

*The Emergency Care in Dentoalveolar Trauma***Tratamento de Urgência em Traumatismo Dento-Alveolar****INTRODUÇÃO**

A lesão traumática dentária representa uma transmissão aguda de força ao dente e às estruturas de suporte, o que pode resultar em fratura, deslocamento do dente, rompimento ou esmagamento dos tecidos de suporte (ANDREASEN et al., 2000), podendo transformar-se em um sério problema para a vida do paciente, que pode ser afetada em vários aspectos, tanto funcionais quanto psicológicos (CALDAS & BURGOS, 2001).

CALDAS & BURGOS (2001) agruparam as causas do trauma dento-alveolar em cinco categorias: acidentes domésticos, acidentes ciclísticos e automobilísticos, acidentes escolares, atividades esportivas e violência.

Essas injúrias dos dentes e de seus tecidos de suporte ocorrem mais comumente em pacientes jovens (POI et al., 2000) e nos dentes anteriores superiores (LEROY, 2000) e, requerem do clínico um exame, diagnóstico e tratamento inicial adequados. Isto é essencial para manter o dente e sua vitalidade pulpar e preservar os tecidos moles para o tratamento subsequente, além de prevenir complicações tardias (BLATZ, 2001).

Um aumento significativo na frequência dessas injúrias tem sido relatado e as razões primárias para este aumento são a natureza das atividades realizadas no tempo livre, o aumento da popularidade de esportes praticados (BLATZ, 2001) e o maior número de acidentes ciclísticos e automobilísticos (GRUNDY, 1959).

Os traumatismos dentários têm sido classificados de acordo com uma variedade de fatores, tais como etiologia, anatomia, patologia ou considerações terapêuticas (ANDREASEN & ANDREASEN, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação para injúrias dentárias traumáticas que inclui traumatismos aos dentes, aos tecidos de sustentação, à gengiva e à mucosa bucal, e pode ser aplicada tanto à dentição permanente quanto à dentição decídua (DIANGELIS & BAKLAND, 1999).

A detecção e a diferenciação das injúrias que acometem as estruturas de suporte do dente, bem como os outros tipos de lesões provocadas pelo trauma, com frequência conduzem à seleção do tratamento (BLATZ, 2001). Em algumas situações, o quadro clínico apresenta um aspecto que desencoraja o cirurgião-dentista clínico geral a realizar os primeiros cuidados, mesmo que o paciente já tenha recebido atendimento médico; contudo, é importante ressaltar que tais profissionais são capazes de executar a maioria dos procedimentos necessários para este atendimento (POI et al., 2000).

Uma injúria dentária deve ser sempre considerada como uma urgência e tratada imediatamente para aliviar dor, facilitar o reposicionamento dos dentes e favorecer o prognóstico (BACKLAND & ANDREASEN, 1996). Em casos severos, apenas uma abordagem multidisciplinar pode resolver o problema funcional e estético dos pacientes (LEROY, 2000).

Em razão disso, é propósito deste trabalho relatar dois casos clínicos de pacientes acometidos por fraturas coronárias e corono-radiculares que foram atendidos por clínicos gerais.

- Wilson Roberto Poi

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Disciplina de Clínica Integrada da FO/Araçatuba/UNESP

- Lilian Maria Brisque Pignatta

Cirurgiã-Dentista formada pela FO/Araçatuba/UNESP

- Camila Benez Ricieri

Cirurgiã-Dentista formada pela FO/Araçatuba/UNIP

- Sônia Regina Panzarini

Professora Assistente Doutora do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Disciplina de Clínica Integrada da FO/Araçatuba/UNESP

- Celso Koogi Sonoda

Professor Assistente Doutor do Departamento de Cirurgia Integrada, Disciplina de Clínica Integrada da FO/Araçatuba/UNESP

Os AA apresentam o protocolo de atendimento clínico inicial, para os casos de pacientes acometidos por traumatismo dento-alveolar

