



**IDENTIFICAÇÃO E REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR DECÍDUO NA REGIÃO
PALATINA DO PRIMEIRO MOLAR SUPERIOR DIREITO PERMANENTE:
RELATO DE CASO**

Autor: Letícia da Silva Zeferino

Orientadora: Samantha Peixoto Pereira

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

IDENTIFICAÇÃO E REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR DECÍDUONA REGIÃO PALATINA DO PRIMEIRO MOLAR SUPERIOR DIREITO PERMANENTE: RELATO DE CASO

Zeferino, LS¹

leticia1453@live.com

¹Discente do Curso de Odontologia do UNIFACIG, Manhuaçu, Minas Gerais.

Pereira, SP²

²Doutora em Clínica Odontológica, Docente do Curso de Odontologia do
UNIFACIG, Manhuaçu, Minas Gerais
trabalhosodonto@gmail.com

Resumo: As raízes residuais são aquelas em que a coroa fica totalmente destruída por cáries ou fraturas, restando apenas raízes dentais retidas dentro do osso. Quando o resto radicular é introduzido para o interior da maxila são necessários cuidados especiais. O tratamento mais indicado para este tipo de acidente é a remoção total do resto radicular, evitando futuras infecções. Dois pacientes irmãos procuraram atendimento na clínica odontológica Unifacig para avaliar qual era o motivo da queixa principal. Realizou-se o raio x periapical e identificamos que se tratava de um resto radicular na face palatina do 1º molar superior direito.

Palavras-chave: trauma, resto radicular, cirurgia bucal, assistência odontológica.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Displacement of root rest in the maxillary palatal region: a case report.

Abstract: Residual roots are those in which the crown is completely destroyed by cavities or fractures, where only dental roots are retained within the bone. When the root rest is introduced into the jaw, special care is required. The most suitable treatment for this type of accident is the total removal of the rest of the roots, avoiding future infections. Two sister patients sought care at the Unifacig dental clinic to assess the reason for that "little black" in the maxilla, we performed the periapical x-ray and identified that it was treating a root rest on the palate surface of the upper right first molar, the two patients were followed up of the old sister as responsible.

Keywords: trauma, root rest, oral surgery, dental care.

1.INTRODUÇÃO

Os primeiros dentes são chamados de decíduos que começam a aparecer na boca da criança por volta dos 6 meses de vida e continuam até os 6 anos de idade quando se inicia a troca de dentição decídua para a dentição permanente. Aproximadamente aos 12 anos, a criança já pode apresentar a sua dentição permanente.

O traumatismo dentoalveolar na dentição decídua é comum. Um diagnóstico cuidadoso e correto da lesão são fundamentais para o tratamento do traumatismo dentário. É necessário que as medidas preventivas sejam implementadas, sendo que a ocorrência de lesões traumáticas na infância são bastante presentes e evitando deste modo a ocorrência de complicações na dentição permanente. (Cabral,2009).

Diante da indicação da remoção dos fragmentos traumatizados, é de extrema importância o cirurgião dentista sempre realizar uma avaliação pré operatória clínica e radiológica, avaliando a relação de risco/ benefício do procedimento e observar o comportamento do paciente. Um resto radicular não retirado no alvéolo no período trans operatório pode desencadear quadros de infecção se apresentando nos casos de fraturas apicais de dentes com necrose pulpar.

As raízes residuais de molares decíduos são portadoras de infecção em 86,55% das situações clínicas. A permanência de restos radiculares dos dentes decíduos é contra indicada, pois é prejudicial para a saúde da criança. Portanto, para que a saúde da criança seja preservada, as raízes residuais de dentes decíduos devem ser sempre extraídas, evitando futuras infecções.

O objetivo do presente trabalho é relatar dois casos clínicos cirúrgicos de um resto radicular introduzido na região da face palatina do 1º molar superior em dois pacientes irmãos com idade de 15 e 17 anos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Metodologia

O presente trabalho, trata-se de dois casos clínicos, onde os pacientes procuraram atendimento na Clínica Odontológica do UNIFACIG, no qual é abordado o tema sobre “ Identificação e remoção do resto radicular decíduo na região palatina do primeiro molar superior direito permanente: relato de caso.” A partir da queixa dos pacientes, as informações foram coletadas e os mesmos foram encaminhados para fazer a radiografia. O mesmo foi escrito através de artigos presentes em periódicos com levantamento de dados acerca do tema, utilizando os descritores na área de concentração em ciências da saúde, pelo meio de pesquisas realizadas disponíveis nas bases de dados online LILACS, BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), Google Acadêmico, Medline/Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) nos idiomas português e/ou inglês.

