

Sequela da luxação intrusiva no dente decíduo sobre o sucessor permanente; relato de caso clínico

Sequel of intrusive luxation in primary tooth on the permanent aftercomer; case report

MARISTELA SOARES SWERTS PEREIRA

Doutoranda em Odontopediatria pela FORP-USP, Professora Titular da Disciplina de Odontologia Pediátrica e dos Estágios em Odontologia Pediátrica I e II do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, Campus Alfenas, MG.

ALINE DANIELA SAVIOLI

Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, Campus Alfenas, MG.

ANTÔNIO CARLOS OLIVEIRA RUELLAS

Professor Adjunto da Disciplina de Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

VERIDIANA SALLES

Professora Titular da Disciplina de Odontopediatria do Centro Universitário Newton Paiva e Fundação Educacional Antônio Dadalto (Fead).

RESUMO

Os traumatismos na dentição decídua são frequentes, podendo causar sérias complicações de ordem morfológica, fisiológica e emocional. São classificados em lesões nos tecidos dentários mineralizados e nos tecidos de sustentação, sendo os últimos mais comuns na primeira dentição. Dentre os traumatismos envolvendo as estruturas de sustentação, a luxação intrusiva apresenta elevada prevalência, sendo definida como o deslocamento do dente para o interior do seu alvéolo, seguindo uma

direção axial. Esse deslocamento pode ser para vestibular ou para palatino, indo de encontro ao sucessor permanente e podendo gerar desvios anatômicos e/ou morfológicos no germe como um todo, à porção coronária ou à porção radicular. Como sequela à porção radicular, a dilaceração vestibular é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por uma curvatura para vestibular restrita à raiz. O dente malformado geralmente fica impactado, necessitando de estratégias terapêuticas envolvendo recursos cirúrgicos e ortodônticos nos casos de dilaceração de grau leve e diagnóstico precoce, na tentativa de posicionamento correto do dente na arcada dentária. Por outro lado, frente à dilaceração severa e ao diagnóstico tardio, a germectomia, seguida da reabilitação estética e funcional da criança, é o tratamento indicado. Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de dilaceração radicular vestibular severa resultante de luxação intrusiva ocorrida na dentição decídua.

Unitermos: luxação intrusiva, dilaceração radicular, reabilitação estético-funcional.

INTRODUÇÃO

O traumatismo alveolodentário é dividido em lesões nos tecidos dentários mineralizados e nos tecidos de sustentação. Na dentição decídua, observa-se maior ocorrência de lesões nos tecidos de sustentação do que nos tecidos mineralizados. Esse fato ocorre em função do osso da criança ser mais resiliente, possuir espaços medulares

maiores e maior maleabilidade, juntamente com a maior elasticidade dos tecidos periodontais. Além disso, a raiz do dente decíduo é menor e cuneiforme, favorecendo as luxações (ASSED, 2005; LOSSO *et al.*, 2011).

Dentre os traumatismos nas estruturas de sustentação, a luxação intrusiva apresenta elevada frequência na dentição decídua (CABRAL, DUARTE e VALENTIM,

2009; KRAMER e FELDENS, 2005; TOLEDO, 2005). Consiste no deslocamento do dente para o interior do seu alvéolo, seguindo uma direção axial. Clinicamente, pode ser classificada de acordo com a profundidade de penetração no alvéolo em grau I: intrusão parcial suave, na qual mais de 50% da coroa é visível; grau II: intrusão parcial moderada, na qual menos de 50% da coroa é visível; e grau III: intrusão severa ou total da coroa (ASSED, 2005; BONANATO *et al.*, 2005; KRAMER e FELDENS, 2005; LOSSO *et al.*, 2011; VON ARX, 1995).

Nas luxações intrusivas, o dente decíduo pode deslocar-se para vestibular ou para palatino, indo de encontro ao germe sucessor permanente. Dessa forma, a intrusão é caracterizada como o tipo de traumatismo que mais influencia o desenvolvimento e a maturação do dente permanente, gerando sequelas anatômicas e/ou morfológicas (ANDREASEN e ANDREASEN, 2001; ASSUNÇÃO, 2005; JÁCOMO, CARVALHO e CAMPOS, 2008; LOSSO *et al.*, 2011; TROMBINI, FELDENS e FELDENS, 2008).