CONTATO C/AUTOR:

E-mail: poi@foa.unesp.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Agosto/2003

DATA DE APROVAÇÃO:

Dezembro/2003

CASO CLÍNICO I

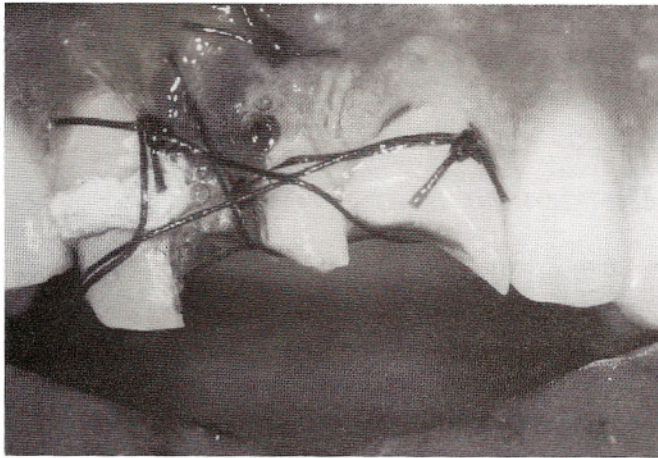


Fig. 1 - Aspecto inicial após o primeiro atendimento.



Fig. 3 - Aspecto dos elementos 12, 11 e 21 após a remoção dos fragmentos fraturados.

Fig. 2 - Radiografia periapical da região anterior superior. Fratura radicular oblíqua do elemento 11.



Fig. 4 - Pós-operatório imediato. Proteção da dentina exposta dos elementos 12 e 21.

RELATO DOS CASOS

CASO CLÍNICO I

O paciente J. C. S., sexo masculino, 19 anos, foi atendido na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, acometido por traumatismo dento-alveolar, após sofrer acidente automobilístico. O primeiro atendimento foi realizado no Pronto-Socorro Municipal de Araçatuba - SP por cirurgiões-dentistas, que suturaram os tecidos moles e fizeram a contenção dos elementos envolvidos com fio de sutura (Figura 1).

Após os exames clínico e radiográfico, foram diagnosticadas fraturas corono-radulares com exposição pulpar nos elementos 11 e 12 e fratura coronária sem exposição pulpar, no elemento 21 (Figuras 1 e 2). O fragmento do elemento 12 foi removido e o 11 foi extraído em razão do comprometimento do espaço biológico sem a possibilidade de recuperação (Figuras 3). A dentina exposta do elemento 21 foi protegida com cimento de hidróxido de cálcio (Hidro C – Dentisply Ind. Com. Ltda.) e cimento de ionômero de vidro (Fuji II LC – GC Corporation), ilustrados pela Figura 4. Concluído o primeiro atendimento, para a sessão seguinte foi planejada a restauração dos elementos fraturados e reabilitação do espaço

protético com uma PPR provisória.

CASO CLÍNICO II

Neste caso o paciente M. A. O., sexo masculino, 23 anos, foi encaminhado pela Santa Casa de Birigui - SP para a Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, acometido por traumatismo dento-alveolar, após sofrer acidente de moto. No primeiro atendimento foi realizada a contenção com fio de sutura dos elementos envolvidos (Figura 5).

Foi diagnosticada, após os exames clínico e radiográfico, luxação extrusiva nos elementos 11 e 21, concussão no elemento 22 e subluxação no elemento 12. Também ocorreu fratura corono-radicular no elemento 11 e fratura coronária sem exposição pulpar nos elementos 12, 21, 22 e 23 (Figuras 5 e 6). Constatou-se exposição pulpar no elemento 11 após a remoção do fragmento fraturado (Figura 7). Foi realizada pulpotomia em caráter de urgência para remover a dor, proteção da câmara pulpar com hidróxido de cálcio P.A. (Quimibras Ind. Químicas S.A.), cimento de hidróxido de cálcio (Hidro C – Dentisply Ind. Com. Ltda.) e cimento de ionômero de vidro (Fuji II LC – GC Corporation). A dentina exposta dos demais elementos fraturados foi protegida com o mesmo cimento de ionômero de vidro.

