

**Bad Formation in Permanent Teeth****Má Formação na Dentição Permanente****INTRODUÇÃO**

Quedas e acidentes durante os primeiros anos de vida de uma criança são comuns e, um trauma na dentição decídua pode resultar em alterações dos dentes sucessores permanentes devido a íntima relação que existe entre eles. Sendo assim, faz-se necessário uma conduta adequada quando do atendimento de um paciente traumatizado, realizando uma anamnese criteriosa, exame físico, clínico e radiográfico cuidadosos e um devido acompanhamento.

A etiologia dos traumas está relacionada a quedas, choques com objetos em casa ou mesmo como resultado de acidentes fora do lar. Sinais de abuso físico e/ou sexual também devem ser considerados, uma vez que, tais práticas freqüentemente são acompanhadas por lesões traumáticas na boca e dentes<sup>11</sup>.

O trauma pode se tornar mais freqüente a medida que as crianças aprendem a engatinhar, andar e interagir com seu meio externo<sup>7</sup>. De acordo com COLE & WELBURY<sup>5</sup>, 1999 e ANDREASEN & RAVN<sup>4</sup>, 1972 a prevalência de traumas na dentição decídua varia de 12 a 69%.

A idade das crianças vítimas de traumatismo está entre 1 e 5 anos para o sexo masculino e 1 e 3 anos para o sexo feminino, predominando sua presença entre os meninos<sup>18</sup>. Traumas na dentição decídua podem levar a alterações na dentição permanente, as quais podem variar desde uma hipoplasia de esmalte até interrupção na formação dental<sup>17</sup>.

Com relação ao tipo de injúria, os traumas de tecido mole são os tipos mais comum, seguido das luxações. Estas aparecem associadas a maioria dos traumatismos tanto na dentição decídua quanto na permanente, compreendendo 15 a 61% em dentes permanentes e de 62 a 73% nos dentes decíduos, sendo os incisivos centrais os mais suscetíveis<sup>14</sup>.

A luxação intrusiva, definida como um deslocamento dentário para o interior do osso alveolar, de um dente decíduo pode apresentar como seqüela desde uma descoloração branca, amarela/amarronzada (hipoplasia ou hipomineralização) até condições mais graves como dilaceração da coroa ou raiz do dente permanente. Tais conseqüências irão depender do grau de deslocamento do ápice radicular do dente decíduo, grau de lesão alveolar e estágio de formação da dente permanente<sup>3,8</sup>.

O objetivo deste artigo é relatar um caso de dilaceração radicular de um incisivo central superior esquerdo provavelmente resultante de um trauma de luxação intrusiva ocorrido na dentição decídua.

**CASO CLÍNICO**

Um paciente de 07 anos de idade, sexo feminino, foi atendido na Clínica de Odontopediatria do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, acompanhado pelo responsável, queixando-se da ausência do incisivo central superior esquerdo (21). Ao exame clínico notou-se a ausência deste elemento dentário e, na face vestibular do rebordo alveolar, a presença de um ligeiro abaulamento na cortical óssea. Foram realizadas radiografias periapical, extrabucais panorâmica e ântero-lateral, sendo observado a presença do dente 21 com imagem sugerindo uma dilaceração radicular (Fig. 1). Durante a anamnese, houve relato de trauma nesta região ocorrido há cerca de três anos.

