UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

# CASO COMPLEXO 8
# Wilson

# Fundamentação Teórica: Trauma dental

**Trauma dental**

*Kristianne Porta*

Nos casos de traumatismo dental, como relatado na descrição do caso, começamos com a investigação da história médica, passamos para a história do traumatismo e posteriormente realizamos o exame clínico.

Nos casos de atendimento imediatamente após o trauma, antes da inspeção realizamos a limpeza das áreas afetadas com gaze e soro fisiológico, a hemostasia dos pontos hemorrágicos e a desinfecção com antissépticos (como iodopovidine ou solução de digluconato de clorexidina).

Na inspeção extraoral devemos observar se existe a presença de assimetria facial, deslocamento ou fratura óssea, edema, dor ou ruído da ATM, contusão, abrasão ou laceração, dificuldade em abrir ou fechar a boca e corpos estranhos alojados no tecido mole (FERNANDES et al., 2009). No caso em questão não foram observadas alterações extraorais.

Na inspeção intraoral devemos verificar as condições da mucosa bucal, dos dentes e dos tecidos periodontais de sustentação. Nos tecidos moles é preciso observar se há alteração de cor, volume, forma, presença de fragmentos dentais ou corpos estranhos, hemorragia, ulcerações, lacerações ou abrasões (FERNANDES et al., 2009).

Ao inspecionar os elementos dentais, observamos a presença de trincas ou fraturas dentais, exposição pulpar, mobilidade, deslocamento, avulsão dental ou intrusão. Nos ossos alveolares observamos deslocamentos, assimetrias, fraturas, além de avaliar o posicionamento dos dentes nos alvéolos (FERNANDES et al., 2009).

No caso de Wilson, foi possível observar que o incisivo central superior apresentava coloração acinzentada e pequena fratura na borda da coroa e que a gengiva continha fístula na região apical do 11.

O próximo passo após a inspeção extra e intraoral é o exame de palpação. Por meio da percepção da polpa digital dos dedos, avaliamos a região envolvida para determinar a presença de dor, temperatura, resistência, abaulamento e deslocamento. Nos tecidos moles, a palpação nos auxilia a pesquisar a presença de fragmentos dentais não visíveis. Já nos tecidos duros, vamos buscar por deslocamento ósseo ou dental, abaulamento ósseo e se há sensibilidade na região apical (FERNANDES et al., 2009).

No caso de Wilson, a palpação da região apical do 11 mostrou que havia sensibilidade ao toque.

Também é importante avaliar a presença de mobilidade nos dentes envolvidos, levando em consideração os níveis de graduação a seguir. Os resultados inicias devem ser comparados com os obtidos nas consultas posteriores (FERNANDES et al., 2009).

- GRAU 0 – ausência de mobilidade;
- GRAU 1 – mobilidade de 0,2 a 1,0 mm no sentido V-L;
- GRAU 2 – mobilidade de 1,0 a 2,0 mm no sentido V-L;
- GRAU 3 – mobilidade maior que 2,0 mm no sentido V-L, mobilidade no sentido M-D ou movimento de intrusão.

No caso de Wilson, nenhum dente apresentava mobilidade.

Os testes de percussão vertical e horizontal avaliam lesões no ligamento periodontal (verticais e horizontais). Eles são realizados com o dedo indicador, pressionando com suavidade o dente no sentido vertical e no sentido horizontal. Se não houver resposta dolorosa, podemos utilizar o cabo do espelho e refazer o mesmo teste (FERNANDES et al., 2009). O som decorrente desse teste também pode trazer informações que possam sugerir quadros de anquilose.

O dente 11 de Wilson apresentava ligeira sensibilidade no teste de percussão vertical.

Já o teste de mordida pode ser realizado solicitando ao paciente que morda um objeto pontiagudo ou em formato de prisma. Esse teste avalia a presença de fraturas coronárias não visíveis pela ausência de deslocamento dos fragmentos (FERNANDES et al., 2009).

O teste de sensibilidade pulpar avalia a saúde do tecido pulpar usando um gás refrigerante. No primeiro exame após o traumatismo, é comum obter respostas pouco confiáveis, o que mostra apenas um estágio passageiro da resposta pulpar. Esse teste deve ser repetido nos controles periódicos (FERNANDES et al., 2009).

Para avaliar a resposta dental ao teste de sensibilidade, examinamos primeiro em um dente não traumatizado, para depois testar os dentes envolvidos.

