

REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE QUE SOFREU AVULSÃO DO DENTE PERMANENTE

AUTORES

Maria Alice dos Santos OLIVEIRA

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Juliana ARID

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

A avulsão dentária é caracterizada pelo deslocamento total do elemento dental fora do alvéolo, é a lesão dento-alveolar com maiores danos funcionais, estéticos e psicológicos. Ocorre com mais frequência nos dentes anteriores e acometem principalmente crianças e adolescentes, com maior prevalência em pessoas do sexo masculino. Os traumas dentários, principalmente aqueles que envolvem os dentes anteriores, influenciam a função e a estética do indivíduo, afetando sua autoestima e sua sociabilidade. Atualmente, observa-se que existe um aumento na procura por procedimentos estéticos em virtude de uma sociedade, na qual, a aparência demonstra uma importante aceitação no convívio social. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de reabilitação protética anterior após avulsão do dente permanente, quando não foi realizado o reimplante dental.

PALAVRAS - CHAVE

Avulsão dentaria, trauma, reabilitação protética.

1. INTRODUÇÃO

Avulsão dentária pode ser descrita como uma injúria dento alveolar, que consiste na saída completa do elemento dental do alvéolo, danificando estruturas como o cimento, ligamento periodontal, osso alveolar, gengiva, polpa e esmalte, causando danos as funções estomatognáticas, estética e ao psicológico (JÚNIOR et. at., 2015; MACH, 2022).

Pode-se considerar a avulsão dentária como um dos traumatismos dentais mais graves, e que pode acontecer tanto na dentição decídua, quanto na permanente. De acordo com a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT), as avulsões dentarias em dentes permanentes correspondem de 0,5% a 16% dentre todos os traumatismos, podendo afetar um ou mais elementos (IADT, 2011).

Dados epidemiológicos demonstram que os traumatismos dentais são mais prevalentes em pessoas do sexo masculino, normalmente em período escolar, devido a atividades físicas, brigas, lutas, acidentes e quedas (PEREIRA et. at., 2016). Também já foi demonstrado que o elemento dental mais acometido são os incisivos centrais superiores, devido a sua posição mais vestibularizada no arco dentário, esta situação se agrava ainda mais quando o indivíduo apresenta overjet superior a 5mm, não promovendo o selamento bucal por completo (NETO et. al., 2020; SORIANO, 2007).

A avulsão dentaria é considerada como uma urgência nos consultórios odontológicos e segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária o gerenciamento imediato e correto da situação é essencial para alcançar um melhor prognóstico. O profissional deve fazer uma anamnese focada, a fim de saber quando, como e onde ocorreu o acidente, dados importantes para saber se ocorreu em local contaminado (PEREIRA, 2009). É necessário checar se as vacinas estão em dia, principalmente a antitetânica. De acordo com o ministério da saúde, nos ferimentos de alto risco de tétano, deve-se checar o cartão de vacina do paciente, e se a última dose da vacina antitetânica foi feita há mais cinco anos, deve ser realizada a dose de reforço (LOSSO et. al., 2011).

O reimplante dental, na maioria das vezes, é considerada a melhor opção de tratamento, mas para alcançar um melhor prognóstico é essencial que o profissional tenha pleno conhecimento do tratamento a ser realizado, além disso é essencial alertar os responsáveis sobre as possíveis consequências do trauma e suas intervenções. O cirurgião dentista deve sempre dar informações a respeito de como a população deve agir em casos de avulsões, a falta de informações pode prejudicar o prognóstico e até mesmo impossibilitar a execução do reimplante dental (REBOUÇAS et. al., 2013).

Nem sempre é possível a realização do reimplante dental, devido à falta de conhecimentos dos pais, que muitas vezes não sabem que é possível a realização deste procedimento e demoram para procurar atendimento, Castilho et. al. (2009) realizaram um estudo, onde 80% dos entrevistados achavam que apenas o cirurgião-dentista poderia reposicionar o dente de volta na arcada dentaria, demonstrando assim a falta de conhecimento da população geral a respeito do tema, e reforçando a importância de campanhas voltadas a população sobre traumas dentários e seus tratamentos.

