



COMO TRATAR DENTES TRAUMATIZADOS OU PERDIDOS

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS E SUAS REPERCUSSÕES

PARA AS DENTIÇÕES

MARCIA TUROLLA WANDERLEY

Professora de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da USP;

Coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria da FOU SP

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS

OCORRÊNCIA E PREVENÇÃO

A abordagem do traumatismo em dentes decíduos deve focar a prevenção, o atendimento de urgência, o tratamento do trauma e das repercussões para a dentição decídua e permanente. Sempre devemos explicar aos responsáveis a importância do tratamento para a manutenção do dente decíduo na cavidade bucal e/ou sua reabilitação para o equilíbrio das dentições, assim como as seqüelas que este trauma pode ocasionar para os dentes permanentes que estão se formando.

O trauma em dentes decíduos pode afetar as crianças na mais tenra idade, tendo uma prevalência que pode chegar a 35%. Os dentes mais afetados são os incisivos superiores devido a sua posição mais anterior na face, o trauma pode atingir mais de um elemento dental, sendo mais freqüente as lesões em tecido periodontal (FIGURA 1). Além disso, as crianças podem ter episódios repetidos de traumas, levando o mesmo dente a sofrer mais de uma injúria traumática, isto é importante de avaliar devido à resposta biológica para sua reparação e a presença de seqüelas do trauma anterior.



FIGURA 1 – Trauma em tecido periodontal envolvendo mais de um dente.

Normalmente as causas que levam ao traumatismo em dentes decíduos são as quedas quando as crianças estão andando ou correndo. Estas ocorrem principalmente por volta dos 10 aos 24 meses onde a criança está aprendendo a andar e não apresenta uma coordenação motora suficiente para evitar estas quedas. Ao cair não tem o reflexo de proteção e é comum bater a boca nestes episódios.

Em crianças muito pequenas podemos orientar a família e professores para que não as deixem sozinhas, principalmente em lugares altos, perto de escadas e janelas, onde se recomenda o uso de portões e grades; quando começarem a engatinhar e a andar, cuidado com locais com muitos móveis e quinas, gavetas que possam ser abertas, móveis que possam ser escalados; cuidado para não escorregarem em chão molhado ou deixar a criança andar de meia, pois sem atrito a criança terá mais facilidade para escorregar, recomendamos que fique descalça ou use sapato com sola de borracha ou meia antiderrapante. Ao andar de carro devem ser usadas cadeiras especiais e cintos apropriados as faixas etárias. Cuidado com berço, carrinho de bebê e cadeirão, que devem estar adequados à idade e maturidade da criança.

Vários autores indicam como fatores predisponentes ao traumatismo o tipo de oclusão e falta de proteção labial. Então, a prevenção ao traumatismo em dentes decíduos pode ser iniciada com a orientação dos hábitos de sucção do bebê, incentivando o aleitamento materno e evitando o hábito prolongado

da sucção de chupeta (preferível que a sucção de polegar) e mamadeira, removendo-as antes que se instalem as maloclusões e alterações miofuncionais, como protrusão dos incisivos superiores e falta de selamento labial, que facilitariam o trauma dos dentes ântero-superiores (FIGURA 2).