De acordo com Andreasen e Andreasen (2001), essas sequelas na dentição permanente podem variar de danos que envolvem o germe como um todo (distúrbios de erupção, malformações semelhantes a odontoma e sequestro do germe dentário); danos à porção coronária (hipocalcificação ou hipoplasia do esmalte e dilaceração coronária); e danos à porção radicular (duplicação radicular, suspensão da rizogênese e dilaceração radicular).

A dilaceração radicular é um distúrbio do desenvolvimento que aparece como uma curvatura marcante para vestibular restrita à raiz, como resultado de um traumatismo sofrido entre dois e sete anos de idade. O dente malformado geralmente está impactado e a coroa é palpável no fundo do sulco vestibular. Radiograficamente, o dente aparece retido e com imagem encurtada (ANDREASEN e ANDREASEN, 2001; ASSED, 2005; GUEDES-PINTO, 2010; SANTOS, 2007).

Estratégias terapêuticas, envolvendo recursos cirúrgicos e ortodônticos, são indicadas nos casos de dilaceração de grau leve e diagnóstico precoce, na tentativa de posicionamento correto do dente na arcada dentária. Por outro lado, frente à dilaceração severa e ao diagnóstico tardio, a germectomia é o tratamento de escolha, seguida da reabilitação estética e funcional da criança (ASSED, 2005; DUTRA *et al.*, 2007; KRAMER e FELDENS, 2005; PEREIRA e PURICELLI, 1981; SANTOS, 2007; SILVA *et al.*, 2005).

Dessa forma, é imperativo o conhecimento do cirurgião-dentista, possibilitando uma abordagem profissional consciente e segura na determinação do diagnóstico precoce associado a um pronto-atendimento envolvendo uma equipe multidisciplinar para favorecer o melhor resultado estético-funcional ao paciente infantil (BORTOLI *et al.*, 2008; CABRAL, DUARTE e VALENTIM, 2009; DAUDT, BARALDI e PURICELLI, 2002; SANABE *et al.*, 2009; SANTOS, 2007; VASCONCELLOS *et al.*, 2003).

RELATO DO CASO CLÍNICO

A divulgação deste caso clínico foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade José Rosário Vellano/ HUAV – Unifenas (Parecer nº 26/2011).

Paciente L.M.C., oito anos, gênero feminino, leucoderma, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Universidade José do Rosário Vellano, acompanhada do responsável, apresentando, como queixa principal, alteração estética devido à ausência de irrompimento do incisivo central superior direito permanente (dente 11).

Na anamnese, quando questionada sobre a história odontológica pregressa, o responsável relatou a ocorrência de traumatismo na região ântero-superior da maxila quando a paciente tinha dois anos e seis meses de idade, diagnosticado na época como luxação intrusiva do incisivo central superior direito decíduo (dente 51).

No exame clínico foi então confirmada a ausência do dente 11 e, na face vestibular do rebordo alveolar, observou-se ligeiro abaulamento na cortical óssea. Além disso, notaram-se giroverção e mesialização do incisivo lateral superior direito permanente (dente 12), conforme pode ser observado na FIGURA 1A.

Ao exame radiográfico (FIG.1B, 5C e 5D), foi constatado que o dente 11 estava retido, apresentando-se com imagem encurtada e sugestiva de inversão, ou seja, posicionamento da borda incisal para apical, além de provável dilaceração radicular vestibular severa. Essa anomalia impossibilitou o irrompimento espontâneo, provocando discrepância em relação ao seu homólogo, o qual se encontrava totalmente irrompido e com formação radicular completa.

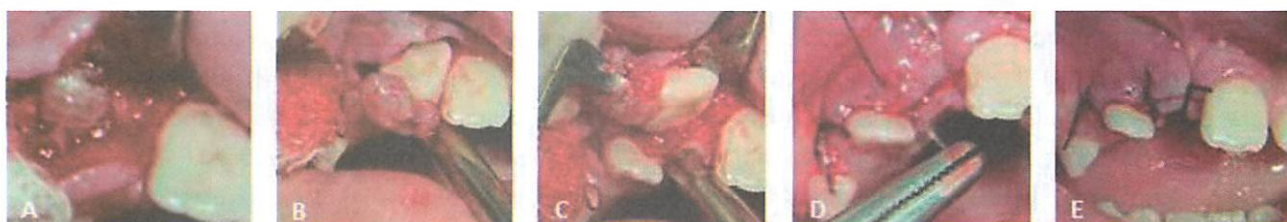
Diante dos achados clínicos e radiográficos, a estratégia terapêutica de escolha envolveu a germectomia do dente 11, uma vez que não havia nenhuma possibilidade de tracionamento e aproveitamento fun-



FIGURA 1 (A) – Ausência do dente 1, mesialização e giroversão do dente 12; (B, C e D) – dente 11 retido, com imagem encurtada e sugestiva de inversão, além de provável dilaceração radicular vestibular severa.