Nos casos em que não é possível a realização do reimplante dental, seja pelo atendimento tardio, pelo mal armazenamento do dente depois da avulsão ou pelas condições que o elemento dental e o ligamento periodontal se encontram, deixar o paciente sem o dente não deve ser uma opção. A falta do dente pode causar diversos traumas desde fonéticos até psicológicos. Al-bitar et. al. (2013) realizaram um estudo sobre o bullying, com uma amostra de 920 crianças da sexta-série, de colégios da cidade de Amã – Jordânia, e o resultado demonstrou que um dos principais motivos que levam a insultos e xingamentos, a fim de menosprezar a vítima, diz respeito a aparência dos dentes ou pela falta dele.

Quando não é possível a realização do reimplante dental, é necessário que outras alternativas sejam consideradas, como a reabilitação protética, através de próteses fixas ou removíveis, definitivas ou provisórias, tratamento ortodôntico e implante (CREUGERS, 2001; INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY, 2011).

O tratamento ortodôntico após avulsão de dente permanente é uma excelente opção para manter o espaço do elemento perdido. Com o aparelho ortodôntico fixo, é possível utilizar um dente de estoque, como prótese provisória, fixada no braquete, sendo está uma solução provisória para apenas um dente avulsionado. Dentre os benefícios desta técnica podemos citar o tempo curto de trabalho, baixo custo além de ser um tratamento conservador (SANTOS et. al., 2010). As próteses provisórias diretas podem ser realizadas em resina composta, dentes de acrílico ou com o próprio dente natural, devolvendo a estética e autoestima do paciente (SANTANA et. al., 2010).

Diante desse contexto, esse trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de reabilitação protética em paciente jovem que sofreu avulsão e não foi realizado o reimplante dentário.

2. METODOLOGIA

Esse artigo trata-se de um relato de caso clínico sobre a reabilitação tardia de um paciente que sofreu avulsão do elemento 11. O tratamento de reabilitação oral estética do paciente foi realizado para favorecer uma melhora na autoestima e qualidade de vida do paciente. O responsável do paciente autorizou a realização do procedimento por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3. RELATO DE CASO

Paciente K.R.A.S, 13 anos, sexo masculino, compareceu a Clínica de Odontopediatria da Clínica Escola de Odontologia da Faculdade Unilago, para consulta periódica. Na anamnese, foi relatado que o paciente se envolveu em uma briga aos 8 anos de idade, ocasionando a avulsão do elemento 11. O dente foi encontrado na calçada, mas por falta de conhecimento dos responsáveis, não foi levado ao cirurgião-dentista para realizar o reimplante.

O primeiro passo para determinar o plano de tratamento foi uma anamnese detalhada, levando em consideração a expectativa do paciente e o planejamento clínico e radiográfico.

Inicialmente, foi realizado o exame clínico e constatado a ausência do elemento 11 em boca, para comprovar este fato foi realizada uma radiografia periapical da região (Figura 1), para avaliar se o elemento estava ausente ou retido.

Figura 1. Radiografia periapical inicial do paciente



Fonte: Própria autora

Posteriormente, foram realizados registros por meio de imagens fotográficas intra-bucais, para observar melhor todos os detalhes da arcada dentária do paciente e permitir um correto planejamento e garantir um comparativo inicial e final para o caso, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Foto intraoral realizada previamente ao procedimento



Fonte: Própria autora

Visto que o paciente faz uso de aparelho ortodôntico, para correção de mordida e alinhamento dos dentes, foi planejado uma reabilitação protética com dente de estoque acoplado no aparelho, devido a necessidade de se manter o espaço para futuro implante e por motivos estéticos.

