



JUCIANE DE OLIVEIRA SANTOS

**TRATAMENTO DE TRAUMAS DO TIPO LUXAÇÃO EM DENTES DECÍDUOS E
SUAS REPERCUSSÕES**

Sinop/MT

2019

JUCIANE DE OLIVEIRA SANTOS

**TRATAMENTO DE TRAUMAS DO TIPO LUXAÇÃO EM DENTES DECÍDUOS E
SUAS REPERCUSSÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Isadora G. Tabacchi Amorim.

**Sinop/MT
2019**

JUCIANE DE OLIVEIRA SANTOS

TRATAMENTO DE TRAUMAS DO TIPO LUXAÇÃO EM DENTES DECÍDUOS E SUAS REPERCUSSÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em

Isadora G. Tabacchi Amorim
Professora Mestra Orientadora
Departamento de Odontopediatria – FASIPE

Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Odontologia – FASIPE

Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Odontologia – FASIPE

Giuliane Nunes Souza Passoni
Coordenadora do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

Sinop-MT
2019

SANTOS, Juciane de Oliveira. **Tratamento de Traumas do tipo Luxação em Dentes Decíduos e suas Repercussões**. 2019. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

Os traumas dentários de luxação têm alta prevalência em crianças na fase de desenvolvimento entre quatro e cinco anos, devido a quedas, colisões, prática de atividades esportivas, acidentes de trânsito e agressões físicas. Devido ao trauma atingir crianças com pouca idade, é um dos principais motivos da primeira consulta ao dentista. Assim, estes deslocamentos que são do tipo luxação lateral, intrusiva, extrusiva e de avulsão acabam interferindo na vida do paciente emocional e esteticamente, além disto, tal fato torna-se relevante porque o prognóstico depende de cuidados adequados dos responsáveis e do tempo para procurar o atendimento odontológico. Portanto, o cirurgião dentista deve saber identificar o tipo de luxação através dos sintomas, sinais clínicos e exames complementares para determinar o diagnóstico inicial, a gravidade da lesão e o plano de tratamento para a criança; devendo também realizar métodos auxiliares para diagnóstico das condições pulpares e periapicais de dentes traumatizados, os quais evitam que os traumas nos dentes decíduos afetem também os germes dos dentes permanentes sucessores, ocasionando algumas sequelas. Este trabalho teve como objetivo demonstrar, através de uma revisão literária, os tipos adequados de tratamento para os traumas de luxações e suas principais repercussões para os dentes decíduos e os permanentes sucessores. A metodologia empregada foi a realização de pesquisas baseadas em livros, artigos e revistas científicas, além de bases de dados da Pubmed, Google acadêmico e Associação Brasileira de Odontopediatria.

Palavras-chave: Avulsão dentária. Dente decíduo. Dentição permanente. Traumatismos dentários.

ABSTRACT

Traumatic dental injuries have a high prevalence in children in the developmental phase between four and five years old due to falls, collisions, sports activities, automobiles accidents and physical aggressions. The trauma affecting young children is one of the main reasons for the first dentist appointment. Thus, these traumas are lateral, intrusive, extrusive and avulsion, they end up interfering in the patient's life emotionally and aesthetically, and this fact becomes relevant because the prognosis depends on the appropriate care and the time to seek dental care after the accident. Therefore, the dental surgeon must be able to identify the type of luxation through the symptoms, clinical signs and complementary tests to determine the initial diagnosis, severity of the injury and treatment plan for the child; and also to perform auxiliary methods for the diagnosis of pulpal and periapical conditions of traumatized teeth, such procedures avoid that the traumas in the deciduous teeth also affect the germs of the successor permanent teeth, causing some sequelae. This work aimed to demonstrate through a literary review the appropriate types of treatment for dental traumas and their main repercussions for deciduous and permanent successors. The methodology used was research based on books, articles and scientific journals, as well as databases of Pubmed, Google academic and Brazilian Association of Pediatric Dentistry.

Keywords: Dental avulsion. Tooth decay. Permanent dentition. Dental trauma.

