



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**LAÍSA MADEIRA MATEUS**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO  
ATENDIMENTO AOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Piracicaba

2024

**LAÍSA MADEIRA MATEUS**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO  
ATENDIMENTO AOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Profa.Dra. Aline Cristine Gomes Matta  
Coorientador: Prof. Me. Rodolfo Figueiredo de Almeida

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA MONOGRAFIA APRESENTADA PELA ALUNA  
LAÍSA MADEIRA MATEUS E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. ALINE CRISTINE GOMES MATTÁ.

Piracicaba

2024

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

M419i Mateus, Laísa Madeira, 1990-  
A importância do planejamento interdisciplinar no atendimento do paciente acometido de traumatismos dentários : relato de caso clínico / Laísa Madeira Mateus. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Aline Cristine Gomes Matta.

Coorientador: Rodolfo Figueiredo de Almeida.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Traumatismos dentários. 2. Planejamento. 3. Endodontia. 4. Equipe de assistência ao paciente. I. Gomes, Aline Cristine, 1989-. II. Almeida, Rodolfo Figueiredo de, 1985-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações adicionais, complementares

**Palavras-chave em inglês:**

Tooth injuries

Planning

Endodontics

Patient care team

**Área de concentração:** Endodontia

**Titulação:** Especialista

**Data de entrega do trabalho definitivo:** 05-02-2024

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais pelo suporte, ajuda e incentivo.

À Deus pela oportunidade e força.

Aos professores, funcionários da faculdade pela ajuda, dedicação e empenho fazendo seu melhor para tornar o curso o melhor possível, agradeço

À minha orientadora Professora Dra. Aline Cristine Gomes Matta pela paciência e dedicação

Aos colegas de classe por fazer parte dessa nova fase transferindo experiências, dúvidas e soluções transformando os dias mais tranquilos

E, por fim, e não menos importante, ao Rodolfo Figueiredo por me ceder o caso e a Professora Adriana Soares pelo serviço de trauma e por ceder o caso

Sou muito grata a todos vocês.

## RESUMO

Os traumatismos dentários são situações de urgência odontológica que exigem do profissional um atendimento rápido e minucioso. Ademais, na maioria das vezes é necessário o acompanhamento do paciente por um longo período, período onde necessidades variadas surgem nas diversas áreas da odontologia. O objetivo deste trabalho foi descrever o caso clínico de um paciente que compareceu ao atendimento de urgência do SATD/FOP-UNICAMP- Brasil, após 3 dias de uma queda jogando futebol. Os dentes envolvidos, 11, 12, 21, 22, apresentavam lesões de fratura de esmalte, fratura coronoradicular com envolvimento periodontal, subluxação e luxação extrusiva. Realizou-se uma radiografia da região e não se detectou fratura radicular ou da tábua óssea. No primeiro atendimento, realizou-se os reposicionamentos dos dentes com luxação extrusiva (11 e 21), pulpctomia e confecção de provisório (12), restauração (22) e confecção de contenção semirrígida (14-24) mantida por três semanas. O paciente foi acompanhado durante os dois anos seguintes, onde sucederam procedimentos de periodontia, ortodontia e prótese. Podemos concluir que o tratamento de traumatismos dentários é bastante complexo, podendo envolver as mais variadas áreas da odontologia.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo dentário. Equipe multidisciplinar. Endodontia.

## **ABSTRACT**

Dental injuries are emergency dental situations that require quick and thorough care from the professional. Furthermore, most of the time it is necessary to monitor the patient for a long period, a period where varied needs arise in the different areas of dentistry. The objective of this work was to describe the clinical case of a patient who attended emergency care at SATD/FOP-UNICAMP-Brazil, after 3 days of a fall playing football. The teeth involved, 11, 12, 21, 22, had enamel fracture injuries, crown-root fracture with periodontal involvement, subluxation and extrusive dislocation. An x-ray of the region was performed and no root or bone fracture was detected. In the first consultation, teeth were repositioned with extrusive luxation (11 and 21), pulpectomy and creation of a provisional (12), restoration (22) and creation of a semi-rigid containment (14-24) maintained for three weeks. The patient was followed for the next two years, where periodontics, orthodontics and prosthesis procedures followed. We can conclude that the treatment of dental trauma is quite complex and can involve the most varied areas of dentistry.

**KEYWORDS:** Dental trauma, Multidisciplinary team, Endodontics.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 PROPOSIÇÃO .....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	11
4 RELATO DE CASO CLÍNICO .....	17
5 DISCUSSÃO .....	25
CONCLUSÃO .....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
ANEXOS .....	31
RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO	34

## 1 INTRODUÇÃO

A frequência de traumas dentários encontrada na literatura situa-se entre as idades de 10 e 24 anos, sendo como principais causas as quedas da própria altura, brigas, lutas, acidentes esportivos, automobilísticos e maus trato (ANDERSSON et al, 2013). O gênero masculino tem mais casos que o gênero feminino. Algumas situações são citadas como predisponentes aos traumas dentários como o trespasse horizontal acentuado, selamento labial incompleto, protrusão dos incisivos superiores e obesidade (KUMAR et al, 2011).

Kumar et al. (2011) realizou um estudo avaliando a prevalência de trauma dental na faixa etária dos 12 aos 15 anos onde observaram que 89,9% dos casos de trauma dental ocorriam nos incisivos centrais superiores e apenas 10,9% ocorriam nos incisivos inferiores. Neste estudo foram encontrados 183 dentes traumatizados. Os autores referem ao trauma dental como um dos principais problemas na saúde bucal dos jovens pois a prevalência, atualmente, encontra-se maior que a cárie dental ou doenças gengivais.

As sequelas dos traumas dentais atingem desde os tecidos moles, o tecido de suporte alveolar e os dentes propriamente ditos (BUCHER et al, 2012). Classificam-se lesões traumáticas dentárias desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário (ANABE et al, 2009).

O achado mais comum são as fraturas de esmalte e dentina na dentição permanente. (VASCONCELLOS et al, 2006). Nessas situações, o tratamento recomendado é em recobrir a região com adesivos resinosos evitando a penetração das bactérias. Se houver contaminação e exposição pulpar, indica-se tratamento endodôntico ou conservador da polpa como a pulpotomia (ANDREASEN et al., 2010). Os casos de luxação extrusiva são definidos pelo deslocamento do dente para fora do alvéolo, sem sair completamente, sendo menos comum. Caso ocorra o reposicionamento do dente é indicado e a fixação com contenção flexível por pelo menos três semanas (VASCONCELOS et al., 2006).

