

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR IMPACTADO

DEVIDO A TRAUMA NA INFÂNCIA:

RELATO DE CASO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Matheus Savian Souto

Rodrigo Farias

Santa Maria, RS, Brasil

2016

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR IMPACTADO
DEVIDO A TRAUMA NA INFÂNCIA:
RELATO DE CASO

Matheus Savian Souto

Rodrigo Farias

Trabalho de conclusão de curso de Odontologia como requisito parcial para
obtenção do grau de **Cirurgião- Dentista**.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Abel Flores

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Universidade Federal de Santa Maria

Centro de Ciências Da saúde

Curso de Odontologia

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de
Curso

**INCISIVO CENTRAL SUPERIOR IMPACTADO DEVIDO A TRAUMA NA INFÂNCIA:
RELATO DE CASO**

Elaborado por

Matheus Savian Souto

Rodrigo Farias

Como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista

COMISSÃO EXAMINADORA

Jorge Abel Flores,Dr.(UFSM)

(Presidente/Orientador)

Marta Dutra Machado de Oliveira, Dr^a.(UFSM)

Pâmela Guteil Diesel, Me. (UNIFRA)

Diego SegattoBlaya, Dr.(UFSM)

(Avaliador substituto)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos nossos pais, pelo incentivo e apoio constante, nossos exemplos a serem seguidos.

Ao professor Dr. Jorge Abel Flores, pelo suporte que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos demais professores do Curso de Odontologia que fizeram parte do nosso processo de formação no ensino acadêmico.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, muito obrigado.

E por fim, agradecemos a Universidade Federal de Santa Maria, que através do Curso de Odontologia nos proporcionou um ensino de qualidade essencial para nosso sucesso profissional.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso

Curso de Odontologia

Universidade Federal de Santa Maria

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR IMPACTADO DEVIDO A TRAUMA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

AUTORES: MATHEUS SAVIAN SOUTO

RODRIGO FARIAS

ORIENTADOR: PROF.DR. JORGE ABEL FLORES

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 17 de junho de 2016

Dente impactado é aquele que não consegue irromper dentro do tempo esperado, até a sua posição normal na arcada dentária. A impactação ocorre porque a erupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por traumas ou por um denso revestimento ósseo. Como os dentes impactados não erupcionam, eles ficam retidos durante toda a vida do paciente, a menos que sejam removidos cirurgicamente. Esse trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico, os procedimentos e manobras cirúrgicas adotadas na extração de um incisivo central superior retido, bem como o pré, trans e pós-operatório do paciente. Nesse relato de caso, foi selecionado um paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, no qual durante a avaliação evidenciou-se, por meio do exame clínico, a ausência do incisivo central superior direito, e pelo exame radiográfico foi diagnosticado o dente retido.

Palavras-chave: Dente Impactado, Cirurgia Bucal, Traumatismo Dentário.

ABSTRACT

End of Course Work

Faculty Dental School

Federal University of Santa Maria

IMPACTED UPPER CENTRAL INCISOR DUE TO CHILDHOOD TRAUMA: CASE REPORT

AUTHORS: MATHEUS SAVIAN SOUTO

RODRIGO FARIAS

ADVISER: PROF.DR. JORGE ABEL FLORES

Date and Place of Presentation: Santa Maria, June 17th, 2016

Impacted tooth is one that is unable to erupt within the expected time until its normal position in the dental arch. The impaction occurs because the irruption is difficulted by adjacent teeth, trauma or due bone dense. As impacted teeth donot erupt, they are retained throughout the whole patient's life, unless surgically removed. In this case report, it was selected a female patient, 15 years old, which during the evaluation it was observed through clinical examination, the absence of the upper right central incisor, and in the radiographic examination was diagnosed retained tooth. The aim was discribethethe clinical case, the procedures and surgical maneuvers adopted in the extraction of aupper central incisor retained, as well as pre, trans and post-operative patient's.

Key-words: Impacted Tooth, Oral Surgery, Tooth Injuries.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASOS.....	10
3. LISTA DE FIGURAS.....	12
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

INTRODUÇÃO

Os dentes que não irrompem, são aqueles que ao chegar na sua hora de irromper, continuam retidos em tecidos duros ou moles, sendo que, denomina-se intraósseo os dentes envolvidos por osso e ou subgengival aqueles que estão cobertos por tecido gengival, em pelo menos uma face do elemento dentário⁷.

