

REIMPLANTE DE DENTES AVULSIONADOS - relato de caso clínico

Marílyla Murielly Silva*¹

Leonardo Bíscao Pereira**

RESUMO

O traumatismo alvéolo-dentário corresponde a um conjunto de impactos que afetam os dentes e suas estruturas de suporte. A avulsão dentária, por sua vez, caracteriza-se pela separação do dente do seu respectivo alvéolo, onde o cimento, ligamento periodontal, osso alveolar, gengiva e polpa são alterados. O presente estudo descreve o caso clínico do reimplante dos incisivos central e lateral superiores permanentes e tem por objetivo apresentar e discutir o que é avulsão, sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico. Conclui-se que há a necessidade de adotar medidas educativas a fim de orientar a classe odontológica e a população de como tratar os traumatismos dentários e assim favorecer o sucesso do pronto atendimento ao paciente vítima de avulsão dentária.

Palavras-chave: Traumatismo. Avulsão dentária. Reimplante dentário.

ABSTRACT

The dental alveolar injury corresponds to a number of impacts affecting the teeth and their supporting structures. The avulsion turn separation is characterized by its respective tooth alveoli, where the cementum, periodontal ligament, alveolar bone, gingiva and pulp are changed. The present study describes a case of replantation of

*Graduanda em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas - FPM 2013. Patos de Minas/MG. marilhyavzt@hotmail.com

**Especialista em Endodontia pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU; Mestre em Endodontia pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU; Doutor em Endodontia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP; e docente na área de Endodontia no Curso de Graduação de Odontologia pela Faculdade Patos de Minas - FPM; docente nos Cursos de Especialização em Endodontia pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU e pela ABO Uberlândia. Uberlândia/MG. leonardobiscaro@hotmail.com

two permanent incisors and aims to present and discuss what is avulsion, etiology, diagnosis, treatment and prognosis. It is concluded that there is a need to adopt educational measures to guide the dental profession and the public on how to treat dental injuries and thus ensure the success of the emergency department patient victim of avulsion.

Keywords: Trauma. Avulsion. Tooth replantation.

1 INTRODUÇÃO

O reimplante dentário não é uma prática nova. No que tudo indica, esse procedimento vem desde os primórdios da civilização quando o homem pensava na possibilidade de recolocar um dente perdido em seu local de origem após um acidente (1).

Atualmente o que se tem observado é que o reimplante ainda não é bem difundido devido aos diversos recursos protéticos existentes (1).

Muitas vezes, o fato de um dente não ser reimplantado está relacionado à falta de conhecimento do acidentado, familiares ou até mesmo do profissional que o atendeu (1).

A incidência de traumatismos dentários tem aumentado de forma significativa e grande parte da população não tem conhecimento sobre as condutas imediatas após traumas (1).

A informação mais importante a ser passada aos pacientes é que dentes avulsionados podem ser salvos e que o primeiro passo para um tratamento bem sucedido é o reimplante imediato pelo paciente, pais ou parentes. Isso melhorará significativamente a cicatrização (2).

Quando não for possível reimplantar o dente no momento da avulsão, o paciente deve ser orientado a armazená-lo em meio apropriado e procurar imediatamente o dentista (3).

Vários fatores são apontados como determinantes do sucesso do reimplante. Entre eles estão o intervalo de tempo entre a avulsão e o reimplante, o tratamento

da superfície radicular, o meio de armazenamento, a imobilização e a terapia endodôntica (1).

Neste estudo foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa exploratória e um relato de caso clínico. Levando em consideração a alta incidência de traumas e a falta de conhecimento da população e dos profissionais, este trabalho foi realizado a partir de uma revisão de literatura buscando o conceito, a etiologia, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico das avulsões dentárias.

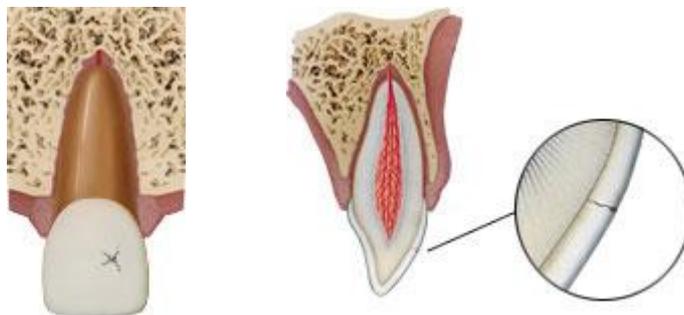
2 REVISÃO DE LITERATURA

O traumatismo dentário é uma situação de urgência, frequente nos consultórios, devido aos diversos tipos de traumas. Os traumas podem ser classificados em (4):

2.1 Traumatismos da estrutura dentária

I. Infração (fratura incompleta (fenda) de esmalte, sem perda da estrutura do dente) (5).

Figura 1: Infração.



