

LESÕES DOS TECIDOS DE SUPPORTO EM DENTES DECÍDUOS

TRATAMENTO DE URGÊNCIA



Janaina Merli Aldrigui
Marcia Turolla Wanderley



O trauma dental muitas vezes é o motivo do primeiro contato da criança com o cirurgião-dentista, o que gera dificuldades devido a falta de condicionamento do paciente, esse apresentar dor e estar assustado, além da ansiedade dos pais.



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DO TRAUMA DENTAL

- * Controle da ansiedade dos pais;
- * Anamnese resumida:
 - identificação do paciente (nome, idade, endereço, telefone)
 - estado de saúde geral, alergias e uso de medicamentos;
- * História do trauma:
 - como - acidente, quedas, outras.
 - onde - terra, cimento, água, outros. Contaminação leva a necessidade de medicação. Pesquisar a validade da vacina antitetânica.
 - quando - tempo é fator decisivo para a eleição do tratamento e bom prognóstico;
- * Trauma anterior ou lesão de cárie - avaliar a resposta biológica;
- * Tratamento realizado e qual - avaliar se já foi realizado algum tratamento;

* Sinais e sintomas:

- inconsciência, cefaléia, amnésia, náusea, vômito, sangramento nasal - indicativos de traumatismo craniano - encaminhar ao médico;

* Condicionamento rápido da criança;

* Exame geral da criança:

- observar assimetrias, deslocamentos e desvios da linha média durante os movimento de abertura e fechamento dos maxilares (indicativo de danos na ATM, encaminhar ao cirurgião bucomaxilofacial);

* Limpeza da área afetada com gaze embebida em antisséptico;

* Exame clínico visual e palpação:

- examinar dente (mobilidade e deslocamento), movimentação de estruturas ósseas, saliências e crepitações, lesões cruentas ou dilaceradas, corpos estranhos, hematomas, edemas, entre outras.

* Exame radiográfico:

- radiografia oclusal modificada com filme periapical adulto e em caso de intrusão radiografia lateral com filme oclusal ou periapical adulto.

* AVULSÃO



- * Limpeza da área - gaze embebida em antisséptico.
- * Radiografia oclusal modificada.
- * Observar se cessou o sangramento do alvéolo:
 - Em caso negativo confirmar na radiografia a presença de algum corpo estranho (nesse caso anestésiar, remover o corpo estranho e suturar).
 - Também pode ter ocorrido fratura alveolar (nesse caso anestésiar, remover a parte óssea que está solta e suturar).

* REIMPLANTE DE DENTES DECÍDUOS

Normalmente não é realizado devido ao risco de deslocamento do germe do permanente sucessor.

- * Além disso, para se cogitar o reimplante, deve se seguir alguns critérios:
 - O tempo extra-alveolar deve ser pequeno;
 - O dente deve estar hidratado (em solução - água, leite);
 - O dente não deve ter sofrido rizólise (criança menor de 3,5 anos), nem possuir lesões de cárie extensas, gengivite e rompimento da lamina dura;
 - O profissional deve ter excelente condição de trabalho e preparo para atender criança de baixa idade (criança cooperadora ou possibilidade de realizar contenção física, material e equipe disponível para todo o procedimento);
 - Ter condições de realizar a contenção nos dentes adjacentes, ou seja, dentes adjacentes sem mobilidade;
 - Ter condições de realizar a endodontia na próxima sessão;
 - Ter a concordância dos responsáveis em cumprir as recomendações de remoção de hábito de sucção, alimentação pastosa, uso de medicamentos e estar ciente de um possível insucesso e futura perda dental.

* AVULSÃO

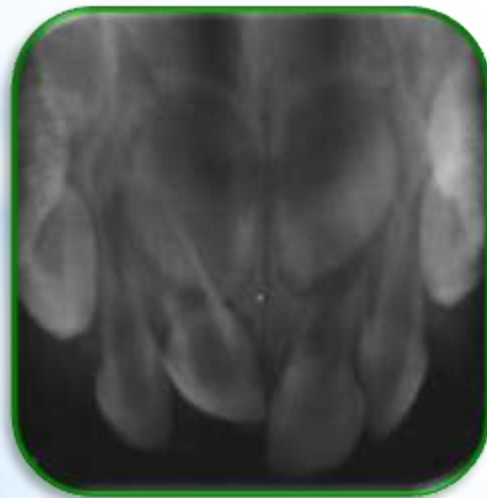


- * Orientação de higiene (limpeza com gaze e solução antisséptica, 3 vezes ao dia por uma semana e retorno a escovação assim que possível).
- * Orientação de repouso da região (alimentação líquida e pastosa, evitar sucção de dedo, chupeta e mamadeira, não morder na região).
- * Orientação de retorno para controle de repercussões no dente permanente.