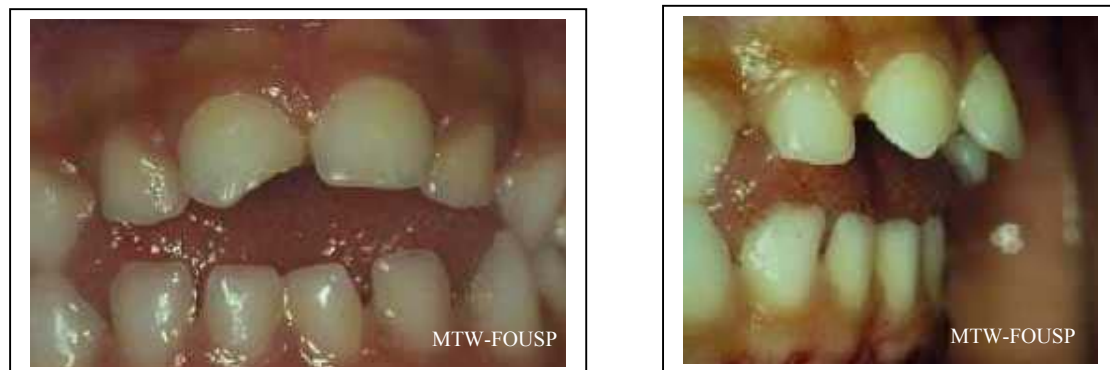


FIGURA 2 – Mordida aberta e protrusão: predisõe ao traumatismo dental.

TIPOS DE TRAUMA E ORIENTAÇÕES BÁSICAS

Podemos dividir o traumatismo dental em lesões nos tecidos duros do dente e lesões nos tecidos de suporte, sendo que é mais comum na dentição decídua o trauma em tecido periodontal e na permanente em tecido dental, isto pode ser explicado pelo osso da criança ser mais resiliente levando a um maior número de deslocamentos do que fraturas dentais nos dentes decíduos.

Independente deste dado, no atendimento clínico recebemos todos os tipos de trauma em ambas as dentições, inclusive num mesmo paciente (FIGURA 3).



FIGURA 3 – Vários tipos de lesões traumáticas no mesmo paciente: dente 51 com luxação, fratura da tábua óssea vestibular e retração gengival; 61 com fratura de esmalte e dentina.

O paciente pode procurar o atendimento logo após o trauma ou até mesmo muito tempo depois, devido a suas repercussões. Para obtermos o melhor prognóstico, o ideal é o pronto atendimento, que deve ser direcionado para a criança, enfocando o dente decíduo e o aspecto emocional desta e dos acompanhantes.

O atendimento das fraturas dentais envolve conhecimentos e técnicas relacionadas a dentística e endodontia, sendo de fácil execução. Trinca ou fratura incompleta do esmalte deve ser acompanhada ou em caso de sensibilidade indica-se fluoroterapia. Fratura de esmalte pode ser restaurada ou caso não comprometa a estética, lixada e aplicado flúor. Fratura de esmalte e dentina devemos proteger a dentina o quanto antes e restaurar na mesma ou em outra sessão. Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar indica-se tratamento endodôntico e reabilitação coronária. Fratura coronoradicular normalmente comprometem a estrutura radicular necessitando de exodontia e reabilitação protética futura (FIGURA 4); caso seja possível removemos o fragmento coronário e avaliamos a porção radicular, se possível executamos pulpectomia e depois reabilitação com pino e coroa. Fratura radicular no nível



apical e médio sem deslocamento e sem mobilidade da porção coronária podem ser acompanhadas, com mobilidade e/ou com deslocamento devem ser reposicionadas e tratadas como luxação lateral (contenção e acompanhamento); a fratura cervical normalmente leva a exodontia do dente, em alguns casos pode se remover o fragmento coronário e manter o fragmento radicular fazendo pulpectomia/pino/coroa.

Apesar da estrutura dura do dente ter recebido no trauma a maior parte da força do impacto, que se dissipou na linha de fratura, o periodonto também absorve uma parte dela podendo também necessitar de tratamento.

Além do tratamento é importante o acompanhamento do dente decíduo, pois podem apresentar repercussões que necessitem de tratamento futuro.

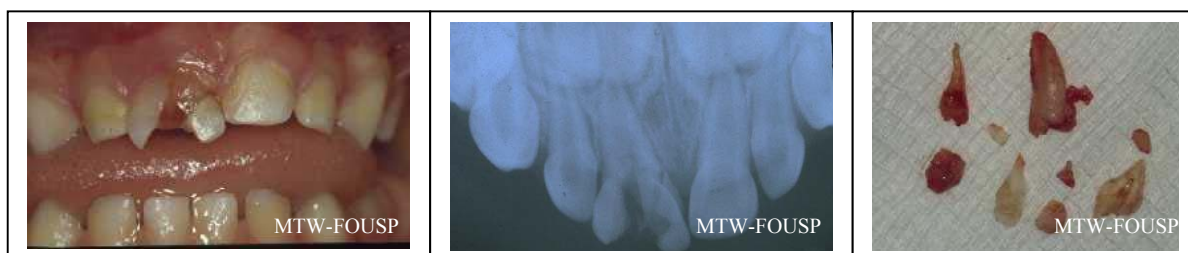


FIGURA 4 – Fratura coronoradicular no dente 51, que necessitou de exodontia.