Fonte (5)

II. Fratura de esmalte (perda parcial de esmalte) (4).

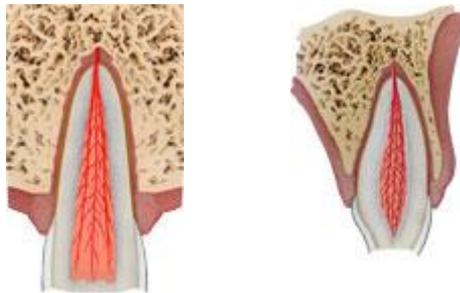
Figura 2: Fratura de esmalte.



Fonte (5)

III. Fratura em esmalte e dentina (perda parcial de esmalte e dentina, sem envolvimento pulpar) (4).

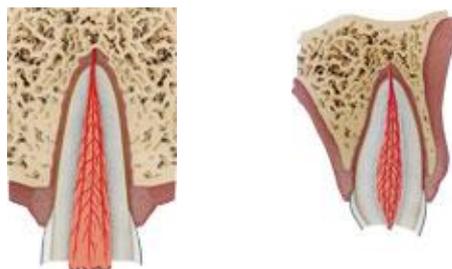
Figura 3: Fratura em esmalte e dentina.



Fonte (5)

IV. Fratura coronária (fratura dental envolvendo esmalte, dentina e polpa) (4).

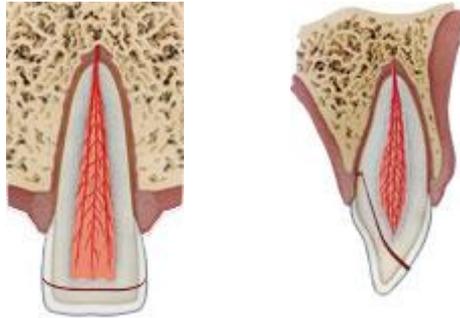
Figura 4: Fratura coronária.



Fonte (5)

V. Fratura de coroa e raiz sem envolvimento pulpar (fratura envolvendo esmalte, cimento e dentina com a perda da estrutura do dente, mas não expõe a polpa) (5).

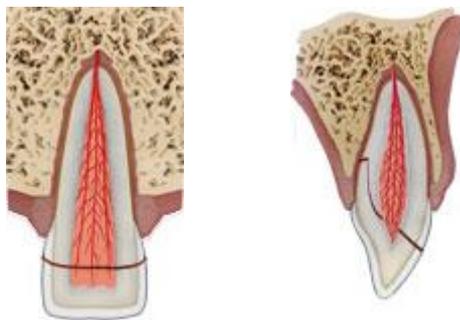
Figura5 : Fratura de coroa e raiz sem envolvimento pulpar.



Fonte (5)

VI. Fratura de coroa e raiz com envolvimento pulpar (fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento com a perda da estrutura do dente, e a exposição da polpa) (5).

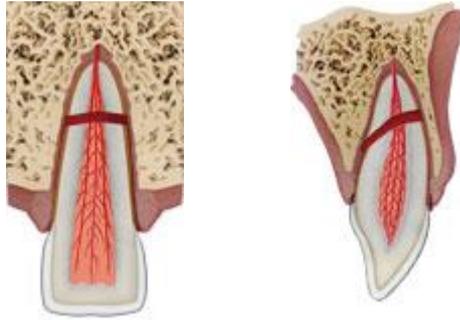
Figura 6: Fratura de coroa e raiz com envolvimento pulpar.



Fonte (5)

VII. Fratura radicular (fratura envolvendo dentina, cimento e polpa, presença de mobilidade dental) (4).

Figura 7: Fratura radicular.



Fonte (5)

2.2 traumatismos das estruturas de suporte

I. Fratura da parede e processo alveolar (fratura envolvendo a parede óssea do alvéolo envolvendo ou não o elemento dental) (4).

Figura 8: Fratura da parede e processo alveolar.



Fonte (5)

II. Concussão (lesão de tecidos de suporte sem perda ou deslocamento do elemento dental) (4).

Figura 9: Concussão.



