

UNIVERSIDADE TIRADENTES

EMILLY MARIANY BARBOSA DOS SANTOS

FRANCIELLY AWANNA XAVIER CUNHA

CONDUTA CLÍNICA PÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

Aracaju

2022

EMILLY MARIANY BARBOSA DOS SANTOS

FRANCIELLY AWANNA XAVIER CUNHA

CONDUTA CLÍNICA PÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: 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.

VANESSA DOS SANTOS VIANA, MSc

Aracaju

2022

EMILLY MARIANY BARBOSA DOS SANTOS

FRANCIELLY AWANNA XAVIER CUNHA

CONDUTA CLÍNICA PÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: 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

Professor Orientador: Profª MsC Vanessa dos Santos Viana

1º Examinador:

2º Examinador:

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Prof^a MsC Vanessa dos Santos Viana, orientadora dos discentes Emily Mariany Barbosa dos Santos e Francielly Awanna Xavier Cunha atesto que o trabalho intitulado: “CONDUTA CLÍNICA PÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: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,

Orientadora: Prof^a MsC Vanessa dos Santos Viana

CONDUTA CLÍNICA PÓS TRAUMATISMO DENTÁRIO NA PRIMEIRA INFÂNCIA:RELATO DE CASO

Emilly Mariany Barbosa dos Santos^a; Francielly Awanna Xavier Cunha^a;
Vanessados Santos Viana^b

(a) *Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes*; (b) *MSc. Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*.

RESUMO

O traumatismo dentário pode ocorrer em qualquer fase da vida. No entanto, quando fala-se sobre crianças e adolescentes os índices de trauma aumentam. Essa espécie de trauma poderá ocasionar comprometimento da cavidade oral como também o desenvolvimento relativo ao emocional da criança com seus familiares. O objetivo deste presente trabalho é apresentar um caso clínico pediátrico de traumatismo dentário na primeira infância que teve, como consequência, a intrusão e avulsão dentária em uma criança de 4 anos, gênero feminino. Após a anamnese e exame clínico, recebeu o diagnóstico de traumatismo dental severo sendo realizado um planejamento de exodontia, devido à grande proximidade do dente decíduo com o germe do dente permanente. Com a narrativa deste caso descrito, a importância voltada a atenção odontológica nos casos de trauma dentário, ou seja, o atendimento, planejamento, agilidade e preservação neste tipo de tratamento de urgência, para obter um melhor prognóstico e um bom resultado para o paciente, evitando assim complicações estéticas e funcionais na dentição permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo dentário, dentição permanente, atendimento, infância.

ABSTRACT

Dental trauma can occur to any individual, at any stage of life. However, when we talk about children and adolescents, trauma rates increase. This kind of trauma can cause impairment of the oral cavity as well as the emotional development of the child with his family members. The objective of this present work is to present a pediatric clinical case of dental trauma in early childhood, which resulted in dental intrusion and avulsion in a 4-year-old female child. After anamnesis and clinical examination, he was diagnosed with severe dental trauma and an extraction plan was carried out, due to the close proximity of the deciduous tooth to the permanent tooth germ. With the narrative of this case described, we clarify the importance of dental care in cases of dental trauma, that is, the care, planning, agility and follow-up in this type of emergency treatment, so that we can obtain a better prognosis and a good result for the patient, thus avoiding aesthetic and functional complications in the permanent dentition.

KEYWORD: Dental trauma, permanent dentition, attendance, childhood.

1. INTRODUÇÃO

O traumatismo dental pode ser classificado como uma forma de agressão térmica, química ou mecânica no dente, onde ao sofrer este tipo de agressão poderá acarretar modificações nas estruturas adjacentes, potencializando a resistência dos tecidos ósseos e dentários. Gerando uma modificação e ampliação no impacto, de acordo com a intensidade, tipo e duração deste (DA COSTA *et al.*, 2019).