O atendimento dos traumas das estruturas periodontais envolve reparação do organismo do paciente e para isto o atendimento imediato é essencial. As fibras periodontais lesadas precisam de condições para se recuperarem (7 a 10 dias), onde é essencial manter a área limpa, e o dente pode ou não necessitar de reposicionamento e contenção. Caso o paciente demore dias para procurar o atendimento e não tenha mantido a área higienizada, o que normalmente acontece, pois a região esta sensível e o responsável não limpa alegando que ira machucar, então a chance da fibra de ter uma reparação indesejável é muito grande. Nestas situações pode não restar muito para o cirurgião-dentista executar.

As orientações básicas para casos que tenham lesado estruturas periodontais seriam:

- Manter a área limpa: caso não seja possível fazer a higiene com a escovação usar gaze e solução anti-séptica (por exemplo: água oxigenada ou solução a base de clorexidina) (FIGURA 5);
- Manter a região em repouso: não morder na região; ter uma alimentação pastosa, morna; não usar chupeta e mamadeira.



FIGURA 5 – Limpeza com gaze e solução anti-séptica

No caso de concussão ou subluxação o tratamento seria as orientações para repouso da região e limpeza, acompanhamento clínico e radiográfico.

Na luxação extrusiva e lateral com deslocamento de posição o indicado é o reposicionamento e a contenção, em casos de mobilidade média e grande podemos ajudar a recuperação das fibras periodontais com a contenção. A contenção é um auxílio para manter o dente em posição e em repouso, devendo ser semi-rígida onde poderá ser feita com fio de *nylon* ou de aço e resina composta ou outros recursos, desde que mantenha a integridade dos tecidos e proporcione condições de limpeza (FIGURA 6).



FIGURA 6 – Contenção com fio de *nylon* e resina composta, sem a devida limpeza não auxiliará na recuperação das fibras periodontais.

O dente intruído tem uma capacidade de re erupção muito grande (FIGURA 7), desde que este trauma não tenha afetado a integridade da região, como por exemplo, a destruição do alvéolo (FIGURA 8).

Nos casos de intrusão deve-se fazer um exame clínico cuidadoso de palpação no fundo de sulco para verificar a possibilidade de fratura da tábua óssea vestibular pelo impacto da intrusão do ápice do dente, exame radiográfico oclusal modificado e lateral. Com esses exames podemos instituir uma conduta inicial que normalmente é a espera em 15 a 30 dias pela re erupção passiva. Devemos alertar ao responsável para a remoção de hábitos de sucção, dieta pastosa, limpeza com gaze embebida em água oxigenada, ou outra solução anti-séptica, até que se possa utilizar a escova. Caso o dente intruído lese o permanente, o decíduo deve ser removido, normalmente isto ocorre quando o dente intruí na direção palatina. Caso contrário tem grande potencial para reerupcionar totalmente de 3 a 6 meses.

Em alguns casos o dente decíduo não apresenta condições periodontais de reerupção, como grande destruição do ligamento, então, após este período de espera sem nenhuma melhoria este deve ser extraído para que alterações locais não prejudiquem o germe do permanente que se encontra em formação.

Quando ocorre a intrusão, algumas vezes ela é tão grande que a raiz do dente decíduo rompe o processo alveolar, no exame de palpação na região vestibular junto ao fundo do vestibulo, onde ao fazer pressão, a incisal do dente se moverá. Nesta situação, não resta outra atitude se não a extração do dente.

Após a reerupção do dente, este pode necrosar ou sofrer reabsorções que necessitem tratamento, portanto o acompanhamento é essencial.