CASO CLÍNICO II



Fig. 5 - Aspecto Inicial após o primeiro atendimento.

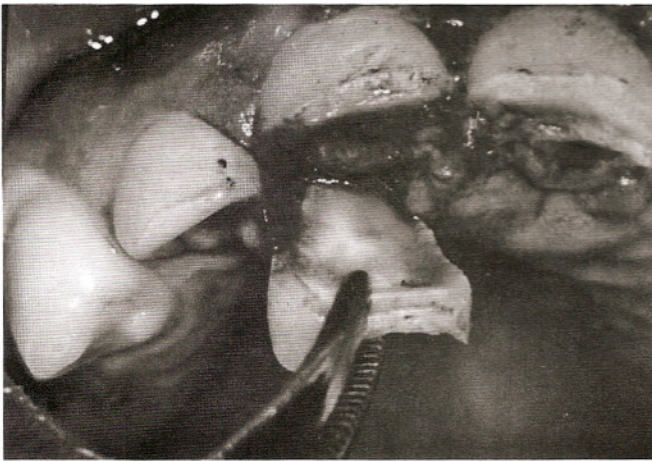


Fig. 7 - Remoção do fragmento fraturado do elemento 11.

Devido às injúrias do tecido periodontal, foi realizada a contenção com resina composta (TPH – Dentisply Ind. Com. Ltda.) e fio ortodôntico, de canino a canino (Figura 8), sendo removida após duas semanas. Foi planejado para as sessões seguintes tratamento endodôntico dos elementos 11 e 21 e restauração dos demais elementos fraturados.

DISCUSSÃO

Após ser realizado o tratamento de emergência com a finalidade de manter a integridade futura do paciente, o mesmo deve receber um cuidado imediato que lhe proporcione maior conforto, o que normalmente é conseguido pela remoção da dor e quando possível, do restabelecimento da função e da estética.

As injúrias traumáticas são inesperadas e inconvenientes (DIANGELIS & BACKLAND, 1999) e fazem com que a atuação rápida e eficaz frente ao traumatismo dentário seja fundamental. Para que o tratamento seja corretamente instituído deve estar baseado em um exame clínico e radiográfico metódico (MIÑANA & MEROÑO, 1990), essencial para se chegar a um diagnóstico preciso, selecionar um tratamento apropriado e obter um prognóstico favorável (DIANGELIS & BACKLAND, 1999). Isso foi notado nos casos clínicos apre-

Fig. 6 - Radiografia periapical da região anterior superior. Luxação extrusiva dos elementos 11 e 21

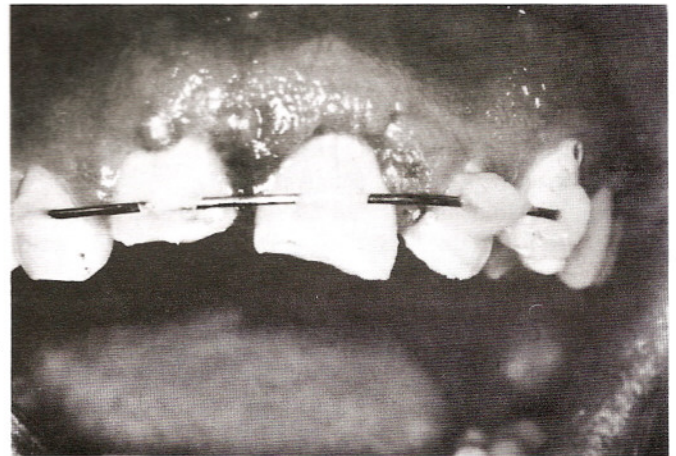


Fig. 8 - Contenção dos elementos traumatizados.

sentados, pois a realização dos exames clínico e radiográfico adequados foi fundamental para o diagnóstico e elaboração de um plano de tratamento de urgência.