Com altos índices de traumas dentários na dentição decídua, estes podem estar relacionada diretamente a fase de desenvolvimento e crescimento da criança em idade pré-escolar, que seria de 1 a 3 anos. Devendo salientar que quedas de própria altura podem se tratar do principal fator etiológico (CUNHA *et al.*, 2017). Alguns fatores predisponentes para a recorrência de traumas dentários nos incisivos centrais superiores se dão por conta da sua localização, juntamente com o tipo de oclusão e selamento labial inadequado. As lesões mais recorrentes vão desde uma simples fratura em esmalte, intrusão, extrusão e podendo em alguns casos, ocorrer à perda definitiva do elemento dentário (REIS *et al.*, 2018).

Segundo Guimarães (2020) as pequenas fraturas em esmalte podem chegar a ocasionar até a perda do dente. Essa espécie de trauma poderá ocasionar comprometimento da cavidade oral como também o desenvolvimento relativo ao emocional da criança com seus familiares (VIANA, DE ALMEIDA, SIMÃO, 2019).

De acordo com Costa *et al.* (2016), a severidade das lesões traumáticas é um importante medidor do prognóstico do dano causado. Sendo assim, a forma como o atendimento será conduzido, junto com a escolha da equipe especializada e a solicitação dos exames dependerá da complexidade do trauma instalado.

O prognóstico está diretamente relacionado ao grau de envolvimento das estruturas atingidas, do estágio do desenvolvimento dentário e do tempo transcorrido entre o trauma e o atendimento odontológico (REIS *et al.*, 2018).

A busca de tratamento odontológico de forma tardia pode acarretar em lesões mais graves, com efeitos não só diante da estética do dente como também em diversos tipos de alterações, como no aspecto funcional, de coloração, promovendo sensibilidade, modificação do posicionamento da arcada dentária, incluindo sintomas físicos como dores, podendo chegar até uma necrose ou perda total do dente danificado. (DORIA e SOARES, 2016).

Devido a reposição protética dos elementos dentais, os mantenedores de espaço artificiais, têm como finalidade a devolução da integridade das arcadas, permitindo o restabelecimento das funções normais como mastigação, deglutição e fonação para evitar a instalação de hábitos nocivos e mal oclusões. A princípio a finalidade deste tratamento é de prevenir complicações futuras, além de oferecer uma melhora significativa, aumentando assim sua autoestima e a convivência social, onde acaba interferindo de forma positiva na qualidade de vida da criança e familiares (DA COSTA *et al.*, 2019).

Assim, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de traumatismo dental na primeira infância que teve, como consequência, a intrusão e avulsão dentária.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.B.S.F., gênero feminino, 5 anos de idade, ASA I, melanoderma, fase fálica, escala da Frankl tipo 3, compareceu à Clínica Odontológica de Odontopediatria da Universidade Tiradentes, acompanhada de sua avó para avaliação clínica de sua saúde bucal com a queixa principal que a neta caiu da escada da beliche e bateu a boca (figura 1). No relato da avó, foi mencionado que houve a procura de atendimento no hospital de urgência de Sergipe no dia do trauma, porém lá foi realizado apenas o controle de sangramento e foi prescrita medicação, analgésico e anti-inflamatório (S.I.C.). Sendo procurado o tratamento odontológico efetivamente apenas 3 dias após o trauma.

Durante o exame intraoral, foi realizado limpeza com gaze embebida em digliconato de clorexidina a 0,12% (figura 2). Foi prescrito amoxicilina 250 mg/5 ml para tomar 05ml de 8 em 8 horas durante 7 dias, ibuprofeno 50 mg/ml tomar 20 gotas de 6 em 6 horas durante 3 dias e foi solicitado panorâmica para averiguar o caso (figura 3). Com relação às outras unidades dentárias foram intruídos a UD 51, 52 e 61 (figuras 4) e a UD 62 foi avulsionado. Diante de todas as informações coletadas, concluiu-se pelo diagnóstico de trauma decíduo severo.



Figura 1. Aspecto intraoral inicial

Fonte: Caso clínico pesquisado.

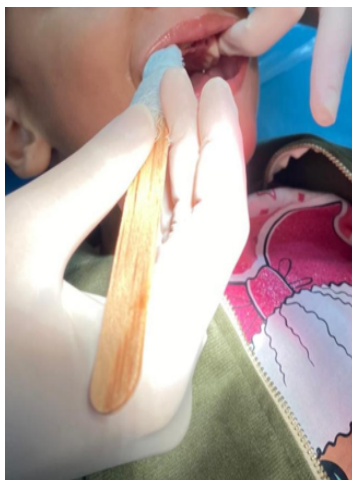


Figura 2. limpeza com gaze.