FIGURA 7 – Intrusão total do 61.
Acompanhamento mostrando sua re erupção em 2 meses.



FIGURA 8 – Intrusão 51 com dilaceração do alvéolo;
Radiografia oclusal modificada: observar altura do germe do permanente;
Radiografia lateral: observar relação do dente decíduo e o germe do permanente.

Nos casos de avulsão normalmente o reimplante não é realizado por falta de condições essenciais para que obtenha resultados satisfatórios (tempo decorrido do trauma, meio de estocagem do dente, condições para realizar a contenção, entre outras), então normalmente a reabilitação protética é a solução. A dificuldade ocorre na perda dental em pacientes menores de 3 anos, onde a reabilitação pode se tornar mais difícil. Associado a isto, temos o problema da perda de espaço (FIGURA 9) e o comprometimento da estética, que muitas vezes não é notada em criança de pouca idade, mas solicitada pelos responsáveis.

A percepção da estética depende da maturidade da criança, que não necessariamente esta relacionada com sua idade, pode ser um fator direto de futuros problemas psicológicos e desvios de comportamento. Então devemos estar atentos para reabilitarmos a criança assim que possível, procurando devolver o equilíbrio bucal e a integridade do sorriso (FIGURA 10).

Em todos os casos de trauma, o tratamento deve se preocupar com a manutenção do elemento dental e a reabilitação bucal, para manter o equilíbrio da dentição.



FIGURA 9 – Avulsão do 51 e perda de espaço em paciente com mordida aberta.

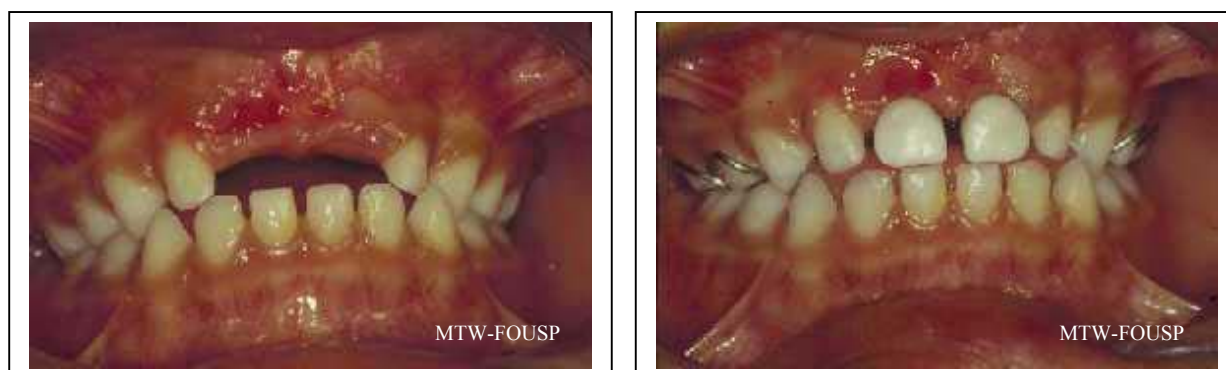


FIGURA 10 – Avulsão do dente 51 e 61.
Reabilitação do paciente utilizando aparelho mantenedor de espaço estético funcional removível.

REPERCUSSÕES PARA DENTIÇÃO DECÍDUA

TIPOS DE ALTERAÇÕES e IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Dependendo da força e do tipo de trauma, da idade da criança e do desenvolvimento do dente decíduo diferentes tipos de seqüelas.

As lesões traumáticas nos dentes decíduos podem provocar seqüelas no próprio elemento dental (fraturas, deslocamento e até avulsão), podendo apresentar repercussões diversas que devem ser diagnosticadas e se necessário tratadas, entre elas temos:

