

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANA CAROLINA GONÇALVES GODINHO

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES
TRAUMATIZADOS**

BAURU
2016

ANA CAROLINA GONÇALVES GODINHO

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTES
TRAUMATIZADOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco.

BAURU
2016

Godinho, Ana Carolina Gonçalves

G585t

Tratamento endodôntico em dentes traumatizados (Relato de caso clínico) / Ana Carolina Gonçalves Godinho.-- 2016.

21f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Trauma dentário. 2. Urgência. 3. Estrutura de suporte. I. Orosco, Fernando Accorsi. II. Título.



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Ana Carolina Gonçalves Godinho.

Ao dia dezessete de outubro de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de ANA CAROLINA GONÇALVES GODINHO, intitulado: "**Tratamento endodôntico em dentes traumatizados.**" Compuseram a banca examinadora os professores Dr. Fernando Accorsi Orosco (orientador), Dr. Guilherme Ferreira da Silva e Dr. José Carlos Yamashita. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVAR, com a nota 10,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.

F. Accorsi

Dr. Fernando Accorsi Orosco (Orientador)

Guilherme F. Silva

Dr. Guilherme Ferreira da Silva (Avaliador 1)

J. Yamashita

Dr. José Carlos Yamashita (Avaliador 2)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Edinaldo P. Godinho, minha mãe Silvana G. Godinho e minha irmã Eduarda G. Godinho.

AGRADECIMENTOS

Especial agradecimento ao Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco, orientador dedicado que com sabedoria soube dirigir-me os passos e os pensamentos para o alcance de meus objetivos.

A Universidade e seu corpo docente.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si diretamente ou indiretamente para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

Ao meu namorado Adriano, por todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

RESUMO

O traumatismo dental pode acarretar perdas dentais irreparáveis em alguns casos, tanto no momento do acidente como no decorrer do tratamento, ou mesmo tempos após. Este trabalho teve por objetivo mostrar o caso clínico de um paciente que sofreu um trauma e, como consequência, a intrusão dos incisivos centrais superiores, além das fraturas coronárias destes dentes e, também, dos elementos 13 e 22, levando à necrose pulpar de todos eles. No decorrer do tratamento, verificou-se, também, que os dentes 43 e 44 tiveram o mesmo diagnóstico de necrose pulpar. Assim, nestes dentes foi necessário o tratamento endodôntico, utilizando a técnica de Oregon modificada e hipoclorito de sódio, tanto a 1% como a 2,5%, para o preparo biomecânico, já que alguns dentes apresentavam lesões periapicais e outros não. A obturação foi feita pela técnica de condensação lateral ativa, e a preservação do caso mostrou a regressão da lesão nos dentes anteriormente acometidos por ela.

Palavras-chave:Trauma dentário.urgência.estrutura de suporte.

ABSTRACT

The dental trauma can lead to irreversible losses in some dental cases, both at the time of the accident as the course of treatment, or even after time. This study aimed to show the case of a patient who suffered a trauma and as a result, the intrusion of the maxillary central incisors, beyond coronal fractures of the teeth 11, 13, 21 and 22, leading to pulp necrosis of them all. During treatment, there was also the teeth 43 and 44 had the same diagnostic pulp necrosis. Thus, these teeth endodontic treatment was necessary, using the modified Oregon technique and sodium hypochlorite, both 1% and 2.5% for the mechanical preparation, since some teeth had periapical lesions and others do not. The root canal filling was made by a lateral condensation technique, and preservation case showed the regression of the lesion in tooth previously affected by it.

Keywords: dental trauma.urgency.support structure .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Radiografia Panorâmica	13
Figura2 -	Radiografia Inicial dos dentes 21 e 22	13
Figura 3 -	Radiografia Periapical, Odontometria 11 e 12.....	14
Figura 4 -	Radiografia Periapical, Odontometria do dente 22.....	14
Figura 5 -	Radiografia Periapical Final dos dentes 11, 21 e 22	15
Figura 6 -	Radiografia Periapical Final dos dentes 13,11 e 21.....	15
Figura 7 -	Radiografia Periapical Inicial dos dentes 43 e 44.....	16
Figura 8 -	Radiografia Periapical, Odontometria dos dentes 43 e 44	16
Figura 9 -	Radiografia Periapical, Final dos dentes 43 e 44	17
Figura 10 -	Radiografia Periapical após 2 meses de tratamento com regressão da lesão do dente 43.....	17

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2.OBJETIVOS.....	11
3.RELATO DE CASO.....	12
4.DISSCUSSÃO.....	18
5.CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário é considerado uma situação de urgência, mais freqüente em consultórios odontopediátricos, acometendo, principalmente, crianças que se apresentam no período de dentição mista; muitas vezes, o prognóstico é afetado pelo desconhecimento dos responsáveis ou pelo fato do primeiro atendimento ser feito em pronto-socorros, clínicas médicas ou postos de saúde. Consideramos lesões traumáticas como uma lesão, podendo variar desde uma fratura do esmalte até a perda total do elemento. Existe um maior índice de traumatismos dentários em indivíduos do sexo masculino, como conseqüências de quedas, brigas ou lutas, acidentes esportivos, traumatismos com objetos e maus tratos. (ANDREASEN, 1994, MOULE; MOULE, 2007).