A ocorrência de dentes permanentes retidos pode ser relacionada a fatores sistêmicos e locais. Nos fatores locais que podem causar retardo na irrupção dos dentes permanentes, podem ser destacados: a presença de dentes supranumerários, cistos, odontomas, fibromatose gengival, traumatismo e dentes anquilosados¹; dos fatores que mais ocorrem, o traumatismo é o mais relatado. A região ântero - superior da cavidade oral é o local de maior incidência de traumatismos na infância².

Nos dentes anteriores decíduos, ocorre algum tipo de trauma em 1/3 das crianças³; e na dentição permanente 22% das crianças terá algum tipo de lesão⁴. Atualmente a Odontologia conta com exames complementares para diagnosticar, planejar o tratamento e acompanhar o paciente. Destes, a radiografia panorâmica é a mais usual, apresentando boa visualização dos elementos dentais e suas estruturas anatômicas⁵.

Baseado na literatura, ao analisar o caso clínico, é indicado à remoção cirúrgica, para que isso ocorra da melhor maneira, é preciso planejar de acordo com a posição do dente não irrompido e somente após intervir⁶. O diagnóstico e o tratamento de dentes retidos requerem competência do clínico geral, do Odontopediatra, do cirurgião buco-maxilo-facial, do periodontista, do ortodontista e da colaboração do paciente¹⁰.

Durante o ato cirúrgico é importante tomar cuidado com as manobras, para remover o dente sem danificar as estruturas vizinhas¹⁰. Deve ser dada importância e efetuar uma técnica anestésica adequada, fazer a incisão com retalho para melhor visualização e acesso, remover o osso até a linha do elemento por vestibular, remover restos dentários e ósseos através de irrigação, utilizar a lima para regularizar espículas ósseas, suturar adequadamente de acordo com o caso. Ainda

é de fundamental importância a instrução para o paciente junto com o receituário e indicação de retorno para remoção da sutura em sete dias⁷.

O presente trabalho tem como objetivo relatar os procedimentos e manobras cirúrgicas adotadas na extração de um incisivo central superior retido, bem como o pré, trans e pós- operatório do paciente.

RELATO DE CASO

Trata-se de um caso clínico de paciente do sexo feminino, 15 anos, boas condições de saúde geral. A paciente chegou à Clínica de Cirurgia do Curso de Odontologia da UFSM, encaminhada pelo Ortodontista de sua cidade; apresentou uma Tomografia Computadorizada Cone Beam, relatando um dente retido. Na anamnese, a paciente mencionou trauma na região anterior na infância. Foi feito exame clínico e observou-se a ausência do incisivo central superior direito (**Figura 1**). Na análise da TCCB (**Figura 2**), foi diagnosticado o dente 11 retido, com dilaceração na raiz. Através de uma avaliação ortodôntica, chegou-se a conclusão que elemento retido deveria ser extraído, pela incapacidade de se fazer tracionamento ortodôntico.

Com a autorização dos pais, foi feito o esclarecimento do caso e agendamento do procedimento cirúrgico. A cirurgia foi realizada sob anestesia local, utilizando seringa carpule e agulha curta 30G, com anestésico mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, fazendo uso de 2 tubetes na região vestibular com a técnica infiltrativa, inibindo as terminações nervosas dos nervos alveolares superiores anteriores direito e esquerdo, e meio tubete na região palatina com a técnica infiltrativa, anestesiando o nervo nasopalatino. Foi realizada a incisão de Wassmund, com a lâmina 15 e cabo de bisturi Bard Parker, criando um retalho pela vestibular, descolando a mucosa e perióstio com o sindesmótomo duplo nº1, afastando a mucosa labial com afastador Farabeuf e retalho com afastador Minnesota, com aspiração constante no uso de um aspirador descartável. Foi utilizada broca nº 8 de haste longa de alta rotação com irrigação constante, removendo osso por vestibular para localização do elemento retido. Efetuou-se a luxação com o extrator reto e com fórceps nº 65 o dente impactado foi removido (**Figura 5**).

Com a lima para osso Seldin, as espículas ósseas foram regularizadas e foi feita irrigação com seringa descartável de 20ml com soro fisiológico (**Figura 3**). Após, foi realizada a sutura, com fio seda 3-0 e porta agulha Mayo Hegar, pontos ancorados e simples nas relaxantes da incisão de Wassmund (**Figura 4**). Foi feita a prescrição de antibiótico, anti-inflamatório e analgésico, sendo os seguintes fármacos: Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 5 dias, Diclofenaco de Sódio 50mg de 8 em 8 horas durante 3 dias e Paracetamol 750mg de 6 em 6 horas

enquanto houvesse dor, sendo que a paciente iniciou a medicação 1 hora antes da cirurgia. As orientações do pós-operatório foram entregues por escrito e explicado cada um dos itens, sendo que a paciente retornou a clínica uma semana depois onde foi removida a sutura com tesoura e pinça clínica. Avaliou-se a evolução e foi realizada uma radiografia panorâmica (**Figura 6**), onde se constatou que todo o elemento dentário havia sido removido.