Segundo os autores Andreasen e Andreasen, em 1985, a fratura de esmalte são as mais frequentes, a principal etiologia de fratura coronária é o impacto frontal cuja força exceda para ruptura do esmalte e da dentina. O tratamento em alguns casos

é o rebaixamento seletivo da borda incisal já é o suficiente, em outros casos é indicado efetuar restauração em resina composta, vedando os túbulos dentinários, restaurações estéticas ou pela colagem do fragmento coronário.

A concussão e a subluxação representam lesões menores aos ligamentos periodontais e da polpa causado por impacto agudo, na concussão o impacto pode gerar uma hemorragia e edema devido à ruptura de vasos sanguíneos no ligamento periodontal, no entanto o dente fica firme porque o ligamento periodontal está intacto. Já na subluxação provoca a ruptura de algumas fibras do ligamento e afrouxamento do dente sem deslocar. O tratamento para ambos casos é o alívio da interferência oclusal, dieta leve por 2 semanas, imobilização do dente envolvido para conforto do paciente, deverá fazer acompanhamento pode haver necrose pulpar (ANDREASEN, ANDREASEN, 1985).

Já na luxação extrusiva forças deslocam o dente para fora do alvéolo, somente as fibras gengivais por palato seguram o dente, o ligamento periodontal e o suprimento neuro vascular da polpa são rompidos. O tratamento é reposicionamento a traumático e uma fixação (ANDREASEN, ANDREASEN, 1985).

A fratura do processo alveolar tanto o suprimento neuro vascular da polpa como o ligamento periodontal são rompidos engloba todo processo alveolar, por conta do forte impacto na região a tabua óssea é deslocada/ rompida. O tratamento é reposição do dente imobilização (ANDREASEN, ANDREASEN, 1985).

A diferença que existe entre as fraturas coronárias, luxação, subluxação é basicamente a força que o indivíduo sofre, quanto maior a força, maior o dano ao tecido, osso e parte periodontal. Devemos acompanhar de perto o desenvolvimento do dente e um possível teste negativo de sensibilidade ou escurecimento do dente, assim é indicado o tratamento endodôntico (ANDREASEN, ANDREASEN, 1985).

Devido à complexidade da abordagem dos casos de traumas dentários, este relato de caso tem como foco e objetivo principal demonstrar uma conduta de urgência e preservação frente a um caso de traumatismo alvéolo dentário com enfoque interdisciplinar até a reabilitação final e acompanhamento do caso.

## **2 PROPOSIÇÃO**

Este relato de caso teve como objetivo descrever a condução de um caso de traumatismo dentário múltiplo complexo, descrevendo detalhadamente o tratamento das diferentes injúrias sofridas, desde sua abordagem de urgência até a reabilitação e acompanhamento do caso, enfatizando a importância do diagnóstico preciso, que trará o tratamento adequado, e a importância da Proservação no bom prognóstico dos casos atendidos pelo Clínico Geral.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Os traumas dentários caracterizam-se por uma condição, por vezes de urgência, bastante frequente nos consultórios odontológicos, podendo se apresentar desde uma simples infração no esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Essa variação demanda de tratamento odontológico envolvendo diversas especialidades da odontologia, requerendo tempo e custos. O local onde ocorre pode variar, sendo os mais frequentes: em casa ou na escola, ocorrendo, também, durante a prática esportiva e até mesmo como uma consequência de brigas e maus tratos (SANABE et al., 2009).

As sequelas dos traumas dentais atingem desde os tecidos moles, o tecido de suporte alveolar e os dentes propriamente ditos. Com o objetivo de minimizar as sequelas oriundas dos traumas dentários, o tratamento correspondente a cada tipo de trauma e a presteza na realização, são de suma importância. O estilo de vida das pessoas tem contribuído de forma significativa ao surgimento de novos tipos de trauma dentários (ZALECKIENE et al., 2014).

Antunes, Leão e Maia (2012) realizaram um estudo com 32 dentistas que apontou o nível de conhecimento dos profissionais. O resultado obtido acerca da conduta se mostrou satisfatória, apesar de existirem dúvidas em relação ao manejo, e armazenamento dos dentes avulsionado e contenção utilizada. Um fator determinante para um bom tratamento e conseqüentemente um bom prognóstico, se dá ao conhecimento do profissional da saúde quanto aos traumas. A primeira consulta e o tratamento imediatos tendem a melhorar o prognóstico do dente traumatizado (KALLEL et al, 2020).

Lam (2016), afirma que o trauma dentário é a decorrente de uma lesão por forças de impacto na cavidade bucal e oral, e pode ocorrer na própria casa devido à queda, assim como durante a prática de atividades físicas.

Zaleckiene et al. (2014), relataram que na última década, lesões dentárias traumáticas, foram reconhecidas como problema de saúde pública no mundo devido ao aumento na prevalência do trauma dentário e as novas formas de traumas. A prevalência varia entre os países e que são mais prevalentes em dentes permanentes do que em decíduos. Segundo Barros et al. (2020), relataram que o trauma dental é

um problema de saúde pública pela alta prevalência informando que o mesmo pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais frequente em criança do sexo masculino. De acordo Lam et al. (2016),relataram que a prevalência do trauma continua alta e que o seu impacto pode ultrapassar a cárie e a doença periodontal em 6 algumas populações, relatou ainda que um terço das crianças e um quarto dos jovens e adultos irão sofrer com essa injúria.

Em um estudo realizado por (Pereira et al., 2016), onde analisaram as fichas de 57 pacientes, com 161 dentes traumatizados e poderão concluir que a prevalência maior ocorreu em meninos abaixo de 14 anos, e na faixa etária dos 17 anos 21,1%, sendo queda 33% Na presente pesquisa, o gênero masculino foi o mais afetado pelos traumatismos dentários, o que está de acordo com estudos prévios. Essa constatação pode ser atribuída ao fato de os homens serem mais hiperativos e se envolverem mais frequentemente em atividades físicas, como esportes de contato, geralmente sem o uso de proteção adequada, e, também, em jogos mais agressivos como as lutas.