Quando, como e onde ocorreu o acidente são perguntas importantes e significativas que deverão ser feitas aos responsáveis, buscando a realização do diagnóstico correto. Quando o acidente ocorreu é o mais importante, pois com o passar do tempo começam a se formar coágulos sanguíneos, o ligamento periodontal resseca, a saliva contamina a ferida e todos esses fatores se tornam decisivos em relação à seqüência de tratamento; entender como o acidente ocorreu ajudará a localizar injúrias específicas; onde o trauma ocorreu se torna significativo para o prognóstico. Antes de realizarmos o exame intraoral do paciente, deve-se, primeiramente, procurar por sinais externos de injúria, lacerações de cabeça e pescoço, que são facilmente detectáveis (ANDREASEN, 1985, ANDREASEN, 1994, HEITHERSAY, 2016).

A próxima etapa é procurar lacerações dos lábios, língua, mucosa jugal, palato e assoalho bucal. As gengivas vestibulares e linguais e a mucosa oral são apalpadas, devendo ser registradas áreas de sensibilidade, edema. Os exames de tecido duros devem ser realizados com uma sonda exploradora e periodontal. Já, os testes térmicos de sensibilidade pulpar em dentes traumatizados que apresentam respostas positivas ao exame inicial podem não necessariamente ser considerados saudáveis, uma vez que com o tempo podem não continuar a dar respostas positivas. Dentes que produzem respostas negativas ou nenhuma resposta não podem ser considerados como tendo a polpa necrosada, pois podem apresentar resposta positiva em consultas posteriores de controle. As radiografias são instrumentos essenciais no exame completo dos tecidos duros traumatizados. Elas

podem revelar fraturas radiculares, fraturas coronárias, deslocamento dentário, reabsorções de raízes e/ou objetos estranhos (ANDREASEN, 1985, ANDREASEN, 1994, HEITHERSAY, 2016).

Desta forma, este trabalho teve como objetivo descrever o caso clínico de um paciente adulto que sofreu um trauma (queda de uma barra de ferro no rosto) durante a realização de atividade física e que teve a necessidade de sofrer intervenção endodôntica em diversos dentes com o passar do tempo.

2.OBJETIVOS

2.1OBJETIVOS GERAIS

Descrever o caso clínico realizado em um paciente que sofreu traumatismo dental durante atividade física e procurou a Clínica Odontológica da Universidade do Sagrado Coração para avaliação e tratamento. Analisar a eficiência do tratamento endodôntico nos dentes traumatizados, verificando se houve uma diminuição da dor e se houve regressão das lesões periapicais que se apresentaram nos dentes 21,22 e 43.

3. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 20 anos de idade, leucoderma, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade do Sagrado Coração, em Bauru, no período 22/10/15 á 12/04/2016, meses após sofrer um trauma durante sua atividade física, no qual estava fazendo movimento supino com a barra de ferro, quando ela veio a cair na sua boca, como houve muito sangramento, o paciente procurou primeiramente o UPA onde viram que houve uma laceração do lábio inferior direito, fizeram a desinfecção do local e suturaram, e os profissionais pediram para que ele procurasse um Cirurgião Dentista. No mesmo dia o paciente passou pelo profissional no posto de saúde onde foi diagnosticada a intrusão dos incisivos centrais superiores e fraturas coronárias nos elementos 11, 13, 21 e 22. Durante o primeiro atendimento, ao se realizar os testes de percussão e sensibilidade pulpar, verificou-se a necessidade de tratamento endodôntico nos dentes fraturados, sendo que o dente 13 já foi diagnosticado como sendo uma necrose pulpar. No decorrer do tratamento destes dentes, ao se realizar novo exame clínico, notou-se a falta de vitalidade nos elementos 43 e 44, verificando-se a presença de uma lesão radiolúcida periapical no dente 43.

