

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANYSSA CAMILA BELO MENDES

VIVIANE ALMEIDA BORGES

**TRAUMATISMO DENTÁRIO EM INCISIVOS  
CENTRAIS SUPERIORES: INCIDÊNCIA, DANOS E  
TRATAMENTO: RELATO DE CASO**

Aracaju

2018

ANYSSA CAMILA BELO MENDES

VIVIANE ALMEIDA BORGES

# **TRAUMATISMO DENTÁRIO: INCIDÊNCIA, TRATAMENTO E DANOS: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Msc.  
Anderson Lessa Siqueira

Aracaju

2018

**ANYSSA CAMILA BELO MENDES**

**VIVIANE ALMEIDA BORGES**

# **TRAUMATISMO DENTÁRIO: INCIDÊNCIA, TRATAMENTO E DANOS: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Banca Examinadora

---

*Orientador:* Prof. Msc. Anderson Lessa Siqueira

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC**

Eu, Anderson Lessa Siqueira orientador dos discentes Anyssa Camila Belo Mendes e Viviane Almeida Borges, atesto que o trabalho intitulado: **“Traumatismo dentário: incidência, tratamento, danos: Relato de caso”** está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

**Prof. Msc. Anderson Lessa Siqueira**

**TRAUMATISMO DENTÁRIO: INCIDÊNCIA, TRATAMENTO E DANOS: RELATO DE CASO.**

**Anyssa Camila Belo Mendes<sup>a</sup>, Viviane Almeida Borges<sup>a</sup>, Anderson Lessa Siqueira<sup>b</sup>**

*<sup>(a)</sup>Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup> MSc. Professor do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

**Resumo**

O traumatismo dental é um problema significativo em jovens. As fraturas envolvendo dentina e esmalte são comuns e menos complicadas, contudo quando não tratadas adequadamente evolui para dor, necrose, reabsorção óssea ou radicular, dificuldade mastigatória e problemas psicossociais. O trabalho objetiva relatar um caso de traumatismo dental com infecção endodôntica, cujo tratamento foi realizado na Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes. Paciente gênero masculino, 11 anos, ASA I, sofreu trauma dentário no ambiente escolar. Na anamnese observou-se dor nas unidades 11 e 21, queixando-se com relação ao constrangimento, afetando o seu bem-estar. Apresentava classe II, overjet acentuado, respirador bucal. Ao exame observou-se supuração na região entre as unidades afetadas, com fístula. O teste de sensibilidade deu negativo nas duas unidades. No exame radiográfico observou-se área radiolúcida no periápice das mesmas, com reabsorção radicular na unidade 11. A fratura observada limitava-se ao esmalte e dentina, havendo restauração insatisfatória. O tratamento foi o endodôntico, com finalidade de eliminar toda infecção intrarradicular, fazendo-se o preparo químico-mecânico com limas manuais e hipoclorito de sódio, medicação intracanal com hidróxido de cálcio e obturação com guta-percha, para posteriormente realizar a conduta restauradora com resina. Finalizado todo o tratamento conseguiu-se a reabilitação, devolvendo saúde, função e estética.

*Palavras-chaves: tratamento do canal radicular; controle de infecções dentárias; traumatismos dentários*

**Abstract**

Dental trauma is a significant issue among young patients. Fractures involving dentin and enamel are common and less complicated, however, if not treated properly they could lead to pain, necrosis, bone or root resorption, mastication difficulties and psychosocial problems. The aim of this paper is to report a case of dental trauma with endodontic infection, which treatment was performed at University Tiradentes Dental Clinic. Male patient, 11 years-old, ASA I, suffered dental trauma at the school. Anamnesis revealed pain in the central upper incisors and embarrassment affecting his well-being. He presented Angle Class II, severe overjet and mouth breathing. Intraoral examination revealed suppuration between the affected teeth with a fistula. Pulp sensibility tests were negative in both teeth. Radiographic examination showed radiolucent area in both periapices, with root resorption of the right upper central incisor. The fracture was limited to enamel and dentin, with an unsatisfactory restoration. The treatment was the endodontic one, aiming to eliminate all intraradicular infection, with chemical-mechanical preparation with manual instrumentation and sodium hydrochloride, calcium hydroxide as intracanal medication and gutta percha for filling and posterior restoration with resin composite. Once the treatment was finished, the patient gained once again health, function and aesthetics.