Baseados nos exames clínicos, radiográficos e na anamnese, optou-se pela remoção cirúrgica do dente, uma vez que não havia qualquer possibilidade de erupção

- **Renata Cristiane da Silva**  
- **Cristiane Duque**

Alunas de Pós-Graduação, Nível Mestrado,  
Área de Concentração Odontopediatria da FO  
Araraquara/UNESP

- **Angela Cristina Cilense Zuanon**  
- **Cyneu Aguiar Pansani**

Professores Doutores do Departamento de  
Clínica Infantil da FO/Araraquara/UNESP

**Os AA relatam um  
caso de dilaceração  
radicular de um  
incisivo central,  
resultante de trauma  
intensivo**

**CONTATO C/AUTOR:**

Fone: (16) 201-63-00

**DATA DE RECEBIMENTO:**

Maio/2003

**DATA DE APROVAÇÃO:**

Setembro/2003

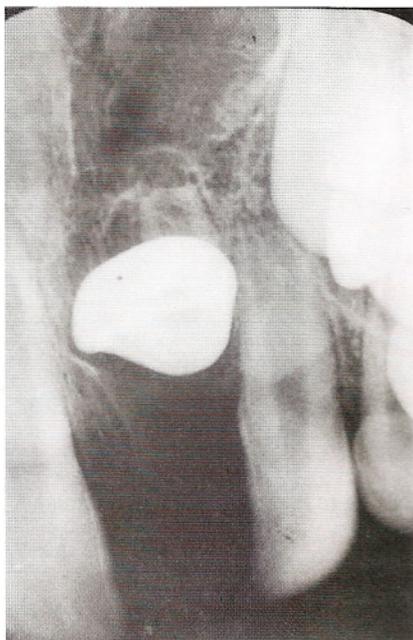


Fig. 1 - Radiografia periapical da região de incisivos.



Fig. 2 - Visualização do dente.

ou tracionamento. O acesso cirúrgico foi realizado por vestibular através de uma incisão papilar nos dentes 11, 21, 22 e incisão relaxante no 23 permitindo o deslocamento do retalho e acesso a região apical do dente 21. Seguiu-se a remoção da tábua óssea vestibular com auxílio de um cinzel até a visualização do dente 21 (Fig. 2). Este se apresentava com a face lingual da coroa voltada para vestibular e a porção radicular curvada, dando ao dente a forma de "C". O dente foi luxado com alavancas e removido com fórceps, tomando-se o cuidado para evitar o contato ou luxação da raiz dos dentes vizinhos (Fig. 3). Após a remoção do dente, curetagem da loja óssea e irrigação com soro fisiológico, o retalho cirúrgico foi reposicionado e suturado.

Como medicação pós-operatória, foram prescritos analgésico dipirona e antibiótico amoxicilina 250 mg a cada 8 horas durante 07 dias.

Após sete dias foi realizada a remoção da sutura e aguardou-se mais uma semana para realização da moldagem e confecção de um aparelho removível recuperador de espaço com molas e dente de estoque para alinhamento dos dentes 11 e 22 com um dente de estoque (Fig 4).

O dente removido foi armazenado para que sua coroa possa ser utilizada posterior confecção de uma prótese.

## DISCUSSÃO

Traumas dentais em crianças e adolescentes são problemas comuns, sendo a boca a segunda região mais afetada em pré-escolares e, quarta quando a idade varia de 7 a 30 anos<sup>13</sup>.

Segundo ANDREASEN & RAVN<sup>3</sup> (1971), patologias na dentição permanente causadas por traumas em dentes decíduos é uma relação reconhecidamente documentada na literatura e a prevalência de tais distúrbios é de 57,8%. WILSON<sup>18</sup> (1995) relatou que de 12 a 69% apresentam a possibilidade de afetar o sucessor permanente causando defeitos de cor, textura, posicionamento ou erupção.

Diferentes tipos de injúrias traumáticas afetam a dentição decídua sendo os incisivos centrais os mais suscetíveis a traumas de luxação, tal como a intrusão. Este fato pode ser explicado devido a presença de grandes espaços medulares no tecido

ósseo característico do tecido esquelético em crescimento, resultando em elasticidade do osso alveolar ao redor do dente decíduo. Além disso, a pequena e reabsorvida raiz e a alta proporção coroa-raiz do dente decíduo oferece menor resistência ao deslocamento intrusivo<sup>5,6</sup>.