2.2. RELATO DE CASO 1

A paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, procurou a clínica odontológica do UNIFACIG acompanhada da irmã mais velha como sua responsável, com sintomatologia dolorosa na região da maxila. Durante a anamnese não foi relatado nenhum problema de saúde e a mesma não fazia uso de nenhum medicamento. Foi realizado o exame clínico, raio X periapical do dente 16e identificamos que sua queixa se tratava do resto radicular do dente 55 na região palatina do primeiro molar superior direito permanente, sendo que a paciente relatou que alguns anos atrás caiu e sofreu um trauma dentário na escola. Conversamos e apresentamos a paciente qual o motivo da dor que ela estava sentindo. Realizamos raspagem supra e sub gengival sob anestesia e ao realizar a raspagem sub gengival, diagnosticamos que se tratava do resto radicular do dente 55, como notado no raio X citado acima. Com a cureta e descolador de molt foi retirado o resto radicular, irrigação com soro e em seguida a sutura. Prescrevemos a medicação via oral: Ibuprofeno 600 mg. Na consulta seguinte, após 7 dias, a paciente retornou e removemos os pontos e a mesma relatou quenão sentia mais dor na região palatina da maxila.

Figura 1 – Raio x periapical.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 - Imagem inicial



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 3 - Pós Cirúrgico



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4 - Sutura



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 5 - Resto radicular dente decíduo 55.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 5.1- Resto radicular dente decíduo 55.



Fonte: Dados da pesquisa

2.2.1. RELATO DE CASO 2

O paciente do sexo masculino, 17 anos de idade, procurou a clínica odontológica do UNIFACIG acompanhado da irmã mais velha como sua responsável, queixando-se de um incômodo e um “pretinho” na região da maxila. Durante a primeira consulta, foi realizado a anamnese, exame clínico, analisamos, avaliamos e identificamos o resto radicular do dente 55 presente na região palatina do primeiro molar superior direito permanente. O paciente relatou que alguns anos atrás sofreu um trauma dentário. Conversamos e explicamos para o paciente sobre o que se tratava do incômodo e o “pretinho” na maxila relatado por ele. Realizamos a anestesia, com o deslocador de molt retiramos o pedacinho do resto radicular presente na região palatina do 1º molar superior direito, irrigamos com soro e não foi necessário realizar a sutura. Prescrevemos a medicação via oral: Ibuprofeno 600 mg. O paciente ficou satisfeito e relatou que já não estava sentindo nenhum incômodo.

Figura 1 - Imagem inicial.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 - Imagem resto radicular dente 55.



Fonte: Dados da pesquisa

2.3. DISCUSSÃO

Segundo Cardoso et al.,2005; Nogueira et al.,1998, citado por Alencar,2007; Menezes e Uliana,2003, citado por Cardoso et al.,2005), a causada perda precoce correspondente aos molares decíduos foi a cárie dentária, sendo que segundo Alsheneifi e Hughes,2001, citado por Alencar,2007), o primeiro molar decíduo apresentou o maior índice de extração precoce.

As radiografias são consideradas exames de diagnóstico fundamentais, tanto para auxílio do próprio como, posteriormente, para o controle do trauma, tendo como objetivo principal detectar a ocorrência de anormalidades no dente afetado e no seu sucessor (Losso et al.,2011). Os traumatismos dento-alveolares na dentição primária são muito comuns na prática clínica, o que transforma num problema devido a sua etiologia e idade em que os mesmos ocorrem. (Wambier,2010). Os dentes primários que sofrem trauma podem apresentar: hiperemia pulpar, hemorragia pulpar, alteração de cor, perda precoce do dente, reabsorção interna e externa, obliteração pulpar, anquilose e/ou necrose pulpar. (Assunção,2007).