Fonte: Caso clínico pesquisado.

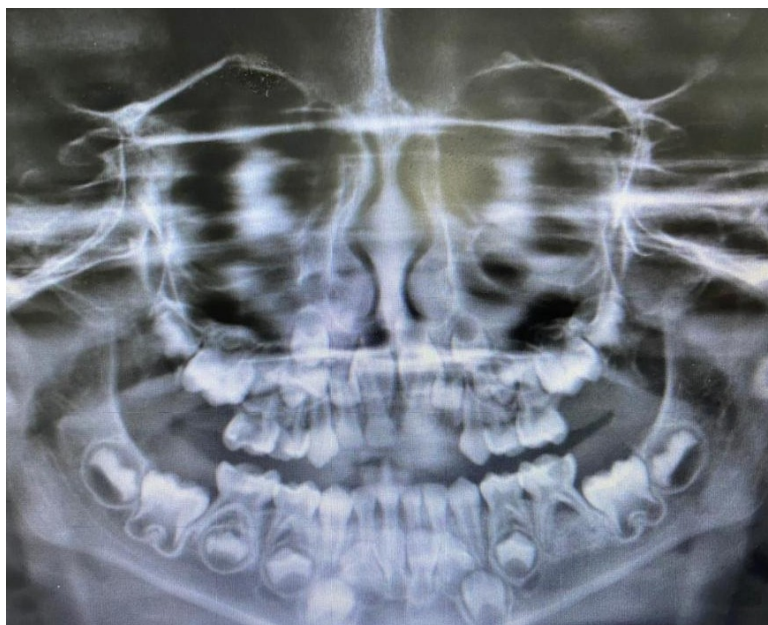


Figura 3. Panorâmica

Fonte: Caso clínico pesquisado.



Figura 4. Aspecto intraoral após limpeza com gaze.

Fonte: Caso clínico pesquisado.

Diante das condições clínicas e radiográficas constatadas, o tratamento indicado foi exodontia da UD 51, 52 e 61, em virtude do trauma decorrente e a instalação do mantenedor de espaço funcional.

Durante o atendimento clínico, a criança demonstrou ser cooperativa, às vezes com ressalva. De acordo com escala da Frankl a criança é tipo 3. Utilizaram-se algumas técnicas de manejo psicológico, tais como falar-fazer –mostrar, controle da voz e reforço positivo. Outrossim, foi mostrado para ela a funcionalidade de alguns materiais como a seringa tríplice, algodão e funcionamento da cadeira odontológica. Em virtude da não colaboração da criança, o atendimento foi realizado com avó da paciente na cadeira.

Em uma nova sessão, foi realizado moldagem previa da arcada superior (figura 5 e 6) com a utilização de alginato, esta foi vazada em gesso especial, obtendo o modelo de estudo e trabalho para construção do modelo protético superior em resina acrílica (figura 7). No aparelho foi confeccionado grampos de adams para retenção na região posterior e foram adaptados os dentes de estoques 51, 52, 61, 62 (figura 8 e 9)



Figura 5. Preparo para Modelo de Trabalho.

Fonte: Caso clínico pesquisado.



Figura 6. Moldagem.

Fonte: Caso clínico pesquisado.



Figura 7. Modelo protético superior.

Fonte: Caso clínico pesquisado.

