

## REIMPLANTE DENTAL TARDIO REALIZADO EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA DE TRAUMA EM PELOTAS-RS: RELATO DE CASO

**BHÁRBARA MARINHO BARCELLOS<sup>1</sup>; CRISTINA BRAGA XAVIER<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Universidade Federal de Pelotas – bharbarabarcellos@hotmail.com*

<sup>2</sup>*Universidade Federal de Pelotas – cristinabxavier@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

Os traumas dentoalveolares consistem em injúrias aos dentes e aos ossos de sustentação, representando cerca de 5,0% de todos os traumas (GLENDOR, 2008; ANDERSSON, 2013). Em geral, danos em adultos são causados por violência, acidentes de trânsito e atividades esportivas (ANTUNES, 2013). Além disso, o abuso de álcool ou drogas está relacionado com maior risco de danos orofaciais, havendo uma proporção significativa de pacientes que relataram o uso de substâncias químicas momentos antes do trauma (BLACK, 1998). Essas lesões têm um impacto na qualidade de vida dos pacientes, prejudicando a mastigação, a fonação, a estética, assim como as suas condições física e psicológica (SANTOS, 2010).

A avulsão dentária é caracterizada pelo completo deslocamento do dente de seu alvéolo (osso) e representa de 0,5 a 16% dos traumatismos dentários (ANDERSSON, 2012). O seu tratamento consiste no reimplante dental. O prognóstico dos casos é afetado significativamente pelo meio de preservação do elemento dentário e pelo tempo decorrido entre a avulsão e o reimplante. De acordo com ANDREASEN (1995), o reimplante do dente após 05 (cinco) minutos é considerado reimplante tardio. Enquanto que, para ANDREASEN (2016) o reimplante é considerado tardio 60 (sessenta) minutos após a avulsão.

Embora seja desejável que as comunidades saibam que os dentes avulsionados podem ser reimplantados com relativa facilidade, a literatura mostra que isso não é de conhecimento comum. Assim, este trabalho objetiva relatar o caso de reimplante tardio em um paciente atendido no serviço do Centro de Estudos, Tratamento e Acompanhamento de Traumatismos em Dentes Permanentes (CETAT), projeto de extensão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

### 2. METODOLOGIA

Paciente, 28 anos, sexo masculino, procurou atendimento 05 (cinco) dias após o trauma. Durante anamnese, relatou ser vítima de acidente ciclístico, referindo uso de álcool antes do momento do trauma. Relatou perda de consciência, amnésia, desmaio e sangramento nasal em decorrência do acidente.

Ao exame intra-oral, observou-se ferimento lácero-contuso (FLC) transfixante em lábio inferior, resultando em lesão sugestiva de fibrose traumática na região. Além disso, foram identificadas fratura não-complicada de coroa nos elementos dentais 11 e 22, subluxação no elemento 11 e avulsão do elemento 21 (Figura 1 A e B).

Ao ser questionado a respeito do elemento avulsionado, paciente relatou que no momento do acidente encontrou o dente no chão e até a presente consulta havia armazenado-o em um copo d'água. O dente avulsionado foi trazido pelo paciente embrulhado em um guardanapo de papel.

O exame radiográfico acusou a ausência do elemento 21 e o alvéolo demonstrava-se preservado. Além disso, a presença de fragmentos dentários em lábio inferior também foi identificada através do exame radiográfico.

O tratamento planejado seguiu as diretrizes estabelecidas pela International Association of Dental Traumatology (IADT) e consistiu no reimplante tardio do elemento 21, biópsia excisional da lesão sugestiva de fibrose traumática, remoção dos fragmentos dentários, sutura de FLC e acompanhamento pós-operatório.

O elemento dentário foi preparado aplicando o protocolo de reimplante tardio. Então, deu-se a tentativa de reposicionamento do elemento dental, que apresentou resistência para encaixe do dente no alvéolo. Assim, através de palpação, foi identificada uma fratura óssea na região apical do elemento 21, a qual foi reduzida imediatamente com instrumento rombo. Finalmente, foi possível o reimplante do elemento avulsionado.

Os fragmentários dentários foram removidos do lábio inferior (Figura 1C) junto a sutura do FLC. Por fim, capeamento dentinário utilizando cimento de ionômero de vidro nos elementos 11 e 22 foi realizado. A lesão sugestiva foi biopsiada e encaminhada para exame histopatológico.

No pós-operatório de 07 (sete) dias, a cicatrização estava dentro da normalidade e o relato de dormência em lábio inferior foi relacionado ao edema ainda presente, pois o paciente apresentou sensibilidade durante a remoção dos pontos. Paciente referiu queixa atípica do elemento 11 que no exame radiográfico apresentou espessamento do ligamento periodontal nas regiões apical e distal da raiz, levando a suspeita de pulpite.

Na consulta de 30 (trinta) dias após o primeiro atendimento, as restaurações em resina composta dos elementos 11 e 22 foram feitas e a contenção foi removida (Figura 1D). O elemento 11 apresentou resposta exacerbada ao frio, dor a percussão e palpação apical. No exame radiográfico do elemento 21, observou-se que apenas o terço apical estava preenchido com Hidróxido de Cálcio (Callen PMCC). Confirmado o diagnóstico de fibrose traumática após exame histopatológico.

