar acomete grande parte das vítimas de trauma em região bucomaxilofacial, especialmente quando se trata de quedas de altura, acidentes automobilísticos, desportivos ou agressão física. O objetivo deste trabalho consiste em relatar o caso clínico de um paciente que evoluiu com luxação intrusiva de unidades dentárias para a cavidade nasal decorrente de acidente motociclístico. Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, vítima de acidente motociclístico. Coursou com múltiplas lesões e fraturas no complexo bucomaxilofacial, incluindo traumatismo dentoalveolar com intrusão das unidades dentárias 22 e 23 para a cavidade nasal. Foi realizada abordagem cirúrgica para remoção das unidades e desbridamento da região anterior da maxila, que se encontrava bastante cominuída, bem como redução de fratura dos ossos próprios do nariz. Paciente em acompanhamento pós-operatório, clínico e radiológico.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismos Dentários. Cirurgia Bucal. Traumatologia.

ABSTRACT

Dentoalveolar trauma affects most of the victims of trauma in the maxillofacial region, especially when it comes to falls from height, car accidents, sports or physical aggression. The aim of this study is to report the case of a patient who

developed an intrusive luxation of dental units to the nasal cavity due to a motorcycle accident. Male patient, 18 years old, motorcycle accident victim. Attended multiple lesions and fractures in the maxillofacial complex, including dentoalveolar trauma with intrusion of dental units 22 and 23 into the nasal cavity. A surgical approach was performed to remove the units and debridement of the anterior region of the maxilla, which was quite comminuted, as well as a reduction of fracture of the bones of the nose. Patient in postoperative, clinical and radiological follow-up.

KEYWORDS: Dental Trauma. Oral Surgery. Traumatology.

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentoalveolar acomete grande parcela das vítimas de trauma em região bucomaxilofacial, e configura-se como uma urgência odontológica, necessitando de atendimento e intervenção imediatos (BARBOSA et al., 2017; OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011). Essencialmente três estruturas são envolvidas: o dente, o alvéolo e os tecidos moles adjacentes, e o impacto traumático nessa região pode causar danos às estruturas dentárias, muscular e óssea (BORTOLI et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2004).

É fundamental que o tempo transcorrido entre o trauma e o atendimento seja o menor possível para que se possa garantir um melhor prognóstico. Um exame clínico minucioso e sistemático deve ser realizado, com o objetivo de avaliar o comprometimento das estruturas envolvidas. Dessa forma, é possível estabelecer métodos terapêuticos adequados para o paciente e o caso em questão, através de um diagnóstico preciso e embasado (OLIVEIRA et al., 2004).

Dentre as lesões traumáticas dentárias temos a luxação intrusiva, que ocorre quando o dente se desloca no sentido apical, ou seja, para dentro do alvéolo (TSILINGARIDIS et al., 2012). Caracteriza-se pelo rompimento das fibras do ligamento periodontal e feixe vasculonervoso, podendo comprometer a vitalidade pulpar e a integridade do osso alveolar (BORTOLI et al., 2008).

Existe uma alta prevalência de traumatismos dentoalveolares em crianças, atingindo os dentes decíduos, já que o pico de incidência costuma ocorrer entre o primeiro e terceiro ano de vida (BORTOLI et al., 2008; LIMA et al., 2017). Nesta fase, as crianças estão mais suscetíveis às quedas, além de apresentarem um *overjet* acentuado e selamento labial incompleto. Frequentemente observa-se o comprometimento dos dentes anteriores decíduos, e com risco de sequelas nos dentes permanentes sucessores (AL-BADRI et al., 2002; BORTOLI et al., 2008; LIMA et al., 2017).

Já em dentes permanentes a luxação intrusiva costuma ser mais rara, e é considerada uma das formas mais graves de luxação devido ao maior comprometimento das estruturas adjacentes (AL-BADRI et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2004). Seja no momento do acidente ou a longo prazo, os danos à estrutura dentária são severos e costumam comprometer a vitalidade pulpar, desencadeando prejuízos funcionais, estéticos e até mesmo psicológicos para o paciente (OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011).