Para todos os tratamentos, a técnica de instrumentação dos canais radiculares utilizada foi a de Oregon Modificada, que consiste, após a abertura coronária, no preparo do canal radicular de maneira progressiva, iniciando-se limas de grande calibre e, à medida que se diminui o calibre das limas, se ganha em extensão de instrumentação do canal radicular. Ao se atingir o preparo dos terços cervical e médio (2/3 do canal radicular), foram utilizadas as fresas de Gates-Glidden números 3 e 4 e, posteriormente, a continuação da instrumentação até que se alcançasse o comprimento de trabalho provisório para, em seguida, realizar a radiografia de odontometria dos canais radiculares. Determinado o comprimento real de trabalho, foram confeccionados os batentes apicais para cada dente e o escalonamento regressivo, finalizando o preparo. As soluções irrigadoras utilizadas foram o hipoclorito de sódio a 1% (solução de Milton) para os dentes que não apresentavam lesões periapicais e o hipoclorito de sódio a 2,5% (solução de Labarraque) para os dentes com lesões periapicais.

A obturação foi feita pela técnica da condensação lateral ativa, para todos os casos, e o cimento obturador usado foi o Sealer 26. As radiografias finais foram

feitas para que se pudesse, além de verificarmos a qualidade das obturações, termos um parâmetro para comparação e evolução do tratamento, principalmente dos casos que apresentavam lesões periapicais. As imagens de 1 a 10 mostram os tratamentos realizados, sendo que a imagem 10 mostra a preservação do tratamento do dente 43 após 2 meses, indicando a regressão da lesão periapical.



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 1-Radiografia Panorâmica



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 2-Radiografia Periapical Inicial–Dentes 21 e 22



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 3- Radiografia Periapical- Odontometria– Dentes 11 e 21



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 4-Radiografia Periapical –Odontometria – Dente 22



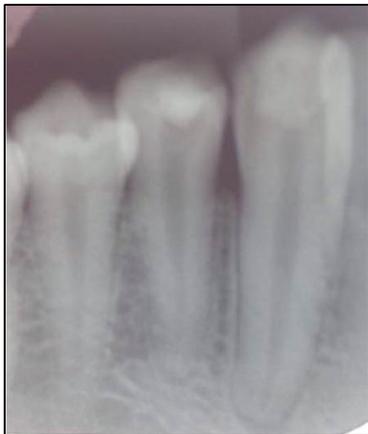
Fonte: Elaborada pela autora

Figura 5-Radiografia Periapical Final- Dentes 11,21 e 22



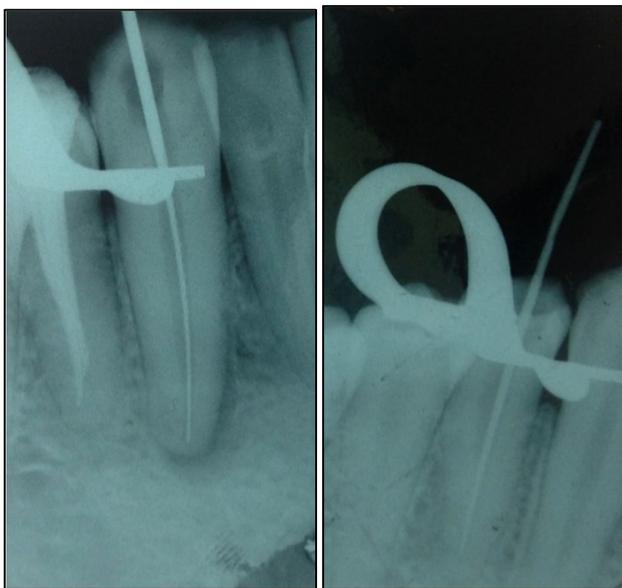
Fonte: Elaborada pela autora

Figura 6-Radiografia Periapical Final – Dentes 13,11 e 21



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 7- Radiografia Periapical Inicial – Dentes 43 e 44



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 8- Radiografia Periapical- Odontometria - Dentes-43 e 44



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 9- Radiografia Periapical Final – Dentes - 43 e 44



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 10-Radiografia Periapical após 4 meses de tratamento com regressão da lesão no dente 43 .

4. DISCUSSÃO

O trauma dental exige um diagnóstico rápido e correto, por isso a atuação do profissional é de extrema importância para que se estabeleça o tratamento o mais precoce possível. As raras experiências do cirurgião dentista nesta área podem levá-lo a realizar procedimentos de urgência inadequados, interferindo, muitas vezes, com a preservação dos elementos dentais acometidos (MOULE; MOULE, 2007).

Para se chegar a um diagnóstico rápido e correto da provável extensão do traumatismo à polpa, ao periodonto e às estruturas associadas, um exame sistemático do paciente traumatizado é essencial (HEITHERSAY, 2016). No caso clínico descrito, o paciente procurou o serviço de atendimento de maneira tardia, com alguns dentes já em necrose pulpar.

