



AVULSÃO DENTÁRIA EM ODONTOPEDIATRIA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Introdução

A avulsão dentária corresponde ao deslocamento total de um dente do seu alvéolo. É mais frequente em crianças entre os sete e os nove anos de idade e os incisivos centrais superiores são os dentes mais afetados. O diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento apropriados são fatores importantes para garantir um prognóstico favorável. As diretrizes da Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) têm como objetivo uniformizar a prática clínica aproximando-a da excelência, auxiliando os médicos dentistas e pacientes no processo de decisão de forma a proporcionar um tratamento eficaz.

Caso clínico

Paciente de dez anos, género masculino, sem antecedentes médicos relevantes, surge na consulta no dia 25/06/18, um dia após ter sofrido um traumatismo dentário. Segundo relato do responsável da criança (Fig. 1 e 2) e relatório escrito da colega que atendeu o paciente em contexto de urgência, conclui-se que foi realizada a reimplantação do dente 11 (soro fisiológico como meio de transporte e armazenamento), cerca de 50 minutos após o traumatismo, com posterior ferulização da peça dentária avulsionada com fio metálico e compósito. O paciente encontrava-se medicado com 875 mg de amoxicilina+125 mg de ácido clavulânico e ibuprofeno 400 mg e tinha sido instruído a evitar desportos de contacto físico, fazer dieta mole e aplicação tópica de digluconato de clorhexidina a 0.12% duas vezes ao dia durante 15 dias.

Após exame clínico, observa-se inflamação gengival, bem como, dor à percussão vertical e horizontal (Fig. 3). Os testes de sensibilidade foram negativos nos dentes 12, 11 e 21. Ao exame radiográfico, observa-se fraturas não complicadas e rizogénese incompleta dos dentes 11 e 21 (Fig. 4). Neste mesmo dia, é solicitada consulta de avaliação de endodontia e é decidido não intervir endodônticamente nos dentes 11 e 21.

Duas semanas após o traumatismo dentário (Fig. 5), procedeu-se à remoção da férula e manteve-se as restaurações provisórias previamente realizadas, observou-se ainda, mobilidade aumentada dos dentes 11 e 21 e dor ligeira à percussão horizontal. Radiograficamente não se observaram reabsorções dentárias (Fig. 6). Os testes de sensibilidade aos dentes 11 e 21 mantiveram-se negativos.

Após um mês, o paciente encontrava-se clínica (Fig. 7) e radiograficamente estável (Fig. 8).

Aos três meses, procedeu-se à reabilitação estética dos dentes 11 e 21 com resina composta (Fig. 9). O dente 21 respondeu positivamente aos testes de sensibilidade. O dente 11 manteve-se negativo, sem alteração de cor e sem mobilidade aumentada, embora radiograficamente apresentasse

sinais de reabsorção radicular externa (Fig. 10). Decide-se manter o controlo clínico e radiográfico semestral, no qual não existiram intercorrências.

Aos 12 meses, o dente 11 mantém ao exame radiográfico sinais de reabsorção radicular externa, embora sem sintomatologia associada e com resposta positiva (ainda que tardia) aos testes de sensibilidade. O dente 21 apresenta-se com resposta positiva e rizogénese completa (Fig. 11).

Manteve-se o controlo clínico e radiográfico semestralmente e neste momento, transcorridos dois anos após a avulsão dentária, o paciente encontra-se estável e assintomático (Fig. 12, 13 e 14).

Discussão

A avulsão de dentes permanentes representa 0,5% a 16% de todas as lesões dentárias^{1,2,7}. Esta lesão é uma das mais graves e o prognóstico é dependente das medidas tomadas no local do acidente, imediatamente após a avulsão²⁻¹¹. Assim sendo, é necessária formação dirigida aos pais, professores, técnicos e profissionais de saúde, bem como dotar de meio de transporte adequado, as escolas, centros de saúde e os serviços de urgência dos hospitais. O reimplante é, na maioria dos casos, o tratamento de escolha, mas nem sempre pode ser realizado imediatamente.

A escolha do tratamento está relacionada com o grau de formação radicular e com a condição das células do ligamento periodontal. A condição das células do ligamento periodontal é dependente do meio de armazenamento e do tempo que a peça dentária ficou fora da cavidade oral, especialmente o tempo em meio seco, o qual é crítico para a sobrevivência das células. Após um tempo extra-alveolar de 60 minutos ou mais, todas as células do ligamento periodontal estarão inviáveis^{2,4,9,11}. Quanto mais rápido for o reimplante melhor o prognóstico^{2,4}. Se o dente não puder ser reimplantado nos primeiros 5 minutos, deverá ser armazenado em meio húmido adequado. O meio de transporte ideal deverá ter baixo conteúdo bacteriano, pH neutro, osmolaridade fisiológica e conter nutrientes, mas também tem de estar acessível. Dentro dos meios de transporte a primeira escolha serão os chamados meios fisiológicos como o Viaspan ou a Solução de Hank. Relativamente aos meios de transporte não fisiológicos o leite será um meio adequado sendo facilmente disponibilizado no local do acidente pelo que será aconselhado a sua utilização¹⁰.