*Keywords: Root canal therapy; infection control dental; tooth injuries*

## **1. Introdução**

O traumatismo dentário é considerado um problema de saúde pública que muitas vezes acaba sendo negligenciado, tendo sua frequência aumentada na sociedade, apresentando maior incidência em crianças e adolescentes, nesta fase observam-se diversas alterações que podem comprometer o estado de saúde bucal, bem como ocasionar alterações no bem estar e na qualidade de vida do indivíduo (FLORES, et al., 2007, OLIVEIRA, et al., 2013). Esses casos de traumas são julgados como situações de urgência, devendo ter atendimento imediato pelo cirurgião dentista, contudo, em virtude de pouco ou nenhum conhecimento dos responsáveis, essa assistência é postergada, podendo, com isso, prejudicar o tratamento e o prognóstico (SANABE, et al., 2009, DE OLIVEIRA, et al., 2013).

O sucesso ou fracasso do tratamento em casos de traumatismo dental depende de condutas apropriadas tanto no local do acidente, fator que está fora do alcance dos cirurgiões dentistas, como o primeiro atendimento após o ocorrido, devendo estar correlacionado com rapidez e eficiência no tratamento ao paciente, devendo ser realizado por profissionais que tenham conhecimento apropriado e habilidade suficiente para conduzir de maneira adequada o caso. O tratamento deve ser realizado associado a um consentimento tanto por parte do profissional de saúde como pelos pais ou responsáveis e também pelo paciente encontrando uma melhor opção para enfrentar essa situação de urgência (FLORES, et al., 2007). Entretanto, mesmo com a alta taxa de prevalência pouco é feito pelos profissionais e instituições que atuam para esclarecer a população como proceder nesses casos, ou orientar sobre os meios de prevenção (OLIVEIRA, et al., 2013).

Os exames iniciais, tanto o clínico como o radiográfico são fundamentais para a eficácia no diagnóstico, tratamento e prognóstico. Os principais métodos para diagnóstico das condições pulpares e periapicais, são os exames de mobilidade dental, palpação, percussão, percepção na mudança de coloração dental, testes de sensibilidade pulpar e as radiografias, sendo que para confecção do plano de tratamento deve-se estar atento ao estado de saúde, dimensão das lesões e estado de desenvolvimento dental (MORELLO, et al., 2011, OLIVEIRA, et al., 2013, VIEIRA, et al., 2017).

O traumatismo dentário acomete mais indivíduos de faixa etária escolar, do sexo masculino, causado geralmente por quedas, brigas ou lutas, acidentes esportivos, automobilísticos e com objetos ou maus tratos. Há, ainda, fatores que os tornam mais suscetíveis ao trauma: selamento labial inadequado e protrusão acentuada da maxila em

relação à mandíbula, overjet maior que 5 mm, pacientes respiradores bucais (SANABE, et al., 2009).

De acordo com Traebert e Claudino (2012), o traumatismo dental pode ser representado desde uma pequena fratura na região de esmalte até a perda definitiva da unidade dentária. Há uma predominância nos casos de traumatismo na face afetar a região anterior da arcada dentária (incisivos centrais, incisivos laterais e caninos). Lesões nessa região tem envolvimento estético, resultando em danos que vão além do físico, atingindo o psicológico e a autoestima. Quando não tratado de forma adequada um dente fraturado, por exemplo, por um profissional não qualificado e experiente, pode resultar em alteração de cor, sintomatologia dolorosa, sensibilidade, reabsorções radiculares ou ósseas, necrose, dificuldades de mastigar, falar, problema psicossocial, como evitar sorrir e diminuição da autoestima (SANABE, et al., 2009, TRAEBERT ; CLAUDINO, 2012).

Segundo Yamashita, et al., (2017), as fraturas envolvendo apenas esmalte e envolvendo esmalte e dentina são designadas de fraturas coronárias não complicadas e são as mais comuns. As fraturas associadas apenas ao esmalte dental tem bom prognóstico pulpar, no entanto quando envolve dentina, uma diversidade de bactérias e toxinas podem penetrar através dos túbulos dentinários expostos, ocasionando alterações inflamatórias no complexo dentino-pulpar. Normalmente a necrose pulpar não ocorre com tanta frequência nas fraturas coronárias não complicadas, mas Wong, et al. (2014), reportou o aumento de até 40% quando não é realizada a proteção do complexo dentino-pulpar deixando a dentina exposta, sendo que essa proteção promove o restabelecimento do tecido pulpar isolando fatores químico-físicos que podem levar à necrose da polpa. A principal via de infecção em dentes traumatizados que não apresentam cárie ou exposição pulpar, mas com necrose e lesão perradicular associada é através dos túbulos dentinários (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