Fonte (5)

III. Subluxação (lesão de tecidos de suporte com presença de hemorragia gengival) (4).

Figura 10: Subluxação.



Fonte (5)

IV. Luxação extrusiva (o elemento dental se desloca parcialmente no sentido axial do alvéolo dental). Presença de sangramento (e aparência do dente alongado) (4).

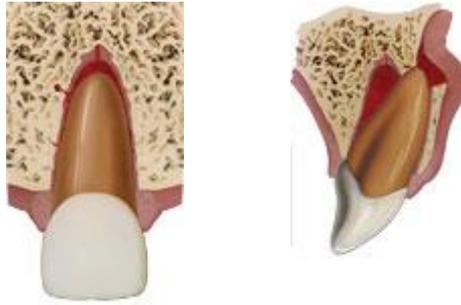
Figura 11: Luxação extrusiva.



Fonte (5)

V. Luxação lateral (deslocamento irregular do elemento dental do alvéolo dental que pode ser acompanhada por fratura ou esmagamento do osso alveolar) (4).

Figura 12: Luxação lateral.



Fonte (5)

VI. Luxação intrusiva (deslocamento do elemento dental em relação ao osso do processo alveolar. (Clinicamente, a coroa se apresenta encurtada e existe sangramento gengival) (4).

Figura 13: Luxação intrusiva.



Fonte (5)

VII. Avulsão (perda total do elemento dental. Clinicamente, o alvéolo dental fica vazio ou preenchido com coágulo sanguíneo) (4).

Figura 14.1: Avulsão.



Fonte (5)

Figura 14.2: Avulsão.



Fonte (5)

3 AVULSÃO: DEFINIÇÃO E CAUSA

Os profissionais de saúde bucal vêm buscando minimizar as sequelas causadas por traumas dentários como a avulsão, o que requer um atendimento multidisciplinar para diminuir o sofrimento dos pacientes, já que os traumas comprometem vários tecidos e estruturas como o cemento, o ligamento periodontal, o osso alveolar, a gengiva e a polpa (4, 6, 7).

A avulsão é uma situação onde se fizermos o tratamento de forma correta, podemos ter um prognóstico preciso e minimizar os riscos de perdas dentárias e o possível aparecimento de sequelas no paciente. Durante a abordagem inicial, é fundamental ter um diagnóstico preciso e observarmos o ponto mais importante que o tempo decorrido do trauma até o primeiro atendimento (4, 6, 7).

O sucesso do reimplante está diretamente relacionado com o menor tempo que o dente avulsionado ficou fora da boca, o meio em que foi armazenado (leite,

água, soro fisiológico, saliva), a forma como o paciente foi atendido e o principal: a condição em que os tecidos de suporte se encontram. A necessidade da prescrição de uma medicação sistêmica, como os antibióticos que são importantes na prevenção da invasão de bactérias no tecido pulpar. Orientar o paciente a ter sempre uma boa higienização com escovas dentárias macias e a limpeza com solução de clorexidina a 0,12% é necessária após o trauma dental para prevenir o acúmulo do biofilme dental. A alimentação deve ser à base de alimentos pastosos para que o mesmo não tenha um prognóstico desfavorável (4, 6, 7).

Na avulsão, ocorre o completo deslocamento do elemento dentário do interior do alvéolo após sofrer um impacto traumático onde terá o rompimento feixe vâsculo-nervoso da polpa e de todas as fibras periodontais, e assim pode ocorrer a contaminação radicular ao entrar em contato com o meio externo (8, 9).

Os pacientes mais predispostos a este tipo de trauma são crianças e adolescentes na faixa etária dos 8 aos 12 anos e do sexo masculino, especialmente por estes indivíduos estarem em idade escolar e em fase de crescimento. Isso geralmente acontece durante acidentes esportivos, brigas ou lutas, quedas, acidentes com bicicletas, traumatismos com objetos e maus tratos (4, 6, 10).

O que pode minimizar os traumatismos na infância é a confecção de protetores bucais. Os adultos também sofrem esse tipo de traumatismo dentário devido à violência (brigas, armas de fogo, assaltos), acidentes automobilísticos e prática esportiva (boxe). Quando a avulsão acontece, o estado psicológico do paciente fica bastante afetado devido à grande alteração estética causada, o que pode afetar diretamente a auto-estima, o comportamento e o sucesso pessoal (4, 6, 10).