1. INTRODUÇÃO

O trauma em dentes decíduos acomete em média 26% das crianças no Brasil, sendo as quedas apontadas como a principal etiologia, seguidas de colisões com objetos ou pessoas, brigas, acidentes automobilísticos e esportivos. Novos e repetidos traumas podem ocorrer ao longo do crescimento da criança dificultando a resposta biológica de reparação e/ou cicatrização do dente decíduo e das estruturas envolvidas, sendo importante seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento, quando necessário¹.

Os traumatismos dentários acometem crianças com idades entre quatro e cinco anos. Nos meninos, os maiores riscos ocorrem nas idades de dois a quatro anos; e nas meninas, entre três e quatro anos. Pelo fato de atingir com frequência crianças de pouca idade, o trauma dental pode ser responsável pela primeira visita ao dentista².

Os cirurgiões dentistas devem focar primeiramente na prevenção deste tipo de acidente. Mas, quando de sua ocorrência, o atendimento deve ser efetuado com urgência, quando o profissional deve deixar sempre claro aos responsáveis a importância do tratamento para a manutenção do dente decíduo na cavidade bucal quando possível ou a reabilitação para o equilíbrio das dentições, evitando sequelas para os dentes permanentes que estão se formando¹.

O cirurgião dentista deve esclarecer aos pais que o tratamento odontológico após o trauma dentário pode gerar consequências como a alteração de cor, mobilidade, dor, sensibilidade, reabsorções radiculares ou ósseas, necrose, perda do elemento dental e outras que serão abordadas no decorrer do trabalho.

Após o tratamento, é importante o acompanhamento periódico dessas injúrias para o diagnóstico de complicações subsequentes ao trauma, tanto na dentição decídua como possíveis sequelas na dentição permanente. A evidência clínica e radiográfica de sucesso do tratamento é caracterizada pela presença de um dente assintomático, ausência de mobilidade e de patologia periapical e cuja raiz continua a desenvolver-se nos dentes com rizogênese incompleta³.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O traumatismo dentário envolve não apenas estruturas básicas como os dentes e a porção alveolar, mas também tecidos moles adjacentes, fraturas dos ossos da face e mais seriamente danos cerebrais ou em regiões do pescoço ⁴.

Traumas do tipo luxação lateral, intrusiva, extrusiva e de avulsão em dentes decíduos podem trazer consequências para os dentes traumatizados e seus sucessores por existir relação muito próxima entre o ápice do dente traumatizado e o germe do sucessor, porém podem ser evitados através de um diagnóstico e tratamento adequados, devendo-se levar em consideração esses possíveis danos que podem surgir prévia ou tardiamente nos dentes decíduos e permanentes ⁵.

O tratamento não garante total sucesso, por isto é importante que o cirurgião dentista pratique uma sequência lógica para estimar a extensão da lesão e proceder a um diagnóstico preciso, iniciando com o controle da dor. Os métodos para o tratamento são variados e dependem de fatores como o tipo e a severidade do trauma, a maturidade dentária, o tempo transcorrido desde o momento do trauma até o atendimento e o fato de estar ou não associado a uma fratura alveolar. Em todos os casos, os pais devem ser informados sobre as opções de tratamento e seus respectivos prognósticos ⁶.

Portanto, reafirma-se que o traumatismo dentário é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, sendo de origem acidentária ou intencional, tais traumas representam um problema em Odontopediatria devido às repercussões biológicas, estéticas e funcionais, que podem impactar na qualidade de vida das crianças e também dos responsáveis ⁷.

Classificação dos tipos de traumatismo de luxação

Existem várias classificações de traumatismo dentário, entre elas a de Andreasen e Andreasen, adotada pela Organização Mundial de Saúde, que apresenta os tipos de lesões dentárias em: a trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina sem ou com exposição pulpar, fratura coronoradicar, fratura radicular, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e luxação de avulsão ⁸.

As luxações são deslocamentos que podem ser consideradas de leve até grave extensão. No caso das luxações extrusivas, elas ocorrem quando forças oblíquas pequenas ou severas deslocam o dente parcialmente para fora do seu alvéolo, que é mantido pelas fibras gengivais provocando um desnível oclusal com o dente homólogo, provocando grande

mobilidade. Há ruptura total de grande parte das fibras periodontais levando a uma hemorragia proporcional à gravidade do trauma, sendo comum o dente ficar preso somente pela mucosa palatina. Na radiografia, apresenta-se aumento do espaço do ligamento periodontal na região apical ⁹.