O processo de inflamação, necrose e infecção da polpa evolui para a região apical por compartimentos de tecidos, progredindo até que toda polpa, tanto coronária como radicular, ou grande parte dela esteja necrosada e infectada. Os tecidos perradiculares são afetados na proporção que esse processo avança se aproximando do forame apical. Em alguns casos a lesão periapical pode se desenvolver mesmo antes do processo de necrose progredir e chegará até o forame apical e isso pode ocorrer devido às respostas imunes inata e adaptativa contra a infecção intrarradicular, em consequência de uma possível tentativa de conter a disseminação da infecção ao osso e outras regiões do corpo (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

As lesões perradiculares têm origem infecciosa, sendo a prevenção e o tratamento dessa infecção endodôntica a principal função do profissional devendo estar voltado principalmente para eliminação total da infecção intrarradicular. Deste modo o tratamento endodôntico apresenta três estágios principais para combater a infecção instalada: o preparo químico-mecânico, medicação intracanal e obturação do sistema de canais radiculares (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

Para Lopes e Siqueira (2015), no decorrer do preparo químico-mecânico dos canais radiculares as limas endodônticas têm a função de promover a remoção dos microrganismos, seus produtos e tecidos degenerados mecanicamente, deixando as paredes do canal lisas e cônicas, juntamente com a utilização de substâncias químicas que além de potencializar a eliminação desses resíduos por meio da ação mecânica da irrigação e aspiração, também exercem um efeito químico advindo da ação antimicrobiana e solvente de matéria orgânica.

O hipoclorito de sódio é a solução irrigadora de escolha no tratamento endodôntico devido a sua forte ação antimicrobiana, além de apresentar atividade antibiofilme, ação detergente, neutraliza os produtos tóxicos, favorece a instrumentação, apresenta pH

alcalino e desidrata e solubiliza as substâncias proteicas (LEONARDO, 2008, LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

O “curativo de demora” promove a desinfecção através da aplicação direta de agentes no canal radicular que tem como função tornar o sistema de canais radiculares um meio incapaz de desenvolver bactérias, inibindo ou destruindo os microrganismos que não foram eliminados durante o preparo químico-mecânico (LEONARDO, 2008).

O hidróxido de cálcio destaca-se devido a capacidade de auxiliar no reparo das lesões periapicais, ação antiexsudativa, além de possuir atividade indutora de mineralização e poder antimicrobiano. (LEONARDO, 2008).

A obturação exerce um importante papel a longo prazo devido ao preenchimento tridimensional do sistema de canais radiculares, sendo sua principal função atuar como barreira física à infecção ou reinfecção, mantendo assim a desinfecção obtida durante o preparo químico-mecânico e a medicação intracanal (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

A guta-percha, como material obturador dos canais radiculares foi introduzida na Endodontia por Bowman, em 1867, sendo o material mais utilizado na obturação devido às características de biocompatibilidade, facilidade de emprego, possuindo razoável estabilidade dimensional, passividade de ser condensada e adaptada às paredes dos canais, plasticidade quando aquecida e fácil remoção quando necessário, boa radiopacidade e custo reduzido (LEONARDO, 2008, SILVA; LIRA, 2015).

Todas as etapas da terapia endodôntica devem ser tratadas com a mesma atenção e fundamental relevância por serem consideradas etapas operatórias independentes, contudo uma terapia correta seria aquela que começasse com um diagnóstico preciso e fosse finalizada com a obturação dos canais radiculares o mais hermética possível, seguida pela preservação (LEONARDO, 2008).

Sendo assim esse trabalho tem como objetivo relatar o tratamento endodôntico de um paciente traumatizado, dando ênfase a etiologia e aspecto psicológico causado ao paciente antes e após a ocorrência.