Os principais fatores etiológicos são os acidentes de trânsito e agressão física, e o exame radiográfico é um grande aliado na avaliação do trauma, para que se possa avaliar o grau de luxação, estágio de desenvolvimento apical, possíveis fraturas radiculares ou do osso alveolar e danos nos dentes e tecidos

moles (REZENDE et al., 2007; TSILINGARIDIS et al., 2012).

Três formas de tratamento para a luxação intrusiva têm sido descritas na literatura: aguardar a re-erupção espontânea, reposicionamento ortodôntico e reposicionamento cirúrgico. O grau de intrusão e o estágio de formação da raiz são os principais fatores a serem avaliados para que se possa estabelecer um plano de tratamento e prognóstico, tornando o exame clínico inicial, a anamnese detalhada e os exames complementares ferramentas fundamentais para a abordagem do paciente (COSTA et al., 2017).

O objetivo deste trabalho consiste em relatar o caso clínico de um paciente vítima de acidente motociclístico, submetido à procedimento cirúrgico para retirada das unidades 11 e 21 deslocadas para a cavidade nasal após luxação intrusiva decorrente do trauma.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 18 anos de idade, compareceu ao serviço de emergência do Hospital do Oeste, Barreiras – BA após ter sido vítima de acidente motociclístico, evoluindo com lesões neurológicas e em face (Figura 1). No primeiro momento, foi abordado pela equipe de neurocirurgia, após alta foi encaminhado para a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Durante anamnese e exame físico do paciente, observou-se ausência das unidades, 21, 11, 12 e 13 e desvio de dorso nasal (Figura 2).

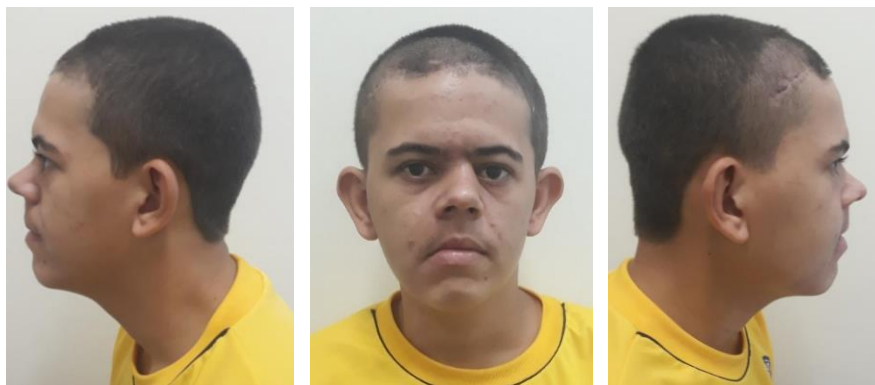


Figura 1 – Aspecto clínico inicial extraoral.

Fonte: o autor.

Após realização de exames de imagem (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada), foi possível observar que as unidades 12 e 13 foram deslocadas para o interior da cavidade nasal através de uma luxação intrusiva, fratura do processo alveolar, dos ossos próprios do nariz e dos ossos do terço médio da face, além de ausência dentária das unidades 11 e 21 devido à avulsão decorrente do trauma (Figuras 3 e 4).



Figura 2 – Aspecto clínico inicial extraoral.
Fonte: o autor.



Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial.
Fonte: o autor.

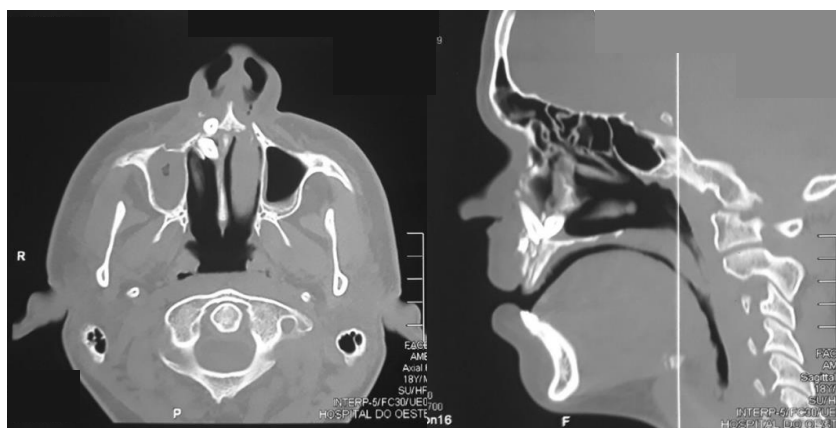


Figura 4 – Tomografia computadorizada evidenciando unidades dentárias em cavidade nasal.
Fonte: o autor.