Paciente continua em acompanhamento e proservação no projeto CETAT.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas, os traumas dentoalveolares evoluíram para um grande problema de saúde pública. A avulsão dentária é a lesão mais grave e com o pior prognóstico, consistindo em um trauma complexo que afeta os tecidos de sustentação e o sistema vaso-nervoso.

A literatura atual enfatiza que o atraso no tratamento (reimplante) é o fator mais influente que afeta o prognóstico (ANDREASEN, 2002). Quanto maior o tempo decorrido entre a avulsão dentária e o reimplante, maior o risco de necrose pulpar, reabsorção substitutiva e/ou reabsorção radicular inflamatória (DIANGELIS, 2012). No presente caso, o reimplante ocorreu dias após o trauma e assim, seu prognóstico é extremamente limitado com maiores chances de perda do elemento dentário. A conduta arriscada apresentou-se como a melhor alternativa, já que o paciente no presente momento não possui condições financeiras para um implante ósseo-integrado e o dente apresenta a função de mantenedor de osso na região.

Antes do reimplante, o protocolo refere que o dente deve ser imerso em solução fluoretada, pois este, além de fortalecer a estrutura dental formando fluorapatita, ainda é tóxico para as células reabsortivas do tecido duro (American Association of Endodontics, 2009). A medicação intracanal de escolha é o

hidróxido de cálcio , devido às suas características antimicrobiana e antirreabsortiva, a fim de evitar a reabsorção substitutiva e anquilose dentária (CALIŞKAN, 2000).

Cerca de 50% das lesões traumáticas nos incisivos permanentes estão associadas à laceração labial e a sangramento ou trauma de partes moles (ZERMAN, 1993). Fragmentos da coroa podem se deslocar e permanecer dentro dos tecidos moles da boca. Por isso, a radiografia simples de tecidos moles pode ser útil na detecção de fragmentos (RAPPELI, 2002).



Figura 1. A. É possível observar o alvéolo dentário e a ausência do dente 21. B. Lesão sugestiva de fibrose traumática devido a laceração do lábio inferior. C. Remoção de fragmentos dentários do lábio inferior. D. Pós-operatório de 30 dias.

#### 4. CONCLUSÕES

A importância do acompanhamento clínico destes pacientes para fins de atualização e melhoramento de protocolos de trauma reflete a relevância do projeto CETAT e seu impacto na vida dos pacientes, uma vez que o trauma apresenta suas particularidades e muitas vezes é imprevisível em relação ao prognóstico. Este projeto, através do Sistema Único de Saúde, provê tratamentos referência para qualquer serviço, tanto público quanto particular, oferecendo tratamentos de grande importância para a população.

No presente caso, o reimplante tardio, apesar de suas desvantagens e previsão indefinida, apresentou-se como a única alternativa para o paciente não ficar sem o dente, o que possivelmente afetaria sua vivência social e auto-estima. Dessa forma, ao seguir corretamente o protocolo para reimplante tardio e recomendações da presente literatura, é possível obter um prognóstico favorável para casos de reimplante tardio, respeitando as limitações de cada caso e de cada paciente.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLENDOR, U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12-year review of the literature. **Dental Traumatology**, Linköping, v. 6, n. 24, p. 603–611, 2008.
2. ANDERSSON, L. Epidemiology of traumatic dental injuries. **Journal of Endodontics**, Kuwait, v.3, n. 39, p. 2-5, 2013.
3. BLACK, EE, ATCHINSON, K, SHETTY V. The relationship of substance abuse to orofacial injuries in an inner-city population. **International Journal of Oral Biology**, Los Angeles, v. 6 , n. 23, p. 47-52, 1998.
4. SANTOS SE, MARCHIORI EC, SOARES AJ, ASPRINO L, DE SOUZA FILHO FJ, DE MORAES M. **A 9-year retrospective study of dental trauma in Piracicaba and neighboring regions in the State of São Paulo, Brazil**. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Piracicaba, v. 8, n 68, p. 1826-1832, 2010.
5. ANDERSSON L, ANDREASEN JO, DAY P, HEITHERSAY G, TROPE M, DIANGELIS AJ. **International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth**. Dental Traumatology, Kuwait, v. 2, n. 28, p. 88–96, 2012
6. ANTUNES LS, DEBOSSAN PF, BOHRER LS, ABREU FV, QUINTANILHA LE, ANTUNES LA. **Impact of traumatic dental injury on the quality-of-life of children and adolescents: a case-control study**. Acta Odontologica Scandinavica, Nova Friburgo, v. 71, n. 5, p. 1123–1128, 2013.
7. DIANGELIS AJ, ANDREASEN JO, EBELESEDER KA, KENNY DJ, TROPE M, SIGURDSSON A, ET AL. **International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth**. Dental Traumatology, Minneapolis, v. 28, n. 1, p. 2–1, 2012.
8. AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTICS. Treating the avulsed permanent tooth. 2009. [www.aae.org](http://www.aae.org)
9. CALIŞKAN MK, TÜRKÜN M, GÖKAY N. **Delayed replantation of avulsed mature teeth with calcium hydroxide treatment**. Journal of Endodontics, Turquia, v. 26, n. 8, p. 472-476, 2000.
10. ANDREASEN JO, BORUM MK, JACOBSEN HL, ANDREASEN FM. **Replantation of 400 avulsed permanent incisors. Diagnosis of healing complications**. Endodontics Dental Traumatology, Dinamarca, v. 11, n. 2, p. 51-58, 1995.