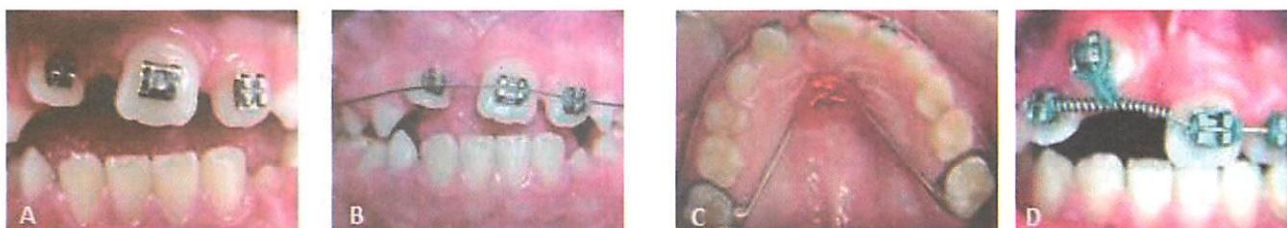
FIGURAS 2 (A) – Anestesia tópica; (B) – infiltrativa; (C) – interpapilar; (D) – incisão papilar nas regiões do dente 11 e 12; (E) – incisão relaxante.



FIGURAS 3 (A) – Descolamento e rebatimento e visualização do dente 11; (B) – luxação dente 11; (C) – avulsão dente 11; (D e E) – reposicionamento do retalho e sutura.



FIGURAS 4 (A) – Vista do dente 11 por vestibular; (B) – por palatino; (C) – por mesial; (D) – por distal evidenciando dilaceração radicular vestibular severa.



FIGURAS 5 (A) – Colagem dos brackets nos dentes 12, 21 e 22; (B) – fio 0,15 twist-flex; (C) – botão palatino de Nance; (D) – dente 13 guiado ortodonticamente para região do dente 11.



FIGURAS 6 (A) – Completo irrompimento do dente 13; (B) – reanatomização do dente 13 em 11.

cional desse elemento dental. Primeiramente, realizou-se antissepsia extra e intraoral e anestesia da região (FIG. 2A, 2B e 2C), seguidas do acesso cirúrgico por vestibular, por meio de incisão papilar nas regiões dos dentes 11 e 12 (FIG. 2D), complementada com incisão relaxante (FIG. 2E). Após descolamento e rebatimento do retalho, visualizou-se o dente 11 (FIG. 3A), sendo então realizada sua luxação (FIG. 3B) e avulsão (FIG. 3C), seguidas da curetagem, irrigação da loja cirúrgica, reposicionamento do retalho e sutura (FIG. 3D e 3E).

Por meio da inspeção do dente removido, observou-se na face vestibular o local de contato com o ápice do dente decíduo (FIG. 4A), bem como a severidade da dilaceração radicular vestibular (FIG. 4B, 4C e 4D).

Após 15 dias, foi feita a colagem dos braquetes nos incisivos superiores permanentes (dentes 12, 21 e 22), seguida da instalação de fio 0,15 *twist-flex* e mola, visando a recuperação de espaço na região do dente 11 e alinhamento e nivelamento dos dentes adjacentes, juntamente com a instalação de aparelho mantenedor de espaço fixo, botão palatino de Nance (FIG. 5A, 5B e 5C). Após início do irrompimento do dente 13, este foi guiado ortodonticamente para região do dente 11. Foi realizada mensalmente a manutenção do aparelho, até o completo posicionamento do dente 13 (FIG. 6A).

Com o término dessa fase do tratamento ortodôntico, removeram-se os aparelhos e foi realizada a reanatomização do dente 13 em 11 por meio de reconstrução estética, utilizando resina composta (FIG. 6B).