ANDREASEN & ANDREASEN<sup>2</sup> (1994), DIAB & ELBADRAWY<sup>6</sup> (2000) relacionam a etiologia de traumas de luxação na dentição permanente a quedas, brigas e acidentes durante a prática de esportes. Na dentição decídua, predomina a queda, pois assim que a criança aprende a se mover e ganhar independência, somada a sua limitada coordenação motora, a incidência de traumas aumenta<sup>1</sup>.

Existem importantes fatores que determinam o potencial de injúria ao sucessor permanente, como a idade em que a criança sofreu o trauma, o tipo, a direção da força, a forma e resiliência do objeto de impacto<sup>2,9</sup>.

Assim, as alterações anatômicas e histológicas dos dentes permanentes decorrentes de um trauma em dentes decíduos podem ser classificadas em descoloração de esmalte branco-amarronzada, com ou sem hipoplasia de esmalte, dilaceração da coroa, duplicação da raiz, odontoma, angulação vestibular ou lateral da raiz, dilaceração radicular, seqüestro parcial ou total da raiz em formação, seqüestro do germe do permanente, transposição de dentes e distúrbios na erupção<sup>2,8,9,12,18</sup>.

A intrusão é particularmente mais séria aos 5 anos de idade devido ao íntimo contato de dente decíduo com o germe do sucessor permanente. Neste período pode haver inibição do desenvolvimento radicular causada por dilaceração do germe permanente ou ocorrer mudança na direção da erupção. Na faixa de 1 a 2 anos e meio não ocorre deslocamento do permanente e o prognóstico é favorável na dentição decídua, sendo raras as fraturas radiculares provavelmente devido à relativa elasticidade do osso alveolar<sup>15</sup>.

A dilaceração resulta de um trauma ocorrido no dente em formação entre as idades de 2 a 7 anos e, embora a patogenia desta entidade não esteja totalmente esclarecida, estudos histológicos têm mostrado que ocorre um deslocamento entre a porção mineralizada da raiz e os tecidos moles em desenvolvimento<sup>16</sup>.

O grau de sucesso para um dente dilacerado vai depender do grau da deformidade, posição do dente e o estágio de formação do mesmo. Um dente dilacerado com um ângulo obtuso, posição baixa e formação incompleta da raiz terá um prognósti-



Fig. 3 - Exodontia do incisivo central.

co melhor e o tracionamento ortodôntico pode ser uma boa indicação de tratamento<sup>10</sup>.

No caso relatado, nenhuma dessas características foi observada, pois o dente possuía uma dilaceração radicular num ângulo agudo, posição alta e formação radicular muito avançada. Assim, optou-se pela exodontia e a instalação de um aparelho recuperador de espaço com molas e um dente de estoque, uma vez que a ausência deste dente favoreceu a inclinação dos dentes adjacentes.

É importante ainda, salientar que o dentista deve acalmar e esclarecer os pais e a criança após a ocorrência de um trauma, especialmente se este atendimento se der logo após o acidente. A experiência do profissional é essencial para o estabelecimento de um correto diagnóstico e conseqüente tratamento adequado<sup>18</sup>.

O acompanhamento clínico e radiográfico é outro ponto essencial pois alterações de cor do elemento dental ou mesmo alterações mais severas podem ocorrer de maneira tardia.

## CONCLUSÃO

Baseados nos achados da literatura, concluímos que o trauma dental é um acontecimento rotineiro na clínica odontológica e apesar de na grande maioria dos casos ser conduzido de maneira a manter a integridade dos tecidos dentais, em alguns casos essa conduta torna-se inviável.

## RESUMO

O trauma é um acontecimento rotineiro na clínica odontológica, exigindo do profissional grande habilidade e critério quando da abordagem do paciente e familiares. As conseqüências decorrentes de um trauma na dentição decídua são inúmeras e muitas vezes imprevisíveis. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de dilaceração radicular de um incisivo central superior permanente onde neste local, segundo o responsável, teria ocorrido um trauma anos atrás.