Este tipo de tratamento foi o escolhido, devido a facilidade da técnica e por ser um recurso mais acessível para o mesmo, já que devido a idade o paciente não pode realizar a reabilitação definitiva por meio de colocação de implante. O primeiro passo para a reabilitação protética foi a seleção da cor, levando em conta a coloração dos dentes do próprio paciente a fim de preservar a naturalidade, sendo assim foi utilizado dente de estoque na cor 62 (Figura 3).

Figura 3 – Dentes de estoque na cor selecionada



Fonte: própria autora

Após a seleção da cor, foi realizado o desgaste do dente de estoque pelas regiões palatina, cervical e proximais. Estes desgastes foram realizados com a broca Maxicut, para uma melhor adaptação na arcada do paciente. Após os desgastes o dente foi levado em boca para conferencia do formato e tamanho considerados ideias (Figura 4 e 5).

Figura 4. Desgaste na palatina, cervical e proximais do dente de estoque



Fonte: própria autora

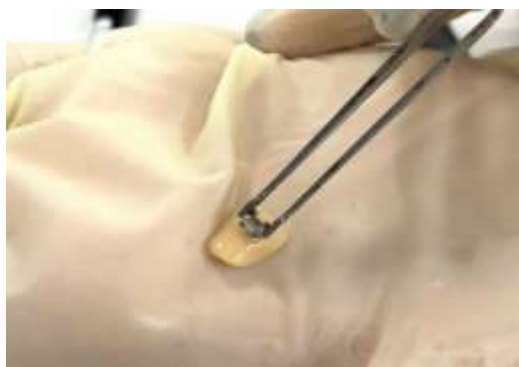
Figura 5. Checagem da adaptação do dente de estoque em boca



Fonte: própria autora

Após o dente devidamente desgastado e adaptado em boca, foi realizado o preparo do mesmo para colagem do braquete, viabilizando a instalação do fio de amarrilho para sustentação do dente em boca para que este pudesse funcionar como uma prótese provisória. Para colagem do braquete foi realizado o condicionamento ácido por 30 segundos com ácido fosfórico 37% da marca Condac, e sua remoção foi realizada com jatos de água e ar por 15 segundos, como preconizado por Buonocore em 1955. Posteriormente foi realizada a aplicação do adesivo convencional da marca Ambar e fotopolimerização por 20 segundos, como descrito pelo fabricante (Figura 6).

Figura 6. Colagem do braquete no dente de estoque



Fonte: Própria autora

Após a colagem do braquete ortodôntico, o dente de estoque foi levado em boca e preso pelo fio de amarrilho para garantir sua sustentação (Figura 7).

Figura 7. Adaptação do dente de estoque em boca com fio de amarrilho



Fonte: própria autora

Em seguida, foram instalados os elásticos e fio ortodôntico do aparelho, para dar continuidade no seu tratamento ortodôntico. Logo após foi realizado o ajuste oclusal, para uma boa função e estética (Figura 8 e 9).

Figura 8. Tratamento finalizado



Fonte: própria autora

Figura 9. Comparação do antes e depois do paciente



Fonte: própria autora

Após 5 meses de reabilitação, o paciente retornou para preservação do caso, onde foi observado boa adaptação da prótese provisória e satisfação do paciente (Figura 10).

Figura 10. Acompanhamento após 5 meses de reabilitação



Fonte: própria autora

4. DISCUSSÃO

No caso clínico apresentado, o paciente sofreu avulsão devido a briga, uma das situações onde a avulsão ocorre mais comumente, como demonstrado por Rezende et. el., 2007. De acordo com alguns estudos

previamente realizados traumas dentários tem maior prevalência em crianças do sexo masculino, o que também pode ser demonstrado no caso clínico apresentado (CUNHA et. al., 2001; MURIITHI et. al., 2005).