O diagnóstico da avulsão é muito fácil de ser almejado, através de uma anamnese minuciosa e um preciso exame físico, juntamente com os exames complementares bem indicados e bem realizados. Durante o primeiro atendimento, informações importantes serão relatadas pelo paciente, as quais devem ser atentamente observadas e anotadas. Esses relatos orientarão no atendimento das lesões encontradas e sobre a violência do trauma, indicarão o ambiente por onde o dente avulsionado passou e por quanto tempo o dente está fora do alvéolo. Isso é um fator importante no prognóstico, pois dará uma noção dos possíveis danos sofridos pelas células do ligamento periodontal e polpa, bem como informações

importantes a respeito da integridade das paredes alveolares e da presença de corpos estranhos que poderiam impedir o reimplante (6, 8).

O Cirurgião dentista não pode ater-se apenas ao elemento dentário traumatizado, mas também deve tomar conhecimento das condições craniomaxilofaciais, do estado emocional e neurológico, do nível de desenvoltura e inteligência e visualizar a importância que as mudanças no padrão estético poderão exercer sobre o paciente (6, 8).

É muito importante o estabelecimento de um elo de confiança e cumplicidade entre o profissional e o paciente, o que facilitará a conclusão de um diagnóstico definitivo, e possibilitará esclarecer o plano de tratamento que pode necessitar de um controle de longo prazo com tortuosos e longos caminhos até a correta reabilitação dos elementos traumatizados, e o possível aparecimento de sequelas que podem surgir após o traumatismo. Assim, o dentista estará criando um conforto emocional e psicológico ao paciente (6).

4 RELATO DO CASO

Paciente M.S.O., 20 anos, apresentou-se ao serviço odontológico com os dentes 21 e 22 avulsionados após sofrer agressão física durante um assalto. Os dentes apresentavam-se presos ao aparelho ortodôntico, permanecendo dentro da cavidade oral, mas fora dos seus respectivos alvéolos e passavam-se doze horas após a agressão.

As imagens apresentadas a seguir foram cedidas pelo professor Leonardo Bísvaro Pereira.

Pelo exame radiográfico, verificou-se o aumento no espaço do ligamento periodontal e ausência de fraturas ósseas e radicular.

Figura 15: Presença de aumento no espaço do ligamento periodontal.



Fonte (imagem cedida pelo professor Leonardo)

Durante o procedimento de urgência foi realizado a remoção do aparelho ortodôntico. Procedeu-se a lavagem dos elementos dentários avulsionados com solução salina estéril, segurando-os pelas coroas. Foi realizado o reimplante dos mesmos em seus respectivos alvéolos e a contenção semi-rígida com fio de nylon e resina fotopolimerizável.

Três dias após o atendimento emergencial, quando foi feito o reimplante dentário, o paciente retornou ao consultório odontológico à procura de tratamento endodôntico. Durante os testes de vitalidade, foi constatada a resposta negativa aos testes de sensibilidade e optou-se por realizar a abertura coronária dos dentes 21 e 22, onde foi realizada a neutralização do conteúdo séptico do canal e instrumentação pela técnica escalonada sob irrigação com hipoclorito de sódio a 1% e irrigação final com soro fisiológico. Como medicação intra-canal utilizou-se hidróxido de cálcio P.A. e soro fisiológico. O selamento coronário foi feito com bolinha de algodão estéril e ionômero de vidro.

Como opção terapêutica, optou-se por realizar as trocas de medicação intra-canal com hidróxido de cálcio P.A., iniciando com o intervalo de 15 dias nas duas primeiras trocas e depois a cada 30 dias.

Dois meses após o procedimento, notou-se a presença de reabsorção radicular ativa nos dentes 21 e 22. Por esse motivo, manteve-se a troca de medicação por um período de 10 meses até interromper a reabsorção.

Figura 16: Dentes 21 e 22 com reabsorção radicular.



Fonte (imagem cedida pelo professor Leonardo)

Depois de paralisada a reabsorção, foi realizada a obturação dos canais com a técnica clássica usando o cimento endodôntico AH. Plus (*Dentsply*) e o selamento coronário foi feito com ionômero de vidro.

Fig. 17: Reabsorção paralisada.



Fig. 18: Obturação dos canais radiculares.



Fonte (imagens cedidas pelo professor Leonardo)

Dezesseis meses após a obturação dos canais, o paciente retornou ao consultório odontológico e foi observado que ele não havia realizado a restauração definitiva dos dentes 21 e 22. O mesmo foi orientado a procurar um profissional para fazê-la. Na radiografia observou-se a paralisação da reabsorção radicular.

