

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA
REGIONAL BAIXADA SANTISTA**

Tatiani Ferrari Infante Bois

AVULSÃO DENTAL NA DENTIÇÃO DECÍDUA – RELATO DE CASO

SANTOS-SP – 2017

TATIANI FERRARI INFANTE BOIS

AVULSÃO DENTAL NA DENTIÇÃO DECÍDUA – RELATO DE CASO

Monografia apresentada à Associação Brasileira de Odontologia como requisito para obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Luiz Eduardo Lucas

Coorientador: Prof. Dr. Julio Cesar Bassi

SANTOS-SP - 2017

Associação Brasileira de Odontologia

Monografia intitulada “Avulsão dental na dentição decídua – Relato de Caso” de autoria da aluna Tatiani Ferrari Infante Bois, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

ORIENTADOR PROF. LUIZ EDUARDO LUCAS

COORIENTADOR PROF. DR. JULIO CESAR BASSI

PROF.^a Dra. VERA LUCIA FERREIRA DE OLIVEIRA

Santos, ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Júlio, pela paciência em ensinar, dedicação, amizade e informações teóricas e práticas, ao Prof. Luiz pelas orientações, ensinamentos práticos e teóricos e amizade, aos demais professores do curso de Especialização em Odontopediatria e às amigas que fiz nesse curso, pelo companheirismo e incentivo.

RESUMO

Traumatismo dento alveolar tem o envolvimento de três estruturas: dentes, porção alveolar e tecidos moles adjacentes. Avulsão Dental é quando no resultado do trauma, o elemento dentário dirigir-se completamente fora seu alvéolo, ficando ele vazio ou com um coágulo sanguíneo, sendo pouco frequente, fazendo-se necessária a solicitação de radiografias para determinar a extensão do trauma. A Avulsão dental é considerada uma situação aguda séria devendo assim receber o atendimento imediato, devendo-se escolher o tratamento adequado para a reabilitação.

Palavras chaves: Avulsão dentária, Traumatismo dentário, dentes decíduos, reabilitação

ABSTRACT

Alveolar tooth trauma involves three structures: teeth, alveolar portion and adjacent soft tissues. Dental Avulsion is when in the result of a trauma, the dental element is completely directed outside its alveolus, leaving it empty or with a blood clot, being infrequent and making necessary radiographs in order to determine the extent of the trauma. Dental Avulsion is considered a serious acute situation and should receive immediate care, when has to chose the treatment for oral rehabilitation.

Keywords: Dental avulsion, Dental trauma, primary teeth, rehabilitation

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PROPOSIÇÃO	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
4. TRATAMENTO	14
4.1 REIMPLANTE	14
4.2 REABILITAÇÃO PROTÉTICA	15
4.3 MANTENEDORES DE ESPAÇO REMOVÍVEIS FUNCIONAIS:	17
4.4 MANTENEDORES DE ESPAÇO FIXO FUNCIONAIS E NÃO-FUNCIONAIS	17
4.5 MANTENEDORES DE ESPAÇO NÃO –CONVENCIONAIS COLADO	18
4.6 PRÓTESE DENARI	18
5. RELATO DE CASO CLÍNICO	19
6. DISCUSSÃO	21
7. CONCLUSÃO	22
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	23

1. INTRODUÇÃO

O Traumatismo dentário, principalmente a Avulsão deverá sempre ter um atendimento imediato, considerando que nem sempre isso ocorre devido à falta de conhecimento dos pais e responsáveis (CAMPOS *et al.*, 2006) se o primeiro atendimento não ocorrer em um consultório e sim em um pronto socorro ou clínicas médicas, ocasionando assim um adiamento de uma avaliação especializada de um cirurgião dentista, afetando diretamente seu prognóstico (POI WR *et al.*, 1999).

A maxila é a região mais afetada, sendo 90%, por conta da disposição anatômica, juntamente com os incisivos centrais superiores, com incidência no sexo masculino. Sequelas em dentes permanentes após trauma nos predecessores decíduos e sua implicação clínica. Na dentição decídua nos deparamos com vários traumas, sendo a avulsão de 7 à 13% (MAESTRINHO, *et al.*, 1998).