* INTRUSÃO



- * Limpeza da área - gaze embebida em antisséptico.
- * Radiografia oclusal modificada e radiografia lateral:

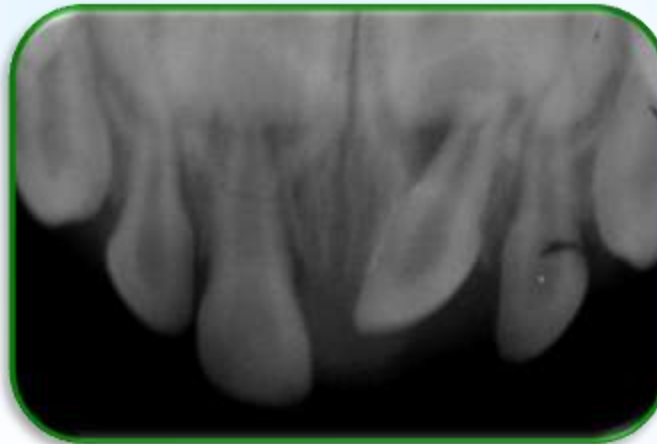


* INTRUSÃO

- * Observar radiograficamente em qual direção o dente intruiu:
 - Se intruiu na direção do germe do dente permanente, geralmente quando vai para palatina, realizar a exodontia para minimizar os danos ao sucessor;
 - Se intruiu no longo eixo ou para vestibular, aguardar a reerupção passiva entre 15 e 30 dias.

- * Palpação do fundo do saco do vestíbulo:
 - Observar se ao pressionar essa região, encontra-se o ápice do dente intruído, gerando uma movimentação na incisal do dente, o que indica que houve fratura alveolar e assim a exodontia deve ser realizada.
 - Se não houver essa movimentação, esperamos a reerupção passiva entre 15 e 30 dias.

* INTRUSÃO



- * Intrusão do elemento 61 após bater a boca no guidão da bicicleta, paciente com 2 anos e 1 mês.
- * Observar intrusão total no longo eixo do dente.
- * Não foi observado indícios de fratura óssea na palpação.
- * Acompanhamento e reerupção do elemento dental após 40 dias.

* INTRUSÃO



- * Orientação de higiene (limpeza com gaze e solução antisséptica, 3 vezes ao dia por uma semana e retorno a escovação assim que possível).
- * Orientação de repouso da região (alimentação líquida e pastosa, evitar sucção de dedo, chupeta e mamadeira, não morder na região).
- * Orientação de retorno para controle de repercussões no decíduo e permanente.

* EXTRUSÃO



- * Limpeza da área - gaze embebida em antisséptico.
- * Radiografia oclusal modificada.
- * Se o dente apresentar grande extrusão, mobilidade e deslocamento, realizar exodontia do elemento dental.
- * Se o dente apresentar pouca/média extrusão, mobilidade e deslocamento: redução da luxação, reposicionamento do dente e contenção semirrígida (fio ortodôntico e resina composta) entre 14 e 21 dias.

* EXTRUSÃO



- * Orientação de higiene (limpeza com gaze e solução antisséptica, 3 vezes ao dia por uma semana e retorno a escovação assim que possível).
- * Orientação de repouso da região (alimentação líquida e pastosa, evitar sucção de dedo, chupeta e mamadeira, não morder na região).
- * Orientação de retorno para controle de repercussões no decíduo e permanente.

* LUXAÇÕES LATERAIS



- * Limpeza da área - gaze embebida em antisséptico.
- * Radiografia oclusal modificada.
- * Se o dente apresentar grande mobilidade e deslocamento, realizar exodontia do elemento dental.
- * Se o dente apresentar pouca/média mobilidade e deslocamento: redução da luxação, reposicionamento do dente e contenção semirrígida (fio ortodôntico e resina composta) entre 14 e 21 dias.

* LUXAÇÕES LATERAIS



Exemplo de contenção semirrígida

- * Orientação de higiene (limpeza com gaze e solução antisséptica, 3 vezes ao dia por uma semana e retorno a escovação assim que possível).
- * Orientação de repouso da região (alimentação líquida e pastosa, evitar sucção de dedo, chupeta e mamadeira, não morder na região).
- * Orientação de retorno para controle de repercussões no decíduo e permanente.

Referências

Wanderley MT, Oliveira LB. Lesões Traumáticas na Dentição Decídua In: Guedes-Pinto et al. Odontopediatria - Fundamentos em Odontologia. São Paulo : Santos-GEN, 2009, p. 301-328.

Wanderley MT, Guedes CC, Bussadori SK. Traumatismo em dentes decíduos In: Fernandes KPS et al. Traumatismo Dentoalveolar - Passo a passo permanentes e decíduos. São Paulo: Livraria Santos editora, 2009, p. 159-214.

Wanderley MT, Guedes-Pinto AC. Traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. In: Guedes-Pinto AC, Issáo M. Manual de Odontopediatria. 11 ed. São Paulo: Santos, 2006; p.267-285.

Bonecker MJS, Wanderley MT, Bonini GAVC, Oliveira LB. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva (PRO-ODONTO/Prevenção). , v.2, p.75 - 139, 2007.

Guedes-Pinto AC, Wanderley MT, Cadioli IC, Mello-Moura ACV. Abordagem integral do traumatismo na dentição decídua. In: (Coord.) Baldacci Filho R, Macedo MCS. 25º CIOSP – Atualização Clínica em Odontologia. Artes Médicas: São Paulo, 2007; cap 17, p.413-435.

Andreasen JO. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3. ed. Tradução Gabriela Soares, Cristiano Boschetto e Ilson José Soares. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

Chelotti A, Valentin C, Prokopowitsch I, Wanderley MT. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 7.ed. São Paulo: Santos, 2003; p.649-687.

Espero que vocês
aproveitem a aula e
os exercícios.
OBRIGADA!