Figuras 19 e 20: Radiografia final.

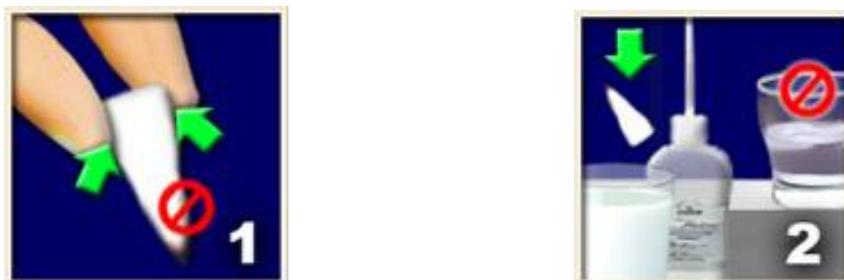


Fonte (imagens cedidas pelo professor Leonardo)

5 TRATAMENTO

A melhor conduta após a avulsão é o reimplante imediato do dente, pois o fator mais importante para o sucesso do tratamento é o tempo decorrido fora do alvéolo. Quando o reimplante imediato não for possível, o dente deve ser conservado em meio apropriado que visa prevenir o ressecamento, que causa perda do metabolismo fisiológico normal e da morfologia das células do ligamento periodontal, evitando, dessa forma, uma resposta inflamatória por toda a raiz. O armazenamento do dente em meios apropriados evita os danos adicionais ao cimento e ao ligamento periodontal, favorecendo uma maior chance de reparo (3).

Figura 21: Meios de armazenamento.



Fonte (14)

O tratamento após a avulsão tem como objetivo reduzir as complicações associadas ao reparo do ligamento periodontal: reabsorção inflamatória, reabsorção por substituição, anquilose e esfoliação do dente (3).

A realização do reimplante se inicia com o preparo do paciente através de um cuidadoso exame da cavidade bucal e alvéolo, seguido de radiografias periapicais para avaliar a presença de fragmentos ou fraturas. O alvéolo deve ser inspecionado e, em caso de fraturas, é essencial reposicionar o osso fraturado (9).

Para o reposicionamento, o dente deve ser mantido pela coroa e reposicionado através de uma lenta e gradual pressão digital, até que seja introduzido em toda extensão do seu alvéolo. A adaptação final deve ser feita com uma compressão vestibular e lingual para garantir um afluxo de sangue sobre toda a superfície radicular (9).

Figura 22: Reposicionamento do dente avulsionado.



Fonte (14)

A imobilização de dentes reimplantados deve ser realizada logo após o reposicionamento. Essa contenção favorecerá a cicatrização pulpar e periodontal, bem como a estabilização dentária durante a cicatrização. Após a verificação radiográfica do correto reposicionamento, o dente deve ser imobilizado com estabilização semi-rígida com fio de nylon e resina composta, por um período de 7 a 14 dias (9,11).

Figura 23: Contenção semi-rígida.



Fonte (15)

O tratamento endodôntico deve ser realizado entre 7 e 10 dias após o primeiro atendimento. Seu foco é a eliminação do potencial irritante do canal radicular. Em caso de dentes com o ápice fechado, o protocolo sugerido é tratar o canal usando como medicação intra-canal o hidróxido de cálcio por ser um agente que tenta minimizar as sequelas da avulsão. Já em caso de dentes que possuem formação radicular incompleta e o tempo decorrido até o reimplante for inferior a duas horas, é recomendado esperar pela revascularização (3).

Esse tratamento necessita de um período de preservação de, no mínimo, três anos, para determinar o resultado (sucesso ou insucesso do reimplante) (3).

Apesar da demora para se ter um resultado definitivo, o reimplante ainda é uma técnica recomendada, pois em muitos casos o dente pode ficar retido por muito tempo, principalmente se a reimplantação ocorreu logo depois do acidente. Sob condições favoráveis, muitos dentes podem permanecer na cavidade oral por um período de 5 a 10 anos e em outros casos por toda a vida. Porém, se houver falha, o dente pode ser perdido logo após o reimplante (12).