A Avulsão tem como definição quando temos o completo deslocamento do dente para fora do alvéolo, deixando ele vazio ou com um coágulo de sangue. O ligamento periodontal é rompido e também podemos ter a fratura do osso alveolar.(VASCONCELOS RJH, *et al.*, 2003)

Temos as seguintes possibilidades para serem realizadas diante de caso de avulsão de dentes decíduos: Sem tratamento, possível reimplante ou colocação de próteses para ganharmos função, estética. (Holan, 2013)

Na literatura encontramos grandes discórdias sobre utilizar a técnica de reimplante ou não em decíduos.

Após a avulsão observamos danos significativos aos tecidos pulpare e periodontais, resultando em uma série de complicações pós-trauma como anquilose, reabsorção radicular, necrose pulpar e por muitas vezes podemos ter o envolvimento nos dentes permanente tendo sequelas nos mesmos, (DONALDSON, M, KINIRONS MJ 2001) podem também afetar o crescimento do rebordo alveolar, a erupção e o posicionamento dos dentes adjacentes (DONALDSON M, KINIRONS MJ, 2001).

Este trabalho tem como objetivo um relato de caso, onde observamos a avulsão de um elemento dentário de uma criança de aproximadamente 18 meses e realizamos o tratamento estético funcional.

2. PROPOSIÇÃO

O propósito do presente estudo foi avaliar a avulsão dentária em dentes decíduos em relação a sua etiologia, prevalência e classificação, e também verificar as possibilidades de tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A anamnese é fundamental para obtermos um diagnóstico preciso, sendo necessário um criterioso exame sistemático para sabermos a extensão do traumatismo dento alveolar (ANDERSSON L, ANDREASEN JO, *et al*, 2012).

Devemos questionar os pais ou responsáveis onde e como aconteceu o acidente, se houve período de inconsciência, cefaleia, anamesia, náuseas e vômito. Necessário também verificar a história médica, incluindo informações sobre o tétano (ANDERSSON L, ANDREASEN JO, *et al*, 2012).

I- Exame Clínico

Iniciando o exame clínico pelos tecidos moles, e lavando o mesmo (para uma melhora na visão geral do acontecimento) (Andreasen JO, Andreasen FM, 2007).

II-Exames Complementares

Em casos de Avulsão, se faz necessário para verificar se realmente houve a avulsão ou uma intrusão, assim como verificar a existência de corpos estranhos. Incidências oclusais e periapicais com modificações na angulação vertical nos orientam no diagnóstico (Andreasen JO, Andreasen FM, 2007).

III-Etiologia dos traumas em dentes decíduos

Foi realizado com 45 crianças na Universidade Luterana do Brasil Campos Torres— RS, e verificado a presença de sinais clínicos e radiográficos de traumatismos nos incisivos superiores decíduos, menos em pacientes que apresentavam lesões de cárie, restaurações ou tratamento pulpares, obtendo: 50% alteração de cor como sinal clínico mais comum seguido da avulsão (17,6%) e o sinal radiográfico mais comum era a obliteração pulpar (56,3%).

O sexo masculino foi o mais afetado e o dente mais atingido foi o incisivo central superior. (ZEMBRUSKI C, *et al.*, 2003) Também foi estudado 1654 pacientes com idade entre 0 a 3 anos, no ambulatório de Bebê da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp. Observou que a maior prevalência de lesões traumáticas ocorre-se em meninos com 62,6% com idades de 1 a 2 anos sendo 39,9% em incisivos centrais superiores. Com 86%; quando a etiologia era de quedas sendo a mais comum, com 58,3% em meninas e fraturas simples houve uma porcentagem de 48,4% de meninos. (CUNHA RF, *et al.*, 2001) em um estudo realizado em creches de Jerusalém, com 965 crianças de 5 anos de idade, obteve uma prevalência de 11,1% de dentes anteriores traumatizados, neste estudo consta que

não houve diferença entre meninas e meninos. Novamente, o incisivo central superior é o mais afetado, podendo haver com fraturas em esmalte dentina ou fraturas sem esmalte dentina. (ZADIK D, *et al.*, 1977) Também houve um estudo em 293 meninos e meninas de 1 a 3 anos de idade, de creches públicas em João Pessoa; foram examinadas pela classificação de Andreasens e identificados em 10,2% das crianças com o maior percentual entre 2 e 3 anos de idade, sem diferença entre meninos e meninas, tendo o tipo de lesão mais comum a fratura em esmalte e a fratura em esmalte e dentina; os incisivos centrais superiores são os mais suscetíveis, sem diferença entre os lados direito e esquerdo (BELTRIO EM ; *et al.*, 2007)

