



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICA-CCBS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CINTHYA PINTO SARMENTO

ALVEÓLISE EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE-PARAÍBA

2017

CINTHYA PINTO SARMENTO

ALVEÓLISE EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof^ª. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa.

CAMPINA GRANDE-PARAÍBA

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S246a Sarmiento, Cinthya Pinto.
Alveólise em dentes decíduos [manuscrito] : relato de caso /
Cinthya Pinto Sarmiento. - 2017.
18 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa,
Departamento de Odontologia".

1. Dentição primária. 2. Perda do osso alveolar. 3.
Traumatismo dentário. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

CINTHYA PINTO SARMENTO

ALVEÓLISE EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO.

Artigo, apresentado á coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba-Campos I, como requisito à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Odontologia.

Aprovada em: 11/04/2017.

BANCA EXAMINADORA

Edja M. Melo de B. Costa.

Profª. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Kátia Simone A. Santos

Profª. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Carolina Medeiros de Almeida

Profª. Mea. Carolina Medeiros de Almeida

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Deus, meus pais, irmãos, familiares, todos os meus amigos que me acompanharam nessa jornada e que de alguma forma contribuíram com o meu futuro, muito obrigada pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO

|

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me mostrar que sempre vai existir um caminho por mais difícil que seja, por me fortalecer quando eu fraquejei, sempre me iluminando.

Aos meus pais Luiz Carlos Sarmiento Germano e Maria de Fatima Pinto Sarmiento, meus Irmãos, Luiz Paulo Germano Pinto, Higo Pinto Sarmiento e a minha cunhas Joesiele pelo apoio, dedicação e todo esforço que foi feito para que eu concluísse essa etapa. Vocês são mais merecedores do que eu nessa vitória, meu muito obrigado.

À professora Edja Maria Melo Brito da Costa pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB que contribuíram ao longo dos 5 anos, para minha formação.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos amigos que tive o imenso prazer de conhecer e conviver durante todo esse tempo, tanto aos de Araruna como os de Campina Grande. Em especial aos amigos Juliana Diniz, Thayna, Arella, Priscilla, Lívia, Laíza, Firmino, Diego e aos demais.

Aos Amigos que com o tempo se tornam família, que quero carregar sempre comigo, Vinicius Januário, Juliana Martins, Bianca Mendes, Mariana Moura, Nathalia Oliveira, muito obrigada pelas noites em claro, pelas ajudas necessárias, pelas as repreensões, por toda dedicação e apoio que foi me ofertado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 RELATO DE CASO	08
3 DISCUSSÃO	10
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICE	17

ALVEÓLISE EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO.

Cinthya Pinto Sarmiento*

RESUMO

Alveólise é uma patologia ósseo-gengival caracterizada pela exposição da raiz dentária na cavidade oral, em função da reabsorção da tábua óssea alveolar, comumente, relacionada ao traumatismo dentário e/ou cárie dentária. Considerada de baixa ocorrência, geralmente acomete crianças entre 4 a 5 anos e do sexo masculino. Este trabalho relata um caso clínico de alveólise em dente decíduo anterior, numa criança de 6 anos de idade, com história de traumatismo dentário na região anterior da maxila. A lesão foi diagnosticada após exame clínico de rotina, realizado na Clínica de Odontopediatria da UEPB. No exame físico intra-oral observou-se a exposição do ápice radicular do dente 61, circundada por tecido levemente edemaciado e eritematoso, e presença de ulceração na mucosa labial relacionada ao ápice exposto. O dente envolvido não tinha cárie, apenas discreta fratura no ângulo incisal. O paciente apresentava uma condição bucal insatisfatória, caracterizada pela presença generalizada de biofilme dental visível e cárie precoce e severa da infância. No exame radiográfico não foi evidenciada reabsorção radicular no dente 61 e constatou-se a presença dos incisivos centrais permanentes superiores em condições de normalidade. O diagnóstico foi de alveólise, do tipo fenestração apical. O tratamento indicado foi a exodontia do dente afetado. Não houve intercorrência durante o tratamento e o pós-operatório foi satisfatório, considerando a erupção do dente sucessor e o restabelecimento das condições ideais de saúde bucal da criança. A alveólise é uma condição de fácil diagnóstico, tratamento simplificado e de bom prognóstico.