A faixa etária mais prevalente foi de crianças abaixo dos 14 anos de idade, o que foi, igualmente, encontrado nos estudos de (Bücher et al., 2012), (Toprak et al. e Soares et al.), enquanto (Souza-Filho et al) verificaram que indivíduos de 15 a 25 anos de idade foram os mais acometidos por traumatismos dentários. O incisivo central superior foi o dente mais afetado, sendo esse dado unânime em muitos estudos. Isso se deve à sua posição vulnerável na cavidade bucal, podendo, também, estar envolvido com selamento labial inadequado e overjet acentuado, o que torna o elemento dentário ainda mais predisponente a uma injúria traumática

### *Classificação dos traumas dentários*

A classificação dos traumas dentários é de extrema importância para a atuação do cirurgião-dentista, pois quando o mesmo se depara com casos dessa natureza poderá intervir baseado no conhecimento científico, também há a necessidade de um bom diagnóstico desses traumas dentários. De acordo com (Andreasen et al.,2003) e (Andreasen, Andreasen e Anderson 2007), a classificação dos traumas dentários pode ser descrita nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 Classificação e características em fraturas dentárias e osso alveolar.

Classificação e características em fratura dentaria e osso alveolar.	Classificação do trauma que acomete os tecidos de suporte.
A fratura em esmalte é caracterizada pela perda parcial do esmalte	A concussão é caracterizada como uma lesão dos tecidos de suporte, sem perda dentária e sem deslocamento.
A fratura de esmalte e dentina é caracterizada pela perda restrita do esmalte e dentina	A subluxação é caracterizada pela lesão dos tecidos de suporte com presença de sangramento gengival.
A fratura de coronária é caracterizada quando ocorre o comprometimento do esmalte, dentina e polpa.	A luxação extrusiva se caracteriza pelo deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo.
A fratura coroa raiz é o tipo de fratura que envolve esmalte, dentina e cimento.	A luxação lateral é caracterizada pelo deslocamento do dente com fratura ou esmagamento do osso alveolar.
A fratura radicular é o tipo de fratura que envolve dentina, cimento e polpa e apresenta mobilidade.	A luxação intrusiva se caracteriza pelo deslocamento do dente para dentro do alvéolo.
Fratura da parede e processo alveolar caracterizada com uma fratura que compromete a parede óssea do alvéolo podendo envolver ou não o dente.	A avulsão se caracteriza quando o dente se apresenta totalmente fora do alvéolo.

Fonte: Site SCIELO, 2012.

Quadro 2 - Classificação dos traumas que acometem tecidos duros e de suporte do dente.

Classificação do trauma que acomete os tecidos duros do dente.	Classificação do trauma que acomete os tecidos de suporte
A infração do esmalte, é caracterizado como uma fratura que não há perda de nenhum fragmento (rachadura), são geralmente lesões que delimita o esmalte a junção esmalte – dentina.	A concussão reage aos testes de percussão, mas não a apresenta movimento ou afrouxamento.
A fratura de esmalte é caracterizada quando há perda de fragmento dentário apenas em esmalte “fratura coronária não complicada”	A Subluxação (afrouxamento) apresenta afrouxamento anormal entretanto, clinicamente e radiograficamente não há deslocamento do dente.
A fratura esmalte dentina ocorre quando há perda de fragmento de esmalte e dentina sem comprometimento pulpar fratura coronária não complicada.	A luxação extrusiva (deslocamento periférico, avulsão parcial) caracteriza como uma lesão onde há deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo sem haver lesão ao osso.
A fratura de esmalte dentina e polpa apresenta-se pela perda do esmalte e dentina com comprometimento, “fratura coronária complicada”	A luxação lateral é caracterizada pelo deslocamento do dente do seu eixo excêntrico, juntamente com a fratura alveolar
A fratura coroa raiz é o tipo de fratura que envolve esmalte, dentina, e cimento. Essas fraturas são agrupadas de acordo com o envolvimento pulpar sendo uma não complicada e outra complicada.	A luxação intrusiva (deslocamento central) é caracterizada quando o dente se desloca em sentido ao osso alveolar, e acompanhada por fratura do osso alveolar.
A fratura radicular é o tipo de fratura que envolve dentina, cimento e polpa.	A avulsão ocorre quando o dente se apresenta fora do alvéolo.

Fonte: Site SCIELO, 2007.

A Luxação extrusiva é uma lesão onde há deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo. É possível verificar no exame físico uma mobilidade mais acentuada, o dente se apresenta extruído com presença de dor há percussão, no primeiro momento o teste de vitalidade pulpar se apresenta negativo, na radiografia é possível notar o espessamento do ligamento periodontal. O dente deve ser reposicionado no alvéolo e deve ser realizado uma esplintagem estabilizando o dente por 2 semanas. O tratamento endodôntico é comumente necessário nesses casos uma vez que outros tipos de tratamento podem ser mais traumáticos, causando mais danos aos tecidos. (ANDREASEN, ANDREASEN E ANDERSON 2007; DIANGELIS et al. 2012).

Nos casos de subluxação (afrouxamento) a presença de mobilidade do dente e presença de sangramento no sulco gengival o sangramento se dá pelo fato de que fibras periodontais sofreram um trauma e houve o rompimento dos vasos. Não é necessário nenhum tratamento de urgência, porém é necessário que seja realizado uma esplintagem flexível com objetivo de estabilizar o dente e trazer mais conforto ao paciente (ANDREASEN, ANDREASEN E ANDERSON 2007; DIANGELIS et al. 2012)

#### *Considerações sobre terapia endodôntica*

Em dentes jovens com ápice aberto podemos realizar apicificação é o selamento do forame apical por meio de neoformação de tecido mineralizado induzido pela ação da medicação a base de hidróxido de cálcio, são mais usados em dentes que sofreram intrusão ou avulsão porque pode ter reabsorção radicular por reabsorção (SOARES, 2014).

Soares (2014), propôs uma pasta a base de hidróxido de cálcio e óxido de zinco, que foi utilizada em uma série de dentes traumatizados com elevada taxa de sucesso. A vantagem desta pasta proposta estaria na não necessidade de trocas, fazendo assim com que o dente não fique mais fragilizado.

Após o trauma dentário. Segundo Diangelis (2012) a fratura corono radicular quando houve exposição pulpar em dentes com rizogênese incompleta ou em dentes de jovens com o ápice já formando e recomendado que seja realizado a pulpotomia, porém se ocorrer com pacientes já de idade é necessário realizar a pulpectomia. Na fratura radicular horizontal a necrose ocorre em 25% isso se dar pelo deslocamento.