Inicialmente foram realizadas as suturas em face, devido às necessidades prioritárias do trauma cranioencefálico a ser conduzidas pela equipe da Neurologia. Decorridos 19 dias da data do trauma, o paciente encontrava-se estável e foi então submetido à abordagem cirúrgica, sob anestesia geral, para retirada das unidades dentárias deslocadas para a cavidade nasal (Figuras 5 e 6). Também foi realizada uma redução de fratura dos ossos próprios do nariz, bastante dificultada em função do grau de cominuição.



Figura 5 – Transoperatório.

Fonte: o autor.



Figura 6 – Unidades dentárias após remoção cirúrgica.

Fonte: o autor.

O paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 03 meses, evoluindo de forma satisfatória após a remoção das unidades dentárias e desbridamento da região anterior da maxila. Além disso, está em acompanhamento também para reabilitação protética, visando recompor função e estética.



Figura 7 – Radiografia panorâmica pós-operatória.
Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

Dentre os tipos de trauma dentoalveolar, podemos destacar a luxação extrusiva e a intrusiva, devido à severidade do trauma e risco de perdas dentais severas (OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011). Neste caso, houve uma luxação intrusiva severa das unidades 12 e 13 em função da alta energia do trauma, resultando em deslocamento para o interior da cavidade nasal, além da avulsão das unidades 11 e 21.

A incidência do trauma dentoalveolar reduz com o aumento da idade (ANDREASEN, 1970; SANDALLI; CILDIR; GULER, 2005). Esse tipo de injúria costuma acometer crianças e jovens com frequência, por conta da maior exposição à prática de esportes – principalmente os denominados radicais – ou lutas, e até mesmo atividades recreativas simples, devido ao período de desenvolvimento das habilidades motoras das crianças (OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011). Nos adultos jovens, as causas mais frequentes são os acidentes de trânsito e agressões físicas, sendo o acidente motociclístico a causa do trauma em questão, em um adulto jovem, corroborando com a literatura (REZENDE et al., 2007; SANDALLI; CILDIR; GULER, 2005).

Von Arx (2000) propôs uma classificação de acordo com a profundidade de intrusão dentária, dividida em três níveis: o grau I representa uma intrusão parcial leve, onde a maior porção da coroa dentária encontra-se visível; o grau II representa a intrusão parcial moderada, onde menos de 50% da coroa dentária encontra-se visível; e o grau III, onde ocorre intrusão severa ou completa, incluindo toda a coroa dentária, como observa-se neste caso.

Grande parte dos pacientes atendidos no serviço de emergência dos hospitais apresenta trauma de moderado a severo (ANDREASEN, 1970; REZENDE et al., 2007). De acordo com a literatura, isso ocorre devido à complexidade do acidente; traumas dentoalveolares mais complexos ocorrem mais frequentemente em vítimas de acidentes mais severos (que são atendidas em ambiente hospitalar), enquanto os traumas simples podem ser abordados em ambiente ambulatorial (REZENDE et al., 2007). Estes traumas simples incluem os que acometem crianças na fase escolar, por exemplo, onde a maioria evolui

com fraturas coronárias de baixa complexidade, possibilitando um acompanhamento ambulatorial (ANDREASEN, 1970). O paciente em questão foi acompanhado em ambiente hospitalar em função da severidade do trauma e às demais condições que exigem tratamento, como as fraturas em face.

Os exames de imagem são grandes aliados no diagnóstico e estabelecimento do plano de tratamento das luxações intrusivas. Eles auxiliam na análise do grau de severidade da luxação, localização precisa das unidades dentárias, danos causados no osso alveolar, direção de deslocamento e estágio de desenvolvimento da raiz – fatores cruciais para definir o plano de tratamento (BORTOLI et al., 2008; OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011; TSILINGARIDIS et al., 2012). Neste caso clínico, foram os exames de imagem – radiografia panorâmica dos ossos maxilares e tomografia computadorizada de face – que possibilitaram o diagnóstico de luxação intrusiva das unidades 12 e 13 (deslocadas para a cavidade nasal) e luxação extrusiva das unidades 11 e 21.