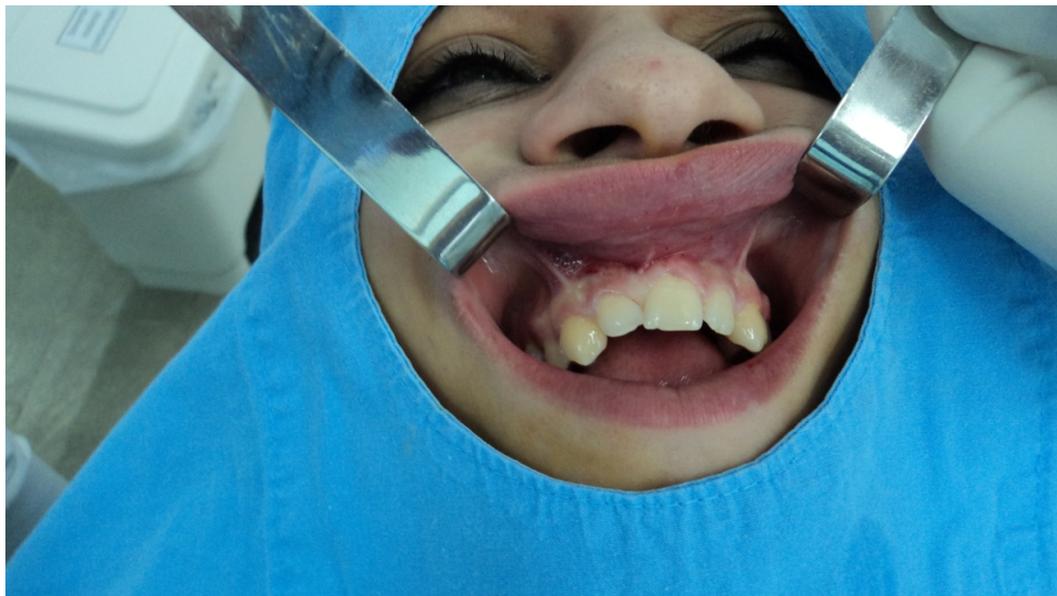
LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Imagem clínica da ausência do elemento dentário 11