Palavras-Chaves: Dentição primária. Perda do osso alveolar. Traumatismos dentários.

1 INTRODUÇÃO

Alveólise é uma condição patológica caracterizada pela reabsorção da tábua óssea alveolar, geralmente por vestibular, com exposição radicular de um ou mais dentes decíduos na cavidade oral (KIMURA, 2013, ABHINAV et al, 2014). O fator desencadeante da alveólise ainda não foi elucidado, no entanto, tem sido associada ao traumatismo dentário e a cárie dentária, por induzirem uma infecção periapical crônica, com subsequente reabsorção da tábua óssea alveolar (ABHINAV et al, 2014).

Apresenta como sinal patognomônico a exposição parcial ou total da raiz dentária na cavidade oral, sem evidência de reabsorção radicular. Acomete crianças na faixa etária entre 2

e 8 anos de idade, com maior ocorrência, entre 4 e 5 anos, no sexo masculino, sendo a maxila anterior a região mais acometida (KIMURA, 2013). Não apresenta sintomatologia dolorosa e a coroa dentária em alguns casos pode mostrar-se com coloração escurecida (RAWLINSON, 1984, JU et al, 2004). Pode ser observada a presença de mobilidade dentária e perda de vitalidade pulpar do elemento afetado (KIMURA, 2013). Em função da irritação crônica provocada pela raiz exposta, pode-se notar em torno da área de fenestração a formação de um tecido hiperplásico (MENÉNDEZ, 1967, KILPATRICK et al, 1991).

A alveólise pode ser classificada em dois tipos: fenestração apical ou deiscência, parcial ou total. Na fenestração apical ocorre exposição da porção apical da raiz dentária na cavidade oral. Na deiscência ocorre exposição da superfície radicular, inicialmente da porção cervical (deiscência parcial), podendo evoluir em direção apical (deiscência total). O tratamento para alveólise depende da sua classificação clínica e comprometimento dos tecidos de sustentação (KIMURA, 2013). Para fenestração apical e deiscência total indica-se a exodontia do dente envolvido. Para a deiscência parcial, geralmente, é realizado o acompanhamento clínico e radiográfico, mas dependendo da gravidade pode ser indicada a exodontia (KIMURA, 2013, ABHINAV et al 2014, KELLY et al, 1976). Em relação à ferida gengival e ao tecido reacional hiperplásico associado à lesão, geralmente, regridem e desaparecem espontaneamente após a exodontia do(s) dente(s) envolvido(s) (TSENG et al, 1995).

Este artigo tem como objetivo relatar um caso clínico de alveólise, numa criança de 6 anos de idade, com história de traumatismo dentário na região anterior da maxila.

*Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Email: Cinthya_.ps@hotmail.com

2 RELATO DE CASO

Paciente de 6 anos de idade, sexo masculino, pardo, brasileiro, compareceu a Clínica de Odontopediatria da UEPB com queixa principal “para fazer obturações”. Na anamnese, a mãe relatou que o filho sofreu uma queda há 9 meses, aos 5 anos de idade, com traumatismo dentário na região anterior da maxila, e que não houve atendimento odontológico.

No exame físico extra-oral não foi identificada nenhuma alteração digna de nota. No intra-oral, observou-se acúmulo generalizado de biofilme dental visível, cárie precoce e severa da infância, exposição do ápice do dente 61 na cavidade oral, na região vestibular do rebordo maxilar, circundada por tecido levemente edemaciado e eritematoso (Figura 1A), sem sintomatologia dolorosa. Na mucosa labial foi notada a presença de uma pequena úlcera associada ao ápice exposto (Figura 1A). A coroa dentária do 61 apresentava-se com uma coloração levemente acastanhada, mas sem lesão de cárie.

Na radiografia periapical confirmou-se a formação dos sucessores permanentes 11 e 21 e a presença do 61 sem evidências de rizólise (Figura 1B). O dente 51 já havia sido esfoliado no momento da consulta, ainda sem erupção do seu sucessor. O diagnóstico clínico foi de alveólise, do tipo fenestração apical.