5.1 Protocolo sugerido para avulsão de dentes permanentes com rizogênese completa – tempo extraoral inferior a 60 minutos

- ✓ Irrigue o dente e o alvéolo com soro fisiológico;
- ✓ Examine o alvéolo, o elemento dentário e os tecidos moles adjacentes;
- ✓ Reimplante imediatamente, se possível (se não for possível o reimplante

imediatamente, coloque o dente em um meio fisiológico: leite ou soro);

- ✓ Faça a contenção semi-rígida por 7-14 dias e inicie a terapia endodôntica em 7-10 dias;
- ✓ Administre antibiótico por 7-10 dias, antiinflamatório por 5 dias e analgésico, se necessário;
- ✓ Verifique a necessidade de profilaxia antitetânica;
- ✓ Controle clínico e radiográfico (11).

5.2 Protocolo sugerido para avulsão de dentes permanentes com rizogênese incompleta – tempo extraoral inferior a 60 minutos

- ✓ Irrigue o dente e o alvéolo com soro fisiológico;
- ✓ Examine o alvéolo, o elemento dentário e os tecidos moles adjacentes;
- ✓ Reimplante imediato;
- ✓ Poderá ocorrer a revascularização pulpar (obliteração da câmara pulpar e progressão do desenvolvimento radicular);
- ✓ Se houver alterações patológicas, inicie a apicificação (induzir o fechamento apical);
- ✓ Faça a contenção semi-rígida por 7-14 dias;
- ✓ Administre antibiótico por 7-10 dias, antiinflamatório por 5 dias e analgésico, se necessário;
- ✓ Verifique a necessidade de profilaxia antitetânica;
- ✓ Controle clínico e radiográfico (11).

5.3 Protocolo sugerido para avulsão de dentes permanentes com rizogênese completa – tempo extraoral superior a 60 minutos

- ✓ Irrigue o dente e o alvéolo com soro fisiológico;
- ✓ Examine o alvéolo, o elemento dentário e os tecidos moles adjacentes;
- ✓ Antes do reimplante, remova o ligamento periodontal e inicie a terapia

endodôntica;

- ✓ Aplique NaF (Fluoreto de sódio) 2.4 % e pH 5.5 por, no mínimo, 5 minutos na superfície radicular;
- ✓ Reimplante o dente avulsionado;
- ✓ Faça a contenção semi-rígida por 7-14 dias;
- ✓ Administre antibiótico por 7-10 dias, antiinflamatório por 5 dias e analgésico, se necessário;
- ✓ Verifique a necessidade de profilaxia antitetânica;
- ✓ Controle clínico e radiográfico (11).

5.4 Protocolo sugerido para avulsão de dentes permanentes com rizogênese incompleta – tempo extraoral superior a 60 minutos

- ✓ O reimplante não é indicado nesse caso (11).

5.5 Protocolo sugerido para avulsão de dentes decíduos

Não se recomenda o reimplante de dentes decíduos, pelo fato de causar danos ao germe do dente permanente em formação, pela possibilidade de anquilose do dente decíduo impedir a erupção normal do sucessor permanente. Outras situações clínicas em que se contra-indicam o reimplante é o fato do dente apresentar extensa destruição por cárie, problemas periodontais e apinhamento, havendo contra-indicação de tratamento ortodôntico (8).

6 PROGNÓSTICO

O prognóstico na avulsão é incerto e duvidoso, onde a maior preocupação é quanto à instalação de reabsorção externa com sequela grave. Em alguns casos se restabelece a inserção normal, outros se anquilosam e alguns fracassam (13).

O prognóstico do reimplante está diretamente relacionado com a manutenção da vitalidade do ligamento periodontal e o processo reparador, os quais dependem do tempo extra-alveolar, meio de armazenagem, tratamento radicular, conduta endodôntica e imobilização. O sucesso depende, também, de uma relação paciente-profissional (13).

Após o reimplante dental, três tipos de resposta periodontal podem ser encontradas: reabsorção superficial e formação de tecido periodontal normal, reabsorção inflamatória e reabsorção por substituição (8).

A reabsorção superficial é o tipo de reabsorção radicular que ocorre em pequenas áreas, devido a pequenos danos no ligamento periodontal e na camada de pré-cemento. A cicatrização acontece a partir do ligamento periodontal adjacente, por meio do qual, a cavidade de reabsorção inicial está quase completamente reparada com o cemento. Radiograficamente aparece como uma depressão rasa na superfície radicular, havendo manutenção do espaço periodontal (1, 2, 8).

Esse tipo de reabsorção repara-se espontaneamente e não requer tratamento. Os aspectos que distinguem a reabsorção inflamatória e de superfície são: a natureza superficial do envolvimento ósseo e radicular com a reabsorção de superfície que com a reabsorção inflamatória, e a natureza autolimitante do processo de reabsorção (1, 2, 8).