Já na luxação lateral, ocorre ruptura e laceração das fibras de ligamento periodontal, resultando em uma lesão da superfície radicular e do osso alveolar que, ao exame clínico, observa-se deslocamento no sentido lingual ou palatino, podendo ter sangramento e mobilidade e geralmente é associado à fratura da parede vestibular do alvéolo; a coroa fica posicionada em direção lingual/palatina e a raiz para superfície vestibular da parede alveolar em direção apical, mantendo o dente preso em sua nova posição ⁴.

A intrusiva é o deslocamento do elemento dental em relação ao osso do processo alveolar. Clinicamente, a coroa se apresenta encurtada porque o dente está infra oclusão e imóvel em sua nova posição com presença de sangramento gengival. Na radiografia, apresenta perda do ligamento periodontal e possível fratura da tábua óssea ^{3,10}.

A luxação intrusiva classifica-se em: grau I, que é a suave e fica visível mais de 50% da coroa; grau II, a moderada, onde menos de 50% da coroa está visível; e a de grau III, considerada severa, onde a coroa está totalmente invisível. Ao exame clínico, é necessário apalpar a região de fundo de vestibulo para avaliar se a intrusão não foi tão severa a ponto de dilacerar o osso alveolar ⁵.

A radiografia na luxação intrusiva permite definir a direção do deslocamento do dente decíduo em relação ao germe do dente permanente: se a imagem do dente com trauma estiver alongada em relação ao seu homólogo, o decíduo tem grandes chances de ter atingido o sucessor e se a imagem estiver encurtada, a raiz provavelmente se deslocou para vestibular, distanciando-se do germe do dente permanente ⁵.

Na luxação de avulsão, acontece a perda total do elemento dental vez que, no exame clínico, observa-se que o alvéolo dental fica vazio ou preenchido com um coágulo sanguíneo. Nesta situação, é necessário realizar uma radiografia para garantir que o dente não sofreu intrusão total ³.

Diagnóstico e prognóstico para luxações

Logo após o trauma, a criança encontra-se assustada e com dor, dificultando o atendimento odontológico e os pais preocupados e inseguros com a situação. Assim, é necessário que o cirurgião dentista adote técnicas durante o primeiro contato pós-trauma: do

falar-mostrar-fazer, de reforço positivo, do controle de voz, da sedação ou da contenção física, caso verifique a necessidade durante a consulta do exame⁹.

Deve-se recolher o máximo de informações por meio da anamnese, exame físico e exames complementares, para chegar ao correto diagnóstico que auxiliará na decisão pelo tipo de tratamento. Apesar de o trauma ser considerado uma urgência odontológica, o cirurgião dentista deve verificar a necessidade de uma intervenção imediata ou em uma consulta posterior, assim poderá realizar uma adaptação comportamental da criança por abordagem linguística, física e farmacológica, se for preciso⁸.

Existirão situações em que será necessário contatar o médico da criança para ter mais informações sobre a situação médica do paciente; durante a consulta, o profissional deve considerar como aconteceu o trauma e verificar se a informação passada pelos responsáveis ou pela criança condiz com a situação clínica apresentada, devendo pesquisar quando aconteceu e onde ocorreu, a fim de saber se o local é contaminado ou não; caso confirmada a contaminação, verificar se as vacinas estão em dia⁵.

Se durante o exame for notada ferida nos tecidos moles, deve-se fazer uma limpeza para realizar o exame extrabucal e intrabucal, devendo o odontólogo avaliar os tecidos duros e moles começando pela palpação do osso alveolar para verificar anormalidades, depois observar se há: deslocamentos dentários para o interior (direção e extensão do deslocamento), alteração da oclusão dentária, presença de mobilidade (o grau e direção) e, em seguida, realizar teste de percussão e de sensibilidade pulpar - podendo falhar nas respostas devido ao choque pela injúria recente^{8,9}.

Logo após, o profissional deve realizar um exame radiográfico para o diagnóstico, devendo levar em consideração: idade, tipo de trauma, estágio de erupção, grau de rizólize do dente decíduo, rizogênese do dente permanente, tecido mole, se houve fraturas ósseas e a relação entre o dente decíduo e o germe do sucessor⁵.