O tratamento foi a exodontia do dente 61. A exodontia foi realizada uma semana após o diagnóstico (Figuras C e D) e o paciente retornou após 8 dias, onde já foi observado o início da erupção do dente 21 (Figura 1E). Após dois meses, observou-se a exposição de dois terços da sua coroa (Figura 2B) e no exame radiográfico não foi evidenciada nenhuma imagem que indicasse a presença de qualquer tipo de lesão (Figura 2A). O paciente retornou à Clínica de Odontopediatria após 4 meses, desde a última consulta, sendo constatada a erupção total do elemento dentário 21 e a erupção parcial do incisivo central superior direito (Figura 2C).

Além do tratamento da alveólise, foram realizadas ações preventivas, restauradoras, exodontias múltiplas e intervenções ortodônticas para manutenção do espaço, em função das perdas dentárias precoces. O paciente respondeu bem ao tratamento e sobretudo aos cuidados de saúde bucal.

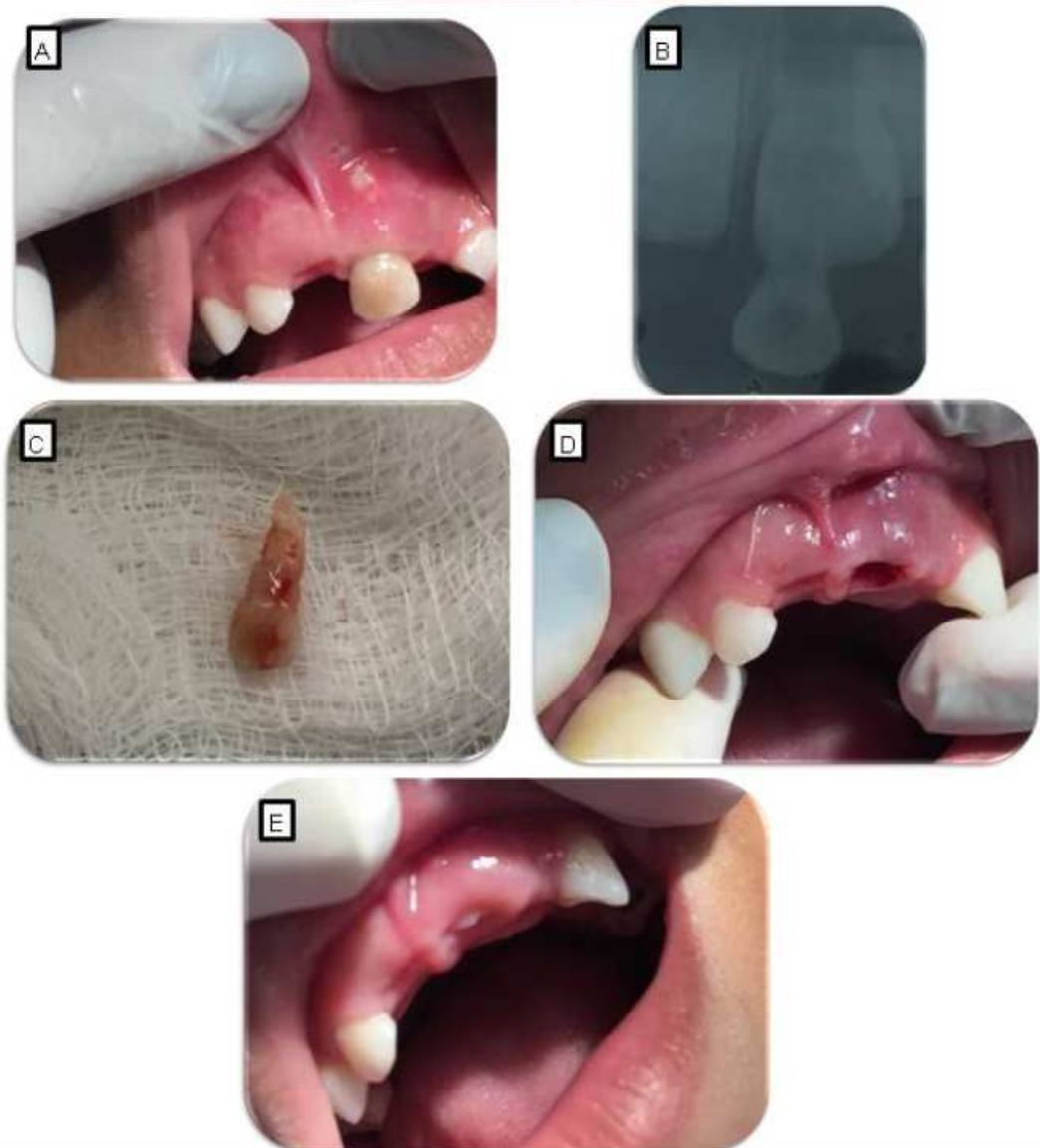


Figura 1: **A)** Fotografia intra-oral mostrando exposição vestibular do ápice radicular do dente 61, mucosa alveolar circundante avermelhada e levemente edemaciada e pequena ulceração na mucosa labial; **B)** Radiografia periapical da região anterior superior, mostrando a presença dos incisivos permanentes(11,21) e a presença do 61 sem evidência de rizólise; **C)** Visão do dente 61 após exodontia, exibindo mais de dois terços de raiz e uma dilaceração apical; **D)** Imagem clínica da região anterior da maxila imediatamente após a exodontia do 61; **E)** Após uma semana, mostrando o início da erupção do dente 21.

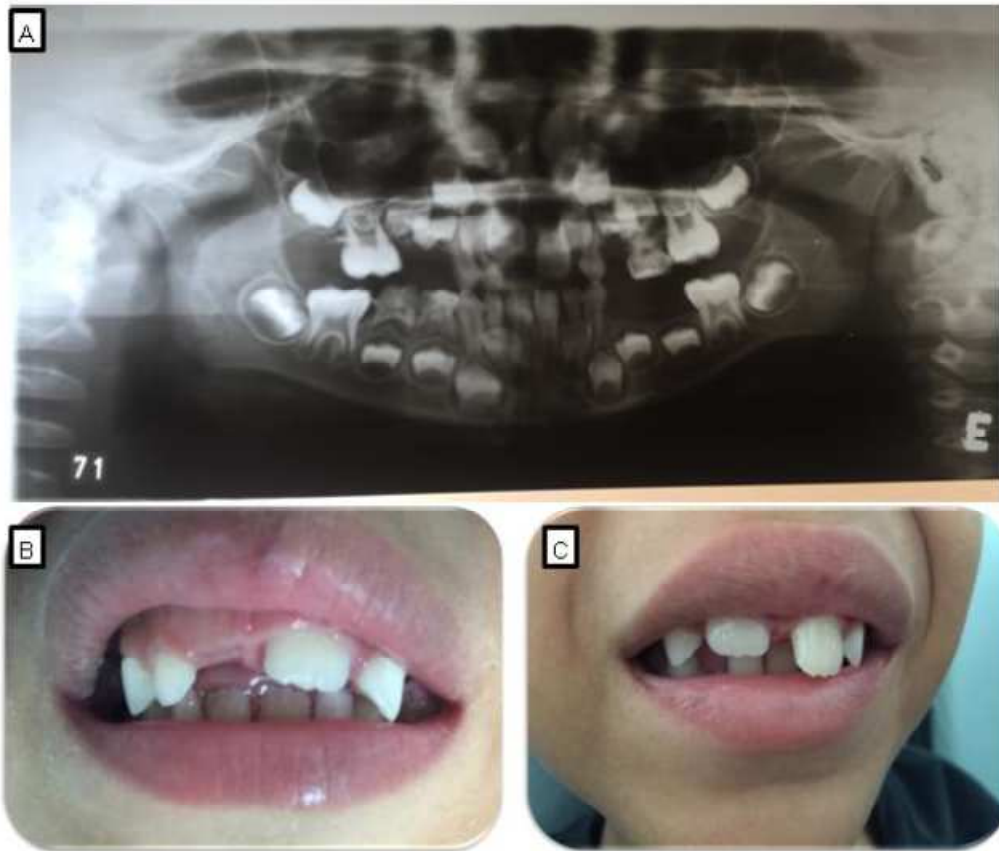


Figura 2: Imagens clínica **(B)** e radiográfica **(A)** após 2 meses do tratamento executado, mostrando a erupção de 2/3 da coroa do 21, sem evidência de lesão; **(C)** Imagem clínica do 11 parcialmente erupcionado e o 21 totalmente erupcionado, após 4 meses da última consulta.

3 DISCUSSÃO

Este relato de caso apresenta características clínicas de alveólise, do tipo fenestração apical, em que os dados clínicos coincidem com os relatos da literatura, especialmente, em relação à faixa etária, sexo, história de traumatismo dentário e ocorrência na região da maxila anterior. Kimura (2013) realizou um estudo epidemiológico no Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria da FOU SP e verificou maior ocorrência de alveólise em meninos, entre 4 e 5 anos de idade, forte relação com o traumatismo dentário, sendo os incisivos centrais superiores decíduos os dentes mais envolvidos, totalizando 89% dos casos. Esses achados estão em consonância com o

perfil epidemiológico de traumatismo em crianças, em que observa-se maior prevalência no sexo masculino e região anterior da maxila (WENDT, 2010).

A alveólise está fortemente relacionada ao traumatismo dentário (AGUILÓ e BAGÁN 2002, AGUILÓ-MUNOZ, 2002, WANDERLEY e OLIVEIRA, 2009, AGARWAL, 2010, TRICHES et al, 2011, KIMURA, 2013), no entanto, outras condições, como cárie dentária e trauma oclusal, podem constituir fatores desencadeantes (MENÉNDEZ, 1967, SERRAN, 1971; KELLY et al., 1976; CHAWLA e TEWARI, 1979; MENÉNDEZ, 1980; HUSSIN, 1983).

Apesar de o traumatismo dentário ser comum em crianças, a ocorrência de alveólise é relativamente baixa. No estudo de Chawla e Tewari (1979) foram avaliadas 1675 crianças com idade de 3 a 12 anos e observaram 7 casos de alveólise em dentes decíduos anteriores e posteriores. Explicaram que a alveólise é decorrente do deslocamento da raiz do dente decíduo em direção à lâmina alveolar externa, com rompimento do osso e da mucosa alveolar ou gengival, até se tornar clinicamente visível. Daí sua forte relação com o traumatismo dentário. Sabe-se que o traumatismo em dente decíduo resulta, na maioria das vezes, em luxação dentária, com deslocamento do dente para a lingual e o ápice no sentido inverso, com rompimento dos tecidos de sustentação, que pode evoluir para um processo inflamatório crônico, resultando em alveólise. Kimura (2013) observou que 86,3% dos dentes com alveólise estavam relacionados ao traumatismo dentário, e principalmente, aos dentes que sofreram luxação (42,8%). Nesse mesmo estudo, a autora informou que a média de tempo decorrido entre o traumatismo dentário e o diagnóstico de alveólise é de 15 meses. No presente caso, a média de tempo decorrido do trauma para o diagnóstico foram de aproximadamente 9 meses.

Foi observado, neste caso, tecido eritematoso e levemente edemaciado circundando a região de exposição do ápice dentário, sem aspecto hiperplásico. No entanto, é comum observar tecido hiperplásico em torno da área de fenestração (MENÉNDEZ, 1967, KELLY *et al.*, 1976). Quando a irritação é crônica e prolongada pode produzir uma lesão semelhante a uma lesão hiperplásica ou neoplásica (MENÉNDEZ, 1967, KILPATRICK *et al.*, 1991)

O tratamento de escolha para este caso foi a exodontia do elemento afetado, conforme sugerido pela literatura, no sentido de evitar prejuízos à dentição permanente e trauma aos

tecidos adjacentes (MENÉNDEZ, 1967, KELLY *et al*,1976, EDNEY, 2000, AGUILÓ-MUNOZ, 2002, KIMURA, 2013). Após exodontia foi observado que o dente apresentava mais de dois terços de raiz, condição esta, bastante comum nos dentes com alveólise (KIMURA, 2013). Constatou-se satisfatório progresso clínico após o tratamento, com erupção do dente sucessor, dentro das condições de normalidade, e ausência de qualquer alteração clínica e/ou radiográfica na região envolvida.