- Hiperemia pulpar: podendo regredir ou chegar a necrose pulpar levando a lesão apical (FIGURA 11);
- Hemorragia pulpar ocasionando alteração de cor acinzentada (FIGURA 12), que pode regredir ou não. A descoloração não deve ser utilizada como fator isolado no diagnóstico de necrose, já que esta coloração pode regredir ou acompanhar o dente até sua esfoliação.
- Calcificação pulpar: pode ocorrer com pequenas ilhotas ou chegar a atresia do conduto radicular, levando a alteração de cor da coroa (branco mais opaco ou amarelada);
- Reabsorção interna da coroa ou raiz: quando ocorre na câmara coronária o dente pode apresentar uma “mancha rósea”, pois devido à diminuição da espessura de dentina observa-se por transparência a coloração pulpar;
- Reabsorção externa: pode ser acelerada, necessitando de tratamento, ou lenta com formação óssea, que pode ser acompanhada;
- Anquilose: devido à reabsorção por substituição;
- Retenção prolongada: a raiz do dente decíduo não sofre o processo fisiológico de reabsorção e necessita de extração para que o permanente erupcione na época correta;
- entre outras.

REPERCUSSÕES PARA DENTIÇÃO PERMANENTE

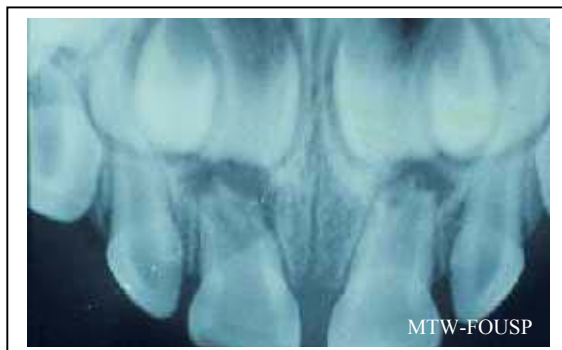


FIGURA 11 – Lesão apical e reabsorção do dente 51 e 61.



FIGURA 12 – Alteração de cor após trauma.



TIPOS DE ALTERAÇÕES e IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Devido à proximidade dos ápices dos dentes decíduos com o germe dos sucessores permanentes, as conseqüências para a dentição permanente podem existir tanto no trauma direto do dente decíduo quanto na infecção que se desenvolve subsequente a ele, levando à alteração no germe do dente permanente sucessor.

Esta alterações dependem do tipo de trauma e do estágio de formação do germe do permanente, podendo ocasionar várias alterações como:

- Manchas na coroa, sendo a mais comum a hipoplasia de esmalte (FIGURA 13);
- Alterações de estrutura (FIGURA 14 e 15);
- Distúrbios de erupção (FIGURA 16);
- Dilacerações na coroa ou raiz (FIGURA 17);
- Malformações chegando a interromper a formação do germe do permanente;
- entre outras.



FIGURA 13 – Hipoplasia no dente 11 e 21 devido ao trauma no dente decíduo.



FIGURA 14 – Dente 11 e 21 com malformação coronária devido ao trauma nos dentes decíduos.

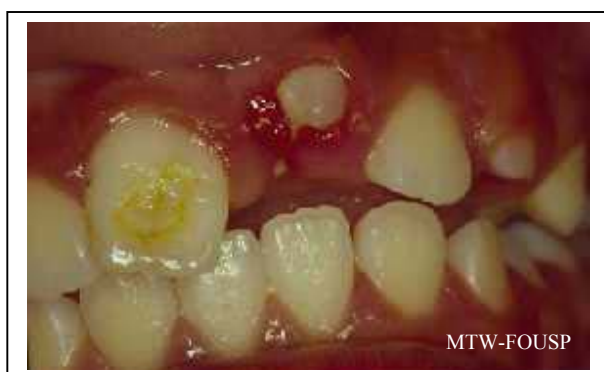


FIGURA 15 – Dente 21 com malformação coronária.



FIGURA 16 – Retenção prolongada do dente 51.
Dente permanente irrompeu muito vestibularizado.



FIGURA 17 – Dilaceração radicular do 11 e retenção prolongada do 12

Estas alterações vão desde o comprometimento estético até a perda do elemento dental, onde através do acompanhamento podemos informar aos responsáveis e planejar o melhor tratamento para a reabilitação futura do paciente. Em alguns casos a intervenção precisa pode salvar muitos dentes, por exemplo, em casos de cirurgia de reposicionamento de dentes com dilaceração radicular.