Em casos em que o dente sofreu intrusão e estiver com o ápice completo, se ainda for associado à luxação, extrusão, luxação lateral, a possibilidade de uma necrose pulpar e reabsorção radicular ocorrer é bem alta. Já nos casos de dentes avulsionados e com ápices fechado pode ocorrer maior prevalência da reabsorção radicular e possivelmente necrose pulpar. Porém se o dente permanecer fora do alvéolo por um maior tempo a possibilidade de haver uma necrose pulpar é bem estimada (DIANGELIS et al, 2012).

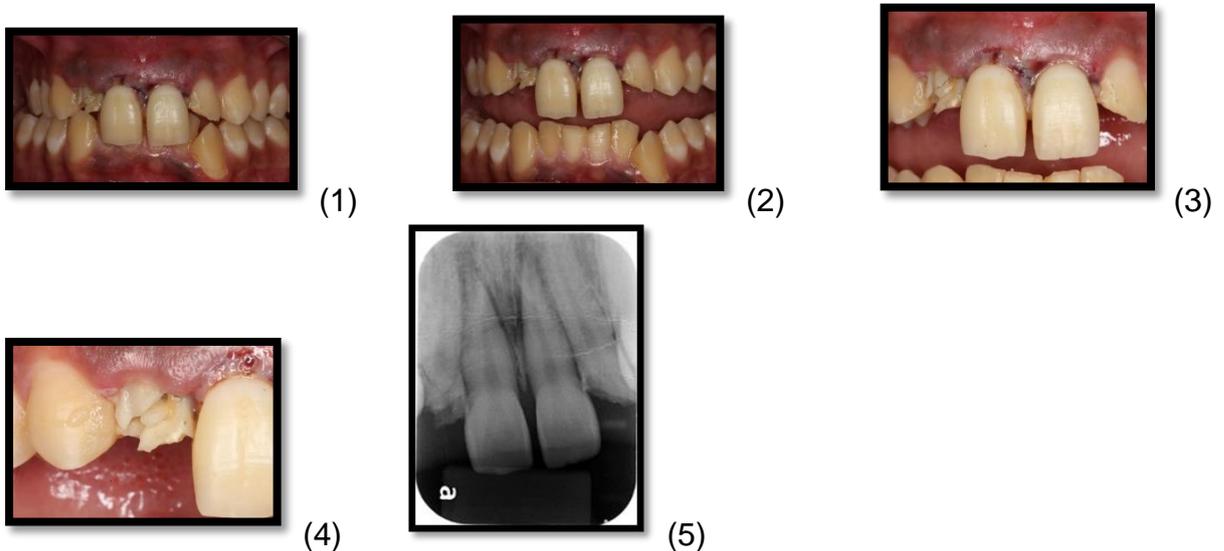
Quando há presença de necrose pulpar, é necessário realizar uma intervenção endodôntica rápida afim de evitar a contaminação pulpar. Porém em dentes com rizogênese completa a intervenção endodôntica é indicada após 2-3 semanas após o ocorrido pois só a partir disso é possível ter a certeza da necrose pulpar (DIANGELIS et al, 2012).

Nos casos de dentes com rizogênese completa que sofreram avulsão dentária, o tratamento endodôntico pode ser realizado a partir do 7° ao 10° dia após a reimplantação, e só pode ser removida a contenção flexível depois de ter feito o tratamento endodôntico, porém se o dente permaneceu fora do alvéolo por mais de 1 hora , recomenda-se realizar o tratamento endodôntico fora da boca com o dente em mãos e depois reimplantar, está conduta se adequa tanto ao dente com rizogênese completa e incompleta (DIANGELIS et al, 2012).

Nos casos de intrusão e avulsão é importante ressaltar que o Hidróxido de Cálcio tem um papel muito importante na reparação dos tecidos, por isso recomenda-se seu uso concomitantemente ao tratamento do canal (DIANGELIS et al, 2012).

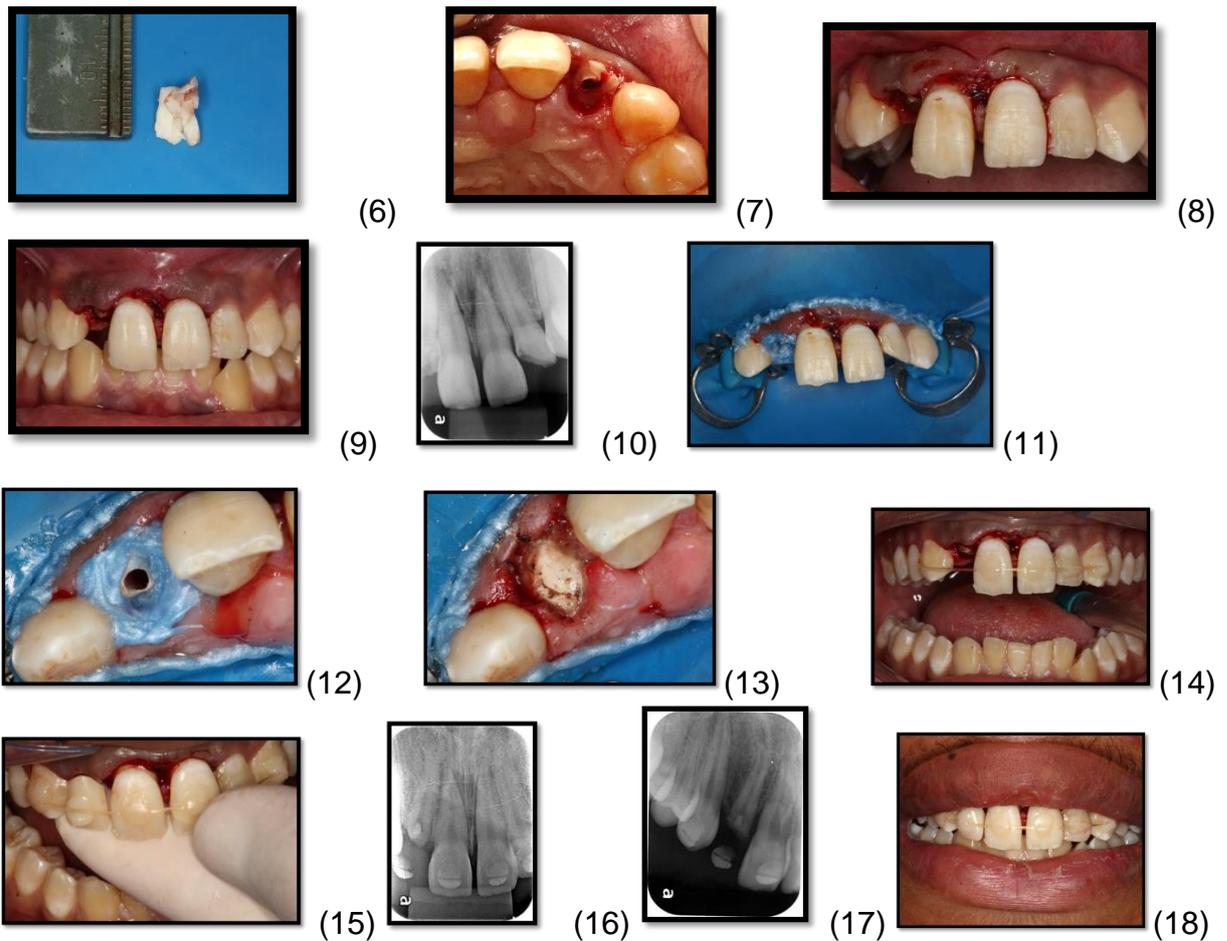
#### 4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente RSS, 17 anos sofreu um trauma dental ao cair da própria altura jogando futebol no dia 15/03/2019 sendo atendido em uma Upa na cidade de São Pedro. O paciente procurou a clínica de trauma da faculdade de Odontologia de Piracicaba Unicamp - SATD no dia 18/03/2019, veio acompanhado da sua mãe. Na primeira consulta foram realizados os primeiros tratamentos, e diagnósticos de tecido duro e de suporte onde o dente 21, sofreu trinca de esmalte e luxação extrusiva, o dente 22, sofreu fratura de esmalte e subluxação, o dente 12, sofreu fratura coronoradicular com envolvimento periodontal e subluxação e o dente 11, sofreu luxação extrusiva, além disso, apresentou abrasão nos tecidos moles. (Figura 1 a 5).