Temos também um estudo em 28 escolas públicas em Canoas, Brasil, tendo um total de 1.545 meninos e meninas que participaram, com a idade de 0 a 6 anos, clinicamente com sinais de trauma, de acordo com a classificação de Andreason. Foram identificadas 35,5% de lesões traumáticas nas crianças, sendo que o maior percentual de lesões foi demonstrado por 3 a 4 anos e sem diferença entre meninos e meninas. Os incisivos centrais superiores foram os mais vulneráveis a lesões, sem diferença entre direita e esquerda; em todas as faixas etárias foi predominante o prejuízo de somente um dente. (KRAMER PF, *et al.* 2003). Vem ganhando bastante atenção na clínica odontopediátrica devido à diminuição da prevalência das cáries, o traumatismo. Os profissionais de saúde, envolvidos com as primeiras consultas das crianças, devem estar aptos a oferecer orientações aos pais ou responsáveis quanto aos riscos, predisposições e prevenção do traumatismo na infância. Sabendo-se que o traumatismo dentário acomete as diversas faixas etárias da infância, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as orientações oferecidas por médicos pediatras e odontopediatras da cidade do Recife acerca da prevenção do traumatismo dentário em crianças de 1 a 12 anos. A amostra incluiu 61 odontopediatras e 43 médicos pediatras da cidade do Recife que ao responderem um questionário onde havia perguntas relacionadas à prevenção do traumatismo dentário. Os resultados indicaram que a maioria dos odontopediatras e pediatras entrevistados oferecem orientações quanto à prevenção do traumatismo dentário na infância (85,2% e 73,8%, respectivamente). O uso do protetor bucal só foi recomendado por 37,7% dos odontopediatras somente, não sendo indicado por médicos. Observou-se que, apesar dos dois grupos de profissionais terem conhecimento sobre as possíveis

medidas preventivas do traumatismo dentário na infância, os odontopediatras possuem maiores informações sobre o assunto (VASCONCELOS, *et al.*, 2003).

Foi verificado a ocorrência de traumatismo em dentes decíduos em crianças de 10 meses a 6 anos de idade, na clínica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) onde foram submetidas a exame clínico enquanto os pais/responsáveis respondiam um questionário relacionado ao traumatismo com os resultados foi de 71,4%, sendo na maioria dos casos o incisivo superior foi o maior afetado, sendo afetados também outros dentes no mesmo trauma (CARDOSO, 2002).

Foi observado no Rio de Janeiro crianças de 0 a 36 meses relacionando tipos de traumatismo mais atingidos, foi realizado por um único analisador e teve o resultado de 22,5% a fratura da coroa e em 7,9% sendo nos incisivos centrais superiores (DELLA VALE *et al.*, 2003).

Foi também observado em Canoas, RS, 1545 crianças entre zero a seis anos de idade de creches públicas para determinar a distribuição das lesões traumáticas nos dentes anteriores dos decíduos. Resultados: 95,5% a maxila foi mais atingida, sendo 80% o incisivo central superior, seguido de 15% do incisivo lateral superior, não mostrando grande diferença entre os lados direito e esquerdo. Sendo os tipos mais comuns a fratura de esmalte com 75%, seguido de descoloração de coroa com 10%, fratura do esmalte e dentina 7,2% e avulsão com somente 3%. Na maioria dos casos somente um dente com envolvimento em 70% (KRAMER *et al.*, 2003).

Em Brasília, 1853 crianças de creches públicas foram avaliadas a prevalência de traumatismo na faixa etária de um a cinco anos. Constatou que: em crianças de cinco anos: 20%, crianças menores de dois anos foi de 10%. A fratura coronária dos incisivos centrais superiores foram os mais atingidos, com 88% dos casos (MESTRINHO *et al.*, 1998).

Foi realizado um estudo na Noruega com 266 crianças de um a oito anos, observou-se a incidência anual de lesões traumáticas em dentes decíduos, incluíram 447 dentes decíduos, observado durante um período de 1 ano. O traumatismo dentário teve incidência de 1,3%, com 3,5 anos, sendo a mais acidente propício. Foram encontrados 164 meninos feridos e 102 meninas. Os incisivos centrais superiores foram os mais envolvidos com uma porcentagem de 92%, praticamente sem diferença entre à direita e a esquerda. Lesões periodontais foi o tipo que teve maior dominância com 59%, os tecidos duros tiveram 13%, tendo uma menor frequência. Avulsões foram observadas em 6,5% e intrusões em 7,5% das crianças

feridas, sendo 5,5% e 5% dos feridos dentes. A maioria das lesões ocorrem em casa, tendo como porcentagem 38% ou no jardim de infância 32%. Houve uma pesquisa com brincadeira de crianças que teve um percentual de 66% e 25% para reprodução acidentes (SKAARE AB, *et al.*, 2005).