A intrusão de dentes decíduos, pode afetar o dente temporário ou o definitivo. As sequelas mais comuns na dentição decíduaenvolvem a obliteração pulpar, alteração da cor da coroa e necrose pulpar. Na dentição permanente, como existe uma proximidade do germe dentário, pode ocorrer hipocalcificação, hipoplasia, dilaceração coronária e radicular e distúrbiosde erupção (Bortoli et al.,2008).

A perda precoce do elemento dentário decíduo, traz alterações indesejadas, como a migração dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista, diminuindo ou fechando o espaço original, logo o dente decíduo tem como função também preservar espaço, para que o permanente venha a esfoliar em sua posição correta (JANSON et al., 2013).

A presença das infecções nos dentes decíduos, a médio e a longo prazo, pode se refletir sobre os dentes permanentes e na saúde geral das crianças. É importante avaliar as características e consequências da infecção presente nas raízes residuais de molares decíduos, verificando a intensidade e a localização da infecção e os aspectos histopatológicos a ela associados.

As lesões traumáticas dentoalveolares podem ser definidas como uma agressão mecânica, térmica ou química que atingem os elementos dentários e estruturas adjacentes cuja gravidade excede a resistência encontrada nos tecidos dentários, ósseos e musculares. O traumatismo pode envolver a estrutura dental, periodontal, óssea e o tecido mole. (Zembruski-jaber et al., 2006).

Após o traumatismo, durante a revascularização pulpar, se as bactérias tiverem acesso ao tecido pulpar isquêmico, por meio de uma lacuna no ligamento periodontal, do fluxo sanguíneo (anacorese) ou dos túbulos dentinários após uma fratura coronária, o processo de revascularização termina e será estabelecida uma zona de inflamação, culminando em uma reabsorção radicular externa (inflamatória e progressiva). (Panzarini SR, et al., 2003).

É fundamental um diagnóstico cuidadoso e um registro adequado da lesão para o tratamento de qualquer traumatismo dentário. Na realização da anamnese existem perguntas relevantes que auxiliam a conduta terapêutica.

O profissional deve ter conhecimento do período decorrido entre o trauma e a consulta, assim como o lugar onde ocorreu o acidente, para que isso o ajude a decidir pela preservação ou extração do dente afetado. Também é importante conhecer como ocorreu o acidente, para ter uma ideia do tipo de impacto a que o paciente foi submetido e se poderão estar envolvidas outras estruturas indiretamente (Vasconcellos et al., 2003).

Os traumatismos dentários apresentam-se com uma alta incidência na consulta de odontopediatria. Tendo em conta que o prognóstico destas lesões se encontra diretamente relacionado com um adequado diagnóstico e com o tempo decorrente entre o traumatismo até ao momento em que a consulta é iniciada, sendo que os traumatismos devem ser considerados uma situação de emergência (Benitez, 2008).

O trauma pode ocorrer em qualquer idade, durante as atividades do dia a dia como jogar bola, correr, nadar e andar de bicicleta. As crianças de pouca idade estão mais propensas ao traumatismo, quando estão aprendendo a andar e ficar de pé, nesta idade elas estão desenvolvendo a coordenação motora e ainda não tem o reflexo de se proteger. Os pais nem sempre sabem que ocorreu o trauma ou não sabem relatar com exatidão os detalhes, pois traumas de pequena intensidade podem ocorrer e passar despercebidos ou não terem importância para os responsáveis. No entanto, estes traumas também podem causar sequelas tanto na dentição decídua como na permanente.

Estudos têm demonstrado que os pais/responsáveis têm pouco

conhecimento acerca dos traumatismos. Assim é fundamental que as pessoas que por normas estarão presentes no momento da ocorrência tenham conhecimentos básicos sobre condutas de urgência no traumatismo dentário. (Oliveira et al.,2013).

É importante conhecer o desenvolvimento dental da criança de acordo com sua faixa etária, pois assim é possível oferecer o melhor tratamento. O ideal é que logo após o trauma ocorrido, o profissional seja procurado o mais rápido possível, assim aumenta-se a chance de um melhor prognóstico, evitando-se uma cicatrização inadequada ou até mesmo uma infecção.

É da competência do Cirurgião - dentista, realçar a necessidade de seguimento profissional, para verificar eventuais complicações e danos que podem ocorrer depois do trauma dentário, na sua maioria das vezes desconhecidas para a família. (Wambier,2010).