DISCUSSÃO

No caso descrito, o traumatismo dentoalveolar ocorreu quando a paciente tinha dois anos e seis meses de idade, concordando com os achados de Assunção (2005) e Assed (2005), que relataram a maior incidência entre um e três anos de idade, o que é creditado em função da criança, nesse estágio de vida, iniciar os primeiros movimentos independentes. Observou-se o envolvimento dos tecidos de sustentação, fato que ocorre em função do osso da criança ser mais resiliente, possuindo espaços medulares maiores e maior maleabilidade (ASSED, 2005; LOSSO *et al.*, 2011).

Em relação à localização da lesão traumática, a ocorrência se deu na região ântero-superior da maxila, envolvendo o dente 51. Segundo Assunção, Cunha e

Ferelle (2007); e Guedes-Pinto (2010), essa ocorrência é favorecida devido a sua posição anterior na face.

O diagnóstico na época de ocorrência do traumatismo foi de luxação intrusiva severa, a qual foi classificada por Von Arx (1995) em graus, dos quais o grau III é caracterizado como intrusão completa do dente decíduo, sendo, portanto, o tipo de traumatismo com maior risco de provocar seqüela no sucessor permanente (ANDREASEN e ANDREASEN, 2001).

Nesse caso, devido à grave seqüela no sucessor, acredita-se que a direção de deslocamento do dente 51 foi para o palatino, indo de encontro ao germe permanente, conforme citado por Andreasen e Andreasen (2001); Assunção (2005); Jácomo, Carvalho e Campos (2008); Losso *et al.* (2011); e Trombini, Feldens e Feldens (2008). A luxação intrusiva do decíduo desencadeou uma dilaceração radicular vestibular severa no sucessor permanente, em consequência de desvios anatômico e morfológico na porção radicular do dente em desenvolvimento (ANDREASEN e ANDREASEN, 2001). Além disso, o impacto gerou deslocamento e inversão do referido germe. Essas alterações impossibilitaram seu irrompimento, assim como citado por Andreasen e Andreasen (2001); Assed (2005); Santos (2007); e Guedes-Pinto (2010).

Frente ao diagnóstico tardio de dilaceração radicular severa, a estratégia terapêutica de escolha envolveu a germectomia do dente 11, seguida de reabilitação estético-funcional da criança, de acordo com Assed (2005); Dutra *et al.* (2007); Kramer e Feldens (2005); Pereira e Puricelli (1981); Santos (2007); e Silva *et al.* (2005).

CONCLUSÃO

De acordo com a literatura específica e com o caso clínico relatado, conclui-se que, frente ao diagnóstico tardio de dilaceração radicular severa, a terapêutica envolve recursos cirúrgicos, ortodônticos e reabilitadores, uma vez que nessa situação não existem chances de aproveitamento do dente malformado.

Enfatiza-se a importância de controles clínicos e radiográficos após traumatismo na dentição decídua. Esse controle permite o diagnóstico precoce frente às seqüelas pós-traumáticas, o que possibilita terapêuticas conservadoras; além disso, contribui para a melhor qualidade estético-funcional.

ABSTRACT

Injuries occur very often in the primary dentition and may cause serious complications of morphological, physiological and emotional order. They are classified into hard tissue lesions in the tooth and tissue support, the last being more common in first teething. Among the injuries involving the structures of support, intrusive luxation has high occurrence, defined as the displacement of the tooth towards its own socket, following an axial direction. This shift can be for vestibular or palatine directions, pressing against the permanent aftercomer and may produce anatomical and/or morphological switches in the germ, the coronal portion or root portion. The sequel to the root portion, the vestibular laceration is a developmental disorder characterized as a curve restricted to the vestibular root. The bad-shaped tooth is usually impacted, requiring therapeutic strategies involving orthodontic and surgical resources in cases of mild laceration and early diagnosis in an attempt to correct the position of the tooth in the dental arch. Otherwise, extraction followed by aesthetic and functional rehabilitation of the child in the case of severe laceration of a late diagnosis. The objective of this study was to report a case of severe vestibular root disruption resulting from intrusive luxation occurred in the primary dentition.

Keywords: intrusive luxation, root disruption, aesthetic and functional rehabilitation.