O prognóstico do trauma depende de cuidados imediatos que antecedem a atuação do cirurgião dentista; como por exemplo, para manter a vitalidade pulpar nas luxações extrusivas e laterais, é necessário o reposicionamento de imediato, e também quanto à imobilização das fraturas radiculares, dependendo do tipo de luxação¹⁰.

Tipos de tratamento para luxações

As luxações não têm somente sequelas imediatas, mas também tardias, pois a diminuição dos sinais e sintomas depois do início do tratamento não garante uma cura

definitiva dos dentes luxados, pois esses precisam ser acompanhados periodicamente por um longo período, prevenindo ou tentando interromper as sequelas tardias supostamente possíveis^{10,11}.

No tratamento de dentes decíduos que sofreram deslocamento, a literatura aborda que o cirurgião dentista precisa de cautela ao reposicionar estes dentes luxados porque o risco de lesão no germe do dente permanente, é grande. Porém, o reposicionamento de dentes decíduos só pode ser realizado nos casos de extrusão ou deslocamento lateral, e contraindicado em dentes avulsionados. Antes do reposicionamento, é necessário que o cirurgião dentista realize uma radiografia para verificar se já houve lesão no germe permanente, o que é importante para se resguardar de uma possível contestação legal¹³.

Na avulsão, o germe do dente sucessor permanente é afetado com frequência, ocasionando alterações na morfologia e estrutura do dente. Assim, não se recomenda o reimplante em função dos riscos de contaminação e infecção. Deve-se basear a terapêutica em controle e manutenção de espaço na dentição decídua e acompanhamento do processo de erupção do dente permanente sucessor¹⁰.

Não há evidências para o uso de antibióticos sistêmicos no tratamento de lesões de luxação na dentição decídua, segundo a Associação Internacional de Traumatologia Dentária, fica por opção do cirurgião dentista, já que os dentes traumatizados são frequentemente acompanhados por lesões nos tecidos moles que podem exigir uma intervenção antibiótica¹³.

Em casos de luxação extrusiva, deve-se realizar uma radiografia periapical e testes de sensibilidade (que provavelmente fornecerão resultados negativos). O seu tratamento depende do grau de maturação do dente; caso seja de grau mínimo (3mm) e o atendimento for dentro de duas horas, o tratamento é baseado em reposicionamento e realização de contenção de dez dias (não se deve realizar o reposicionamento após duas horas por que o coágulo já está sendo formado dentro do alvéolo e há risco de lesão do sucessor durante o reposicionamento). Se o grau for no máximo 3mm ou se o dente estiver próximo à fase de esfoliação, é indicada a exodontia. Em casos de dentes que indiquem ou já apresentam necrose pulpar, realizar a endodontia e monitorar este dente, pois a anquilose é um fator de preocupação neste caso^{6,8,13}.

O resultado favorável do tratamento de luxação extrusiva equivale a um dente assintomático, com sinais clínicos e radiográficos de periodonto normal ou curado, resposta positiva ao teste (falso negativo possível até três meses) e a altura óssea marginal correspondente àquela observada radiograficamente após o reposicionamento¹⁴.

Em casos de luxação lateral, deve-se realizar duas radiografias: uma oclusal e uma lateral; se não existir interferência oclusal, deixar o dente voltar naturalmente à sua posição;

caso tenha interferência, fazer o reposicionamento e esplintagem nos dentes adjacentes por duas a três semanas, onde, posteriormente, pode vir a desenvolver-se uma necrose pulpar⁶.

O reposicionamento do dente deve ocorrer digitalmente ou com uma pinça, devendo soltá-lo de sua trava óssea e reposicionar delicadamente em seu local original. Em seguida, verificar radiograficamente se a posição está correta, realizar o ajuste oclusal e imobilizar por quatro semanas, usando uma tala flexível sempre com monitoramento da condição pulpar. Em caso de atendimento tardio, deve-se realizar o ajuste oclusal, deixando que a cicatrização ocorra com o dente em sua nova posição através de aparelho ortodôntico¹⁰.

No trauma de intrusão, se o ápice do dente estiver sem contato com o sucessor - deslocado em direção ou através da placa óssea labial, deixar para o reposicionamento espontâneo (na radiografia, a ponta apical pode ser visualizada e aparece mais curta) e, se caso o ápice for deslocado para o germe dentário em desenvolvimento, deve-se proceder a sua extração (radiograficamente, a ponta apical não pode ser visualizada e o dente aparece alongado)⁶.