Pesquisa realizada obteve o resultado que traumatismos na dentição decídua são eventos comuns, podendo resultar em sequelas que podem comprometer o dente decíduo afetado e adjacentes. Na literatura, a frequência dos traumatismos na dentição decídua oscila, enquanto a faixa etária, o gênero, o fator etiológico e os dentes mais afetados apresentam prevalências semelhantes. Em relação ao tipo de trauma mais frequente, diferenças podem ser encontradas em razão de critérios da amostragem como o tipo de estudo e o local de realização da pesquisa. Várias são as que podem comprometer os dentes decíduos após traumatismos, destacando-se a descoloração coronária, a necrose pulpar, a obliteração do canal pulpar e a reabsorção radicular. Estudos apontam o tipo de trauma e a idade da criança no momento do trauma como fatores importantes que determinam a ocorrência desses casos. (VASCONCELOS RJH, *et al.*, 2003).

4. TRATAMENTO

A experiência profissional é essencial para o bom desenvolvimento do tratamento após o trauma sendo necessário, primeiramente, acalmar os pais/responsáveis e o paciente para que se consiga obter informações precisas durante a realização da anamnese, e estabelecer um diagnóstico preciso e confiável, por meio de perguntas simples sobre onde, como e quando ocorreu o traumatismo (WILSON CF. MANAGEMENT ,1995).

Depois de realizado a anamnese, exame clínico e físico deverá ser feito exames complementares para a observação de presença de objetos intra ósseos, assim como a presença de elemento dental.

4.1 REIMPLANTE

Em caso de avulsão de dente decíduo, a Associação Internacional de Traumatismo Dentário (ANDERSON L *et al.*,2012) bem como a Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry 2013. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries in the Primary Dentition. Endorsement. Available from: <http://www.aapd.org/policies/>.) não indicam a realização do reimplante dentário, pois a possibilidade do reimplante normalmente causa consequências negativas ao sucessor permanente.

Além das contraindicações temos as dificuldades normais para realizarmos com sucesso esta técnica como a falta de colaboração do paciente (Vasconcellos RRDH, Oliveira DM, Nogueira RVB, Maciel AP, Cordeiro MC. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial 2003; 3(2): 17-24.)(Silva TCFDM, Lobo EB, Silva CLDM, Lobo SLM, Silva LFM, Carvalho FT *et al.*,Avulsão Dental. Cadernos UniFOA 2009; 4(10): 85-89.)

Porém temos autores que citaram casos de sucesso de dentes decíduos reimplantados (Friedlander LT, Chandler NP, Drummond BK. Avulsion and replantation of a primary incisor tooth. Dent Traumatol 2013; 29(6):494-497.) (Martins-Júnior PA, Franco FA, de Barcelos RV, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Replantation of avulsed primary teeth: a systematic review. Int J Paediatr Dent 2014; 24(2):77-83.), afirmando sendo possível desde que sejam feitas algumas avaliações para saber se há possibilidade de reimplante, como o estágio de desenvolvimento

da raiz; meio de estocagem do dente; grau de contaminação; execução da técnica de reimplante; tratamento endodôntico, esplintagem; período de acompanhamento e principalmente o tempo decorrido do trauma até o primeiro atendimento, não devendo ser superior a 30 minutos, de modo que as células do ligamento periodontal sofrem degeneração irreversível após este período(Silva DDA, *et al.*; 2008).

Após a avulsão, teremos na superfície radicular, remanescentes das fibras do ligamento periodontal, e se forem armazenadas em meio adequado (Solução de Hank's, Soro fisiológico, leite ou saliva), poderão permanecer viáveis, favorecendo o reimplante dentário (Andersson L, Andreasen JO, Day P, *et al.*, International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol 2012; 28: 88-96.) (Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. Dent Traumatol 2011; 27(4): 281-94.)

Há uma controvérsia em relação à armazenagem, tendo a possibilidade de mais sucesso se o dente for armazenado em outros meios como o Viaspan®, solução de Hanks, leite ou soro fisiológico. Porém é muito difícil encontrar o Viaspan® e solução de Hanks, portanto o leite parece ser o meio mais acessível e indicado para o transporte do dente avulsionado por conta do seu pH alcalino, osmolaridade adequada e pelo mesmo ser isotônico. Estas propriedades são adequadas aos tecidos periodontais remanescentes no dente decíduo (Silva TCFDM, Lobo EB, Silva CLDM, Lobo SLM, Silva LFM, Carvalho FT *et al.*,) (Sanabe ME,*et al.*, 2009).