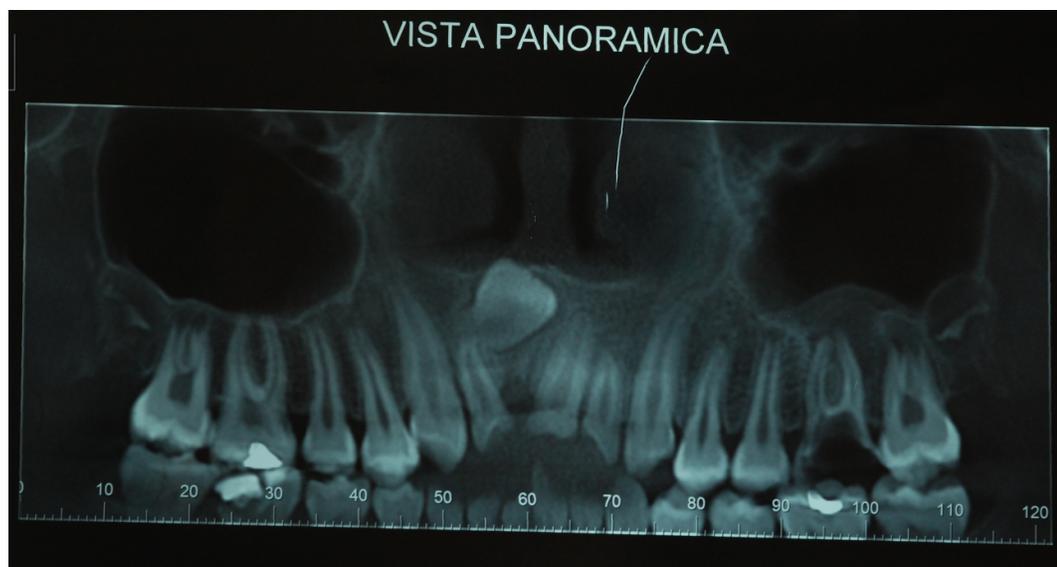


Figura 2- Vista panorâmica da Tomografia Computadorizada Cone Bean



Figura 3-Loja óssea após a remoção do dente 11



Figura 4- Sutura

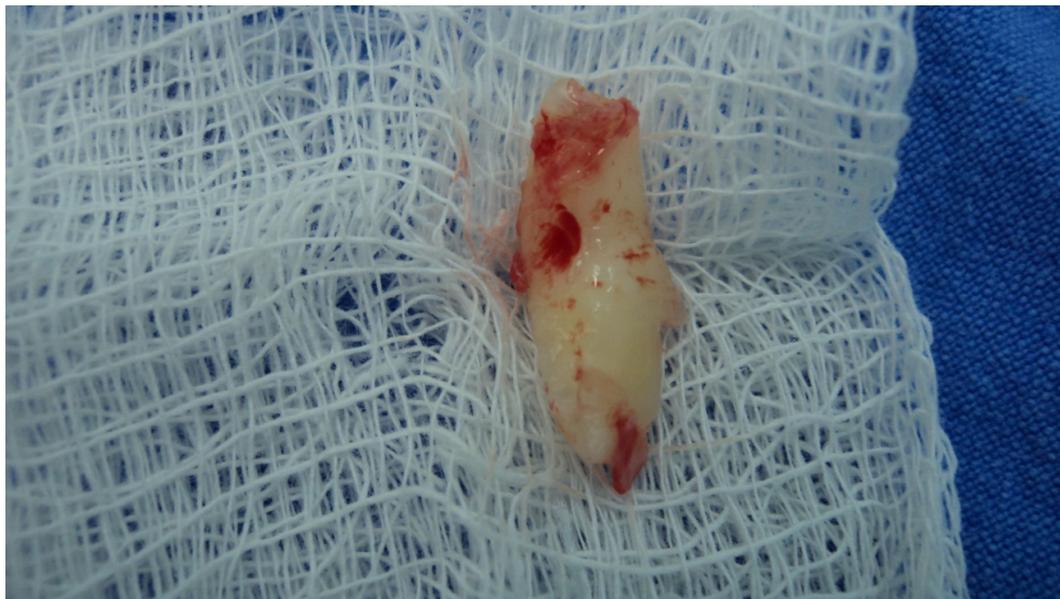


Figura 5- Elemento dentário 11, extraído

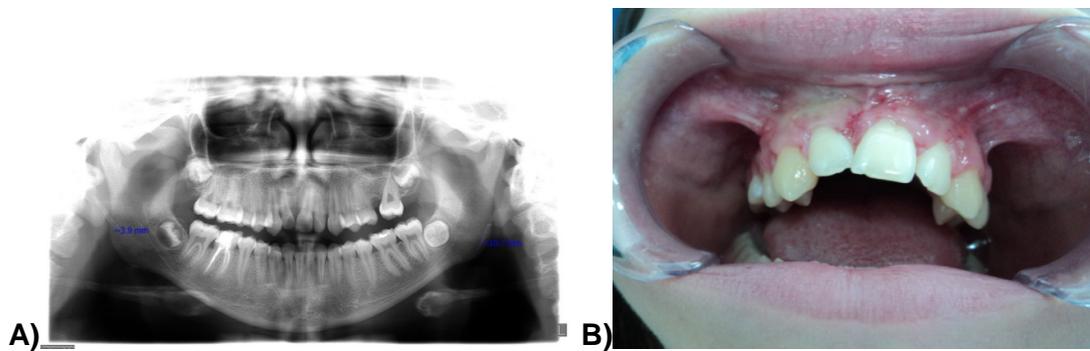


Figura 6-a) Radiografia panorâmica após a exodontia do 11
b) Imagem clínica pós-cirúrgica de uma semana

DISCUSSÃO

Segundo alguns autores, a incidência de dentes impactados é alta, por motivos de pressão exercida pelo dente vizinho, de dentes supranumerários, cistos, odontomas, fibromatose gengival, traumatismo e dentes anquilosados^{1, 8}. Os dentes que mais sofrem são os terceiros molares e caninos superiores. Porém o que ocorreu no presente caso foi a localização do incisivo central superior impactado por trauma na infância.