As Figuras 1, 2, 3 e 4 mostram como paciente chegou na clínica, figura 5 mostra radiografia dos elementos atingidos.

No primeiro atendimento o dentista realizou no dente 22 restaurações estética provisória nas superfícies mesial e incisal dos dentes. Os dentes 21 e 11 foram reposicionados no alvéolo. O dente 12 teve fragmento removido e realizada a primeira fase do tratamento endodôntico com medicação intra canal com clorexidina, hidróxido de cálcio e selamento com material restaurador provisório (cotosol), foi realizado isolamento a distância para não abalar os dentes afetados, colocaram um dente de estoque na contenção. Foi realizado contenção flexível dentes 13,12,11,21,22, e 23, agendado proservação para dia 01/04/2019.(Figuras 6 a18).



Figuras 6 e 7 mostram remoção do fragmento do elemento 12, figura 8 e 9 mostram foto de como ficou após reposicionamento dos dentes no alvéolo e limpeza dos dentes, figura 10 mostra radiografia após reposicionamento, figura 11 e 12 mostram isolamento a distância para fazer urgência do elemento 12, figura 13 mostra conclusão da urgência endodôntica, figura 14 mostra splintagem, figura 15 mostra colocação de dente de estoque, figura 16 e 17 mostram radiografias do final da consulta, e figura 18 mostra foto ao finalizar a primeira consulta.

Na 2ª sessão após 15 dias foi realizado teste de vitalidade, onde os elementos 22 e 21 responderam positivamente, o dente 11 não respondeu, o dente 12 já tinha sido realizado a urgência endodôntica, no teste de percussão horizontal dente 22 não respondeu, dentes 21, 11 responderam positivamente dente 12 não foi realizado porque estava com coroa provisória fixada na contensão, no teste de percussão vertical, dente 22 não respondeu, dentes 21 e 11 responderam positivamente, teste de mobilidade dente 22 não apresenta, dente 21 apresenta mobilidade grau 2 e dente 11 mobilidade grau 1, na palpação dentes 21,22, e 12 deram negativo, dente 11

respondeu positivamente, no teste elétrico, dente 22 -33 amperes dente 21- 76 amperes, dente 11 – 46 amperes, exames clínicos e radiográficos, avaliação periodontal com o professor da periodontia.

No dia 15/04/19 na 3 sessão foi realizado teste de vitalidade, dentes 22, 21 e 11 responderam positivamente, no teste de percussão horizontal dentes 22, 21 e 11 não responderam, no teste de percussão vertical dente 22 não respondeu, dentes 21 e 11 responderam, quando avaliamos mobilidade dente 22 e 21 não apresentam e dente 11 apresentou pouca mobilidade, na palpação dentes 21,22 e 11 deram negativo, no teste elétrico, dente 22 -19 amperes, dente 21- 14 amperes, dente 11 – 15 amperes, exames clínicos e radiográficos foram feitos, foi realizado tratamento endodôntico juntamente com a periodontia que realizou aumento de coroa clinica com remoção de pouco tecido ósseo na palatina, e após realizado colocação de pino de fibra de vidro e realizado reconstrução em resina composta no elemento.



(19)



(20)



(21)



(22)



(23)



(24)



(25)



(26)



(27)



Figuras 19, 20 e 21 mostram cirurgia de aumento de coroa clínica realizado pela periodontia, figura 22 mostra remoção de osso pela palatina, figura 23 e 24 mostram isolamento absoluto, e colocação de pino de fibra de vidro após tratamento endodôntico no elemento 12, figura 25 mostra remoção do isolamento, figuras 26 e 27 mostram sutura da cirurgia periodontal, figura 28 mostra radiografia do final do tratamento, figura 29 mostra foto do final da primeira consulta.

Paciente retornou para avaliação no dia 22/04/19 foi removido a sutura, estava ótima a cicatrização, foi agendado uma nova consulta para avaliar.