Muitas vezes a reabilitação não é imediata devido ao processo de erupção que está ocorrendo, não tendo a coroa totalmente exposta para podemos restaurá-la adequadamente.

Nesta época, com a erupção dos dentes permanentes, precisamos alertar os pacientes/responsáveis para a prevenção de traumatismo nesta nova dentição. Nos pacientes que praticam esportes, principalmente aqueles de contato, o uso do protetor bucal é manobra obrigatória para a prevenção dos traumatismo dentais. Ressaltar que o tipo de oclusão e falta de proteção labial são fatores predisponentes ao traumatismo, então pacientes com Classe II divisão 1 de Angle e classe I de Angle, com sobressaliência da maxila, devem procurar tratamento ortodôntico urgente.

O mal posicionamento do dente permanente pode ocorrer devido ao trauma no dente decíduo, a intervenção deve ser imediata para prevenir traumas futuros que levem a fratura ou sua perda (FIGURA 18).



FIGURA 18 – Paciente apresentava o dente 21 muito vestibularizado, na queda foi atingido tendo fratura de esmalte e dentina, mostrando a importância da prevenção com o correto posicionamento dos dentes.

O traumatismo dental envolvendo a dentição decídua merece uma atenção especial, onde se deve destacar a importância da conscientização dos responsáveis sobre as possíveis seqüelas do traumatismo, assim como do acompanhamento clínico e radiográfico do desenvolvimento do germe do dente permanente.

Na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo foi criado o Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria que oferece esta abordagem, salientando a importância do controle dos dentes decíduos traumatizados e seus sucessores permanentes para que se possa minimizar as seqüelas, mantendo a saúde bucal do paciente.

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, J.O. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3. ed. Tradução Gabriela Soares, Cristiano Boschetto e Ilson José Soares. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 770p.
- BRAHAM, R.L.; ROBERTS, M.W.; MORRIS, M.E. Management of dental trauma in children and adolescents. **J Trauma**, v.17, n.11, p.857-865, Nov. 1977.
- CHELOTTI, A.; VALENTIN, C.; PROKOPOWITSCH, I.; WANDERLEY, M.T. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens. In GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2003.
- CORRÊA, M.S.N.P.; WANDERLEY, M.T. Considerações psicológicas associadas às lesões traumáticas. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no tratamento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002. p.461-474.
- COSTA, L.R.R.S.; CORRÊA, M.S.N.; RIBEIRO, R.A. Traumatismo da dentição decídua. In CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p.527-547.
- DUARTE, D.A. SANT'ANNA, G.R. de; BONECKER, M.S.; SUGA, S.S. **Lesões traumáticas em dentes decíduos: tratamento e controle**. São Paulo: Santos, 2001. 45p.
- FONOFF, R.D.N.; WANDERLEY, M.T.; RODRIGUES, C.R.M. Reposicionamento cirúrgico de incisivo central permanente dilacerado devido a traumatismo na dentição decídua. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, n.19, p.236, maio/jun. 2001. [Resumo A-017].
- GARCÍA-GODOY, F.; GARCÍA-GODOY, F.; GARCÍA-GODOY, F. M. Primary teeth traumatic injuries at a private pediatric dental center. **Endod Dent Traumatol**, v.3, n.3, p.126-129, June 1987.
- SNAWDER, K.D. Traumatic injuries to teeth of children. **J Prev Dent**, v.3, n.6, p.13-20, Nov./Dec. 1976.
- WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSÁO, M. Traumatismos dentários na dentadura decídua. In _____ **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.154-181.
- WANDERLEY, M. T. **Casística do atendimento no centro de pesquisa de traumatismo na dentição decídua da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP**. São Paulo, 1999. 67p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- WANDERLEY, M.T.; TRINDADE, C.P.; CORRÊA, M.S.N.P. Recursos protéticos em odontopediatria. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p.497-512.
- WILSON, C.F.G. Management of trauma to primary and developing teeth. **Dent Clin North Amer**, v.39, n.1, p.133-167, Jan. 1995.