A classificação dos dentes impactados pode ser nomeada como: a) intraóssea, quando o dente estiver no interior do osso; b) submucosa, quando recoberto por fibromucosa; e c) semi-incluso, quando o dente venceu a camada fibromucosa, porém não terminou sua erupção⁹. No caso discutido, o dente encontrava-se intraósseo.

É realizado anamnese, exame clínico e o exame complementar radiográfico; na anamnese é analisado a idade do paciente e seus antecedentes familiares, no exame clínico é avaliado a ausência do elemento dentário e, no exame radiográfico o posicionamento do dente na arcada e possível presença de processos patológicos, as imagens sugestivas de dilaceração apical e a relação da coroa do dente em questão com as raízes dos dentes vizinhos¹⁰. Na paciente do nosso caso clínico, observou-se a falta do elemento no exame clínico e pelo exame radiográfico observou-se a raiz dilacerada, o que indicava a remoção cirúrgica do elemento dentário e não foi observado lesões patológicas envolvendo a peça dentária.

Ainda que na maioria dos casos a conduta seja o tracionamento desses dentes, o caso citado vai de encontro com os autores que dizem que quando há dilaceração radicular a conduta é a remoção cirúrgica, pois o tracionamento ortodôntico levaria ao insucesso. Nessa paciente devido à posição, dilaceração e impactação do dente, a resolução indicada foi a remoção cirúrgica¹¹. Durante o ato cirúrgico é importante tomar cuidado com as manobras, para remover o dente sem danificar as estruturas vizinhas¹⁰. Podemos observar que, no raio-x panorâmico e pela fotografia do pós-operatório, não se observa danos as estruturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico depende de um conjunto de fatores, dentre eles, os exames radiográficos são imprescindíveis, juntamente com o exame clínico e com a opinião conjunta de especialistas de diferentes áreas.

A conduta ideal para casos de dentição impactada deveria ser o tracionamento ortodôntico, por ser uma região anterior e uma área estética, e também é o tratamento realizado na maioria dos casos clínicos; porém nessa paciente a remoção cirúrgica foi a indicada, devido à posição e dilaceração do dente.

Dessa forma, podemos desenvolver técnicas para a remoção cirúrgica de um incisivo central superior impactado que não erupcionou devido a trauma na região, durante o desenvolvimentos do germe dentário. Essa técnica deve ser a menos traumática para evitar danos às demais estruturas dentais e a paciente deve retornar ao ortodontista com o intuito de continuar o tratamento que melhor lhe convir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giublin, Luiz Gustavo Siqueira; Webber, Greice; Tanaka, Orlando Motohiro.J. Incisivos centrais superiores permanentes retidos: considerações cirúrgico-ortodônticas / Retentionofupperpermanent central incisors: orthodontic-surgicalconsiderations. bras.ortodon. ortop. facial; 6(36): 472-9, dez. 2001-jan. 2002. illus.
2. GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 5. ed. São Paulo: Santos, 1971. p.777-808
3. PROFFIT, W.R. A etiologia dos problemas ortodônticos. In: PROFFIT, W.R. Ortodontia, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 105-34
- 4.Andreasen, J.; Ravn, J.J. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in Danish population sample. Int J Oral Surg, v.1, p.235-239, 1972.
- padrão
- 5.Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. Oral MaxillofacSurgClin North Am. 2007;19:1-13.
- 6.Sant'Ana E, Ferreira-Júnior O, Pinzan CRM. Avaliação da frequência da posição dos terceiros molares inferiores não irrompidos. Rev BCI. 2000;7:42-5.
7. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker M. Contemporary Oral & Maxillofacial Surgery. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Marzola C. Retenção dental. São Paulo: Pancast; 1995.
9. Graziani M. Cirurgia buco-maxilo-facial. Rio de Janeiro: Gua-nabara Koogan; 1995.
10. Martins DR, Kawakami RY, Henriques JFC, Janson GRP. Impacção dentária: condutas clínicas. Apresentação de casos clínicos. Rev Dental Press OrtodOrtop Facial. 1998;3(1):12-22.
11. Puricelli E. Retenção dentária: novos conceitos no tratamentoortocirúrgico. São Paulo: ArtesMédicas; 1998.

12. Edmondson, H.D.,Crabb, J.J. Dilaceration of both upper central incisor teeth: a case report. J Dent, v.3, n.5, p.223-4, Sept. 1975.
13. Dewel, B.F. The upper cuspid: its development and impaction. AngleOrthodont, v.19, n.2, p.79-90, Apr. 1949.