## **2. Relato de Caso**

Paciente W.R.S.S de 11 anos de idade, gênero masculino, melanoderma, ASA I, compareceu a clínica odontológica da Universidade Tiradentes de Sergipe, no dia 09 de agosto de 2016 devido ao traumatismo dental na região anterior, o responsável não soube relatar exatamente a data em que ocorreu o trauma. Durante a anamnese relatou que sofreu o trauma em ambiente escolar, não houve sangramento, apenas fratura nos incisivos centrais superiores, e somente procurou um cirurgião dentista 3 dias após o acidente, o mesmo apenas restaurou as unidades fraturadas sem exames radiográficos e não fez acompanhamento. No dia 04 de agosto de 2016, após 6 meses do ocorrido recebeu atendimento de urgência no hospital público devido a uma infecção odontogênica causada pelo traumatismo, com sintomatologia dolorosa, que foi aliviada com a drenagem do abscesso na região dos incisivos e iniciou antibioticoterapia com clindamicina sendo encaminhado para tratamento ambulatorial na Universidade Tiradentes.

Ao comparecer para continuar o tratamento apresentava-se com sintomatologia dolorosa nos incisivos centrais superiores, com queixa em relação ao constrangimento, em razão das unidades fraturadas e restaurada de forma insatisfatória o que afetava o seu bem-estar social (Figura 1).



Figura 1: Aspecto clínico inicial. 09/08/2016

O paciente era classe II, com overjet acentuado, além de ser respirador bucal. Ao exame clínico, notou-se um edema na região dos incisivos centrais superiores com presença de fístula localizada ao nível da unidade 11, o teste de sensibilidade pulpar deu negativo em ambas as unidades, e dor durante o teste de percussão vertical. No exame radiográfico periapical feito pela técnica do paralelismo foi observado imagem radiolúcida associada ao ápice das duas unidades fraturadas com espessamento do ligamento periodontal e reabsorção radicular na unidade 11 (Figura 2). A fratura observada limitava-se ao esmalte e dentina, havendo uma restauração de resina composta insatisfatória.

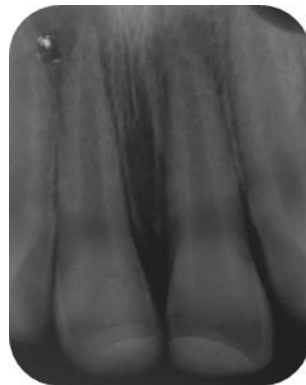


Figura 2. Exame radiográfico periapical mostrando o aspecto inicial da lesão. 15/08/2016.

Tomando como base a história da doença atual, exames clínicos e radiográficos, encontramos o diagnóstico de fratura de dentina e esmalte sem exposição da polpa apresentando necrose pulpar e lesão periapical nas unidades 11 e 21. Levando em consideração esse diagnóstico, foi feito o plano de tratamento optando pela necropulpectomia das unidades 11 e 21, para posteriormente conduta restauradora (Figura 3).



Figura 3. Mesa clínica montada. 15/08/2016

Na primeira sessão de tratamento, começado pela unidade 11, foi feito o isolamento



absoluto com o arco de Ostby®, um lençol de borracha e um grampo 210, realizando abertura coronária com ponta diamantada 1014 na caneta de alta rotação, e ao cair na câmara pulpar efetuamos a troca pela broca Endo Z para fazer a forma de conveniência (Figura 4). O comprimento aparente do dente (CAD) medido através da radiografia inicial e uma régua plástica foi de 27mm, logo após é encontrado o comprimento real de trabalho (CRT) de 25 mm utilizando o localizador apical da marca DENTSPLY MAILLEFER PROPEX PIXI® e uma lima tipo K tamanho 40 DENTSPLY MAILLEFER® . Utilizando a lima tipo K 55 DENTSPLY MAILLEFER®, foi feita a exploração inicial do canal, e em seguida o preparo dos terços cervical e médio com as brocas Gates 1, 2 e 3. Essas brocas foram manuseadas através de uma caneta de baixa rotação, recuando 5 milímetros do CRT e marcando com stop na Gates 1, na 2 foram recuados 7 milímetros e na Gates 3, 9 milímetros sempre usando o stop para a marcação.