A perda de um elemento dentário possui consequências sérias para a vida. Assim, todo o esforço deve ser realizado para preservar a vitalidade pulpar num dente permanente com rizogénese incompleta, para garantir a continuidade do desenvolvimento radicular. Os dentes permanentes com rizogénese incompleta apresentam uma capacidade consi-

derável de reparação após exposições pulpares traumáticas, lesões de luxação e fraturas radiculares^{7,9}.

O objetivo do reimplante em dentes com rizogénese incompleta é permitir uma possível revascularização do espaço pulpar. Nos dentes em que a revascularização pulpar se afigura possível, o tratamento endodôntico deverá ser protelado enquanto não houver evidência clínica ou radiológica de necrose pulpar^{2,7,11}.

No momento do acidente, os testes de sensibilidade frequentemente não geram nenhuma resposta, indicando uma ausência transitória de resposta pulpar. As consultas pós-operatórias regulares são necessárias para realizar o diagnóstico da condição pulpar^{2,3}.

A evidência científica atual suporta ainda a utilização de contenção flexível e de curta duração (até duas semanas) para dentes avulsionados. Embora nem o tipo nem a duração da contenção de dentes luxados estejam significativamente relacionadas ao prognóstico, a contenção é considerada a melhor forma de se manter o dente reposicionado corretamente, proporcionando conforto ao paciente e melhoria da função^{2,3,9}.

A reabsorção radicular externa é a complicação mais frequente pós-reimplante, nomeadamente a reabsorção de superfície (que pode ser considerada uma forma de cicatrização do ligamento periodontal), a reabsorção inflamatória (quase sempre associada a necrose e infeção pulpar) e a reabsorção de substituição (associada a anquilose do dente) sendo esta a que acarreta pior prognóstico¹¹.

No caso clínico apresentado, aos 15 dias pós-traumatismo, o paciente encontrava-se assintomático, com resposta negativa aos testes de sensibilidade nos dentes 11 e 21, bem como nos dentes adjacentes 12 e 22. Não existia nenhum sinal clínico nem radiográfico de necrose pulpar. Pela idade do paciente e pelo estado desenvolvimento do ápex do dente 11 (ainda não completamente formado), pareceu-nos aceitável esperar uma revascularização do dente avulsionado. A responsável da criança foi instruída para ir vigiando qualquer alteração (cor, fístula, dor) compatível com necrose pulpar e a fazer os controlos periódicos.

Transcorridos três meses, no exame radiográfico de controlo detetaram-se lesões compatíveis com reabsorção radicular externa do dente 11. Porém, tanto o dente 11 como os adjacentes, continuavam assintomáticos e apresentavam resposta normal aos testes de sensibilidade, sem nenhum sinal clínico de necrose pulpar. Neste sentido, decidimos avançar com as restaurações estéticas, mesmo que posteriormente fosse necessário a intervenção endodôntica.

Após seis meses, o dente 11, mantinha uma imagem de reabsorção radicular externa (semelhante ao controlo trimestral), porém não apresentava qualquer sinal de infeção pulpar e a resposta aos testes de sensibilidade continuavam



Fig 1. Criança de 10 anos de idade após sofrer traumatismo dentário com avulsão do dente 11.



Fig 2. Peça dentária avulsionada.



Fig 3. Exame clínico um dia pós-traumatismo.

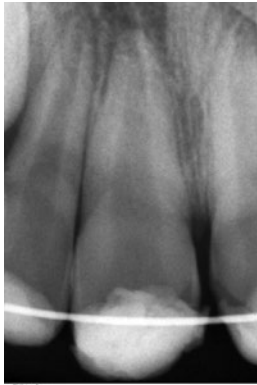


Fig 4. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 um dia após traumatismo.



Fig 5. Exame clínico 15 dias após traumatismo.



Fig 6. Radiografia periapical do dente 11 quinze dias após traumatismo.



Fig 7. Exame clínico um mês após traumatismo.

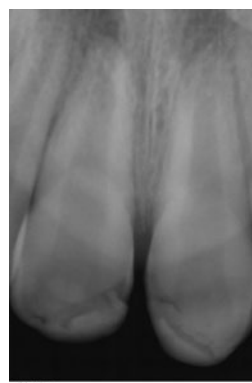


Fig 8. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 um mês após traumatismo.



