

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2018
Volume II | Nº1



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

TRATAMENTO IMEDIATO AO TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR COM CONTENÇÃO RÍGIDA – RELATO DE CASO

Immediate Treatment of Dentoalveolar Trauma with Rigid Containment - Case Report

DANIELLE DARZE ABADDE BARBOSA

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FSJ

MAILA CARVALHO NASCIMENTO

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FSJ

LUCAS CARNEIRO COSTA

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FSJ

PAULA MAURO BOTELHO

Pós-graduanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FSJ

FABIO TADEU FERREIRA RODRIGUES

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FSJ

RAFAEL MEIRA PIMENTEL

Doutorando e Mestre em Odontologia; Coordenador da Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – FSJ; Especialista Bucomaxilofacial

RESUMO

Os traumatismos dentais envolvem situações de urgência odontológica onde as fraturas do processo alveolar representam lesões complexas. Temos como etiologias predominantes: acidentes automobilísticos, desportivos e agressões físicas. Esse tipo de fratura é encontrada predominantemente na região de dentes anteriores e pré-molares, sendo o tratamento através de contenções rígidas ou semirrígidas. A proposta deste trabalho foi apresentar um caso clínico de traumatismo envolvendo fratura óssea em bloco e o tratamento de escolha foi redução incruenta da fratura dentoalveolar com contenção rígida, utilizando fio de aço e resina composta.

ABSTRACT

Dental traumas are considered a dental emergency. For instance, the fracture of the alveolar process is a complex injury. There are some etiologies responsible for this trauma, such as car crash, sport injuries, and physical aggressions. Predominantly, alveolar fracture occurs in the area around the anterior and premolar teeth. The treatment is done by immobilization using either a rigid or flexible splint. The purpose of this study is to present a clinical case of trauma involving bone fracture in a block and its treatment with a non - invasive reduction of dentoalveolar fracture with rigid immobilization using braided wires and composite resin

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentoalveolar pode ser comumente encontrado em pacientes que sofreram algum tipo de trauma em face. Segundo Andreasen et al, este número representa aproximadamente 15% do total dos atendimentos de emergência, sendo 2% apenas trauma dentoalveolar¹.

Os traumatismos dentais envolvem situações de urgência odontológica que necessitam de uma atenção profissional e um atendimento rápido e eficiente. Apesar do pronto atendimento, na maioria das vezes é necessário acompanhar o paciente por um longo período de tempo pós tratamento imediato².

Fratura do processo alveolar representa lesão complexa, envolvendo tanto osso alveolar, ligamento periodontal, e a polpa de vários dentes e tecidos moles. A aparência clínica típica é de um segmento de osso alveolar com um ou mais dentes deslocados e pode ser movido como um bloco ósseo inteiro³. Temos como etiologias predominantes relatadas na literatura acidentes automobilísticos, desportivos e agressões físicas.^{8,9,10,11}

Essas fraturas são encontradas predominantemente na região dos dentes anteriores e pré-molares. Os elementos dentários mais frequentemente atingidos são os incisivos centrais superiores com cerca de 60% dos casos. Este tipo de lesão promove grande prejuízo estético e funcional, sendo comum o paciente relatar dentes mal posicionados e oclusão alterada, já que o segmento envolvido foi deslocado de sua posição original^{4,5,6,7}

Nos casos de fraturas dentoalveolares, a contenção rígida ou semirrígida são um recurso que na maioria das vezes é utilizada⁷. Objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de traumatismo dentoalveolar tratado com contenção rígida, demonstrando o sucesso da técnica.

RELATO DE CASO

Paciente de 45 anos, gênero feminino, leucoderma, sofreu acidente automobilístico e foi levada de imediato ao pronto-socorro. Segundo relato, paciente encontrava-se dirigindo o veículo quando, no momento da colisão, veio a traumatizar a face diretamente no volante do carro.

Ao exame clínico observou-se fratura em bloco do processo alveolar, região anterior de maxila, envolvendo os elementos dentários 11 e 21 e tecido gengival da região com dilaceração (figura 2). Durante a palpação feita suavemente, referiu intensa sintomatologia dolorosa, apresentou mobilidade dos elementos dentários envolvidos e perda total de função mastigatória.

Ao exame de imagem, tomografia computadorizada, em reconstrução 3D constatou-se fratura horizontal em bloco anterior de maxila (figura 3). Em corte axial da TC observamos desvio em bloco ósseo em direção a região palatina (figura 4). Optou-se por intervenção incruenta de redução da fratura e contenção rígida do bloco ósseo fraturado. Paciente foi orientado quanto a possíveis complicações inerentes ao trauma e necessidade de posterior acompanhamento clínico.

Após realizar assepsia intra e extraoral com Digluconato de Clorexidina 0,12%, realizada anestesia local para bloqueio dos nervos infra-orbitário bilateral, nervo alveolar superior anterior e nervo nasopalatino, utilizando Prilocaína 3% com Felipressina 0,03UI (Prilonest 3% - DFL).