Figuras 30,31 e 32 mostram foto de remoção de sutura e evolução dos dentes envolvidos

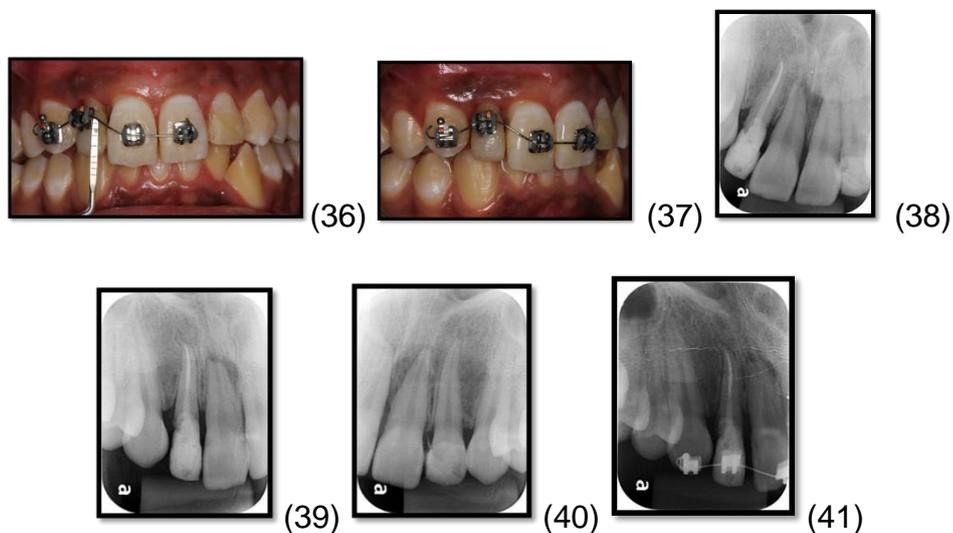
O mesmo retornou no dia 06/05/19 foi realizado avaliação periodontal onde estava em perfeito estado, e no dia 10/06/19 foi realizada avaliação periodontal, tudo em perfeito estado.



As figuras 33,34 e 35 mostram radiografias de controle.

Após 3 meses 9/09/19 foi realizado avaliação de controle , com teste de vitalidade, onde os elementos 11 e 21 responderam positivamente, porém com atraso e um declínio rápido, dente 22 respondeu positivamente , dente 12 já tinha sido realizado a urgência endodôntica, no teste de percussão horizontal dentes 22, 21 e 12 não responderam, dente, 11 respondeu positivamente dente 12 não foi realizado porque estava com coroa provisória fixada na contensão, no teste de percussão vertical, todos os dentes responderam negativamente, no teste de mobilidade dentes 21, 11 e 12 apresentaram pouca , dente 22 sem mobilidade, na palpação deram negativo, no teste elétrico, dente 22 -7 amperes, dente 21- 11 amperes, dente 11 – 18 amperes.

Nesse mesmo dia fizeram avaliação clínica e radiográfica, avaliação periodontal do dente 12, decisão de estruir mais 2,5mm por conta da inflamação gengival, foi reorientado técnica de escovação e passagem de fio dental, foi prescrito bochecho com clorexidina a 0,12%, colagem de braquetes ortodôntico, para realizar a extrusão.



Figuras 36 e 37 mostram fotos mostrando colocação dos braquetes e posicionamento do dente, fuguras 38,39,40 mostram radiografias realizadas no dia antes da colocação dos braquetes, figura 41 RX final após colocação dos braquetes.

No dia 16/9/2019 o paciente foi avaliado pela ortodontia, onde perceberam que houve extrusão de cerca de 2mm do dente 12, continuaram com a ativação.

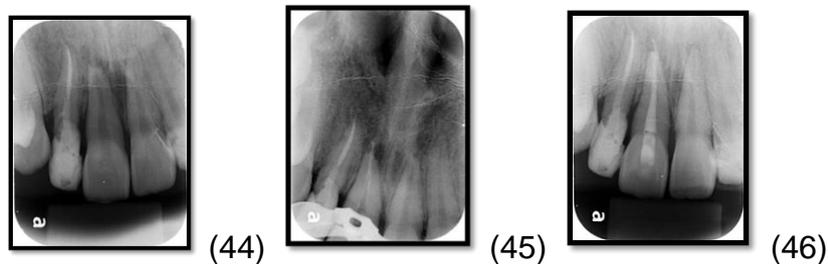
No dia 23/09/19 foi avaliado que o dente 12 já tinha estruiu o suficiente, foi removido o fio e reagendado para 15 dias, dentes 11 e 13 estão giro vertidos, foi

decidido em esperar voltar sozinhos. No dia 7/10/2019 , foi realizado consulta de controle clínico, e testes de vitalidade onde mostra dentes 11 e 21 com pouca vitalidade, de 22 vital, no teste de percussão vertical dentes 12, 21 e 22 não apresentam resposta dente 11 apresentou resposta, no teste de percussão horizontal todos os dentes deram negativo, ao avaliar a mobilidade dente 11 apresentou pouca, já os dentes 12, 21 e 22 sem mobilidade, no teste elétrico dente 11 – 13 amperes, dente 21 – 14 amperes, dente 22 – 12 amperes, Foi realizado radiografia, remoção dos braquetes, teste de cavidade, sentiu logo no início do teste no elemento 11 e restauração em resina composta.



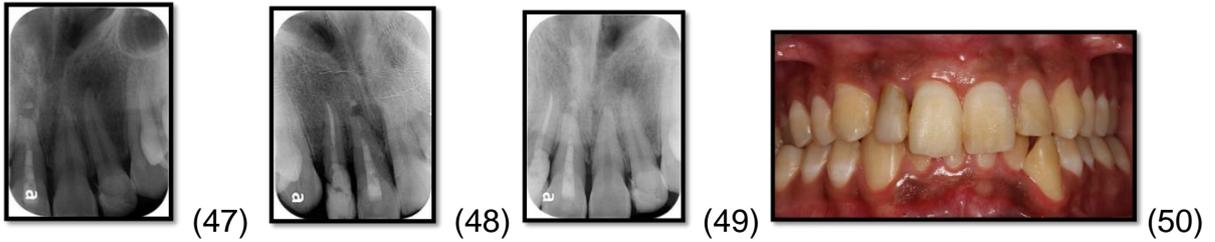
As Figuras 42 e 43 mostram foto que indicam a extrusão do elemento 12.

Em novembro 18/11/19 quando retornou foi observado reabsorção radicular externa no elemento 11 sendo assim realizado tratamento endodôntico, com inserção de pasta Soares do trauma.



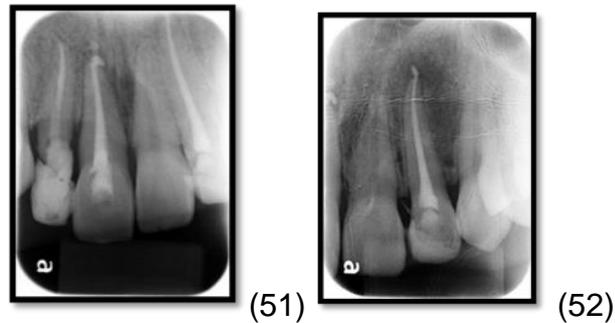
A Figura 44 mostra radiografia do elemento 11 com reabsorção radicular externa, figura 45 mostra radiografia da urgência endodôntica, figura 46 mostra radiografia final da urgência endodôntica.