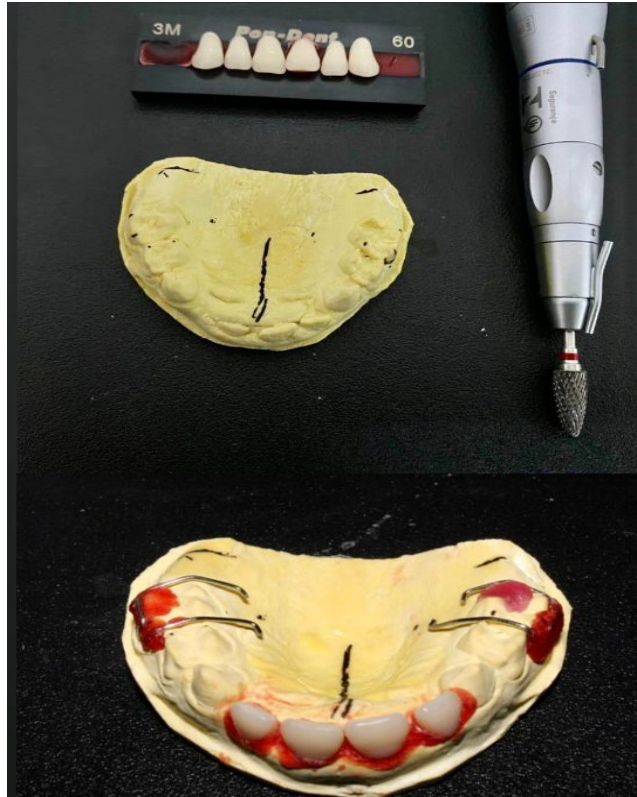


Figura 8. Aparelho com grampos de adams e adaptação dos dentes de estoque.

Fonte: Caso clínico pesquisado.



Figura 9. Aparelho em acrílico com dentes de estoque e grampos adams.

Fonte: Caso clínico pesquisado

Na 15ª semana após o acidente, as UD 52, 51 e 61 já se encontravam na posição correta clinicamente (figura 9). Nova radiografia periapical (Figura 10 e 11) foi realizada, para avaliação da possível reposição, mostrando o posicionamento dentário alcançado, modificando então o planejamento do tratamento tornando a instalação do mantenedor de espaço funcional inadequada para o caso. Como novo planejamento terapêutico os elementos dentário 52 e 61 foram mantidos na cavidade, contudo para a UD 51 foi indicado extração, pois a mesma apresentava alteração de cor na coroa, raiz reabsorvida e mobilidade dentária.



Figura 9. Aspecto intraoral 15 semanas após o trauma.

Fonte: Caso clínico pesquisado.



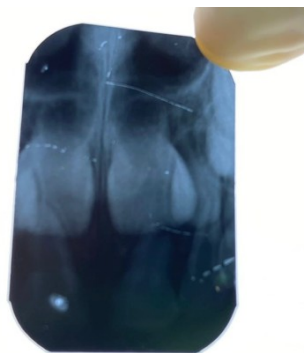


Figura 10 e 11. Radiografia periapical.

Fonte: Caso clínico pesquisado.

O protocolo para exodontia da UD 51 contou com as seguintes etapas: preparo da mesa clínica com tripé clínico, cuba com soro fisiológico, carpule, anestésico tópico, gaze e algodão esterilizados. Foi realizada anestesia tópica com benzocaína e cotonete esterilizado, anestesia infiltrativa local com um tubete de lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 com agulha curta e remoção da UD 51 com uso de fórceps nº 1. A hemostasia foi realizada com uso de compressa de gaze embebida em soro fisiológico e não houve necessidade de realização de sutura (figuras 11,12 e 13).



Figura 11. Mesa para exodontia

Fonte: Caso clínico pesquisado.



Figura 12. Exodontia da UD 51.

Fonte: Caso clínico pesquisado.

Ao final do procedimento foi orientado sobre os cuidados com o pós-operatório da exodontia. A responsável da paciente foi informada da necessidade da criança pós-operatório, todos os cuidados de higiene oral e dieta, orientada sobre o andamento do tratamento e o acompanhamento das UD's 52 e 61. Após realização da exodontia mais uma técnica de manejo foi utilizada, reforço positivo, para que ela se sentisse alegre e orgulhosa pelo bom comportamento.



Figura 13. Exodontia da UD 51.

Fonte: Caso clínico pesquisado

A paciente retornou após sete dias e não houve relato de sintomatologia dolorosa, sendo orientada a realizar acompanhamento e preservação da UDs 52 e 61 a cada 6 meses.