Outro aspecto importante a se ressaltar no caso clínico descrito é o de que os incisivos centrais superiores sofreram intrusão e já vieram com a contenção. Casos em que o trauma leva a intrusão de dentes com ápice completo, como é o caso descrito, quase sempre levam à necrose pulpar, variando entre 85 e 95% dos casos (ANDREASEN, 1985, HUMPHREY et al., 2003, ANDREASEN et al., 2006), devido ao rompimento do feixe vaso-nervoso e à impossibilidade de revascularização. Porém, há que se ressaltar que o diagnóstico de necrose pulpar após intrusão dentária requer muito cuidado. A presença de alteração de cor da coroa dentária e de lesões periapicais são sinais importantes e que ajudam a diagnosticar necrose pulpar em casos de intrusão (MOULE; MOULE, 2007). A presença de lesão periapical foi notada nos dentes 21, 22 e 43, neste relato de caso.

A contenção que o paciente portava era rígida, e a literatura mostra que, normalmente, a contenção ideal a ser utilizada em casos assim é a semirrígida (ANDREASEN; PEDERSEN, 1985, ANDREASEN et al., 2006, MOULE; MOULE, 2007).

Além disso, um dos fatores que dificulta o tratamento de dentes que sofreram intrusão é que, normalmente, casos assim também estão associados à fraturas de coroa dentária (ANDREASEN et al., 2006), como aconteceu com o paciente deste caso, que apresentou os dentes 11, 13, 21 e 22 fraturados. Quando isso ocorre em dentes com ápice completo, como no caso descrito, o reposicionamento do dente deve ser feito o mais rápido possível e a polpa dentária deve ser, também,

removida o quanto antes, com a intenção de prevenir e/ou evitar o surgimento de uma reabsorção radicular inflamatória (FLORES et al., 2001, BRYSON et al., 2002).

A escolha pela técnica de Oregon modificada para o preparo biomecânico dos canais radiculares deveu-se ao fato de o diagnóstico de todos os dentes indicarem a necrose do tecido pulpar. Esta técnica, por iniciar o preparo dos canais radiculares primeiramente nos terços cervical e médio, tende a descontaminar mais os canais nessas porções, diminuindo a possibilidade de extrair microrganismos e suas toxinas para os tecidos periapicais. As soluções irrigadoras utilizadas também tiveram como critério de escolha o diagnóstico de cada caso, sendo utilizadas as soluções de Milton (NaOCl 1%) e Labarraque (NaOCl 2,5%) (MOULE; MOULE, 2007).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que com o correto diagnóstico e a escolha correta da técnica, os dentes foram tratados e pode-se dizer que o sucesso do tratamento foi alcançado, inclusive porque os casos que apresentavam lesões periapicais incisivos superiores (21 e 22) e caninos inferior direito (43) mostraram a regressão das mesmas.

REFERÊNCIAS

Andreasen JO. Challenges in clinical dental traumatology. *EndodDentTraumatol*1985;1:45-55.

Andreasen FM, Pedersen BV. Prognosis of luxated permanent teeth - the development of pulp necrosis. *EndodDentTraumatol*. 1985;1(6):207-20

Andreasen JO. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd edn. Copenhagen: Munksgaard, 1994.

Andreasen JO, Bakland LK, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 3. A clinical study of the effect of treatment variables such as treatment delay, method of repositioning, type of splint, length of splinting and antibiotics on 140 teeth. *DentTraumatol*2006;22:99-111.

Andreasen JO, Bakland LK, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 2. A clinical study of the effect of pre-injury and injury factors, such as sex, age, stage of root development, tooth location, and extent of injury including number of intruded teeth on 140 intruded permanent teeth. *DentTraumatol*2006;22:90-98.

Bryson EC, Levin L, Banchs F, Abbott PV, Trope M. Effect of immediate intracanal placement of Ledermix Paste® on healing of replanted dog teeth after extended dry times. *DentTraumatol*2002;18:316-321.

Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, et al. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. *DentTraumatol*2001;17:145-148.

Heithersay GS. Life cycles of traumatized teeth: long-term observations from a cohort of dental trauma victims. *AustDent J*. 2016;61:Suppl 1:120-7.

Humphrey JM, Kenny DJ, Barrett EJ. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in a pediatric population. I. Intrusions. *DentTraumatol*2003;19:266-273.

Moule AJ, Moule CA. The endodontic management of traumatized permanent anterior teeth: a review. *AusDent J Suppl*. 2007;52:Suppl 1:122-37.