Diante da pandemia do Corona vírus e só foi possível retorno em 21 junho de 2021, onde foi removida pasta do elemento 11 e obturado com cimento biocerâmico, o paciente foi orientado que precisaria acompanhar dente 21, Dente 22 apresentou indícios que estava necrosando foi reagendado para avaliar.



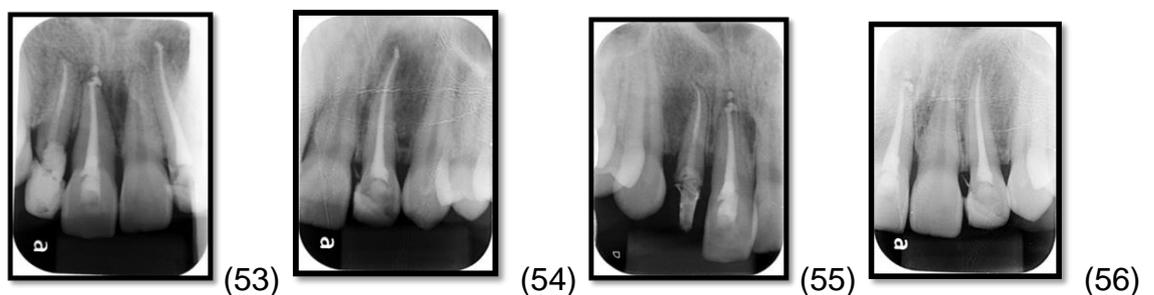
As Figuras 47,48 e 49 mostram radiografias de controles e figura 50 mostra foto do paciente no dia.

Paciente retorna no dia 28/06/21 foi realizado tratamento endodôntico do elemento 22 e obturado com biocerâmico. No dia 12/07/21 e 16/08/21 paciente retornou para avaliação.



As Figuras 51 e 52 mostram radiografias finais dos tratamentos endodônticos realizados nos elementos 11 e 22.

Paciente retorna dia 11/04/22 e 04/07/22 para avaliação foi realizado profilaxia e coroa provisória. No dia 12/07/23, a responsável informa que não conseguiu mais retornar a faculdade pois mudou de cidade.



As Figuras 53 e 54 e mostram radiografias de controle realizadas nos dias 12/07/21, figura 55 mostra radiografia realizada dia 30/09/21, figura 56 mostra radiografia realizada no dia 04/07/22.

Quando fui escrever o relato entrei em contato com a responsável e após algumas tentativas consigo a radiografia panorâmica de 30 de janeiro 2023, após 4 anos mostrando o sucesso do tratamento todos os dentes em boca.



(57)

A Figura 57 mostra radiografia panorâmica do dia 30/01/23.



(58)

A Figura 58 mostra foto final do tratamento.

## 5 DISCUSSÃO

O traumatismo alvéolo dentário é uma situação de grande incidência nos consultórios Odontológicos e pode muitas vezes acometer não somente os dentes, mas também a face, mucosa bucal, osso alveolar e estruturas dento-alveolares relacionadas (MELO et al., 2003).

Além da dor, os traumas dentários acabam gerando estresse, medo e ansiedade nos pacientes e em todo o núcleo familiar. É necessário, antes de qualquer procedimento, acalmar os pais e o paciente para que se consiga chegar a um diagnóstico correto e partir para o tratamento de urgência, o mais rápido possível (MELO et al., 2003).

Na luxação extrusiva, o dente está deslocado axialmente para fora do seu alvéolo e, com a mobilidade extremamente aumentada. Tanto o ligamento periodontal quanto o suprimento neuro vascular da polpa são rompidos. Apenas as fibras gengivais palatais impedem que o dente seja avulsionado. Radiograficamente é possível de ser observado o espaço entre a raiz e a parede óssea alveolar (VASCONCELLOS et al., 2006).

O tratamento da extrusão dentária baseia-se no reposicionamento do dente, após, procede-se com contenção semirrígida com resina composta por três semanas, fato semelhante foi realizado no referido caso (VASCONCELLOS et al, 2006). Nos casos em que ocorre fratura da tábua óssea com luxação/avulsão dos dentes envolvidos é necessária uma fixação rígida para um adequado reparo ósseo, os métodos mais utilizados são através de fios ortodônticos e barras de Erich (VIEIRA et al, 1998).

A necrose pulpar é comumente esperada nos dentes que sofreram extrusão, aproximadamente 64%, já a reabsorção radicular é rara neste caso, apresenta-se mais frequente nas luxações laterais (ANDREASEN et al., 1985). O prognóstico depende do correto posicionamento dental e do estágio de desenvolvimento radicular (ANDREASEN et al., 1985). O ideal é realizar o controle clínico e radiográfico do paciente em 15, 30, 60 e 120 dias (KRAMER et al., 2000).

No entanto, sabe-se que o teste de sensibilidade efetuado logo após o traumatismo é questionado por não traduzir a real condição pulpar, uma vez que respostas negativas podem ser momentâneas devido ao comprometimento do suprimento sanguíneo por inflamação pulpar, pressão e tensão dos nervos apicais. A

real condição pulpar poderá ser determinada somente oito semanas após o trauma por meio de testes que identifiquem a vitalidade ou necrose da polpa (OZÇELIZ et al, 2000).

Quanto às lesões mais comuns dos tecidos duros, as fraturas de esmalte e dentina em dentes permanentes são as mais prevalentes. Estas, geralmente, exigem um selamento ou restauração para retornar a forma anatômica do dente, a fim de evitar a penetração bacteriana e possível contaminação através dos túbulos dentinários (ANDREASEN et al., 2010).

Quando se consegue o fragmento dental, a colagem é a melhor escolha terapêutica, dependendo da boa adaptação do mesmo, uma vez que esse tratamento permite a restauração da anatomia original do dente, principalmente em pacientes jovens, pois possuem a anatomia dentária complexa e difícil de ser reproduzida, possibilitando a reabilitação da função e da estética (CASTRO et al, 2005). Porém, quando o fragmento é perdido no trauma, procuramos soluções reabilitadoras o mais conservador possível, fato que foi realizado neste caso, a restauração direta com resina composta através da técnica da guia de silicone (COELHO, 2012).