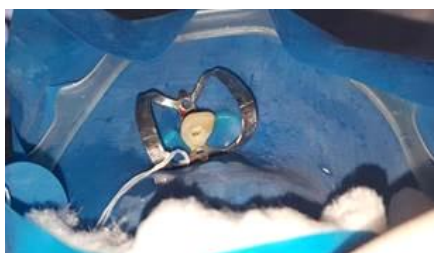


Figura 4. Isolamento absoluto e abertura coronária. 15/08/2016

No preparo do terço apical, procedeu-se a instrumentação com as limas tipo K DENTSPLY MAILLEFER® da segunda série, foram utilizadas no total quatro limas: 55, 60, 70 e 80, ficando como lima memória 80. A cada troca de lima era feita irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% ASFER® utilizando uma seringa de 5 ml sendo irrigada lentamente no movimento “vai e volta” e aspiração com cânula de aspiração endodôntica. Terminando a instrumentação, foi introduzido ácido etilenodiaminotetracético (EDTA) a 17% no interior do canal com o auxílio de uma seringa, deixando-o por 3 minutos e agitando com o instrumento memória, passado o tempo necessário, aspirou o produto e irrigou novamente com o hipoclorito de sódio 2,5% ASFER® para neutralizar aspirando logo após. Em seguida, secou com cones de papel absorvente estéril META BIOMED® e medicou com hidróxido de cálcio pró-análise (P.A) BIODINÂMICA® e veículo anestésico. Como restauração provisória foi optada pelo Coltosol® (Figura 5 ).

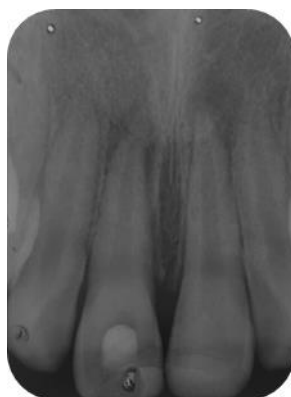


Figura 5. Após medicação intracanal com hidróxido de cálcio. Data 22/08/2016

Depois de sete dias, seguiu-se o tratamento com a unidade 21, fazendo o isolamento absoluto com os mesmos materiais que a da unidade 11. A cirurgia de acesso foi realizada com uma ponta diamantada 1014 e ao chegar na câmara trocada pela Endo Z para fazer a

forma de conveniência, um triângulo com a base voltada para incisal, melhorando a qualidade do acesso. Com a radiografia inicial e uma régua plástica o CAD de 25 mm foi determinado. Utilizando o localizador apical da marca DENTSPLY MAILLEFER PROPEX PIXI®, uma lima tipo K tamanho 50 DENTSPLY MAILLEFER® e um stop encontrado CRT 26mm. Feito a exploração inicial, prosseguiu-se com o preparo do terço cervical e médio com uma caneta de baixa rotação e as brocas Gates 1, 2 e 3, colocando 21 mm do CRT na Gates 1, 19 milímetros na 2 e 17 milímetros 3.

A instrumentação do preparo do terço apical foi executada utilizando quatro limas tipo K DENTSPLY MAILLEFER® da segunda série, foram estas 50, 55, 60 e a 70 sendo o instrumento memória. A cada troca de lima o canal era irrigado lentamente com hipoclorito 2,5% ASFER® através de uma seringa de 5 ml no movimento “vai e volta” e aspirado com uma cânula endodôntica. Após a instrumentação o EDTA a 17% é colocado e agitado com instrumento memória, e em sequência a solução foi aspirada e o conduto irrigado novamente com hipoclorito de sódio 2,5% ASFER® para neutralização e aspirando simultaneamente. Com cones de papel absorvente estéril META BIOMED® secou todo o canal, para ser medicado com hidróxido de cálcio PA BIODINÂMICA® e veículo anestésico, deixando em uma consistência pastosa. O Coltosol® foi colocado como restauração provisória.

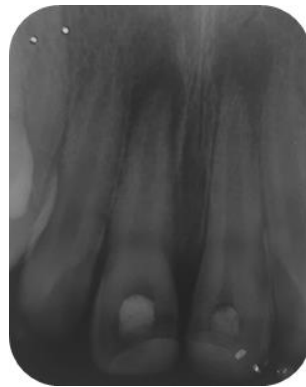


Figura 6. Radiografia após medicação intracanal com hidróxido de cálcio. 19/09/2018

A cada 15 dias foram feitas as trocas de medicação, ao total 3 trocas em cada unidade. Na sessão seguinte realizou a prova do cone principal utilizando o cone de guta percha de acordo com o instrumento memória e CRT das duas unidades dentárias, após desinfetar os cones escolhidos previamente no hipoclorito de sódio a 2,5% ASFER® por 1 minuto e secar na gaze estéril, os mesmos foram introduzidos nas unidades dentárias para verificar através do teste tátil o travamento no batente apical com a confirmação sendo feita na realização da radiografia periapical, na unidade 11 o cone principal 80 (Figura 7) e na unidade 21 utilizando a numeração 70 (Figura 8).