Normalmente o reimplante não é realizado, pois nos deparamos em condições desfavoráveis para que tenhamos uma resultados satisfatórios (tempo decorrido do trauma, como foi armazenado o dente, condições para realizar a contenção...), Diante disso a reabilitação protética é a opção mais viável.

4.2 REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Durante o desenvolvimento da dentição decídua para a mista e permanente, a avulsão é um fator presente. Como a perda precoce de dentes decíduos anteriores, já que os mesmos são altamente mais afetados diante de avulsão sabemos que esse fato poderá interferir diretamente no equilíbrio do sistema estomatognático (PAIXÃO E FUZIY., 2003; THOMAZINHO *et al.*, 2005).

O tratamento para tal perda dental precoce na dentição decídua requer uma consideração especial pelo dentista, pois as consequências de um manejo adequado ou inadequado do espaço podem afetar o bom desenvolvimento da criança, principalmente nos aspectos psicológicos, envolvendo não só a criança afetada, mas a família como um todo. Sabendo que cada elemento dentário se mantém na sua correta relação oclusal pela ação de forças individuais. Se uma dessas forças for alterada ou removida teremos mudanças no relacionamento dos dentes adjacentes, migração dentária e conseqüentemente teremos problemas de espaço. É essencial o CD avaliar os problemas advindos da perda precoce de um dente, afetando a oclusão decídua e conseqüentemente a dentição permanente. Claramente o melhor mantenedor de espaço é o próprio dente, pois teremos uma harmonia com as demais estruturas que formam o sistema estomatognático, desempenhando importantes funções de mastigação, fonética, deglutição e estética, são também responsáveis pelo estímulo do desenvolvimento dos maxilares, mantendo o espaço e guiando a erupção do dente permanente sucessor. (PAIXÃO E FUZIY., 2003; THOMAZINHO *et al.*, 2005).

Sendo assim a necessidade de mantenedores de espaço, pois esses aparelhos são destinados a preservar o espaço deixado pela perda de um ou mais dentes, impedindo assim, movimentos indesejáveis, que podem comprometer seriamente a oclusão dentária do paciente, evitar a instalação de hábitos bucais deletérios, como a interposição lingual, distúrbios na fonação e na mastigação, e problemas psicoemocionais, devido à estética prejudicada pela ausência dos dentes anteriores

Para a realização com sucesso, devemos realizar um planejamento adequado do mantenedor de espaço, meios de diagnóstico devem ser analisados com o intuito de individualizar cada caso da maneira mais apropriada. Assim o profissional deve levar em consideração a anamnese, exame clínico, exame radiográfico e modelos de estudo. Quando temos perda de espaço na região anterior, a manutenção do espaço nessa região geralmente não é necessária, já que a princípio essa perda dentária precoce não causa perda de espaço, desde que tenha uma oclusão posterior satisfatória (LINO, *et al.*, 1994).

Contudo, há a possibilidade de haver perda de espaço somente quando a perda precoce ocorrer antes da erupção do canino decíduo e principalmente nos arcos do tipo II de Baume (PAIXÃO E FUZIY, 2003).

4.3 MANTENEDORES DE ESPAÇO REMOVÍVEIS FUNCIONAIS:

Indicação:

- pacientes colaboradores;
- crianças com perdas de um ou mais dentes na região anterior e/ou posterior;
- prevenção de hábitos bucais deletérios.

Vantagens • aparelho de fácil construção;

- facilita uma correta higienização;
 - restabelece a dicção, fonação, estética e mastigação;
 - mantém ou restaura a dimensão vertical;
 - mantém o espaço para acomodação normal da língua, evitando interposição.
- (ALMEIDA , 1999).

Desvantagens:

- depende da colaboração do paciente e dos pais.