Casos em que não ocorra a reerupção, avaliar por meio de radiografia se houve anquilose. Após o tratamento, orientar aos responsáveis para que a criança evite o uso de chupetas e mamadeiras para permitir a reerupção natural⁸.

Após a reerupção e renivelamento no arco dentário, é necessário avaliar a vitalidade pulpar e, nos casos de surgimento de necrose, realizar endodontia. O acompanhamento clínico e radiográfico deve ser com regularidade de sete dias, quinzenais no primeiro mês, mensais nos três primeiros meses e a cada seis meses, até a erupção do permanente⁹.

O acompanhamento com o auxílio clínico e radiográfico após a terapia curativa dos traumas de luxação dependerá do tempo que acarretar a repercussão em cada caso e idade do paciente para a troca de dentição. Se o cirurgião dentista desconfiar de lesão apical por necrose pulpar, pode realizar o controle a cada dois meses e, se não confirmado, estender para mais quatro meses e assim por diante. Para ocorrer mudança visível nas radiografias, é necessário cerca de quarenta e cinco a sessenta dias¹.

Ainda, como parte do tratamento, o cirurgião dentista deve conscientizar aos responsáveis sobre os cuidados após o tratamento inicial do traumatismo para promover uma boa cicatrização, o que inclui: dieta branda por quinze dias, higienização com escova macia, aplicar tópico de Clorexidina duas vezes ao dia durante uma semana e informar que pode surgir fístula e alteração de cor na coroa⁶.

Recomendações para tratamento de tecidos moles

O tratamento para os tecidos moles após o trauma é baseado em verificar detalhadamente se há corpo estranho alojado nos tecidos moles e presença de sangue coagulado, pois estes devem ser removidos para realizar uma inspeção visual e sondagem sobre a profundidade e envolvimento das estruturas ósseas subjacentes. Em ferimentos que tenha risco de infecção avaliar quanto à possibilidade de tétano. A antibioticoterapia deve ser avaliada em cada caso, já que pode ocorrer infecção pela contaminação bacteriana da boca¹⁵.

Os traumatismos dentais geralmente estão associados a danos aos tecidos moles, como lacerações, erosões e contusões dos lábios, gengiva, mucosa bucal e língua, além de sangramento e edema, dependendo da intensidade e da extensão do trauma⁶.

A contusão é um ferimento causado por impacto com objeto sem corte ocasionando edema e hemorragia sob a pele e mucosa. Não necessita de tratamento, pois o sangramento é reabsorvido localmente. Já a abrasão, é uma escoriação ou remoção superficial de uma camada de pele provocada por raspagem tecidual, o tratamento baseia-se na limpeza do local com solução de clorexidina. A laceração é um corte no tecido afetado pelo trauma, o profissional deve limpar e remover corpos estranhos e/ou tecidos desvitalizado (se necessário, realizar o reposicionamento do retalho e suturar), devendo também instruir o paciente e/ou responsável a utilizar clorexidina e antibiótico, nos casos de contaminação ou que o sistema imune do paciente estiver comprometido, realizar profilaxia antitetânica⁸.

A cicatrização após uma lesão nos dentes traumatizados depende em parte de uma boa higiene bucal. Os responsáveis devem ser comunicados sobre o cuidado com prevenção de novas lesões e sobre possíveis inchaços, aumento da mobilidade ou tratos sinusais que podem ocorrer. É de extrema importância que o cirurgião dentista se resguarde através de documentos, relatando os procedimentos prestados durante o trauma e, principalmente, de que os responsáveis foram informados sobre possíveis complicações especialmente após lesões por intrusão e avulsão¹³.

As recomendações básicas para reparação do tecido periodontal consideram entre dez a quatorze dias e envolve a higienização da área lesionada com gaze embebida em solução de Clorexidina 0,12% ,utilizada duas vezes ao dia durante o processo de cicatrização ou até que se consiga realizar a higienização com a escovação, além da dieta (preferir líquidos ou pastosos nas primeiras 48 horas), evitar uso de chupeta e mamadeira, prescrever analgésico em caso de dor e fazer o acompanhamento através de controle clínico e radiográfico para

diagnóstico e tratamento das sequelas nos dentes decíduos e acompanhamento da formação do germe permanente até a sua irrupção⁸.