3. DISCUSSÃO

LOSSO *et al.* (2011) Relatam que existe uma fase predominante de trauma bucal na criança, é quando ela começa a levantar-se, andar e correr. Nesse momento falta-lhe coordenação motora em virtude da pouca idade. Afirma também que a faixa etária mais acometida é entre crianças de 1 à 3 anos, sendo os dentes anteriores superiores os mais atingidos. Estudos mostraram que a prevalência de TDI é maior nos meninos do que nas meninas, porém outros não encontraram diferença entre os gêneros (BERTI *et al.*, 2015). Contrariando a literatura, a paciente em questão apresentava uma idade um pouco mais avançada, 5 anos, era do gênero feminino e o trauma dentário que lhe ocorreu foi devido a um acidente doméstico (queda da escada do beliche). No caso clínico apresentado, a paciente sofreu uma queda em que a UD 62 foi avulsionada e as UD 51, 52 e 61 foram intruídas.

A reabilitação dos incisivos centrais superiores decíduos severamente destruídos pode ser considerada dos maiores desafios do odontopediatra (NÓBREGA *et al.*, 2018). O trauma dento-alveolar é muito contínuo na dentição decídua e pode resultar em comprometimentos funcionais, estéticos, emocionais e psicológicos (PES *et al.*, 2020).

Na maior parte dos casos após o trauma a primeira assistência é realizada pelos familiares. Todavia, é de suma importância ter uma avaliação odontológica para identificar alterações imediatas e estabelecer uma conduta caso, uma vez que o diagnóstico correto precoce e a preservação são essenciais no prognóstico após o trauma severo, especialmente após uma intrusão, avulsão ou fratura do processo alveolar, uma vez que tais injúrias podem provocar alteração no desenvolvimento do germe do sucessor (OHLWEILER, 2019). A falta de tratamento odontológico após o TDI é bastante preocupante, uma vez que revela uma falta de consciência entre a população quanto à importância da dentição primária e as possíveis consequências do trauma na dentição permanente (FIRMINO *et al.*, 2014). No caso em questão a avó da paciente relatou que procurou ajuda assim que ocorreu o acidente,

porém o tratamento só foi iniciado 3 dias após o trauma.

Segundo Martins, Pereira e Alves (2017) as lesões traumáticas em dentição decídua podem ocasionar sequelas e complicações tanto nos dentes decíduos como também na dentição permanente. Neste caso clínico foi optada pela exodontia da unidade traumatizada devido ao estado clínico e radiográficos observados, pois apresentava alteração de cor na coroa, raiz reabsorvida e mobilidade dentária. Ou seja, uma situação de risco para a unidade permanente.

A integridade da dentição é de suma importância para a manter a oclusão, estética, fonética e bem-estar emocional do paciente, e, em casos de perda precoce, é considerada conduta clínica uso de mantenedores estético- funcionais com reposição dos dentes perdidos precocemente (BRELAZ *et al.*, 2016).