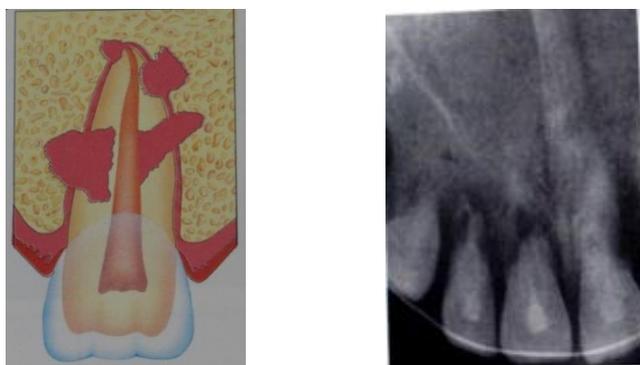
Figura 24: Reabsorção superficial.



Fonte (8)

Reabsorção inflamatória é o tipo de reabsorção radicular que ocorre quando há maior dano ao ligamento periodontal e à camada de pré-cemento, associado à necrose da polpa e à contaminação bacteriana pulpar e radicular. Normalmente não determina sintomatologia clínica, mas em alguns casos o paciente poderá reclamar de dores moderadas, de escurecimento dental, de sensibilidade à mastigação e/ou à percussão e; eventualmente, podemos encontrar fístula com drenagem. O diagnóstico é confirmado com radiografias que mostram reabsorção radicular associada a uma área radiolúcida no osso alveolar (8).

Figura 25: Reabsorção inflamatória.



Fonte (8)

A reabsorção inflamatória é uma complicação muito frequente após o reimplante devido a sua relação com o estágio de desenvolvimento da raiz (sendo mais evidente em dentes com desenvolvimento incompleto), meio de armazenagem e período extra-alveolar (2).

Depois de controlada a reabsorção inflamatória, pode-se ter dois tipos de reparo tecidual. Quando a reabsorção inflamatória deixar uma superfície de exposição dentinária pequena, haverá crescimento de tecido conjuntivo vindo do ligamento periodontal vizinho à área reabsorvida; em seguida há formação de novo cemento para recobrir a dentina. Quando a reabsorção inflamatória deixar uma superfície de exposição dentinária grande, o tecido periodontal vizinho não terá tempo para recobrir toda dentina antes que o tecido ósseo adjacente à área cresça e ocupe a região, estabelecendo-se a anquilose dentoalveolar. Depois de diagnosticada, o tratamento da reabsorção inflamatória depende da intervenção endodôntica para combater as bactérias presentes no canal radicular e nos túbulos dentinários (2, 8).

Reabsorção por substituição (anquiose) ocorre quando há dano muito extenso e severo ao ligamento periodontal, em especial à camada de pré-cimento, destruindo completamente esses tecidos e deixando o cimento ou dentina expostos. A reabsorção por substituição só aparece na ausência de infecção (8).

Este tipo de reabsorção pode se manifestar de duas maneiras: permanente, que reabsorve gradualmente a raiz inteira, ou transitória, na qual a anquiose, uma vez estabelecida, desaparece mais tarde.

Radiograficamente a anquiose se manifesta por uma união direta da raiz com o osso alveolar, sem presença do espaço periodontal (1, 8).

Figuras 26, 27 e 28: Reabsorção por substituição.



Fonte (8)

7 DISCUSSÃO

O reimplante é um dos procedimentos mais conservadores, embora, se realizado incorretamente, possa ocorrer a perda do elemento dentário. O melhor meio de armazenamento é o próprio alvéolo seguido pela saliva, leite e soro fisiológico. A imobilização mais recomendada é a semi rígida com fio de nylon e resina composta. A medicação intra canal mais recomendada é o hidróxido de cálcio P.A. (10).

No caso clínico aqui relatado, mesmo o dente avulsionado tendo passado tanto tempo sem tratamento, o que ajudou foi seu meio de armazenamento no próprio alvéolo em contato com a saliva. Optou-se por realizar a troca de medicação

hidróxido de cálcio P.A. até paralisar a reabsorção. Mesmo dezesseis meses após a obturação dos canais, e o paciente não ter realizado a restauração definitiva dos dentes, o prognóstico encontra-se favorável.