Figura 7. Prova do cone da unidade 11. 31/10/2016



Figura 8. Prova do cone da unidade 21. 31/10/2016

A técnica utilizada na obturação do canal radicular na unidade 11 foi a híbrida de Tagger por existir uma distância maior do cone ao ápice dentário, existindo um melhor travamento do cone principal no batente apical existindo uma menor possibilidade de ocorrer extravasamento para os tecidos periapicais, para isso foi utilizado o termocompactador de Mc Spadden, sendo introduzido o cone principal envolvido no cimento Sealer 26 DENTSPLY MAILLEFER® e com o auxílio dos espaçadores com um diâmetro compatível alternando no sentido horário e anti-horário, foram colocados 3 cones acessórios levando cimento ao canal radicular preenchendo as paredes do canal, a técnica de escolha visa a plastificação pelo calor e condensação do material obturador, o contra ângulo girando em sentido horário, limitando-se no terço médio e cervical do conduto, com um número maior que o instrumento memória e 3 mm aquém do CRT para não extravasar, entra com o instrumento ativo no canal radicular fazendo movimento de “vai e vem “ lentamente e retira o instrumento acionado, com o calcador de paiva aquecido corta o excesso da guta-percha e com o calcador frio faz a compressão no sentido vertical, com o explorador de ponta reta verifica se foi removida a guta-percha e o cimento remanescente na câmara pulpar a fim de evitar o escurecimento da coroa dental, após sendo utilizado bolinha de algodão embebido em álcool para limpeza.

Na unidade 21 a técnica escolhida para obturação do canal radicular foi a de condensação lateral colocando primeiro o cone principal envolvido no cimento Sealer 26 DENTSPLY MAILLEFER®, e com ajuda dos espaçadores com um diâmetro compatível alternando no sentido horário e anti-horário, foram colocados cones acessórios com o cimento preenchendo todo o conduto, logo depois o excesso foi retirado e verificado da mesma maneira que a da unidade 11. As duas unidades foram seladas com ionômero de vidro forrador DFL® (Figura 9).



Figura 9. Radiografia após obturação das unidades 11 e 21. 14/11/2016

Após o tratamento endodôntico, foram realizadas as restaurações das unidades 11 e 21, classe IV (mesiooclusodistal), com resina composta OPALLIS®, utilizando o isolamento absoluto, (Figura 10) o sistema convencional adesivo dois passos, resina de esmalte A1, resina de dentina A2 e resina de esmalte B1 como resina de efeito. A estratificação foi feita usando a técnica incremental (Figura 11) e o polimento foi realizado uma semana após o término (Figura 12).



Figura 10. Isolamento absoluto para realização de restaurações. 14/11/2016



Figura 11. Estratificação pela técnica de incremental. 14/11/2016

Ao término de todo tratamento o paciente mostrou-se muito satisfeito com o resultado obtido (Figura 13), uma vez que foi alcançada a reabilitação oral, devolvendo saúde, função e estética, contribuindo, assim, para seu bem-estar físico e mental. A preservação foi feita até 1 ano e meio após o tratamento, sendo observado toda a reparação da lesão periapical (Figura 14 e 15) e ausência de sinais e sintomas através de exame clínico e radiográfico.



Figura 12. Aspecto clínico final. 14/11/2016



Figura 13. Aspecto final após polimento e acabamento. 21/11/2016



Figura 14. Radiografia após 6 meses de conclusão do tratamento com presença de reparação óssea na região periapical da lesão. 23/05/2017



Figura 15. Radiografia após 1 ano e meio de conclusão do tratamento. 26/05/2018

### 3. Discussão

O traumatismo alvéolo-dentário exige intervenção imediata devido a sua condição de urgência, evitando também dor e complicações futuras, uma vez que essa eventualidade influencia na função e estética do indivíduo, interferindo positivamente no prognóstico. A injúria causada em dentes anteriores gera um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e familiares, pois, o visual do sorriso demonstra a importância na composição da estética facial e a presença de lesões traumáticas influencia na interação social e autoestima dos indivíduos que foram acometidos (FRUJERI, 2014).

No caso relatado do presente trabalho, não houve atendimento imediato, procurando o cirurgião dentista apenas 3 dias após o acidente, desfavorecendo, assim, o prognóstico. Seis meses depois do traumatismo recebeu atendimento no hospital público devido à dor e a infecção odontogênica, sendo esta considerada uma complicação.