O caso teve acompanhamento de 3 anos nesse período consideramos como sucesso do tratamento, logo depois, com a pandemia do Covid19 o serviço precisou ficar fechado, o que acabou refletindo na falta de preservação maior do caso.

Nesse trabalho houve o trabalho de três especialidades da odontologia, a Periodontia onde foi feita aumento de coroa clínica, raspagem e avaliação dos tecidos de suporte durante esse tempo, dando o suporte e a atenção necessária para o caso. A Ortodontia onde conseguimos extrair o dente para uma anatomia e estética favorável para este caso.

## **CONCLUSÃO**

O trauma dentário é uma situação clínica que demanda um atendimento especializado e muitas vezes multidisciplinar. O tratamento envolve diversas técnicas clínicas e necessita de uma preservação adequada a fim de garantir o sucesso e reabilitação do paciente a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSSON L. **Epidemiology of Traumatic Dental Injuries.** *Pediatr Dent* 2013; 35(2):102-105.

ANABE 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* 2009; 27 (4):447-51.

ANTUNES, L. A. A.; LEÃO, A. T.; MAIA, L. C. **Impacto do Traumatismo Dentário na Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes: Revisão Crítica e Instrumentos de Medida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3417-3424, 2012.

ANDERSSON, L. et al. **International Association of Dental Traumatology Guidelines For The Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth.** *Dental Traumatology*, v. 28, p. 88-96, 2012.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M.; ANDERSON, L. **Traumatic Injuries ToTheTeeth.** Cap 10-24; 4 ed., 2007.

ANDREASEN J.O, LAURIDSEN E, ANDREASEN F.M. **Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research.** *Dent Traumatol* 2010;26(1):16-22.

ANDREASEN J.O, LAURIDSEN E, ANDREASEN F.M. **Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research.** *Dent Traumatol* 2010;26(1):16-22.

ANDREASEN F.M, ANDREASEN J.O. **Diagnosis of luxation injuries: The importance of standardized clinical, radiographic and photographic techniques in clinical investigations.** *Endod Dent Traumatol* 1985;1(5):160-169.

BÜCHER K, NEUMANN C, THIERING E, HICKEL R, KÜHNISCH J. **Complications and survival rates of teeth after dental trauma over a 5-year period.** *Clin Oral Investig* 2012.

BARROS I. R. V. et al. **Traumatismos Dentários: da Etiologia ao Prognóstico, Tudo que o Dentista Precisa Saber.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 45, p. 1-8, 2020.

CASTRO J.C.M, POI W.R, MANFRIN T.M, ZINA L.G. **Analysis of the crown fractures and crown-root fractures due to dental trauma assisted by the Integrated Clinic 1992 to 2002.** Dent Traumatol 2005;21(3):121-126.

COELHO-DE-SOUZA F.H. **Restaurações diretas em dentes anteriores com resina composta.** In: Coelho-de-Souza FH. **Tratamentos Clínicos Integrados em Odontologia.** 1ª.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012:181-216.

KRAMER P.F, FELDENS C.A. **Traumatismo na dentição decídua: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento.** 1ª.ed. São Paulo: Santos; 2005. Özçeliz B, Kuraner T, Kendir B, Asan E. Histopathological evaluation of the dental pulps in crown fractured teeth. J Endod 2000;26(5):271-273.

KALLEL, I. et al. **The Incidence of Complications of Dental Trauma and Associated Factors: A Retrospective Study.** Inter. Jour. Dent., v. 11, p 1-8, 2020.

KUMAR A, BANSAL V, VEERESHA K.L, SOGI G.M. **Prevalence of Traumatic Dental Injuries Among.** Schoolchildren in Ambala District, Haryana, India. Oral Health Prev Dent 2011;9(3):301-305.

LAM, R. **Epidemiology And Outcomes of Traumatic Dental Injuries: a Review of the Literature.** Aust Dent J. v. 61, p. 4-20, 2016.

MELO R.E.V.A, VÍTOR C.M.A, SILVA M.B.L, LUN A.L.A, FIRMO A.C.B. **Traumatismo dentoalveolar.** International Journal of Dentistry 2003;2(2):266-272.

ÖZÇELİZ B, KURANER T, KENDIR B. ASAN E. **Histopathological evaluation of the dental pulps in crown fractured teeth.** J Endod 2000;26(5):271-273.

PEREIRA, A. C. et al. **Atendimentos realizados no Serviço de Traumatismos Dentários da FOP-Unicamp durante o período de dois anos.** RFO UPF [online]. 2016, vol.21, n.1, pp. 09-14. ISSN 1413-4012.

PEREIRA, A. C. et al. **Atendimentos Realizados no Serviço de Traumatismos Dentários da FOP-Unicamp Durante o Período de Dois Anos.** RFO UPF [online], v. 21, p. 9-14, 2016.

SANABE, M. E. et al. **Urgências em Traumatismos Dentários: Classificação, Características e Procedimentos.** Rev. Paul. Pediatr., v. 27, p. 447-451, 2009.

VASCONCELLOS R.J.H, MARZOLA C, GENU P.R. **Trauma Dental: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos.** Revista de Odontologia da ATO 2006;6(12):774-796.

VIEIRA E.H, GABRIELLI M.A.C, RÊGO R.D, RAMOS R.Q. **Fixação interna rígida em fratura alvéolo-dentária na maxila.** Rev Assoc Paul Cir Dent 1998;52(6):471-473.

VASCONCELLOS R.J.H, MARZOLA C, GENU P.R. **Trauma Dental: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos.** Revista de Odontologia da ATO 2006;6(12):774-796.

ZALECKIENE, V. et al. **Traumatic Dental Injuries: Etiology, Prevalence And Possible Outcomes.** Stomatologija., v. 16, p. 7-14, 2014.

ZALECKIENE, V. et al. **Traumatic Dental Injuries: Etiology, Prevalence And Possible Outcomes.** Stomatologija., v. 16, p. 7-14, 2014.

## RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO

### Monografia 2 Laisa

#### RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

**4%**  
ÍNDICE DE SEMELHANÇA

**4%**  
FONTES DA INTERNET

**0%**  
PUBLICAÇÕES

**0%**  
DOCUMENTOS DOS ALUNOS

#### CORRESPONDER A TODAS AS FONTES(SOMENTE AS FONTES IMPRESSAS SELECIONADAS)

3%

★ [repositorio.saolucas.edu.br:8080](http://repositorio.saolucas.edu.br:8080)

Fonte da Internet

Excluir citações

Em

Excluir

Desligado

Excluir bibliografia

Desligado

correspondências