É importante ressaltar que as fraturas coronárias representam a maior porcentagem de todas as injúrias traumáticas na dentição permanente (26% a 76%), sendo que as fraturas complicadas de coroa (esmalte e dentina com exposição pulpar) constituem a maior parte dos casos de trauma dentário (LEROY, 2000); enquanto que as fraturas corono-radiculares representam apenas 0,3% a 0,5% dos casos (OLSBURGH et al., 2002). Os casos clínicos relatados apresentam esses tipos de fraturas.

As fraturas de coroa provocam a exposição dos túbulos dentinários, estrutura que permite contato com os fluidos bucais, o que pode levar a mudanças inflamatórias, invasão bacteriana e à morte pulpar; o que é particularmente verdadeiro para os dentes jovens onde os túbulos são imaturos e largos (PROPHET, 1964). Em razão disso, é necessária a proteção destas estruturas no primeiro atendimento, para impedir a contaminação da polpa. Esse procedimento foi realizado em ambos os casos apresentados.

A Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT-2000), recomenda que nos casos de fraturas coronárias sem exposição pulpar deve ser realizada uma restauração pro-

visória com cimento de ionômero de vidro ou uma restauração definitiva com resina composta. Quando o limite da fratura encontra-se muito próximo à polpa deve ser considerada a utilização de uma proteção com cimento de hidróxido de cálcio. Para as fraturas coronárias com envolvimento pulpar que ocorrerem na denteção permanente poderá ser realizado o capeamento pulpar direto com hidróxido de cálcio, a pulpotomia ou ainda a pulpectomia.

Seguindo essas recomendações, nos casos de fraturas coronárias sem envolvimento pulpar, foi realizada a proteção da dentina exposta com cimento de ionômero de vidro e quando necessário, devido a maior proximidade da polpa, foi utilizado cimento de hidróxido de cálcio.

OLSBURGH et al. (2002) indicam o capeamento pulpar direto de acordo com o tempo de exposição pulpar, a saúde pulpar anterior ao trauma, o diâmetro da exposição pulpar, a idade do dente, a não ocorrência de injúrias de luxação concomitantemente e o estágio de desenvolvimento radicular.

A pulpotomia é executada em dentes jovens, quando o capeamento pulpar é contra-indicado devido ao tamanho da exposição pulpar e/ou o tempo transcorrido desde a injúria. No traumatismo dento-alveolar esse procedimento pode ser considerado como um tratamento provisório a longo prazo, pois, na maioria dos casos, será realizado o tratamento do canal radicular do dente traumatizado sucedido pela restauração (OLSBURGH et al., 2002). Seguindo os princípios anteriormente citados, a pulpotomia e o capeamento pulpar direto foram empregados em caráter de urgência no segundo caso clínico em decorrência do comprometimento da polpa.

As injúrias do ligamento periodontal podem ocorrer concomitantemente às injúrias dos tecidos duros e dependendo de sua severidade e tipo requerem diferentes padrões de tratamento, contenção e variação do tempo de permanência da contenção (ANDREASEN & ANDREASEN, 2001). Devido às injúrias dos tecidos de sustentação descritas no segundo caso clínico, foi realizada a contenção com fio ortodôntico e resina composta e mantida por duas semanas, de acordo com ANDREASEN & ANDREASEN (2001).