Quando a luxação intrusiva atinge dentes decíduos, deve-se avaliar possíveis danos ao germe do dente permanente, além de infecção e inflamação. Em dentes permanentes, o tratamento depende diretamente do estágio de formação radicular, e pode variar entre reposicionamento ortodôntico, cirúrgico, ou aguardar a re-erupção espontânea. Pode ser necessária uma espiantagem de duas a três semanas visando aumentar a estabilidade do dente no alvéolo durante a cicatrização (COSTA et al., 2017; FLORES et al., 2001).

Quando o dente apresenta desenvolvimento radicular incompleto, recomenda-se aguardar a re-erupção espontânea e avaliar as possíveis alterações pulpares, já que grande parte dos casos evolui com necrose pulpar, demandando tratamento endodôntico (MOTA et al., 2014; OSAKI; CORREA; CASTILLO, 2011). No caso clínico em questão, optou-se pela remoção cirúrgica dos dentes em função do deslocamento das unidades para a cavidade nasal e comprometimento do osso alveolar da região, impossibilitando quaisquer outras abordagens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luxação intrusiva apresenta protocolos diversos de tratamento devido às grandes variáveis do trauma, o que exige uma individualização para cada caso. O traumatismo dentoalveolar é uma condição de urgência odontológica, onde o preparo profissional e a agilidade são cruciais para proporcionar o melhor prognóstico ao paciente, diminuindo assim os danos funcionais, estéticos e psicológicos que esse trauma pode causar.

REFERÊNCIAS

AL-BADRI, S. et al. Factors affecting resorption in traumatically intruded permanent incisors in children. **Dental Traumatology**, v.18, p. 73-76, 2002.

ANDREASEN, J.O. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. **Scandinavian Journal of Dental Research**, v. 78, n. 4, p. 329-342, 1970.

BARBOSA, D.A.F. et al. Diferentes tipos de cicatrização após luxação intrusiva dos dentes 11 e 21: relato de caso. **UEPG Ciências Biológicas da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 77-81, 2017.

BORTOLI, D. et al. Luxação intrusiva na dentição decídua – dois anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v. 13, n. 1, p. 64-68, 2008.

COSTA, L.A. et al. Treatments for intrusive luxation in permanent teeth: a systematic review and meta-analysis. **Internacional Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 46, p. 214-229, 2017.

FLORES, M.T. et al. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. **Dental Traumatology**, v. 17, n. 5, p.193-198, 2001.

LIMA, T.F.R. et al. Relationship between initial attendance after dental trauma and development of external inflammatory root resorption. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, n. 2, p. 201-205, 2017.

MOTA, L.Q. et al. Luxação intrusiva e fratura dental com inserção do fragmento no lábio inferior: relato de caso. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 129-133, 2014.

OLIVEIRA, F.A.M. et al. Traumatismo Dentoalveolar: revisão de literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 4, n. 1, p. 15-21, 2004.

OZAKI, A.M.; CORREA, T.O.; CASTILLO, M.C. **Trauma com luxação intrusiva e extrusiva: aspectos clínicos e tratamentos**. In: Anais do XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. 2011; São Paulo. São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba, p. 1-6.

REZENDE, F.M.C. et al. A prospective study of dentoalveolar trauma at the Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School. **Clinics**, v. 62, n. 2, p. 133-138, 2007.

SANDALLI, N.; CILDIR, S.; GULER, N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. **Dental Traumatology**, v. 21, p. 188-194, 2005.

TSILINGARIDIS, G. et al. Intrusive luxation of 60 permanent incisors: a retrospective study of treatment and outcome. **Dental Traumatology**, v. 28, p. 416-422, 2012.

VON ARX, T. Deciduous tooth intrusions and odontogenesis of the permanent teeth. Developmental disorder of the deciduous teeth (1995) apud DIAB, M.; ELBADRAWY, H.E. Intrusion injuries of primary incisors. Part III: Effects on the permanent successors. **Quintessence International**, v. 31, n. 6, p. 377-384, 2000.