**Palavras-chave:** trauma, dente permanente.

## SUMMARY

Trauma is a routine event in dentistry and it requires from professionals high ability and criterium to deal with patients and parents. Consequences caused by a trauma in deciduous teeth are innumerable and often unexpected. So, the aim of this work is to report a case of upper central incisor permanent root



Fig. 4 - Aparelho recuperador de espaço.

dilacerations where, according to the responsible, a trauma had happened years ago.

**Key words:** traumatic injuries, permanent teeth.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTAY, N. & GÜNGÖR, H.C. A retrospective study of dento-alveolar injuries of children in Ankara, Turkey. *Dent Traumatol*, v. 17, n. 5, p. 201-204, Oct. 2001.
2. ANDREASEN, J.O & ANDREASEN, F.M. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3<sup>rd</sup> ed. Copenhagen: Ed. Mosby, 1994.
3. ANDREASEN, J.O & RAVN, J.J. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors, II. A clinical and radiographic follow up study of 213 teeth. *Scand J Dent Res*, v. 79, n.4, p. 284-294, 1971.
4. ANDREASEN, J.O. & RAVN, J.J. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *Int J Oral Surg*, v.1, n.5, p. 235-239, 1972.
5. COLE, B. & WELBURY, R. Malformation in the primary and permanent dentitions following trauma prior to tooth eruption: a case report. *Endod Dent Traumatol*, v.15, n. 6, p. 294-296, Dec. 1999.
6. DIAB, M. & ELBADRAWY, E. Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. *Quintessence Int*, v.31, n.5, p. 327-34, May 2000.
7. FLEMING, P et al. Analysis of an emergency dental service provided at childrens hospital. *Int J Pediatr Dent*, v. 1, n.1, p. 37-40, Mar. 1985.
8. HOLAN, G. & RAM, D. Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a restrospective study. *Am Acad of Pediatric Dentistry*, v.21, n.4, p. 242-247, Jul/Aug. 1999.
9. KUPIETZKY, A. The treatment and long term management of severe multiple avulsions of primary teeth in a 19 month old child. *Pediatric Dentistry*, v.23, n.6, p. 517-521, Nov/Dec. 2001.
10. LIN, Y.T.J. Treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.115, n.4, p.406-409, Apr.1999.
11. MC TIGUE, DJ. Introduction to dental trauma: Managing traumatic injuries in the primary dentition. In: PINKHAM, JD. *Infancy Through Adolescence*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders, 1994 cap. 184, p. 61-67.
12. RAVN, J.J. Developmental disturbances in permanent teeth after exarticulation of their primary predecessors. *Scand J Dent Res*, v.83, n. 3, p. 131-134, May 1975.
13. ROBERTSON, A. & NORÉN, J.G. Knowledge-based system for structures examination, diagnosis and therapy in treatment of traumatised teeth. *Dent Traumatol*, v. 17, n. 1, p. 5-9, Feb 2001.
14. ROSARIO, L.M.E. et al. Traumatic injuries to primary teeth in Mexico city children. *Endod Dent Traumatol*, v. 8, n. 5, p. 213-214, Oct. 1992.
15. SOPOROWSKI, N.J. Luxation injuries of primary anterior teeth – prognosis and related correlates. *Pediatr Dent*, v.16, n. 2, p. 96-101, Mar/Apr. 1994.
16. STEWART, D.J. Dilacerate ennerupetd maxillary central incisors. *Br Dent J*, v. 145, n. 8, p. 229-233, Oct. 1978.
17. VALDERHAUG, J. Periapical inflammation in the primary teeth and its effect on the permanent successors. *Int J Oral Surg*, v. 3, n. 4, p. 171-182, 1974.
18. WILSON, C.F. Management of trauma to primary and developing teeth. *Dent Clin North Am*, v.39, n. 1, p. 133-167, Jan. 1995.