Existem diferentes opções de tratamento na literatura para as fraturas corono-radulares (OLSBURGH et al., 2002) dependendo da lesão subgingival, da morfologia da lesão, do comprimento e/ou da morfologia da raiz e da situação estética. A IADT (2000) recomenda que, diante de uma urgência, o fragmento coronário seja estabilizado e seja realizada sua contenção aos dentes adjacentes com resina composta. Havendo uma fratura subgingival com comprometimento do espaço biológico poderá ser realizada a gengivectomia e osteotomia; a extrusão cirúrgica ou ortodôntica da raiz e, se esta estiver completamente formada, o tratamento do canal radicular são indicados (OLSBURGH et al., 2002).

No primeiro caso clínico foi realizada a exodontia de um elemento dentário traumatizado devido ao comprometimento do espaço biológico sem a possibilidade de sua recuperação, o que condiz com OLSBURGH et al. (2002) que afirmam que a extração somente deve ser realizada se todos os procedimentos anteriormente citados não forem indicados; contudo, o profissional deve estar ciente que uma reabilitação protética futura será consideravelmente complicada se o osso for perdido com o tempo.

De acordo com ANDREASEN & ANDREASEN (2001) o cuidado imediato de dentes traumatizados e o futuro da saúde dentária do paciente requer não apenas um excelente tratamento de urgência, mas também um apropriado acompanhamento a longo prazo e depende do conhecimento e da habilidade dos profissionais envolvidos. Mencionam, ainda, a maioria dos profissionais que realiza este tipo de atendimento não possui conhecimento suficiente para fazê-lo. No entanto, em razão do envolvimento multidisciplinar necessário para o atendimento desses casos, o clínico geral é o profissional mais indicado para realizá-los. Em razão disso é fundamental que seja difundida esta proposta, fato que resultará em benefícios para os pacientes acometidos por traumatismo dento-alveolar, como anteriormente afirmado por POI et al. (2000), inclusive para a correção de seqüelas do replante dentário (POI et al., 2002).

CONCLUSÃO

O atendimento de urgência, quando realizado adequadamente, promove maior conforto para o paciente, principalmente pela remoção da dor. Quando possível, devem ser restabelecidas, também, a função e a estética. Estes procedimentos, além de melhorar o prognóstico dos casos, podem ser realizados pelo clínico geral, desde que este tenha iniciativa, conhecimentos básicos e habilidade para colocá-los em prática.

RESUMO

Com a finalidade de estimular o atendimento inicial dos pacientes acometidos por traumatismo dento-alveolar pelo clínico geral, os autores apresentam dois casos clínicos envolvendo fraturas coronárias e corono-radulares, nos quais foram realizados procedimentos de urgência. O adequado atendimento inicial, além de promover conforto para o paciente, removendo a dor, melhora o prognóstico dos casos. Este procedimento pode ser realizado pelo clínico geral, desde que este tenha iniciativa, conhecimentos básicos e habilidade para colocá-los em prática.

Palavras-chave: Socorro de urgência, primeiros socorros, ferimentos e lesões.

SUMMARY

With the purpose of stimulating the general clinician's initial attendance of patients who have suffered dentoalveolar traumatism, the authors present two clinical cases involving crown and crown-root fractures, in which urgent procedures were carried out. Suitable initial attendance, other than providing the patient with comfort by removing the pain, improves case prognosis. This procedure can be performed by the general clinician, provided that he or she has initiative, basic knowledge and skills to carry it out.

Key Words: Emergency care; first aid; wounds and injuries.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREASEN, J. O. et al. Natureza e conseqüências do trauma. In: *Manual de traumatismo dental*. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 8-13.
2. ANDREASEN, J. O. & ANDREASEN, F. M. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3.ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, 770p.

3. BAKLAND, L. K. & ANDREASEN, J. O. Examination of the dentally traumatized patient. *J Calif Dent Assoc*, San Francisco, v. 24, n. 2, p. 35-7, 40-4, Feb, 1996.

4. BLATZ, M. B. Comprehensive treatment of traumatic fracture and luxation injuries in the anterior permanent dentition. *Pract Proced Aesthet Dent*, Mahwah, v. 13, n. 4, p. 273-279, May, 2001.