A sequência técnica envolve:

- explicar ao paciente sobre os sintomas que poderão ocorrer;
- realizar isolamento relativo;
- secar dentes com gaze;
- aplicar o gás em um cotonete;
- aplicar o cotonete na face vestibular, na região de menor espessura dentinária de um dente vizinho ou homólogo;
- testar o(s) dente(s) traumatizado(s);
- repetir, se necessário;
- anotar os resultados na ficha para comparar com os controles.

O dente 11 de Wilson não apresentou resposta ao teste de sensibilidade; já o seu vizinho 21 apresentou resposta normal ao teste.

A avaliação radiográfica dos traumatismos deve envolver tomadas na região traumatizada (tecidos duros e moles) para: buscar fragmentos dentais e/ou corpos estranhos; avaliar deslocamento e/ou fratura dental; avaliar deslocamento e/ou fratura alveolar; e observar o grau de rizogênese dos dentes envolvidos. Também é indicado radiografar a região homóloga e a arcada oposta para verificar se existem fragmentos dentais alojados em tecidos moles e possíveis alterações de posição dos dentes (FERNANDES et al., 2009).

São recomendadas três tomadas radiográficas como rotina: uma pela técnica do paralelismo (angulação perpendicular ao longo eixo do dente envolvido, com o uso de posicionadores, de preferência individualizados, para que tenhamos radiografias padronizadas em diferentes períodos, possibilitando o controle do caso); uma pela técnica oclusal (possibilita o exame de áreas maiores); e uma pela técnica de Clark (duas tomadas radiográficas, sendo a segunda com variação da angulação horizontal, para mesial ou distal, para separar imagens sobrepostas) (FERNANDES et al., 2009).

Quando avaliamos dentes portadores de rizogênese incompleta, devemos lembrar que a rizogênese só estará completa 3 a 4 anos após a erupção e que o desenvolvimento radicular é mais rápido no sentido vestíbulo – lingual do que no sentido mesio-distal (FERNANDES et al., 2009).

O exame radiográfico do elemento 11 (caso Wilson) que apresentava escurecimento coronário e fístula gengival localizada na região apical do elemento dental evidenciou uma área radiolúcida envolvendo o ápice dental.

Um cone de guta-percha secundário foi inserido na fístula antes da tomada radiográfica e pôde-se observar que a coleção purulenta advinha da região apical do 11.

Juntando-se todas as informações colhidas da anamnese, no exame clínico e nos exames e testes complementares, podemos concluir que o elemento 11 apresenta necrose pulpar e ainda rizogênese incompleta.

Nesses casos, a opção de tratamento é a endodontia com uso de medicação que estimule a apicificação (ou seja, a formação de uma barreira de tecido calcificado que possa obliterar o forâmen apical).

A sequência técnica para este tratamento inclui (FERNANDES et al., 2009):

- bochecho antisséptico;
- anestesia;
- isolamento absoluto;
- cirurgia de acesso;
- esvaziamento e preparo do canal no limite apical com irrigação abundante hipoclorito de sódio a 1%;
- preenchimento do canal radicular com pasta de Ca(OH)2 P.A. e polietilenoglicol (PEG) 400 com auxílio de lentulo e condensadores;
- radiografia para verificar o completo preenchimento do espaço do canal (ausência da imagem radiolúcida do canal).

O caso deve ser avaliado clínica e radiograficamente a cada 30 dias até o processo de rizogênese estar completo. A troca da medicação intracanal deve ser feita quando observarmos no exame radiográfico que a pasta usada como medicação foi dissolvida ou quando o curativo da coroa estiver danificado.

Em casos de polpa morta, a rizogênese termina, em geral, de 6 a 18 meses, mas pode haver períodos mais longos. Quando a apicificação ou apicigênese estiver completa, podemos obturar o canal.

Pode ser necessário usar uma técnica de obturação termoplastificada ou, na falta desse recurso, unir cones de guta-percha usando placas de vidro aquecidas, ou ainda realizar a moldagem do espaço do canal radicular com bastão de guta-percha aquecido.

Nos controles saberemos se o caso caminhará para o sucesso se não houver dor ou sinais de inflamação e se no exame radiográfico for possível observar que a apicificação está evoluindo. Assim, a conduta é seguir para o próximo controle.

Quando houver dor, edema, fístula ou ainda observarmos que a apicificação parou de evoluir, devemos refazer o preparo do canal e podemos optar por outro tipo de medicação intracanal (FLORES et al., 2007; FERNANDES et al., 2009).