A maioria dos autores citados diz que a perda precoce de dentes decíduos na região ântero-superior não acarreta perda de espaço, mas mesmo assim a colocação de um mantenedor de espaço do tipo removível funcional com dentes de acrílico é viável para evitar hábitos de interposição de língua durante a deglutição e para favorecer a dicção e a estética da criança, devolvendo o bem-estar psicológico

4.4 MANTENEDORES DE ESPAÇO FIXO FUNCIONAIS (REGIÃO ANTERIOR) E NÃO-FUNCIONAIS (REGIÃO POSTERIOR)

Indicação:

- crianças com perdas de um ou mais dentes na região anterior e/ou posterior;
- pacientes não colaboradores;

Vantagens • não depende da colaboração do paciente;

- fácil construção e higienização.

Desvantagens

- não evita a extrusão do dente antagonista;
- não restabelece a mastigação (região posterior).

COROA ALÇA: Este tipo de mantenedor está indicado para os casos com perda de um único dente e cujo dente de apoio apresenta-se com grande destruição da coroa.

BANDA ALÇA: É um mantenedor também indicado para perda de um único dente, porém quando o dente de apoio apresenta-se íntegro (ALMEIDA, 1999)

4.5 MANTENEDORES DE ESPAÇO NÃO –CONVENCIONAIS COLADO

Confeccionado pelo próprio Cirurgião-dentista com um fio de aço inoxidável de 0,7mm ou 0,8mm, sem a necessidade da fase laboratorial. É indicado para perdas de um único dente, normalmente anterior.

Vantagens

- fácil construção e baixo custo;
- facilita uma correta higienização.

Desvantagens

- não restabelece a função;
- pode descolar com alimentação inadequada (alimentos duros) (CORREA,2002)

CONTRA-INDICAÇÕES DOS MANTENEDORES DE ESPAÇO

- nos casos em que já houve perda de espaço;
- nos casos em que o sucessor estiver irrompendo;
- nos casos de agenesia do sucessor;
- quando não puder manter o controle do paciente;
- na falta de colaboração do paciente (ALMEIDA, R.R., 1999)

4.6 PRÓTESE DENARI

Uma opção para a substituição do dente perdido é a confecção de uma prótese fixa funcional (GIUZIO *et al.*, 1993), normalmente as crianças menores de cinco anos não têm maturidade para usar um aparelho mantenedor de espaço removível. O planejamento das próteses fixas para pacientes infantis deve levar em consideração o crescimento e desenvolvimento da criança. A prótese Denari, pois, embora seja fixa, não altera o crescimento dos arcos dentários da criança (COSTA, *et al.*, 2014)

Esse sistema desenvolvido por Denari & Corrêa (1995), possibilita seu uso até a época normal da esfoliação dos elementos suportes, quando se observa a abertura do sistema “tubo-barra”, devido ao crescimento da maxila, permitindo portanto, o crescimento em lateralidade natural, diferente da prótese fixa direta, que não possui esse sistema.

5. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, de 18 meses compareceu na Bebe Clinica, sendo encaminhada à clínica de especialização da Associação Brasileira de Odontologia, em Santos, SP 1 semana após ter sofrido uma avulsão dentária, devido a uma queda. No exame clínico pôde-se observar ausência do dente 61 por avulsão. Durante a anamnese a família questionou quanto à possibilidade de reposição do dente perdido. Como o reimplante do dente decíduo não é indicado, e a criança era muito imatura para se adaptar a próteses removíveis, optou-se pela confecção de uma prótese Denari



Fonte: autoria própria

Aspecto clínico com a ausência do 61 e leve desgaste nos pilares.

Antes de iniciarmos os procedimentos clínicos, os pais foram orientados quanto ao comportamento esperado de choro e não colaboração, devido à idade e grau de entendimento da criança.

Posteriormente foi realizada a moldagem dos arcos superior e inferior da paciente utilizando moldeiras metálicas pré-fabricadas e alginato. Foi realizado também um leve preparo nos dentes pilares para melhor acomodação da prótese. O registro da mordida foi realizado com uma lâmina de cera número 7. Durante estes procedimentos a criança se apresentou muito agitada, chorando incansavelmente. Os moldes foram vazados com gesso especial, obtendo-se modelos que foram recortados e enviados ao protético para confecção da prótese.

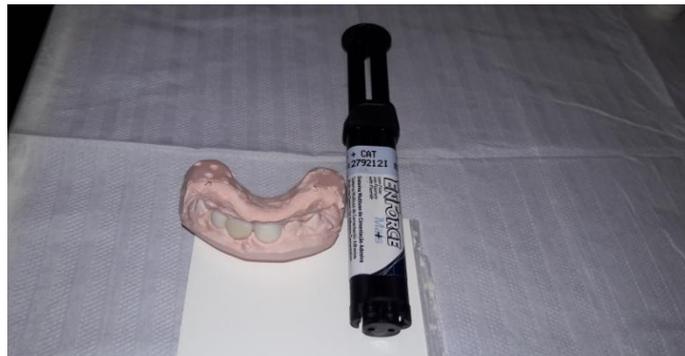
A prótese possui um cursor conhecida como prótese de Denari, embora seja fixa, não altera o crescimento dos arcos dentários da criança (COSTA *et al*, 2014).