5. CALDAS JR, A. F. & BURGOS, M. E. A. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol*, Copenhagen, v. 17, n. 3, p. 250-253, Jun/Jul, 2001.

6. DIANGELIS, A. J. & BAKLAND, L. K. Lesões dentais traumáticas: conceitos atuais de tratamento. *J Am Dent Assoc - Brasil*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 7-20, fev, 1999.

7. GRUNDY, J. R. The incidence of fractured incisors. *Br Dent J*, London, v. 106, n. 9, p. 312-4, May, 1959.

8. IADT. Tooth and/or bone fractures in the permanent dentition. 2000. Disponível em: <<http://www.iadt-dentaltrauma.org/trauma/guidebfp.html>>. Acesso em 4 jul. 2003.

9. LEROY, R. L. R. G. et al. A multidisciplinary treatment approach to a

complicated maxillary dental trauma: a case report. *Endod Dent Traumatol*, Copenhagen, v. 16, n. 3, p. 138-142, Jun, 2000.

10. MIÑANA, R. & MEROÑO, C. M. Diagrama de actuación frente a um traumatismo dental. *Endodoncia*, Barcelona, v. 8, n. 4, p. 40-42, Dic., 1990.

11. OLSBURGH, S.; JACOBY, T.; KREJCI, I. Crown fractures in the permanent dentition: pulpal and restorative considerations. *Dent Traumatol*, Copenhagen, v. 18, n. 3, p. 103-115, Jun/Jul, 2002.

12. POI, W. R. et al. Exame de paciente acometido por traumatismo dento-alveolar. *JBC - J Bras Clin Estet Odontol*, Curitiba, vol. 4, n. 24, p. 58-60, nov./dez., 2000.

13. POI, W. R. et al. Correção de seqüelas do reimplante dentário: soluções estéticas provisórias. *RGO*, Porto Alegre, v.50, n.4, p.213-216, out./nov./dez., 2002.

14. PROPHET, A. S. Symposium. Traumatic injuries of the teeth: types of injury. *Br Dent J*, London, v. 116, n. 9, p. 377-385, May, 1964.

15. RUSMAH, M. Traumatized anterior teeth in children: a 24 month follow-up study. *Aust Dent J*, Sydney, v. 35, n. 5, p. 430-3, Oct, 1990.

Clareamento em 1 sessão com Luz-Laser

CURSO PRÁTICO

Invista no sucesso do seu consultório



MINISTRANTES:

* Aldo Brugnera Jr. e Fátima Zanin da FO/São Paulo/UCCB (autores do livro "Clareamento Dental com Luz Laser")



VAGAS:

* apenas 27 participantes por ser prático

PROGRAMA:

- * tipos de luz-laseres para clareamento (Argônio, Diodo, led's, arco de plasma e Xenônio)
- * termo de consentimento
- * o gel específico com ativadores
- * formas de isolamento/ barreiras gengivais
- * técnicas para dentes vitais e para desvitalizados
- * resultados esperados/ preservação

EXCLUSIVIDADE:

* em cada equipo será colocado um aparelho

NOVO APARELHO PARA CLAREAMENTO CUSTA APENAS R\$ 740,00

VALOR DO CURSO PODE SER ABATIDO NA COMPRA DE APARELHOS DE LASER

AS PRINCIPAIS DICAS CLÍNICAS DO CURSO:

* **MARKETING** - Como otimizar o consultório através do clareamento

* **DESVITALIZADOS** - Como clarear em uma sessão

* **ISOLAMENTO** - Qual a melhor barreira gengival



* **PRODUTOS** - Qual o melhor gel (vitais) e a melhor pasta (não vitais)

* **SENSIBILIDADE** - Evitar é fácil

* **FONTE DE LUZ** - Conheça uma opção barata e eficaz

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: 0800-541-20-72 ou rgo@rgo.com.br