Foi optado a utilização do mantenedor de espaço removível estético neste caso pela praticidade e facilidade da confecção na clínica odontológica da Unit, devido à pouca idade da paciente, este se fazendo necessário para evitar hábitos parafuncionais e para que não haja a possibilidade dessa paciente sofrer com a ausência das unidades anteriores, estética e funcionalmente. Porém, a conduta clínica foi modificada após o retorno da paciente. O planejamento foi alterado após a avaliação clínica e radiográficas, onde foi possível verificar a dentição decídua na posição correta da oclusão. No caso clínico relatado, a paciente teve um prognóstico favorável nas UD 52 e 61 e desfavorável na UD 51, onde foi realizado a exodontia da UD 51.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a importância da prevenção, do correto diagnóstico e tratamento precoce em caso de traumatismo, que deve ser orientado aos pais/responsáveis desde o nascimento da criança. A conscientização dos pais em relação a importância do atendimento, planejamento e preservação caso ocorra este tipo de incidente, tem por objetivo evitar complicações estéticas e funcionais da dentição permanente. Sendo a conscientização dos pais de grande valia para o correto atendimento e melhor recuperação dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERTI, G. O., HESSE, D., BONIFÁCIO, C. C., RAGGIO, D. P., BÖNECKER, M. J. S. Epidemiological study of traumatic dental injuries in 5- to 6- year-old Brazilian children. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-6, 2015.
2. BRELAZ, K. L. D. A. T., VENÂNCIO, G. N., DE ALMEIDA, M. C., AUGUSTO, C. R. Prótese parcial removível temporária em Odontopediatria: relato de caso. **Archives of health investigation**, v. 5, n. 1, 2016.
3. DA COSTA, S. C., DO AMARAL, T. A. S., **MIRANDA, D. K.**, NOGUEIRA, J. S. E., DOS SANTOS, Y. C. S., NUNES, A. S., VILHENA, A. T., SILVA, L. D., SOUZA, S.A., SANTOS, R. H., OLIVEIRA, M. C. S., FREITAS, J. K. C. Terapia Preventiva Pós Traumatismo Dental na Primeira Infância por Reabilitação Protética Funcional: Relato de Caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e766-e766, 2019.
4. COSTA, V. P. P., GOETTEMS, M. L., BALDISSERA, E. Z., BERTOLDI, A. D., TORRIANI, D. D. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 30, n. 1, e89, 2016.
5. DORIA, M.C.N; SOARES, N.C.L. **Traumatismos em Dentes Anteriores na Infância: Importância do Conhecimento Sobre Prevalência e Etiologia para a Prevenção.** Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Tiradentes, 2016.
6. FIRMINO, R. T., SIQUEIRA, M. B. L. D., VIEIRA-ANDRADE, R. G., GOMES, G.B., MARTINS, C. C., PAIVA, S.M., GRANVILLE-GARCIA, A. F. Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2014.
7. LOSSO, E. M., TAVARES, M. C. R., BERTOLI, F. M. P., BARATTO-FILHO, F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sulbrasileira de Odontologia**, Curitiba, v. 8, n. 20, p.1-10, mar. 2011.

8. KATHLEN MARTINS, GEOVANNA PEREIRA, LUIZA ALVES. TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO Aspectos clínicos e radiográficos. 2017.
9. OHLWEILER, N.B. **Traumatismo na Dentição Decídua: Uma Revisão de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso - UFGRS, 2019.
10. PES, L.V.B, OLIVEIRA, E.C, ASSUNÇÃO, M.F, MACEDO, K.C.Q.M, FREITAS, M.C, CARVALHO, S.A.O, VILLIBOR, F.F, BORGES, T.S. **Traumatismo Dentário em Dentes Decíduos: Observações Atuais.** XX Jornada de iniciação científica, Palmas, 2020.
11. REIS, J.S, KELMER, F., SANTIN, G.C, FRANZIN, L.C.S. Traumatismo em Dente Decíduo, Sequela e Manutenção de Espaço. **Rev. UNINGÁ.**, Maringá, v. 55, n. S3, p. 20-28, out./dez. 2018.
12. NÓBREGA, M. L., BARBOSA, C. C. N., BRUM, S. C. Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 1, p. 61-67, 2018.
13. MARTINS, G. K., PEREIRA, M. L. A. **TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO** Aspectos clínicos e radiográficos. 2017.
14. GUIMARÃES, D. F. X. **Conhecimento dos odontopediatras sobre o traumatismo dentário em dentes decíduos no Distrito Federal.** Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Brasília, 2020.
15. CUNHA, L. M., BENTO, A. K. M., LOPES, K. S., GRANJA, L. M. R. A., LIMA, M. N., RODRIGUES, M. M. C. CARNEIRO, S. V. **Sequelas imediatas e tardias do trauma dentário em dentes decíduos.** Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica, v. 3, n. 1, 2017.
16. VIANA, K. A. S., DE ALMEIDA, N. S. e SIMÃO, N. R. **Traumatismo dentário na dentição decídua.** Anais do Seminário Científico do UNIFACIG, n. 5, 2019.

ANEXO 1

Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagem.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, Salame de Oliveira Figueiredo, RG nº 492.585, residente à rua/avenida Rua P2, nº 33, Bairro Engo, na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Luís Botelho Santos Figueiredo, idade 5 anos, RG _____, CPF _____, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil II sob a responsabilidade dos professores Valério Viana.

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 26 de Agosto de 2023.

Salame de Oliveira F. Assinatura do responsável pelo paciente.
CPF: 266.423.365-34
RG: _____

Valério de Santos Viana Assinatura do profissional responsável
CPF: 006.026.345-80
RG: _____