A redução incruenta da fratura foi realizada através da manipulação digital do segmento alveolar. Após foram removidos coágulos e realizado desbridamento da região vestibular dos elementos dentários envolvidos. A hemostasia foi conseguida por compressão em fundo de vestibulo maxilar e nas lacerações, logo após, realizado isolamento relativo. Com as superfícies dentárias secas, foi aplicado o ácido fosfórico a 35% em terço incisal e médio dos dentes traumatizados e adjacentes, após 20 segundos, o ácido foi removido e os dentes secos novamente revelando uma superfície branca gelada. A seguir, foi utilizado Sistema Adesivo para aderência da resina composta (Resina Filtek Z350 XT- 3M) a superfícies dentárias.

Com fio de aço calibre 24 juntamente com Resina Composta (Resina Filtek Z350 XT- 3M) foi promovida a contenção rígida, do elemento dentário 13 ao 23. Posicionado assim o fio, foi aplicado incrementos de resina composta na superfície vestibular dos elementos envolvidos, estabilizando o fio, e fotopolimerizada. A oclusão da paciente foi verificada e mantida corretamente sem necessidade de ajustes. (figura 5)

Paciente foi orientada quanto a necessidade de preservação, cuidados pós-operatórios e a necessidade de remoção da fixação após quatro semanas. Prescrito antibiótico Amoxicilina + Ácido Clavulânico (500 + 125mg) de oito em oito horas por sete dias, analgésicos (dipirona Sódica monohidratada 1g em caso de dor respeitando o intervalo de no máximo 4 em 4 horas. Prescrito colutório com Gluconato de Clorexidina 0,12% (Banhar 03 vezes ao dia por 1 minuto). Cuidados relacionados à dieta pastosa, repouso mastigatório, bem como um acompanhamento clínico e radiográfico (após 2 e 4 semanas, 8 semanas, um ano e cinco anos). Paciente foi de alta hospitalar no mesmo dia, sem intercorrências, com estética e função satisfatórias. Retornou semanalmente para revisão e liberado para acompanhamento clínico com endodontista após 60 dias.



Figura 1 - Aspecto Imediato logo após o trauma



Figura 2 - Imagem Reconstrução 3D



Figura 3 - Corte Axial Sugerindo a Fratura



Figura 4 - Aspecto da Região Após 60 dias

DISCUSSÃO

Segundo Fonseca essa técnica de esplintagem é relativamente simples, estético, higiênico. Podem ser utilizadas em traumatismos dentoalveolares, lesões de luxação, fraturas radiculares e autotransplante. Não é indicada em dentes com coroas artificiais ou restaurações extensas.

CONCLUSÃO

O tratamento das fraturas dentoalveolares, dependendo do tipo de traumatismo e de sua severidade, inclui reimplantes dentários, sutura dos tecidos moles, reposicionamento do dente ou fragmento ósseo¹². Para o sucesso desta reposição há necessidade de uma contenção rígida por um período de tempo promovendo estabilidade. Neste trabalho há a apresentação de contenção rígida utilizando Resina Composta e Fio de Aço.

O fio de aço proporciona excelente estabilização e deixa livre as margens gengivais e áreas interproximais, facilitando a higienização dessa área.

REFERÊNCIAS

Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, et al: Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries – a review article, *Dent Traumatol* 18:116, 2002

Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Classification of dental injuries. In: Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L, editors. *Traumatic dental injuries – a manual*, 3rd edn. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011. p. 16–

Hayrinem-Immone MT et al. A six-year follow-up study of sports-related dental injuries in children and adolescents. *Endod Dent Traumatol* 1990; 6:208-12.

Rauschenberger CR, Hovland EJ. Clinical management of crown fractures. *Dent Clin North Am* 1995; 39:25-51.

Oulis CJ, Berdouses ED. Dental injuries of permanent teeth treated in private practice in Athens. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12:60-5.

Sae-Lim V, Hon TH, Wing YK. traumatic dental injuries at the accident and emergency department of Singapore General Hospital. *Endod Dent Traumatol* 1995; 11:32-6.

Andreasen JO, Andreasen FM, Anderson L. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2007.

Andreasen FM, Andreasen JO. *Fundamentos de traumatismo dental*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 188p.

Andreasen FM. Initial treatment of the severely traumatized dentition. *Endod Dent Traumatol* 1992; 8:71.

Andreasen FM. Prognosis of the severely traumatized dentition. *Endod. Dent. Traumatol* 1992;8:72.

Sabe ME, Cavalcanti LA, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB. Urgências em traumatismos dentários: Classificação, características e procedimentos. *Rev. Paul. Pediatr.* 2009; 27:447-51



FACULDADES
SÃO JOSÉ

www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro