

**TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO TARDIO
DE FRATURA DENTO ALVEOLAR EM PACIENTE
COM DOENÇA DE CROHN
RELATO DE CASO**

**SURGICAL TREATMENT AND DRUG LATE OF
DENTO ALVEOLAR FRACTURE IN PATIENTS
WITH CROHN'S DISEASE
A CASE REPORT**

Higo PEREIRA DE SOUSA *
Anette Kelsei PARTATA **

* Cirurgião Dentista. Clínica Odontológica Odonto Center. Porto Franco, MA, Brasil.

** Doutora em Ciências. Docente da Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína – FAHESA / ITPAC, Araguaína, TO, Brasil.

RESUMO

Traumatismo dental deve ser sempre considerado urgência e tratado de forma imediata para aliviar a dor, facilitar a redução dos dentes deslocados, além de melhorar o prognóstico. A complexidade do tratamento depende do tipo de fratura e, do grau de desenvolvimento do dente. O processo de diagnóstico deve incluir uma avaliação completa do histórico do caso, exame clínico, assim como uma avaliação da estrutura dentária e óssea. Define-se doença de Crohn como uma doença inflamatória crônica da mucosa, que se estende por todas as camadas da parede intestinal, afetando-a de forma segmentar e assimétrica. As lesões orais são significativas porque podem preceder as lesões gastrintestinais em até 30% dos casos que apresentam tanto envolvimento oral quanto gastrintestinal. Este estudo tem por objetivo relatar o caso de um paciente do gênero feminino de 17 anos de idade que procurou atendimento tardio, com dor na região anterior acarretado por traumatismo dentário. Após realizar anamnese, exames clínicos de inspeção extra e intraoral e, exame complementar, foi realizado tratamento cirúrgico através da exodontia e proposto tratamento medicamentoso à risca. Resultado do tratamento mostrou-se bem satisfatório, com redução do desconforto gastrintestinal e morbidade da paciente.

ABSTRACT

A dental trauma should always be considered an emergency and treated immediately to relieve pain, to facilitate the reduction of teeth displaced and improve prognosis. The complexity of the treatment depends on the type of fracture and tooth development degree. The diagnostic process should include a complete evaluation of the case history, clinical examination and an evaluation of tooth and bone structure. It is defined Crohn's disease as a chronic inflammatory disease of the mucous membrane, which extends through all layers of the intestinal wall, affecting the so-segment and asymmetric. Oral lesions are significant because they may precede gastrointestinal lesions in 30% of cases with both oral and gastrointestinal involvement. This study aims to report the case of a female patient of 17 years old who sought late care, with pain in the anterior region entailed by dental trauma. After making history, clinical examination of extra oral inspection, intraoral and further examination was performed surgical treatment by extraction and proposed drug treatment to the letter. The result of the treatment proved very satisfactory, with reduced gastrointestinal discomfort and morbidity of the patient.

Unitermos - Doença inflamatória crônica; Traumatismo dental; Urgência na Odontologia.

Uniterms - Chronic inflammatory disease; Dental trauma; Emergency dentistry.

INTRODUÇÃO

Traumatismo dental deve ser sempre considerado urgência e tratado de forma imediata para aliviar a dor, facilitar a redução dos dentes deslocados, além de melhorar o prognóstico. Padrão de traumatismo observado depende principalmente de fatores como energia, direção e localização do impacto, além de

resiliência das estruturas periodontais **(MELO; LINS E SILVA; ALBUQUERQUE VITOR *et al.*, 2003)**.

Traumas dentários, principalmente aqueles que envolvem dentes anteriores, influenciam função e estética do indivíduo, afetando seu comportamento **(MARZOLA, 2008)**.

Prognóstico depende do tempo decorrido a partir do momento do trauma, tamanho da exposição pulpar, da condição da polpa (vital ou não) e, do estágio de desenvolvimento radicular. Prognóstico para dentes com exposição de polpa vital é mais favorável se a fratura for tratada nas primeiras 2 horas. Caso a fratura seja longitudinal e siga o longo eixo do dente, ou o fragmento coronário constitua mais de um terço da raiz clínica, sua extração costuma ser recomendada. Radiografias tiradas imediatamente após trauma podem não mostrar horizontal ou diagonal. Após 1 ou 2 semanas, quando inflamação, hemorragia e reabsorção tenham causado a separação dos fragmentos, a radiografia mostrará o dano mais nitidamente **(LEATHERS; GOWANS *et al.*, 2013)**.

Fraturas horizontais ou oblíquas, também, chamadas de interalveolares, caracterizam-se pela ruptura das estruturas rígidas da raiz, ficando dividida em dois segmentos, um apical e outro coronário. Diagnóstico de uma fratura radicular baseia-se na mobilidade clínica do dente, no deslocamento do fragmento coronário, na sensibilidade à palpação sobre a raiz e, no aspecto radiográfico **(IRALA, 2011)**.

Fraturas radiculares, assim como qualquer lesão nos tecidos duros, exigem, para o correto diagnóstico, apurado método de localização para determinar sua extensão e possibilidades terapêuticas. Este processo de diagnóstico deve incluir avaliação completa do histórico do caso, exame clínico, assim como da estrutura dentária e óssea. Existem hoje, vários métodos e formas para auxiliar o profissional a diagnosticar e detectar as fraturas radiculares. Dentre eles, radiografia periapical utilizando filme radiográfico convencional, radiografias digitais e seus recursos e, até tomografia computadorizada que podem ser úteis clinicamente **(BORBA; MANGELLI JÚNIOR; MANZI, 2007)**.

Fraturas radiculares são ocorrências pouco frequentes, compreendendo de 0,5 a 7% das lesões que afetam os dentes permanentes, geralmente resultando em um impacto horizontal. Atingem mais o grupo etário de 11 a 20 anos, podendo estar associadas à fratura do processo alveolar. Afetam mais os incisivos centrais inferiores e pacientes do gênero masculino, sendo divididas em verticais, oblíquas e horizontais. Tomadas radiográficas em diferentes angulações permitem ter maior certeza sobre a presença de fraturas e a sua real localização. Radiografias de controle pós-operatório devem ser realizadas em angulação padronizada para que alterações subsequentes possam ser mais bem investigadas **(MARZOLA, 2008)**.

Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII), provavelmente mediada imunologicamente, de causa desconhecida, afetando principalmente a porção distal do intestino delgado e do cólon proximal. Atualmente, já está bem estabelecido que as manifestações da DC possam ser observadas em qualquer região do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus **(NEVILLE, 2009)**.

É caracterizada pela formação de ulcerações, fístulas, estenoses e granulomas, evoluindo caracteristicamente por períodos de agravamento e remissão. É, também, conhecida como Colite Granulomatosa e Enterite Regional podendo afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, a partir da boca até o ânus,

porém, atinge geralmente o íleo e o cólon. Pode envolver, também, os linfonodos regionais e o mesentério (**SANTOS, 2011**).

Tratamento clínico é iniciado para a maioria dos pacientes sintomáticos com uso de antibióticos, 5-aminosalicilatos, glicocorticoides, imunomoduladores e agentes biológicos prescritos por via tópica, enteral ou parenteral (**MOREIRA, 2012**).

Sinais e sintomas gastrintestinais normalmente incluem cólicas abdominais, com dor, náuseas e diarreia, ocasionalmente acompanhadas por febre. Podem desenvolver perda de peso e subnutrição, podendo levar anemia, diminuição do crescimento além de, baixa estatura (**NEVILLE, 2009**).

RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO

Paciente com 17 anos de idade, gênero feminino, compareceu ao *Consultório Odontológico Odonto Center*, acompanhada por responsável, ambos procedentes de Porto Franco-MA, no mês de dezembro de 2015, relatando ter sofrido trauma na região bucal anterior superior, provida de dor intensa ao toque.

Durante anamnese, paciente relata ser portadora da DC, tendo sido diagnosticada há aproximadamente 1 ano, fazendo uso de medicação para tratamento da doença inflamatória intestinal. Paciente apresenta baixo peso e estatura normal. Relata, também, que apresenta problemas intestinais graves, que vem à tona em crises de forma não esporádica, quase sempre em presença de estresse. Explicou ainda que trauma havia ocorrido aproximadamente 8 dias, a partir do dia ocorrido até a procura pelo tratamento profissional. Demora pela procura de tratamento se deu pelo fato da dificuldade em se conseguir atendimento na rede pública de saúde, sendo necessário recorrer ao tratamento particular.

Ao exame clínico extra bucal, lábio superior da paciente apresentava-se edemaciado. Ao exame intrabucal, apresentou-se com coroa clínica deslocada do seu eixo original, gengiva inserida edemaciada e, gengiva marginal livre clinicamente isquêmica com presença de dor intensa à palpação. Apresentou-se com parte da gengiva inserida em estágio de necrose e, coágulo sanguíneo entre coroa e gengiva marginal livre (**Fig. 1**).



Fig. 1 - Presença de lábio edemaciado, coroa deslocada e, gengiva isquêmica.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA-Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.

Como exame complementar, foi realizada tomada radiográfica periapical dos elementos anteriores superiores, por se tratar de uma tomada rápida e auxiliar adequadamente no diagnóstico do caso. Pelo exame radiográfico, apresentou-se fratura dento alveolar entre terço cervical e médio radicular, de forma horizontal, dividindo fragmentos em coronário e radicular, do incisivo superior esquerdo (**Fig. 2**).



Fig. 2 – Exame radiográfico periapical. Fratura dento alveolar horizontal.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA - Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.

O elemento dentário 11 apresentou-se com alargamento do espaço do ligamento periodontal devido sua leve luxação (**Fig. 3**).

Como tratamento cirúrgico, foi proposta remoção da raiz e coroa, devido à demora de 8 dias para o atendimento (**Fig. 4**).

No plano de tratamento, foi realizado o cálculo anestésico, devido ao baixo peso corpóreo da paciente, evitando assim, possível intoxicação medicamentosa. Utilizou-se como agente anestésico a mepivacaína.

Foi realizado descolamento cuidadoso para se evitar o máximo possível o traumatismo ao periodonto de proteção. Após remoção da coroa e raiz, foi realizada nova tomada radiográfica periapical para observar possíveis restos de elemento dentário, quando foi constatada ausência do mesmo (**Fig. 5**).

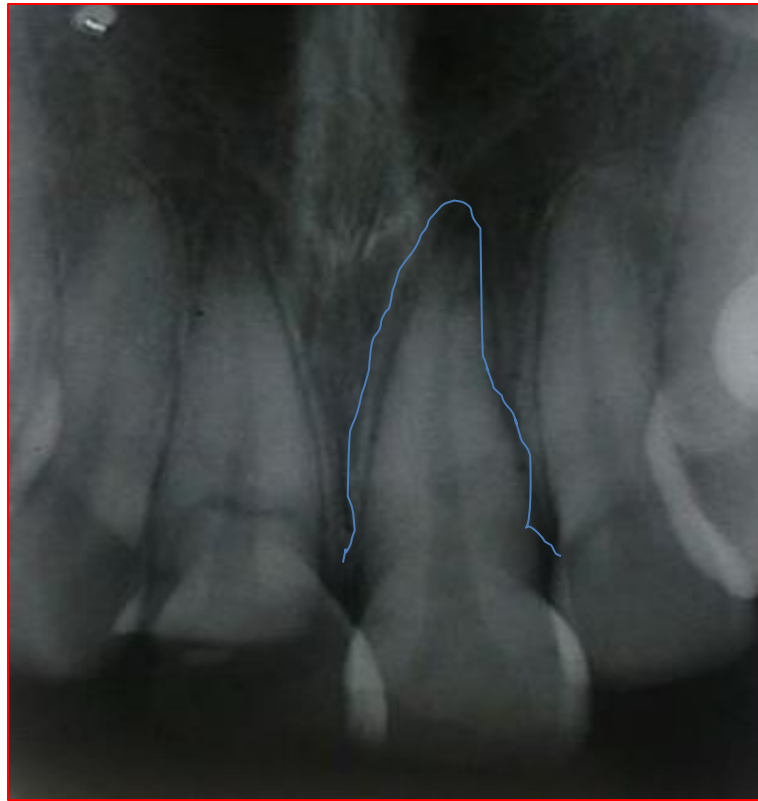


Fig. 3 – Alargamento do espaço do ligamento periodontal.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA - Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.



Fig. 4 – Remoção da porção coronária e radicular.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA - Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.

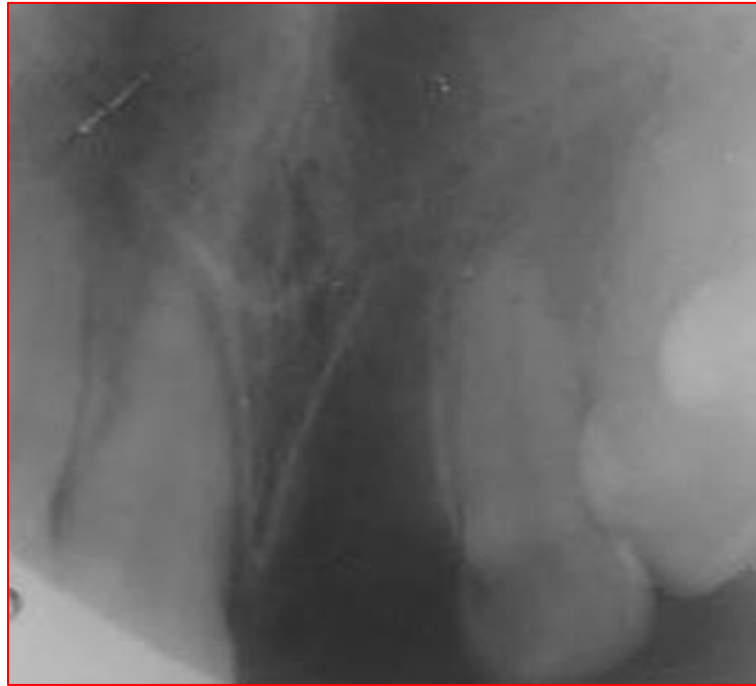


Fig. 5 – Tomada radiográfica para constatação da ausência de restos de elemento dentário.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA - Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.

Não foi efetuada curetagem do alvéolo, devido atividade reparadora dos restos de ligamento periodontal na reparação e cicatrização óssea. Por fim, irrigação com soro fisiológico e, sutura em ponto “X” sem tensão dos tecidos gengivais (**Fig. 6**).



Fig. 6 – Sutura em ponto “X” sem tensão dos tecidos.

Fonte – Consultório Odontológico Odonto Center – Porto Franco-MA - Brasil. Caso do Dr. Higo Pereira de Sousa.

Para tratamento medicamentoso, foi avaliado risco benefício para paciente. Foi prescrito anti-inflamatório esteroide (dexametasona 4mg/comp., por via oral, de 12 em 12 horas por 5 dias), já que a paciente fazia seu uso para o tratamento da DII, que ajudaria a reduzir inflamação local devido seu uso sendo contínuo. Foi prescrita, também, como terapêutica medicamentosa antibiótica, a amoxicilina (500mg/caps., por via oral, de 8 em 8 horas por 7 dias). Mesmo sabendo que amoxicilina poderia apresentar efeitos colaterais gastrintestinais, foi avaliado o risco/benefício da droga para a paciente, pois possui ótima eficácia em casos de infecções leves e moderadas como no caso descrito, onde a fratura dento alveolar passou 8 dias sem tratamento e, sem a devida limpeza de resíduos, tornando-se foco de infecção local e possivelmente sistêmica.

MATERIAL E MÉTODO

Presente trabalho foi realizado com base em pesquisa bibliográfica e relato de caso, realizado em consultório particular, na cidade de Porto Franco-MA-Brasil. Paciente do gênero feminino consentiu na publicação do trabalho científico, diante de informações prestadas e esclarecidas ao mesmo, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo notificada de quaisquer informações relacionadas com os planos de tratamento para fins didáticos e de divulgação científica.

DISCUSSÃO

Traumatismo dental pode apresentar danos irreparáveis, afetando as condições psicológicas, sociais e estéticas do indivíduo (MARZOLA, 2008; LOPES NETO; OSÓRIO; KELMER *et al.*, 2014 e SOUZA; LOPES; NOGUEIRA *et al.*, 2014), afetando seu comportamento (SANTOS; MONTEIRO; FERNANDES *et al.*, 2010). Traumatismo dental deve ser sempre considerado urgência e tratado de forma imediata para aliviar a dor, facilitar redução dos dentes deslocados, além de melhorar prognóstico (MELO; LINS E SILVA; ALBUQUERQUE VITOR *et al.*, 2003; SANTOS; MONTEIRO; FERNANDES *et al.*, 2010 e MORAES; DA SILVA; FÉLIX JÚNIOR *et al.*, 2011).

São frequentes fraturas coronárias dos incisivos centrais superiores devido sua localização na arcada dentária (LOPES-NETO; OSÓRIO; KELMER *et al.*, 2014) e, em incisivos centrais inferiores (MARZOLA, 2008). Caso descrito entra como afirmativa no que diz respeito às estatísticas propostas pela literatura, que foi relatado fratura em incisivo central superior esquerdo.

Fraturas radiculares não ocorrem frequentemente ao serem comparadas com outras lesões dento alveolares, representando 0,5% a 7% de todos traumatismos dentários (MARZOLA, 2008 e SCHEIBEL; PAVAN; QUEIROZ, 2009).

Nem sempre fraturas são fáceis de serem diagnosticadas pelo exame radiográfico (MELO; LINS E SILVA; ALBUQUERQUE-VITOR *et al.*, 2003 e MARZOLA, 2008). Radiografias tomadas imediatamente após trauma podem não mostrar fratura horizontal ou diagonal. Após 1 ou 2 semanas, quando inflamação, hemorragia e reabsorção tenham causado separação dos fragmentos, mostrará dano mais nitidamente (LEATHERS; GOWANS, 2013). Assim, neste caso apresentado, linha de fratura foi evidenciada nitidamente, devido ao tempo decorrido e, presença de tecido fibroso entre fragmentos do elemento dental.

Prognóstico dos dentes com raízes fraturadas depende da localização da linha de fratura (**SCHEIBEL; PAVAN; QUEIROZ, 2009**), envolvimento das estruturas atingidas, do estágio de desenvolvimento dentário e do tempo transcorrido entre acidente e atendimento (**MELO; LINS E SILVA; ALBUQUERQUE-VITOR et al., 2003; LOPES-NETO; OSÓRIO; KELMER et al., 2014 e SOUZA; LOPES; NOGUEIRA et al., 2014**), sendo tempo para procura por tratamento muito longo no caso descrito, aproximadamente 8 dias decorridos após acidente, necessitando realizar remoção do elemento dentário.

Sucesso do tratamento desta condição depende, principalmente, das medidas imediatamente tomadas após trauma (**SOUZA; LOPES; NOGUEIRA et al., 2014**), quase sempre complexas e, muitas vezes duvidosas, onde quando nenhum tratamento conservador é viável, realiza-se exodontia (**SANTOS; MONTEIRO; FERNANDES et al., 2010**).

Ressalta-se que a DC é uma condição de inflamação crônica intestinal envolvendo potencialmente qualquer local do trato digestivo, da boca ao ânus (**NEVILLE, 2009 e AMARO; MESQUITA; RANGEL et al., 2014**). Abordagem clínica da DC é feita com aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e imunossupressores e, objetivo é remissão clínica, melhora da qualidade de vida e, manutenção da remissão (**MOREIRA, 2012 e AMARO; MESQUITA; RANGEL et al., 2014**).

Caso clínico/cirúrgico relatado mostra trauma dento alveolar em paciente portador de DII. Diagnóstico preciso e detalhado, associado a um conhecimento adequado do estado nutricional do paciente e das técnicas cirúrgicas utilizadas, bem como da terapêutica, podem trazer benefício real da cirurgia para esta complexa entidade. Uso de glicocorticoide por sua ação anti-inflamatória, uma forma terapêutica medicamentosa eficaz, já que o mesmo é usado para o tratamento da DII para amenização da sintomatologia gastrointestinal, bem como o uso de antibióticos. Tratamento assim proposto obteve ótimo resultado tanto cirúrgico como medicamentoso, diminuindo desconforto abdominal durante pós-operatório causado pela patologia.

CONCLUSÕES

Traumatismo dental deve ser sempre considerado urgência e tratado de forma imediata para aliviar dor, facilitar redução dos dentes deslocados, além de melhorar prognóstico. Uso de medicamentos já utilizados na DII, em maior especificidade para a DC, é ótima terapêutica medicamentosa para o caso, haja vista escassez de informações na literatura no que tange a área odontológica.

REFERÊNCIAS *

AMARO, L. S. A. G.; MESQUITA, J. B.; RANGEL, M. R. *et al.*, Doença de Crohn duodenal: Relato de caso. *Rev. Cient. FMC*, Campos, v. 9, n. 1, p. 23-6, 2014.
BORBA, P. R. F.; MANGELLI-JR, C. M.; MANZI, F. R. A importância do exame radiográfico para o diagnóstico de fraturas radiculares. *Arq. brasil. Odont.*, Santa Luzia-MG, p. 137-43, fev./2007. Disponível em: http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20070530170904.pdf. Acesso em 20 dez. 2015.

- IRALA, L. E. D. Fratura radicular oblíqua em incisivo central superior permanente: Relato de caso. *Stomatos*. Canoas. v. 17, n. 32, jan./jun., 2011. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-44422011000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2015.
- LEATHERS, R. D.; GOWANS, R. E. *Tratamento das fraturas dento alveolares*. In: MILORO, M.; LARSEN, P. E.; WAITE, P. D. *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson*. 2ª Ed. Santos-SP: Ed. Santos, 2013. Cap. 21, p. 383-400, v.1.
- LOPES-NETO, V. J.; OSÓRIO, S. G.; KELMER, F. *et al.*, Traumatismo dental–Relato de Caso Clínico. *Rev. UNINGÁ Review*, Maringá–PR, v. 19, n. 3, p. 37-40. jul./set., 2014.
- MARZOLA, C.; VASCONCELLOS, R. J. H.; GENU, P. R. *Trauma dental–Aspectos clínicos e cirúrgicos*. In: MARZOLA, C. *Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial*. São Paulo: Elevação, 2008. Cap. LXXXV, p. 2283-300.
- MELO, R. E. V. A.; LINS E SILVA, M. B.; ALBUQUERQUE-VITOR, C. M. *et al.*, Traumatismo Dento alveolar. *Int. J. Dent.*, Recife, v. 2, n. 2, p. 266-72, jul./dez., 2003.
- MORAES, R. S.; DA SILVA, R. V.; FÉLIX-JR, W. S. *et al.*, Tratamento emergencial de traumatismo dento alveolar associado a dente decíduo fusionado: Relato de caso. *Rev. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe – PE, v. 11, n. 3, p. 39–42, jul./set., 2011.
- MOREIRA, A. L. Tratamento cirúrgico na Doença de Crohn. *Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out./dez., 2012.
- NEVILLE, B. W. *Manifestações Orais de Doenças Sistêmicas*. In: _____. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2009, cap.17, p. 819-61.
- SANTOS, K. S. A.; MONTEIRO, B. V. B.; FERNANDES, L. V. *et al.*, Tratamento de traumatismos dento alveolares e reabilitação protética em paciente jovem–Relato de caso. *Odontol. Clín. Cient.*, Recife, v. 9, n. 2, p. 181-4, abr./jun., 2010.
- SANTOS, S. C. *Doença de Crohn*. 47f. (Monografia apresentada à Pós-Graduação em Análises Clínicas). Curitiba, UFPR, 2011. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr/dspace/bitstream/handle/1884/32917/SHAYENNE%20DE%20CASTRO%20SANTOS.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 dez. 2015.
- SCHEIBEL, P. C.; PAVAN, N. N.; QUEIROZ, A. F. Ocorrência e relatos de casos de fraturas radiculares do Projeto Centro Especializado Maringense de Traumatismo em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. *Rev. Odonto*. São Bernardo do Campo–SP, v. 17, n. 33, p. 79–85, jan./jun., 2009. Disponível em: <<http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/O1/article/view/984/1027>> Acesso em: 09 de abr. 2016.
- SOUZA, B. L. M.; LOPES, P. H. S.; NOGUEIRA, E. F. C. *et al.*, Manejo de trauma dento alveolar: Relato de caso. *Rev. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe–PE, v. 14, n. 1, p. 59-64, jan./mar., 2014.

* De acordo com as normas da ABNT e da Revista de Odontologia da ATO.