Repercussões aos dentes decíduos devido ao traumatismo

Podem ocorrer vários tipos de consequências aos dentes decíduos traumatizados, porém as mais relatadas nas bibliografias são a hemorragia pulpar, alteração de cor da coroa, necrose pulpar, obliteração pulpar, anquilose, reabsorção dentinária interna e externa. A alteração de cor é a mais comum, ocorre em 25 a 63% dos casos, sendo também a primeira sequela clinicamente visível logo após o trauma, podendo ser temporária ou permanente e apresenta diferentes tonalidades, cuja coloração amarela geralmente está relacionada à obliteração do canal pulpar e os tons cinza ou azulado podem indicar a necrose pulpar. Ela pode ocorrer dias, semanas ou até anos após o trauma, podendo ser reversível ou não, sem necessidade de tratamento na ausência clínica ou radiográfica de sinais de necrose, entretanto o acompanhamento é importante¹⁶.

Na hemorragia pulpar, ocorre o extravasamento de sangue devido à ruptura de pequenos vasos sanguíneos pulpares, assim, há alteração de cor que pode ser reversível ou não, porém essa alteração por si só não indica necessidade de endodontia; o tratamento baseia-se em acompanhamento clínico-radiográfico e, se necessário, emprego de facetas estéticas; caso haja aumento do espaço periodontal ou lesão periapical, o tratamento endodôntico é indicado⁸.

Já a reabsorção da dentina é o resultado de um processo inflamatório crônico da polpa e perda de pré-dentina (camada protetora de odontoblastos), podendo levar a grandes lesões e até a fratura dental; para evitar tal fato, é necessário realizar de imediato o tratamento endodôntico do elemento¹¹.

Existe ainda a reabsorção interna e externa. A interna é um processo destrutivo que se inicia pelas paredes dentinárias internas na câmara ou no canal radicular e pode levar à perfuração da coroa ou raiz e quando localizada no canal, não apresenta manifestação clínica; quando iniciada na coroa, é percebida uma mancha rósea e no raio x exibe-se um aumento nas dimensões da câmara pulpar; o tratamento é endodôntico, porém se houver risco de perfuração, a exodontia é indicada. Já a reabsorção externa é uma reabsorção progressiva externa da raiz, em que o raio x apresenta aumento do espaço periodontal e o tratamento de escolha é a endodontia se houver dois terços da raiz não comprometida⁸.

Quando ocorre um trauma, o dente afetado sofre movimentação no seu alvéolo e assim é pressionado pelo osso alveolar em cuja região ocorrem estímulos: de reabsorção da raiz ou anquilose. Quando esses espaços são substituídos por tecido ósseo, ocorrendo o desaparecimento do periodonto e progressivamente união direta entre o dente e o osso alveolar ocorre a anquilose, e quando o espaço é preenchido gradualmente por tecido de granulação acarretou uma reabsorção por raiz¹⁵.

As características clínicas na anquilose apresentam um dente infraocluído, podendo ser leve, moderada ou severa, não havendo lesão pulpar. O diagnóstico é baseado no teste de percussão que apresenta som metálico, radiograficamente apresenta a fusão do dente ao osso e ausência total ou parcial do ligamento periodontal. O tratamento é baseado em acompanhamento e colocação de coroa protética (casos mais severos exodontia)¹⁷.

A seqüela de obliteração pulpar ocorre entre 10% a 36% dos casos de consequências do trauma aos dentes decíduos, caracterizando um depósito progressivo de tecido duro na câmara pulpar, seu prognóstico é considerado satisfatório, pois são raras as ocorrências de alterações patológicas; entretanto, pode ocorrer necrose da polpa devido ao estrangulamento do suprimento vascular pela constante deposição de dentina, porém o diagnóstico só pode ser obtido em longo prazo de acompanhamento, pois ela ainda pode ocorrer até um ano após¹⁶.