O paciente K.R.A.S, 13 anos de idade relatou durante a anamnese realizada que sofria bullying na escola, e se sentia constrangido em sorrir devido a falta do incisivo central superior. Estudos já demonstraram que a avulsão dentária influencia negativamente na vida do paciente, causando problemas relacionados a baixa autoestima por conta da sua estética, comprometimento funcional como na fala e no sistema estomatognático e pode também levar a sérios problemas psicológicos (GONZAGA et. al., 2018).

A falta de informação sobre a avulsão dentária é um fator que contribui negativamente para o tratamento após o trauma em diversos casos. No caso clínico aqui descrito não foi realizado reimplante do elemento dental na ocasião do trauma devido a desinformação sobre o assunto, o que reforça que este ainda é um tópico que necessita ser mais amplamente divulgado para a população em geral. De acordo com um estudo feito por Albuquerque et al, 2014, 69,2% das mães entrevistadas responderam que pegariam o dente após avulsão de qualquer jeito, acreditando não ter uma forma correta de manipula-lo; sobre a limpeza do elemento, 70,8% das responsáveis relataram que lavaria o dente e 67,7% acham importante esfrega-lo na limpeza. Entretanto, é de extrema importância manipular o elemento apenas pela coroa, para não danificar o ligamento periodontal e em hipótese alguma esfrega-lo para limpeza (ALBUQUERQUE et. al., 2014). Segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) as instruções para manipulação e reimplante de um dente permanente avulsionado são:

1. Manter o paciente calmo.
2. Encontrar o dente e pega-lo pela coroa (a parte branca). Evitar tocar na raiz. Tentar colocá-lo de volta imediatamente na mandíbula.
3. Se o dente estiver sujo, lavar suavemente com leite, soro fisiológico ou saliva do paciente e reimplante-o
4. Depois que o dente retornar à sua posição original na mandíbula, o paciente deve morder uma gaze, um lenço ou um guardanapo para mantê-lo no lugar.
5. Se o reimplante no local do acidente não for possível, ou por outras razões quando o reimplante do dente avulsionado não for viável (por exemplo, um paciente inconsciente), deve-se colocar o dente, o mais rápido possível, em um meio de armazenamento ou transporte que esteja imediatamente disponível. Isso deve ser feito rapidamente para evitar a desidratação da superfície radicular, que começa a acontecer em questão de minutos. Em ordem decrescente de preferência, leite, HBSS, saliva (após cuspir em um copo, por exemplo) ou solução salina são meios de armazenamento adequados e convenientes. Embora a água seja um meio pobre, é melhor do que deixar o dente secar ao ar.
6. O dente pode então ser levado com o paciente para a clínica de emergência.
7. Consultar um dentista ou profissional odontológico imediatamente.

No caso descrito foi realizada a reabilitação provisória aproveitando o aparelho ortodôntico do paciente, visto que o mesmo ainda não pode realizar a colocação de implantes dentais devido a idade. Jensen (2019) recomenda como tratamento de dentes anteriores perdidos após trauma dentário, a instalação de retentores de arame fixados do palato, próteses fixas adesivas e próteses parciais como tratamentos temporários em pacientes onde ainda não é possível a realização de tratamentos definitivos como a colocação de implante dental.

De acordo com o IADT, em casos que não foi realizado o reimplante dental, as alternativas de tratamento podem ser, autotransplante, fechamento ortodôntico e prótese provisória. Considerando a condição clínica do paciente, idade não recomendada para implante dentário, aliada ao possível abalo psicossocial, optou-se pela

realização de uma prótese provisória confeccionada com dente de estoque e presa pelo aparelho ortodôntico do paciente como tratamento reabilitador. Além do baixo custo, o tratamento não exigiu procedimento laboratorial complexo, o que favoreceu a execução rápida do trabalho. Esse tratamento será de caráter temporário, até o momento em que a paciente tenha idade suficiente para realização de uma reabilitação definitiva. O resultado alcançado foi satisfatório, uma vez que resgatou a função, estética e o bem-estar social, proporcionando ao paciente melhora na sua qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

Devido a uma abordagem incorreta após a avulsão dentária e falta de conhecimento dos responsáveis, foi ocasionada a perda do incisivo central superior permanente (elemento 11), trazendo malefícios para qualidade de vida do paciente de 13 anos. Embora o tratamento realizado venha a ser considerado como um tratamento provisório, o mesmo é adequado à idade da paciente, além de se mostrar eficiente, suprimindo suas necessidades funcionais e estéticas, com baixo custo e rápido tempo de trabalho.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-BITAR, Z. B. et al. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** v.144, n.6, 2013.