As unidades dentárias mais afetadas durante o traumatismo dental são os incisivos centrais e laterais superiores, acometendo com mais frequência na região da coroa. Estudos indicam que em indivíduos que possuem overjet acentuado, o risco do trauma nos dentes superiores anteriores permanentes duplicam, podendo até triplicar (PACHECO, 2016).

Para Vieira, et al., (2017), mais da metade das lesões traumáticas afetam os incisivos centrais, sendo a fratura coronária a que ocorre com mais frequência e entre todos os tipos de lesões traumáticas alvéolo-dentárias as mais comuns após essa ocorrência são as fraturas de esmalte, fratura de dentina e fratura de esmalte e dentina em indivíduos do sexo masculino devido a prática de atividades de maior risco. A necrose pulpar é considerada a complicação mais comum após o traumatismo alvéolo-dentário (YAMASHITA, et al., 2017).

Uma das consequências desse trauma dental foi afetar a autoestima, gerando problemas psicossociais, pois o paciente passou a ter um sorriso mais contido devido a vergonha de sorrir, sofrendo constrangimento.

De acordo com Francisco, et al., (2016), os dentes anteriores são os mais traumatizados com incidência de 93 % em dentes permanentes e 89 % nos incisivos, devido a posição mais anterior e proeminente em relação às outras unidades no arco dental, indivíduos de gênero masculino são acometidos mais que o feminino, sendo a faixa etária de 7 a 11 anos a mais afetada. Os pacientes que apresentam overjet proeminente possui um fator de risco expressivo para ocorrência do traumatismo dental (FRUJERI, 2014).

O paciente do caso clínico é do sexo masculino, 11 anos, apresentava overjet acentuado com fratura os incisivos superiores acometendo o esmalte e dentina sem

exposição pulpar. Estando assim de acordo com o padrão de frequência e suscetibilidade do traumatismo relatado pelos autores citados.

Mesmo com a alta prevalência, a população não se encontra preparada sobre como proceder em casos de traumatismo dental e como evitar esse tipo de acidente e isso se deve à falta de informação quanto à medida que devem ser tomadas adequadamente no momento do acidente e mesmo assim pouco tem sido feito, por parte das instituições e profissionais da saúde e órgãos governamentais. Diversos trabalhos relatam a ausência de aptidão dos educadores, população, profissionais do esporte como também dos profissionais da saúde diante desses casos, evidenciando a necessidade de padronização, correta orientação e controle. O traumatismo alvéolo-dentário acarreta em grande parte dos casos danos estéticos, psicossociais e terapêuticos (FRUJERI, 2014).

Estudos demonstram que os profissionais da área da saúde, professores e alunos apresentam um desconhecimento a respeito do manejo das lesões de traumatismo alvéolo-dentário tanto em dentes permanentes quanto em decíduos (FRANCISCO, et al., 2016).

É de responsabilidade dos dentistas reconhecer, diferenciar, abordar apropriadamente ou encaminhar as lesões de traumatismo alvéolo-dentário, dependendo da complexidade da lesão e da capacidade individual. É de fundamental importância uma conduta sistemática, por meio de anamnese, exames clínico e radiográfico adequados para determinar com precisão e eficiência a extensão e o diagnóstico correto do traumatismo (VIEIRA, et al., 2017). Segundo Pacheco (2016), um diagnóstico preciso, tratamento e acompanhamento adequados são fundamentais para um resultado favorável.

No primeiro atendimento após o trauma o cirurgião dentista negligenciou o tratamento, pois não fez exame radiográfico e nem acompanhando, apenas restaurou com resina composta e liberou o paciente.

Dentes anteriores com sequelas pós-traumatismo podem influenciar diretamente no constrangimento psicossocial, como sentir vergonha de sorrir, dificuldade em manter o equilíbrio emocional, locomoção, impasse ao comer certos alimentos prejudicando também a limpeza dos dentes (QUEIROZ, 2016, GONÇALVES, et al., 2017; VIEIRA, 2017).

De acordo com o que foi explanado nos artigos pesquisados, o paciente abordado neste relato de caso se enquadra em todas as modalidades, no que se diz respeito à idade, sexo, etiologia, posicionamento dental, unidades dentárias mais acometidas e condições psicossociais do paciente.

### **3. Conclusão**

Nos casos de traumatismo dental é de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento da abordagem adequada, conseqüentemente um diagnóstico e plano de tratamento correto levando a um prognóstico favorável das unidades dentárias.