8 CONCLUSÃO

A avulsão dentária é causada por impactos traumáticos onde ocorre a perda total do elemento dentário, sua ocorrência é mais freqüente em crianças e adolescentes. O reimplante é um dos procedimentos mais conservadores e deve ser realizado para evitar sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, embora, se realizado de maneira imprópria, o elemento dentário pode ser perdido. O prognóstico está diretamente relacionado com a manutenção da vitalidade do ligamento periodontal e o processo reparador. No caso clínico aqui relatado, embora o paciente tenha demorado a procurar tratamento - o que é um fator negativo para o prognóstico, o meio de armazenamento dos elementos dentários foi o mais propício.

De acordo com os resultados apresentados neste caso, conclui-se que o reimplante de dentes permanentes avulsionados é uma conduta válida, se a técnica de tratamento for seguida corretamente. Cabe ao Cirurgião dentista saber diagnosticar e orientar aos pacientes quanto a esse tipo de trauma.

REFERÊNCIAS

1 Vasconcelos BCE, Filho JRL, Fernandes BC, Aguiar ERB. Reimplante dental. Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial. 2001; 1(2): 45-51.

2 Andreasen JO. Atlas de reimplante e transplante de dentes. São Paulo: Panamericana; 1993.

3 Maia SMAS, Travassos RMC, Mariz EB, Macêdo SM, Alencar TA. Conduta clínica do cirurgião-dentista ante a avulsão dental: revisão de literatura.RSBO. 2006; 3: 42-47.

4 Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Lima FCBA. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Ver Paul Pediatr.2009; 27(4): 447-51.

5 International Association of Dental Traumatology [homepage na internet]. The dental trauma guide [acesso em 14 ago 2013]. Disponível em: <http://www.dentaltraumaguide.org>.

6 Prado R.Alcantara. MA. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

7 Peccin M [homepage na internet].Trauma dentário [acesso em 17 abr 2013]. Disponível em: <http://www.odontologiamarisa.com.br/artigos/trauma.pdf>.

8 Baratieri LN. et al. Estética: restaurações adesivas em dentes anteriores fraturados. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1998.

9 Estrela C. Ciência endodôntica. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

10 Ruellas RMO, Ruellas ACO, Ruellas CVO, Oliveira MM, Oliveira AM. Reimplante de dentes permanentes avulsionados: relato de caso. R. Un. Alfenas. 1998., Alfenas, 4: 179-81.

11 Rodrigues TLC, Rodrigues FG, Rocha JF. Avulsão dentária: proposta de tratamento e revisão da literatura. Revista de odontologia da universidade de São Paulo. 2010; 22(2): 147-53,

12 Cortes C [homepage na internet]. Avulsão dentária [acesso em 02 mai 2013]. Disponível em: <http://www.ibiblio.org/cedros/avulsao.htm>.

13 Mota CRJ, Silva TPC. Avulsão dental em dentes permanentes. Revista científica do ITPAC. 2009; 2(2): 8-23.

14 Trauma Dentário [homepage na internet]. Cirurgiamaxilofacial.com [acesso em 28 ago 2013]. Disponível em: <http://www.cirurgiamaxilofacial.com/trauma-dentario>.

15 Unifeb [homepage na internet]. Endodontia Unifeb Barretos-São Paulo-Brasil [acesso em 28 ago 2013]. Disponível em: <http://www.endodontiabarretos.blogspot.com.br>.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, dando-me forças para vencer os momentos difíceis. Obrigada, Senhor, por tudo que tem realizado em minha vida.

Aos meus pais José Maria e Maria Glória, minha vida e meu porto seguro; por serem pais maravilhosos que fizeram do meu sonho, o sonho deles; com grande esforço, amor e dedicação sempre me apoiaram, incentivaram e estiveram junto comigo em todos os momentos desta conquista.

As minhas irmãs Mirelly e Maria Helena, e a toda minha família, obrigada pelo carinho. A minha madrinha Beatriz e a professora de português Regina, muito obrigada por me ajudarem na conclusão deste trabalho. Aos meus amigos, em especial a Rafaela Naiane, Cynthia, Lêda, Laíza, Rayanne e Natália Ferreira, obrigada pelos momentos de estudo e diversão, sempre ficarão guardados em meu coração.

Ao meu orientador Leonardo Bísvaro Pereira, agradeço pela paciência, confiança e carinho na conclusão deste trabalho. Aos professores Marcelo, Alexandre, Lia e Dalila obrigada por estarem sempre à disposição de ajudar. E a todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica. Muito Obrigada!

Data de entrega do artigo: 24/09/2013.