ANDREASEN, J.O.; ANDRASEN, F.; ANDERSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**, 4th Ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.

ALBUQUERQUE Y. E. et. al. Conhecimento de mães sobre os procedimentos de emergência nos casos de avulsão dentária. Passo Fundo, **RFO UPF.** v. 19, n. 2, p. 159-165, 2014.

ANDERSSON, L. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. **Avulsion of permanent teeth. Dental Traumatology.** 2012

BUONOCORE, M. A simple method of increasing the cohesion of acrylic filling materials to enamel surface. **J. Dent. Res.**, v.34, p.849-53, 1955.

CASTILHO, L. R. et al. Evaluation of sixth grade primary schoolchildren's knowledge about avulsion and dental reimplantation. **Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology.** 2009

CUNHA, et, al., Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3 years. **Dent Traumatol**, v. 17, p.210-2, 2001.

CREUGERS, N. Próteses adesivas na região anterior. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GONZAGA, J. O. et al. Avulsão e reimplante dentário: relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 24, n. 3, p. 80-84, 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. **Diretrizes da Associação Internacional de Traumatologia Dentária para a abordagem de lesões dentárias traumáticas: 2. Avulsão de dentes permanentes**. [S.I.]: IADT, 2011.

JENSEN, S. S. Timing of implant placement after traumatic dental injury. **Dent Traumatol**. 35:376-379, 2019.

JÚNIOR, E. Z. S. et. al. Prognóstico e tratamento da avulsão dentária: relato de caso. **Rev. Odonto**, v. 15, n.3. 2015.

LOSSO, E. M. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Rev. Sul-bras. Odontol.**, Santa Catarina, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2011.

MACH, J. T. **Avulsão dentária em dentes permanentes: características, meios de armazenamento e condutas clínicas**. 2022. Trabalho de conclusão de curso - Graduação de odontologia- Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, 2022.

MURIITHI, H.M. et. al., Dental injuries in 0-15 years old at the Kenyatta National Hospital, Nairobi. **East Afr Med J**, v. 82, p.592-7, 2005.

NETO, J. M. A. S. et al. Diagnóstico e tratamento na avulsão dentária: uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, 2020.

PEREIRA, R. J. et. al. Reimplantação dentária. **Rev. Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 50, n. 1, 2009.

PEREIRA, A. C. et. al. Atendimentos realizados no Serviço de Traumatismos Dentários da FOP-Unicamp durante o período de dois anos. **RFO UPF**. v. 21, n. 1, Passo Fundo, 2016.

REBOUÇAS, P. D. et al. Fatores que influenciam no sucesso do reimplante dental. **Publicatio UEPG**. 2013.

REZENDE, F.M.C.; GAUJAC, C.; ROCHA, A.C.; PERES, M.P.S.M. A prospective study of dentoalveolar trauma at the Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School. **Clinics**. 62(2):133-8. 2007.

SANTANA, I. L. et al. Reconstrução estética utilizando prótese adesiva como forma de reabilitação oral em serviço público. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 9, n. 3, 2010.

SANTOS, K. S. A. et al. Tratamento de traumatismos dentoalveolares e reabilitação protética em paciente jovem: relato de caso. **Odontologia Clínico Científica**, Recife, v. 9, n. 2, 2010.

SORIANO E. P. et al. A. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren.
Dent Traumatol. 2007.