A necrose pulpar é a morte do tecido pulpar por rompimento do feixe vasculonervoso ou por hiperemia que comprime os vasos apicais, ela é a que tem um diagnóstico imediato mais difícil, pois nem sempre a lesão apical é fácil de ser visualizada no exame radiográfico devido à sobreposição do ápice do dente decíduo com o germe do dente permanente; pode ser observada alteração de cor, mobilidade, edema e dor espontânea; portanto, o diagnóstico só pode ser realizado após um período quando o dente apresentar fístula ou abscesso e o exame radiográfico apontar lesão apical ou reabsorção apical irregular com perda óssea¹.

Assim, torna-se de grande importância o acompanhamento periódico nos dentes decíduos traumatizados para avaliar a polpa e os processos de reparação tecidual, conforme solicitado pelo cirurgião dentista, pois, assim, o profissional avaliará o estado e condição do dente traumatizado, podendo intervir nas possíveis complicações que possam ocorrer⁹.

Repercussões aos dentes permanentes em desenvolvimento devido ao traumatismo

Os traumas do tipo intrusão, seguida da avulsão e do deslocamento lateral na dentição decídua são os que mais causam consequências ao dente permanente, sendo impossível diagnosticar exatamente o prejuízo causado ao dente sucessor logo após o trauma, porém,

alguns fatores podem indicar a probabilidade do possível dano causado como o tipo de trauma, a extensão desta injúria e a idade do paciente¹².

A idade influencia no diagnóstico, pois quanto menor a idade da criança que sofreu o trauma, maior a possibilidade de sequelas para o dente permanente. Os traumatismos de maior impacto são do tipo intrusões (principalmente quando estão para palatino), avulsão e luxação lateral, sendo as que mais contribuem para o surgimento de sequelas ao sucessores^{1,17}.

Alguns outros fatores que influenciam é a proximidade do decíduo com o seu sucessor, o estágio de formação ou reabsorção radicular do decíduo, a conduta terapêutica, reparação pós-trauma e o estágio de formação radicular do permanente sucessor. Com o diagnóstico e terapêutica correta e precoce, as sequelas nos dentes permanentes são favoráveis para evitar futuros danos⁹.

Os danos causados após o trauma para os dentes permanentes envolvem a hipoplasia do esmalte, duplicação radicular, dilaceração radicular e paralisação da formação radicular. A duplicação radicular consiste na formação de duas raízes separadas no dente em desenvolvimento, originada da divisão da alça cervical no momento do trauma, cujo tratamento implica no acompanhamento clínico-radiográfico. Já a dilaceração radicular é representada pelo desvio no eixo de formação da raiz para a mesial ou distal, o tratamento para os dentes que irromperem exige acompanhamento; e aos que não irromperem, indica-se exodontia ou ortodontia, o que depende do grau da dilaceração e época em que foi realizado o diagnóstico⁸.

A hipoplasia do esmalte é a descoloração do esmalte que resulta da alteração estrutural envolvendo a fase de aposição e mineralização da matriz, podendo ser com descoloração branca ou amarela acastanhada associada⁵.

A paralisação da formação radicular ocorre em crianças entre dois e sete anos de idade, o dano é irreversível à bainha epitelial de Hertwig que resulta na paralisação, desenvolvendo raízes curtas com inadequada inserção periodontal que pode ocasionar a perda prematura do dente; e quando a raiz está em estágio avançado de desenvolvimento, deve-se realizar uma abordagem conservadora¹².

Por isto, é de extrema importância o acompanhamento clínico e radiográfico para observar o desenvolvimento do dente permanente para minimizar as sequelas e preparar a boca do paciente para os tratamentos posteriores, pois algumas consequências só são observadas após erupção¹.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi realizada através da revisão literária iniciada em agosto de 2018 e finalizada em março de 2019. A pesquisa utilizou um total de 17 (dezessete) obras, entre elas: livros, protocolos e artigos, cujas referências de artigos foram pesquisadas nos sites da Pubmed, Google acadêmico, Associação Brasileira de Odontopediatria, usando palavras: traumatismo dentário, avulsão dentária, dente decíduo, dentição permanente, luxações, tratamento, repercussões de trauma a dentes decíduos e permanentes sucessores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de traumas dentários pode afetar os aspectos funcionais, estéticos e psicológicos da criança, observando-se, assim, que o papel dos cirurgiões dentistas também é o de educar o público sobre a prevenção. No entanto, se o trauma ocorrer, estes profissionais devem estar preparados para resolver ou minimizar os problemas imediatos e tardios que venham a ocorrer com a dentição. O conhecimento das técnicas de manipulação dos traumas dentais e dos tecidos moles é imprescindível para a realização de um tratamento correto destas lesões.