O trauma repetido pode ocorrer dificultando a reposta biológica de reparação e/ou cicatrização do dente decíduo e das estruturas envolvidas. É possível que o paciente não se lembre de ter sofrido um trauma anterior e, no exame radiográfico, observam-se sequelas que podem se somar a este novo trauma, tornando o prognóstico menos favorável (CAYETANO et al, 2011).

Uma técnica menos invasiva e traumática preserva a integridade das paredes alveolares e gengival que posteriormente deverão ser preenchidas com material biológico protegido com barreiras para retenção e manutenção do coágulo sanguíneo. (Leite LCC et al,2015).

Alguns fatores são considerados determinantes após a realização da exodontia para a manutenção dos alvéolos: estabilidade ao longo das paredes dos alvéolos, preservação das margens ósseas e controle de placa durante todo período de cicatrização. (Lindhe J,2005).

Um diagnóstico precoce e um tratamento adequado são essenciais para a obtenção de um prognóstico favorável. Portanto, medidas preventivas devem ser implementadas, uma vez que a ocorrência de lesões traumáticas na infância está bastante presente e evitando deste modo a ocorrência de complicações na dentição permanente (Cabral,2009).

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou o tratamento cirúrgico de dois restos radiculares em dois irmãos de 15 e 17 anos. O traumatismo dentoalveolar na dentição decídua é comum, mas podem atingir grandes proporções devido à falta de sintomatologia na maioria dos casos. Desta forma, torna-se importante a inclusão do exame radiográfico na rotina odontológica, para que possam ser diagnosticadas e tratadas de maneira adequada. No que diz respeito aos motivos de extrações em odontopediatria, a literatura evidenciou que os temas abordados ao longo deste trabalho incluem a extração como plano de tratamento. Na maioria dos temas os vários autores mencionados concordam com a realização de extrações como plano de tratamento. A conduta clínica deste caso, de diagnóstico e tratamento foram satisfatórias.

4. REFERÊNCIAS

- Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos traumatismos e suas seqüelas na dentição decídua: uma revisão da literatura. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2007 May-Aug; 7(2):173-9.
- Bortoli, D. et alli. (2008). Luxação intrusiva na dentição decídua- dois anos de acompanhamento, *Revista da Faculdade de Odontologia*, 13 (1), pp. 65-69.
- Cabral, A. Duarte, D. Valentim, C. (2009). Prevalência das injurias traumáticas na dentição decídua, *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 21 (2), pp. 137-43.
- Cardoso, L. et all. (2005). Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 5 (1), pp.17-22.
- CAYETANO, Maristela Honorio; BENFATTI, Sosígenes Victor; BAUSELLS, João. *Interação odontopediátrica uma visão multidisciplinar*. São Paulo. 2011.
- JANSON, et al. *Introdução à Ortodontia*. Editora Artes Médicas LTDA, 2013.
- Leite LCC, Lemos AB, Silva EB, Pacheco FA. Implante dentário em alvéolo de extração com regeneração óssea guiada cinco anos de acompanhamento tomográfico feixe cônico. *Revista Implant News*. 2015; 12(1):89-93.
- Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e Implantologia oral*. Ed: Guanabara Koogan, 2005.
- Losso, E. et alli. (2011). Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua, *Revista Sulbrasileira de Odontologia*, 8 (1), pp. e1-20.
- Oliveira, M. et alli. (2013). Análise do conhecimento dos pais/responsáveis pela criança atendidas na clínica infantil da Unimontes sobre traumatismos dentários, *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, 13(2), pp. 189-96.
- Panzarini SR, Saad NM, Sonoda CK, Poi WR, Carvalho ACP. Avulsões dentárias em pacientes jovens e adultos na região de Araçatuba. *Revista APCD*. 2003;47(1):27-31.
- Vasconcellos, R. et alli. (2003). Trauma na dentição decídua: enfoque actual, *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 3 (2), pp. 17-24.
- Wambier, D. et alli. (2010). Luxación extrusiva en un diente primario: manejo y seguimiento clínico-radiográfico, *Acta Odontológica Venezolana*, 48 (3). pp. 1-10.
- ZEMBRUSKI-JABER, Cíntia et al. Consequências de Traumatismos na Dentição Decídua. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v.6, n.2, p.181-187; 2006 *pediatria e Clínica Integrada*, 13 (2), pp. 189-96.