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. *Texto e atlas colorido de traumatismo dental*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 770p.
- ASSED, S. *Odontopediatria; bases científicas para a prática clínica*. São Paulo: Artes Médicas, 2005. 1070p.
- ASSUNÇÃO, L.R.S. *Avaliação do traumatismo em dente decíduo e da seqüela no dente permanente sucessor*. 2005. 186f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), Araçatuba.
- ASSUNÇÃO, L.R.S.; CUNHA, R.F.; FERELLE, A. Análise dos traumatismos e suas sequelas na dentição decídua; revisão de literatura. *Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.*, João Pessoa, v.7, n.2, p.173-179, maio/ago. 2007.
- BONANATO, K.; MARINHO, K.C.; CASTRO, W.H.; MENESES, L.F.; AUAD, S.M.; MARTINS, L.H.P.M.; PAIVA, S.M. Intrusão de incisivos decíduos e permanentes; relato de caso clínico. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v.41, n.4, p.273-368 p.306-317, out./dez. 2005.
- BORTOLI, D.; BRUSCO, L.C.; KRAMER, P.F.; FELDENS, E.G.; FERREIRA, S.H. Luxação intrusiva na dentição decídua; dois anos de acompanhamento. *RFO*, Passo Fundo, v.13, n.1, p.64-69, jan/abr. 2008.
- CABRAL, A.C.R.; DUARTE, D.A.; VALENTIM, C. Prevalência das injúrias traumáticas na dentição decídua. *Rev. UNICID*, São Paulo, v.21, n.2, p.137-143, mai./ago. 2009.
- DAUDT, F.B.; BARALDI, C.E.; PURICELLI, E. Tratamento orto-cirúrgico de incisivo central retido dilacerado e canino retido; relato de caso. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial*, Curitiba, v.7, n.38, p.110-116, mar/abr. 2002.
- DUTRA, S.R.; CABRAL, K.; LAGES, E.M.B.; DRUMMOND, A.F.; FIGUEIRA, A.M.S. Dentes com dilaceração radicular; revisão de literatura e apresentação de um caso clínico. *Ortodontia*, SPO, São Paulo, v.40, n.3, p.216-221, jul./set. 2007.
- GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 8.ed. São Paulo: Santos, 2010. 1048p.
- JÁCOMO, D.R.E.S.; CARVALHO, V.C.Q.; CAMPOS, V. Traumatismo nos dentes decíduos anteriores; estudo longitudinal retrospectivo com duração de 8 anos. *Arq. Bras. Odontol.*, Belo Horizonte, v.4, n.2, p.61-66, ago/dez. 2008.
- KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A. *Traumatismos na dentição decídua; prevenção, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Santos, 2005. 311p.
- LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; BERTOLI, F.M.P.; BARATTO-FILHO, F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. *RSBO*, Joinville, v.8, n.1, p.1-20, jan/mar. 2011.
- PEREIRA, C.B.; PURICELLI, E. Recuperação de um incisivo central dilacerado; relato de caso clínico. *RGO*, Porto Alegre, v.29, n.1, p.59-60, jan./mar. 1981.
- SANABE, M.E.; CAVALCANTE, L.B.; COLDEBELLA, C.R.; ABREU-E-LIMA, F.C.B. Urgências em traumatismos dentários; classificação, características e procedimentos. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v.27, n.4, p.447-451, 2009.
- SANTOS, S.H. Dilaceração radicular, tratamento ortodôntico e estético; relato de um caso clínico. *Sotau Rev. Virtual Odontol.*, São José dos Campos, v.1, p.17-22, mai/jun. 2007.
- SILVA, R.C.; DUQUE, C.; ZUANON, A.C.C.; PANSANI, C.A. Má formação na dentição permanente. *RGO*, Porto Alegre, v.53, n.3, p.198-200, jul./set. 2005.
- TOLEDO, O. A. *Odontopediatria; fundamentos para a prática clínica*. 3.ed. São Paulo: Premier, 2005. 390p.
- TROMBINI, C.S.; FELDENS, E.G.; FELDENS, C.A. Luxação intrusiva em dentes decíduos; relato de casos. *Stomatos*, Canoas, v.14, n.27, p.74-86, jul./dez. 2008.
- VASCONCELLOS, R.J.H.; OLIVEIRA, D.M.; NOGUEIRA, R.V.B.; MACIEL, A.P.; CORDEIRO, M.C. Trauma na dentição decídua; enfoque atual. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Recife, v.3, n.2, p.17-24, abr./jun. 2003.
- VON ARX, T. Deciduous tooth intrusions and the odontogenesis of the permanent teeth. Developmental disorders of the permanent teeth following intrusion injuries to the deciduous teeth. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.*, Berna, v.105, n.1, p.11-17, 1995.