

AVULSÃO DENTÁRIA: CASO CLÍNICO DENTAL AVULSION: CLINICAL CASE



Inês Neto e Silva*⁽¹⁾; Carina Simão⁽¹⁾; Raquel Pinto Araújo⁽¹⁾; André Brandão de Almeida⁽¹⁾

¹ Médico(a) Dentista, Serviço Odontopediátrico de Lisboa | Saúde Oral em Lisboa 0-18 - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

sol@scml.pt | <http://sol.scml.pt> | Avenida Almirante Reis, 219A – 1000-049 Lisboa

INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários são acidentes frequentes em crianças e jovens, sendo a sua prevalência cerca de 25% em idade escolar.¹ A maioria ocorre nos dentes anteriores, sendo a avulsão dentária um tipo de trauma que acontece entre 0.6% e 20.8% dos casos.^{2,3} Define-se como o deslocamento completo de um dente para fora do alvéolo e caracteriza-se pelo comprometimento do aporte neurovascular, necrose pulpar e dano nas células do ligamento periodontal.⁴ A abordagem imediata e/ou durante a primeira hora tem um impacto muito importante na viabilidade e sucesso do tratamento, sendo a monitorização fundamental e obrigatória.⁵

CASO CLÍNICO

Doente do género feminino, 13 anos, sofreu traumatismo dentário após queda de bicicleta resultando na avulsão do dente 42, subluxação do dente 41 e fratura não complicada da coroa do dente 43.

Foi observada em meio hospitalar, cerca de 24 horas após o traumatismo, onde compareceu com o dente conservado em leite.

Na nota de alta foi descrito o seguinte: "desinfecção local com clorhexidina e anestesia infiltrativa sem vasoconstritor; reimplante do dente 42, com desenvolvimento radicular completo e numa posição satisfatória; contenção com splint de 43 a 33 com arco de aço 0.16 e compósito; radiografia final".

Foram dadas indicações pós operatórias: "dieta mole durante 10 dias; manter o splint 2 semanas; realização de tratamento endodôntico do 42 até aos 14 dias, a partir da data de alta; antibioterapia com Amoxicilina 875mg + Ácido Clavulânico 125mg de 12/12 horas durante 8 dias". A paciente foi informada do prognóstico reservado e indicação para continuidade do tratamento a título particular.

Em consulta no Serviço Odontopediátrico de Lisboa foi apresentado e discutido o plano de tratamento, o qual foi compreendido e aceite pela própria e seus tutores legais, estando cientes da gravidade do traumatismo sofrido, assim como do seu reservado prognóstico a longo prazo. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido para a publicação deste caso clínico.

Iniciou-se tratamento endodôntico não cirúrgico 16 dias após a alta hospitalar. Dente 42 com ápex fechado e raiz formada. Após testes de percussão e sensibilidade pulpar – que indicaram uma condição compatível com necrose pulpar – e de radiografia periapical, o tratamento foi iniciado e realizado em duas sessões.



Inicial
Pós reimplante

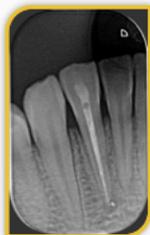


Na primeira sessão, a abordagem foi a seguinte:

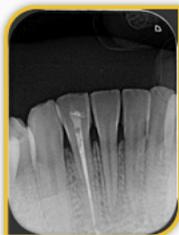
- Anestesia: infiltrativa; 1 anestubo Articaina 1:100 000
- Remoção do splint
- Isolamento absoluto
- Permeabilização (10K); instrumentação recíprocante (25.08)
- Irrigação canal: NaOCl 5.25%
- Medicação intra-canal: Ca(OH)₂
- Restauração provisória: resina fluida sob fita teflon®

Um mês depois, na segunda sessão:

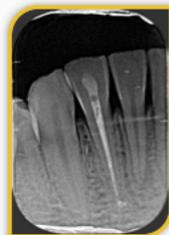
- Anestesia: infiltrativa; 1 anestubo Articaina 1:100 000
- Isolamento absoluto
- Calibração (25.08); irrigação final: NaOCl 5.25% e EDTA 17%
- Obturação canal: onda contínua de calor
- Cimento resinoso AH Plus®
- Selamento intracoronário: Vitrebond®
- Restauração direta definitiva: resina Filtek Supreme XTE®



1 mês



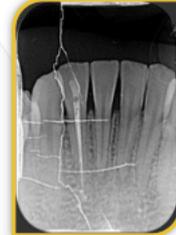
3 meses



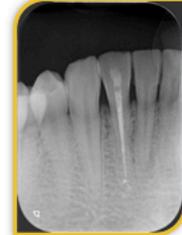
6 meses



1 ano



2 anos



3 anos

Foram realizadas consultas de controlo clínico e radiográfico, de acordo com as *guidelines* da IADT, após 1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano, 2 anos e 3 anos, sendo previsto o seguimento anual até um período mínimo de cinco anos.⁶

CONCLUSÃO

A rápida atuação por parte do médico dentista em situações de avulsão dentária define o prognóstico de sucesso e viabilidade de manutenção do(s) dente(s) envolvido(s). Apesar do reimplante muito tardio neste caso clínico, o follow-up a 3 anos sem alterações clínicas e radiográficas revela, desde já, um caso de sucesso. No entanto, é fundamental que o acompanhamento clínico e radiográfico se prolongue.

BIBLIOGRAFIA

1. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, Abbott PV. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol.* 2020 Aug;36(4):309-313. doi: 10.1111/edt.12574.
2. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J.* 2016 Mar;61 Suppl 1:4-20. doi: 10.1111/adj.12395.
3. Ritwik P, Massey C, Hagan J. Epidemiology and outcomes of dental trauma cases from an urban pediatric emergency department. *Dent Traumatol.* 2015 Apr;31(2):97-102. doi: 10.1111/edt.12148.
4. De Brier N, O D, Borra V, Singletary EM, Zideman DA, De Buck E; International Liaison Committee on Resuscitation First Aid Task Force. Storage of an avulsed tooth prior to replantation: A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol.* 2020 Oct;36(5):453-476. doi: 10.1111/edt.12564.
5. Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaris G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, O'Connell A, Flores MT, Day PF, Hicks L, Andreasen JO, Cehreli ZC, Harlamb S, Kahler B, Ognini A, Semper M, Levin L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2020 Aug;36(4):331-342. doi: 10.1111/edt.12573.