Esta prótese apresenta entre os incisivos centrais um cursor com encaixe do tipo “macho e fêmea”, que vai se abrindo à medida que a maxila vai crescendo e se desenvolvendo.



Fonte: autoria própria

Foi realizada a cimentação com Cimento Resinoso autopolimerizável



Fonte: autoria própria



Fonte: autoria própria

Finalização do caso, foi solicitado o acompanhamento do paciente de 3 em 3 meses.

6. DISCUSSÃO

O reimplante de dentes decíduos tem tido controvérsia na literatura odontológica. Alguns autores de livros sobre traumatismo dentário se posicionam contra reimplante, e há relatos de caso que sugerem que procedimento deve ser considerado numa base individual.

Os dentes decíduos que sofreram avulsão se foram reimplantados, podem causar danos no germe dental do permanente (Merkle, 2000). Observou que reimplante de dentes decíduos, entre 2 e 24 meses, resultou em abscesso, mobilidade e aumento de reabsorção radicular; e, se o dente foi armazenado em meio seco, durante longo tempo, poderá apresentar anquilose devido a necrose das fibras periodontais (FLORES, 2002) (ANDREASEN, 2001).

As principais vantagens para o reimplante está na manutenção da estética da dentição normal, almejada principalmente pelos pais, preocupados com a autoestima da criança devido à perda prematura de um dente decíduo anterior. Ao ser reimplantado, o dente decíduo volta a manter o espaço na arcada, evitando a erupção retardada do sucessor permanente e sua má posição após irromper, auxiliando o crescimento facial (CUNHA, *et al.*, 2001)

Quanto às indicações, na literatura, alguns autores defendem o procedimento principalmente para crianças menores de três anos de idade que não podem colocar um mantenedor de espaço, pois não se apresentam colaboradores.

7. CONCLUSÃO

Diante da literatura podemos concluir que o reimplante dentário não é a melhor opção, pois ao devolvermos o elemento decíduo avulsionado em ao seu alvéolo é por muitas vezes, traumatizar o sucessor permanente, podendo ocasionar desde danos os mais simples até aqueles mais agressivos à criança e, seus tecidos biológicos que ainda estão em formação, sendo assim podemos optar por alternativas, como o mantenedor removível , quando temos a colaboração do paciente, e exigência do padrão estético devolvido, normalmente em crianças maiores de 3 anos.

Em casos onde não temos a colaboração de pais / criança, podemos optar pela **Prótese Tubo Barra do tipo Denari** é uma Prótese Fixa Estético – Funcional , sendo assim mais fácil de termos resultados satisfatórios.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANDERSSON L, ANDREASEN JO, DAY P, . **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol** 2012; 28: 88-96.

ANDREASEN JO, ANDREASEN FM. Avulsions. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, . **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 4th edn. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2007. p. 444–88.**

ANDREASEN, J. O; SOARES G. **Classificação, etiologia e epidemiologia. Texto e atlas colorido de traumatismo dental**, v. 3, p. 151-80, 2001.

ALMEIDA, R.R. **Ortodontia preventiva e interceptora: mito ou realidade? Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.5, n.6, p.87-108, nov./dez. 1999

BELTRIO EM, CAVALCANTI AL, ALBUQUERQUE SSL, DUARTE RC. **Prevalence of dental trauma in children aged 1 – 3 years in João Pessoa (Brazil). Eur Arch Paediatr Dent.** 2007;8(3):21-9.

CARDOSO M DE CARVALHO ROCHA MJ. **Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. Dent Traumatol** 2002;18:129-33

CAMPOS MI, HENRIQUES KA, CAMPOS CN. **Nível de informação sobre a conduta de urgência frente ao traumatismo dental com avulsão. Pesq Bras Odontoped Clinica Integrada** 2006;6:155-9.