Através do acompanhamento radiográfico foi possível a visualização da regressão da lesão periapical através da formação de osso, comprovando assim o sucesso do tratamento endodôntico.

Conclui-se que tratar o paciente com uma visão integral exige planejamento e dedicação a fim de atingir o objetivo de reabilitar o paciente, reestabelecendo sua funcionalidade e estética gerando contentamento do indivíduo, contribuindo para o seu bem-estar físico e mental.

### **4. Referências**

1. DE QUEIROZ, G. E. R., **Instrumentos para avaliação do impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte, MG, 2016, 25p. Monografia (Especialização em endodontia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
  
2. FLORES, M. T., MALMGREN, B., ANDERSSON, L., ANDREASEN, J. O., BAKLAND, LEIF. K., BARNETT, F., BOURGUIGNON, C., DIANGELIS, A., HICKS, L., SIGURDSSON, A., TROPE, M., TSUKIBOSHI, M., ARX, V. T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. **Dental traumatology**, v. 23, n. 4, p. 196-202, 2007.
  
3. FRANCISCO, S. S., AMARAL, R. C. D., VIEIRA, L. M. M., BRAGA, C. K. P., & MURRER, R. D., Conhecimento de estudantes de Educação Física de Juazeiro do Norte-CE sobre o atendimento emergencial ao trauma dental, avulsão e reimplante dental. **J. Health Sci. Inst**, v. 34, n. 2, p. 75-81, 2016.
  
4. FRUJERI, M. de L. V., **Epidemiologia dos traumatismos dentários dos dentes anteriores permanentes em escolares de 12 anos na cidade de Brasília-DF**. Brasília-DF, 2015. 114p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Faculdade em ciências da saúde, Universidade de Brasília.
  
5. GONÇALVES, B. M., DIAS, L. F., da SILVA PEREIRA, C., PONTE FILHO, M. X., KONRATH, A. C., BOLAN, M da S., & CARDOSO, M. O impacto do traumatismo dental e do comprimento estético na qualidade de vida de pré-escolares. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 448-455, 2017.
  
6. LAGES DE OLIVEIRA, M.J., OLIVEIRA DIAS, V., FERREIRA SANTOS, K. K., FRAÇA RODRIGUES, Q., RIBEIRO PAIVA, E., & DE CASTRO MARTINS, R., Análise do conhecimento dos pais/responsáveis pelas crianças atendidas na clínica infantil da Unimontes sobre traumatismos dentários. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 2, 2013.
  
7. LEONARDO, M. R., **Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos**. São Paulo, SP: Artes Médicas Sul, ed 1, v. 2, 2008. 1550 p.
  
8. LOPES, Hélio Pereira; SIQUEIRA JÚNIOR, José Freitas. **Endodontia: biologia e técnica**. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2015. 817 p.
  
9. MORELLO, J., RIBEIRO, F. C., ROLDI, A., de SOUZA PEREIRA, R., BARROSO, J. M., & INTRA, J. B. G., Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 13, n. 2, p. 68-73, 2011.
  
10. OLIVEIRA, D.C., PEREIRA, P. N., FERREIRA, F. M., PAIVA, S.M., FRAIZ, F.&C, Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de Adolescentes: Revisão sistemática. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 1, 2013.



11. PACHECO, L. da P. **Acompanhamento radiográfico de trauma dental: um relato de caso clínico**. Porto Alegre, RS, 2016. Monografia (Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
12. SANABE, M. E., CAVALCANTE, L. B., COLDEBELLA, C. R., & de ABREU, F. C. B. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Revista Paulista de Pediatria*, v.27, n.4, p.447-451, 2009.
13. SILVA, E. da., LIRA, H. da S., **Obturação termoplastificada- Revisão de literatura**. Aracaju, SE, 2017. 15p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em odontologia). Faculdade de odontologia, Universidade Tiradentes.
14. TRAEBERT, Jefferson; CLAUDINO, Dikson. Epidemiologia do traumatismo dentário em crianças: a produção científica brasileira. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 2, 2012.
15. YAMASHITA, F. C., YAMASHITA, I. C., PAVAN, N. N. O., Perfil dos pacientes atendidos no Centro de Traumatismo em Odontologia frente às fraturas coronárias e suas sequelas. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 6, n. 6, 2017.
16. WONG, A. W., ZHANG, C., CHU, C., A systematic review of nonsurgical single-visit versus multiple-visit endodontic treatment. **Clinical, cosmetic and investigational dentistry**, v. 6, p. 45, 2014.