Os traumas abordados no trabalho foram os de deslocamentos; que são classificados em luxações intrusivas, extrusivas, lateral e de avulsão, os quais são considerados como urgentes no atendimento odontológico, tornando-se, assim, importante o conhecimento dos pais sobre o tratamento imediato para o equilíbrio das dentições e dos acompanhamentos periódicos.

Conforme a literatura aponta, o tratamento mais indicado para as luxações lateral e extrusiva quando o atendimento é imediato, é a reposição do dente e esplintagem semi-rígida; nos casos de luxação intrusiva, aguardar a reerupção espontânea (exceto quando deslocado para a posição do germe do sucessor em desenvolvimento). E para o trauma de avulsão, apenas acompanhamento e instalação de um mantenedor de espaço, já que o reimplante é contraindicado devido aos riscos para o germe do dente permanente.

O acompanhamento periódico dessas luxações após o tratamento é essencial para diagnosticar complicações subseqüentes ao trauma tanto para a dentição decídua quanto para o germe dos dentes sucessores. Entre as repercussões para dentes decíduos, tem-se a hemorragia pulpar, alteração de cor da coroa, necrose pulpar, obliteração pulpar, anquilose, reabsorção dentinária interna e externa; e, para a dentição permanente, está a hipoplasia do esmalte, duplicação radicular, dilaceração e paralisação da formação radicular.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAPHY

1. Wanderley MT, Weffort CC, Kimura S, Carvalho P. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. v. 68, n. 3, fev/jul. 2014.
2. Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Nogueira RVB, Maciel AP, Cordeiro MC. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. v.3, n. 2, abr/jun 2003.
3. Percinoto C, Côrtes MIS, Bastos JV, Tov O MF. Abordagem do traumatismo dentário. Revista Sul-Brasileira de Odontologia. v. 8, n. 1, jan/mar. 2011.
4. Oliveira FAM, Oliveira MG, Orso VA, Oliveira VR. Traumatismo dentoalveolar: revisão de literatura. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. v. 4, n.1, jan/mar. 2004.
5. Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Filho FB. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. Revista Sul Brasileira de Odontologia. v. 8, n.1, jan/mar. 2011.
6. Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Nogueira RVB, Maciel AP, Cordeiro MC. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. v. 3, n. 2, abr/jun.2003.
7. Reis AG, Paiva PCP, Filho PMO. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em estudantes de 11 a 19 anos da zona rural do Município de Diamantina-MG. Revista Arquitetando Odontologia. v. 50, n.1, jan/mar 2014.
8. Kriger L, Moysés SJ, Moysés ST. Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
9. Duque C, Teixeira ASC, Ribeiro AA, Ammari MM, Abreu FV, Antunes LAA. Odontopediatria: Uma visão contemporânea. São Paulo: Santos; 2013.

10. Massara MDLA, Rédua PCB. Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria. São Paulo: Santos; 2013.
11. Morello J, Ribeiro FC, Roldi A, Pereira SR, Barroso JM, Intra JBG. Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. v. 13, n.2, 2011.
12. Gondim JO, Giro EMA, Neto JJSM, Coldebella CR, Bolini PDA, Gaspar AMM. Sequelas em dentes permanentes após trauma nos predecessores decíduos e sua implicação clínica. Revista gaúcha de odontologia. v. 59, jan/ jun, 2011.
13. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, Diangelis AJ, Andersson, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dental Traumatology. v.28, 2012.
14. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. . Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures and Luxations of Permanent Teeth. American Academy of Pediatric Dentistry. v.39, v. 6, 2012.
15. Melo R, Silva MBL, Vitor CMA, Luna LA, Firmo ACB. Traumatismo dentoalveolar. International journal of dentistry. v. 2, n.2,jul/dez, 2013.
16. Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos traumatismos e suas sequelas na dentição decídua: Uma revisão da literatura. Revista de pesquisa brasileira de Odontopediatria Clínica integrada. v. 7, n. 2, mai/ago, 2007.
17. Maia LC, Primo LG. Odontologia integrada na infância. São Paulo: Santos; 2012.