**Referências**

FERNANDES, K. P. S. et al. Traumatismo dentoalveolar – Passo a passo: permanentes e decíduos. 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009. 230 p.

FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol, v. 23, n. 3, p. 66-71, 2007.

**Bibliografia consultada**

ÁLVARES, S.; ÁLVARES, S. **Tratamento do traumatismo dentário e de suas sequelas**. São Paulo; Santos, 1993. 129 p.

ANDREASEN, J. O. et al. **Manual de traumatismo dental**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

_____; ANDREASEN, F. M. **Fundamentos de trauma dental**: guia de tratamento passo a passo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001a.

_____; _____. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001b.

CALDEIRA, C. L. et al. **Protocolo de atendimento**: dentes traumatizados. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/cade/Manualtrauma.pdf>. Acesso em: ago 2011.CAVALCANTI, A. L. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. Rev Bras Odontol, v. 58, n. 6, p. 378-380, 2001.

_____. **Manifestações físicas do abuso infantil**: aspectos de interesse odontológico. Rev Paul Odontol, v. 25, n. 5, p. 16-19, 2003.

CÔRTES, M. I. S.; BASTOS, J. L. **Lesões traumáticas da dentição permanente**. In: ESTRELA, C. Ciência endodôntica. São Paulo: Artes Médicas, 2004.DUBOWITZ, H.; BENNETT, S. Physical abuse and neglect of children. Child Care Health Dev, v. 33, n. 5, p. 1891-1899, 2007.

FERNANDES, K. P. S.; MONACO, R. J.; TENIS, C. A. **Guia visual de endodontia**. 1. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2003.

_____. **Guidelines for the management of traumatic dental injuries**. II. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol, v. 23, n. 3, p. 130-136, 2007.

_____. **Guidelines for the management of traumatic dental injuries**. Disponível em: <http://www.iadt.dentaltrauma.org>. Acesso em: ago. 2011.

HENDLER, T. J.; SUTHERLAND, S. E. **Domestic Violence and its Relation to Dentistry**: A Call for Change in Canadian Dental Practice. J Can Dent Assoc, v. 73, n. 7, 2007. Disponível em: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-7/617.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2008.

JESSEE, S. A. **Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth**: a hospital survey. ASDC J Dent Child, n. 62, p. 245-249, 1995.

LAGE-MARQUES, J. L. S. **Tratamento do traumatismo dental conceito atual**. In: GONÇALVES, E. A. N.; FELLER, C. Atualização na clínica odontológica: a prática da clínica geral. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

_____; ANTONIAZZI, J. H. **Traumatologia Dentária Assistida**. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

LOUZADO, M. et al. **Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente**. Rev Bras Odontol, v. 58, n. 1, p. 33-34, 2001.

MARQUES, C. R.; COLARES, V. **A identificação do abuso infantil pelo odontopediatra**. J Bras Clin Odontol Integr, v., 7, n. 42, p. 512-515, 2003.

MASSONI, A. C. L. T. et al. **Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010.

MELO, L. L. **Traumatismo alvéolo-dentário: etiologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

MENEZES, M. M. et al. **Prevalência de traumatismos maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de São José dos Campos/SP**. Revista Odonto Ciência, n. 22, p. 210-216, 2007.

NEEDLEMAN, H. L. **Orofacial trauma in child abuse**: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. Pediatr Dent, v. 8, n. 1, p. 71-80, 1986.

PETERSON, L. J. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RODRIGUES, C. C.; LONG, S. M.; CHELOTTI, A. **Protetores bucais**: por que não minimizar as conseqüências dos traumatismos dentários? Rev. Inst. Cienc. Saude, v. 21, n. 2, p. 177-181, abr.-jun. 2003.

SILVERMAN JUNIOR, S.; EVERSOLE, L. R.; TRULOVE, E. L. **Fundamentos de Medicina Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Lesões traumáticas dos tecidos dentários**. In: _____. Endodontia: técnica e fundamentos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TROPE, M. et al. **O papel da endodontia após o traumatismo dentário**. In: COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. Caminhos da polpa. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, cap. 16, p. 610-649.

TSANG, A.; SWEET, D. **Detecting Child Abuse and Neglect** – Are Dentists Doing Enough? J Can Dent Assoc, n. 65, p. 387-391, 1999.