Fig 9. Reabilitação estética em resina composta dos dentes 11 e 21 três meses após traumatismo. Pós-operatório imediato.



Fig 10. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 três meses após traumatismo.

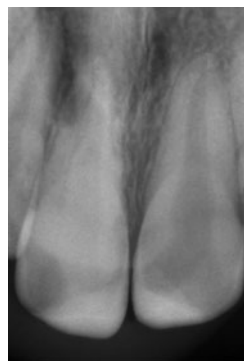


Fig 11. Radiografia periapical do dentes 11e 21 doze meses após traumatismo.



Fig 12. Exame clínico 24 meses após traumatismo. Vista frontal.



Fig 13. Exame clínico 24 meses após traumatismo. Vista palatina.

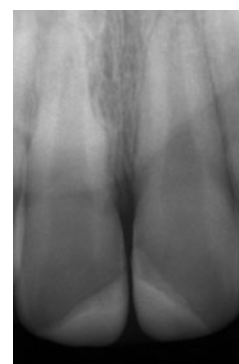


Fig 14. Radiografia periapical dos dentes 11 e 21 vinte e quatro meses após traumatismo.

positivos. Pelo grau de desenvolvimento radicular e pela manutenção dos sinais clínicos positivos desde a primeira avaliação estaríamos perante um protocolo de atuação para dentes de ápex aberto.

Neste contexto, a abordagem endodôntica não garantia a interrupção do processo de reabsorção e poderia adicionar uma dificuldade extra, pois poderíamos contaminar o espaço pulpar e introduzir material que não seria reabsorvido.

Dado o paciente ainda não ter atingido o pico de crescimento maxilar a literatura científica aconselha um controlo apertado da vitalidade e crescimento juntamente com a equipa de Endodontia e Ortodontia, de forma a que assim que o paciente atinja a idade adulta um tratamento mais definitivo possa ser realizado⁵.

Conclusão

A avulsão de dentes permanentes em idade infantil constitui um grave problema de saúde pública pelo impacto negativo a nível estético, funcional e psicológico. A rapidez da implementação do tratamento e o cumprimento dos cui-

dados pós-operatórios constituem fatores chave no prognóstico. Ainda que frequentemente o tratamento subsequente das lesões traumáticas exija intervenções secundárias envolvendo equipas multidisciplinares, é fundamental que o médico dentista esteja capacitado para o diagnóstico e pronta intervenção, condições determinantes para o sucesso clínico. ■

¹ Médica Dentista; Doutorada em Odontopediatria; Especialista em Odontopediatria pela OMD; Prática exclusiva em Odontopediatria; Membro fundador da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria.

² Licenciada em Medicina dentária pela Faculdade de Ciências da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP); Mestre em Odontopediatria pela Universidade de Barcelona (UB); Doutoranda em Ciências da Saúde pela UB; Especialista em Odontopediatria pela OMD; Membro da AAPD, EAPD, SEOP e membro fundador da SPOP.

Referências Bibliográficas

- Hinckfuss S, Messer L. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part I: timing of pulp extirpation. *Dental Traumatology*. 2009;25(1):32-42.
- Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis A et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*. 2012;28(2):88-96.
- Beech N, Tan-Gore E, Bohreh K, Nikolarakos D. Management of dental trauma by general practitioners. *The Royal Australian College of General practitioners* 2015.2015;44(12):915-918.
- Garcia-Godoy F, Murray P. Recommendations for using regenerative endodontic procedures in permanent immature traumatized teeth. *Dental Traumatology*. 2012;28(1):33-41.
- Malmgren B. Ridge Preservation/Decoronation. *Journal of Endodontics*. 2013;39(3):S67-S72.
- Panzarini S, Trevisan C, Brandini D, Poi W, Sonoda C, Luvizuto E et al. Intracanal dressing and root canal filling materials in tooth replantation: a literature review. *Dental Traumatology*. 2012;28(1):42-48.
- Rosenberg H, Rosenberg H, Hickey M. Emergency Management of a Traumatic Tooth Avulsion. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;57(4):375-377.
- Kostka E, Meissner S, Finke C, Mandirala M, Preissner S. Multidisciplinary Treatment Options of Tooth Avulsion Considering Different Therapy Concepts. *The Open Dentistry Journal*. 2014;8(1):180-183.
- Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. *Dental Traumatology*. 2011;27(4):281-294.
- Udoe C, Jafarzadeh H, Abbott P. Transport media for avulsed teeth: A review. *Australian Endodontic Journal*. 2012;38(3):129-136.
- Andreasen F. Transient Root Resorption after Dental Trauma: The Clinician's Dilemma. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2003;15(2):80-92.