CORRÊA, M.S.N.P.; WANDERLEY, M.T. **Considerações psicológicas associadas às lesões traumáticas. In: Corrêa, M.S.N.P. Sucesso no tratamento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, 2002. p.461-474.)**

COSTA, I.C.O, TABACHI, I.G., CERVANTES, J.R., EID, I.T., ORTEGA, A.L., RAGGIO, D.P., IMPARATO, C,C,P., BRAGA, M,M., ECHEVVARIA, S., MENDES, F,M. **Mantenedor de Espaço Estético-Funcional em Odontopediatria - Prótese Fixa de Denari. FFO.** 2014.

CUNHA, R. F.; PUGLIESE, D. M. C.; VIEIRA, A. E. M. **Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3 years. Dental Tramamol**, Copenhagen, v. 17, n. 5, p. 210-212, Oct. 2001.

DELLA VALLE D, CHEVITARESE ABA, MODESTO A, CASTRO LA. **Frequência de traumatismo dentário em bebês. Rev Ibero-am Odontopediatria Odontologico do Bebê.** 2003; 6 (34): 464-9.

DONALDSON M, KINIRONS MJ. **Factors affecting the time of onset of resorption in avulsed and replanted incisor teeth in children.** *Dent Traumatol.* 2001;17:205–9.

FLORES, M. T. **Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries.** *Dent. Traumatol.*, v.17, p.1-4, 2002

FRIEDLANDER LT, CHANDLER NP, DRUMMOND BK. **Avulsion and replantation of a primary incisor tooth.** *Dent Traumatol* 2013; 29(6):494-497.

GIUZIO MC, FERRAZ LM, FERREIRA SLM . **Prótese fixa anterior em “cant-lever” na clínica de odontopediatria.** *Revista de Odontopediatria* 1993 abr-jun; 3(2):83-9.

HOLAM G. **Replantation of avulsed primary incisors: a critical review of controversial treatment.** *Dental Traumatol.* 2013;29 (3) : 178-84

KRAMER PF, ZEMBRUSKI, FERREIRA SH, FELDENS CA. *Dent Traumatol*,2003, Dec; 19 (6): 299-303

LINO; CHISTENSEN E FIELDS,1994;

MARTINS JÚNIOR PA, FRANCO FA de BARCELOS RV, MARQUES LS, RAMOS - JORGE ML. **Replantation of avulsed primary teeth: a systematic review.** *Int J Paediatr Dent* 2014; 24(2):77-83.

MERKLE A. **Complete intrusion of a maxillary right primary central incisor.** *Pediatr Dent* 2000; 22:151-152

MESTRINHO HD, BEZERRA ACB, CARVALHO JC. **Traumatic dental injuries in Brazil Pré -school children,** *Braz Dent J* 1998

PAIXÃO E FUZIY., 2003; THOMAZINHO, 2005

PEREIRA RJ. **Reimplantação Dentária.** *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2009; 50(1): 57-64

POI WR, SALINEIRO SL, MIZIARA FV, MIZIARA EV *Paul Cirur Dent* 1999

SANABE ME, CAVALCANTE LB, COLDEBELLA CR, DE ABREU E LIMA FCB. **Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos.** *Rev Paul Pediatr* 2009; 27(4):447-51.

SILVA DDA, SAROZA VR, SILVEIRA MLG. **Avulsão de dentes decíduos e suas consequências na dentição permanente.** *Revista Científica do ITPAC* 2008; 1(1):29-33.

SILVA TCFDM, LOBO EB, SILVA CLDM, LOBO SLM, SILVA LFM, CARVALHO FT **Avulsão Dental.** *Cadernos UniFOA* 2009; 4(10): 85-89.

SKAARE AB, JACOBSEN I. **Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years).** *Dent Traumatol.* 2005; 21(6): 315-9.

TROPE M. **Avulsion of permanent teeth: theory to practice.** *Dent Traumatol* 2011; 27(4): 281-94.

VASCONCELLOS RRDH, OLIVEIRA DM, NOGUEIRA RVB, MACIEL AP, CORDEIRO MC. **Trauma na dentição decídua: enfoque atual.** *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* 2003; 3(2): 17-24.

WILSON CF. **Management of trauma to primary and developeping teeth.** *Dent Clin North Am.* 1995;39 (1) : 133- 167

ZADIK ,D.; STERN, N.; LITNER, M. **Thumb and pacifier sucking habits.** *Amer J Orthod*, v. 71, n. 3, p. 197-201, Feb. 1977.

ZEMBRUSKI C, FERREIRA SH, FELDENS CA. **Traumatic dental Injuries in Brazilian preschool children.** *Dent traumatol.*2003;19(6):299-303