Apesar da alveólise ser considerada uma condição de baixa ocorrência, e, portanto, não ser rotineiramente encontrada na clínica odontopediátrica, o profissional deve ter conhecimento desta patologia e suas classificações (fenestração apical ou deiscência), pois requerem tratamentos distintos. A alveólise é uma condição de fácil diagnóstico, o tratamento é simples e de bom prognóstico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico apresentado constitui um caso típico de alveólise, do tipo fenestração apical, em dente decíduo com história de traumatismo dentário. O tratamento seguiu as recomendações da literatura, em que houve a exodontia do dente envolvido. A abordagem de tratamento executada foi considerada sucesso clínico, uma vez que, além do tratamento da alveólise, foram restabelecidas as condições de saúde bucal da criança.

ALVEOLYSIS IN DECIDUOUS TOOTH: CASE REPORT

ABSTRACT

Alveolysis is a bone-gingival pathology characterized by exposure of the dental root to the oral cavity, as a function of the reabsorption of the alveolar bone plaque, commonly related to dental trauma and / or dental caries. Considered to be of low occurrence, it usually affects children between 4 and 5 years of age and males. This paper reports a clinical case of alveolysis in a deciduous anterior tooth in a 6-year-old child with a history of dental trauma in the anterior region of the maxilla. The lesion was diagnosed after routine clinical examination, performed at the Pediatric Pediatric Clinic of the UEPB. The intra-oral physical examination revealed the radicular apex of the tooth 61, surrounded by slightly edema and erythematous tissue, and ulceration of the labial mucosa related to the exposed apex. The tooth involved had no decay, only slight fracture at the incisal angle. The patient had an unsatisfactory oral condition, characterized by the presence of visible dental biofilm and early and severe childhood caries. No radiographic examination revealed root resorption on tooth 61 and the presence of the maxillary permanent central incisors was found under conditions of normality. The diagnosis was of alveolysis, of the apical fenestration type. The treatment indicated was the exodontia of the affected tooth. There was no intercurrent during the treatment and the postoperative was satisfactory, considering the eruption of the successor tooth and the restoration of the ideal oral health conditions of the child. Alveolysis is a condition of easy diagnosis, simplified treatment and good prognosis.

Key words: Primary dentition. Loss of alveolar bone. Dental trauma.

REFERÊNCIAS

AGUILÓ, L.; BAGÁN, J. V.; Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth. **The Journal of the American Dental Association**. v.5, p.599-602, 2002 May

AGUILÓ-MUÑOZ L.; Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. **Riverside County Office of Education**. v.5, p.523-531, 2002 Set-Oct; 7.

AGARWAL, V.; Fenestration and dehiscence in a non vital tooth – a case report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v.4, p.2971-3, 2010 Aug.

ABHINAV, et al.; Management of mucosal fenestration. **Indian Journal of Oral Sciences**. Vol. 5; Issue; 1 Jan-Apr 2014.

CHAWLA, H. S.; TEWARI, A., Osseo-gingival pathological fenestration by the roots of primary teeth: a study and a prevalence report. **The Journal of the All India Dental Association**. v.51 n.5 p.135-6, 148, 1979 May.

EDNEY, M. B.; Interesting presentation of a retained upper deciduous incisor with apical fenestration. **British Dental Journal**. v188 n.7, p.369-70, 2000 Apr 8.

HUSSIN, G.J.; Mucosal perforation by a primary canine root: report of case. **American Society of Dentistry for Children**. v. 50, n.2, p.138, 1983 Mar-Apr.

KELLY J. R.; KEETON J. M.; BARR, E. S., Apical fenestration. **American Society of Dentistry for Children**.v.43, p.96- 8, 1976 Mar-Apr.

KILPATRICK, N.M.; HARDMAN, P.J.; WELBURY, R.R., Dilaceration of a primary tooth. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.3, p.151-3, 1991.

JU Y.R, Tsai A.H, Wu Y.J, Pan W.L.; Surgical intervention of mucosal fenestration in a maxillary premolar: a case report. **Quintessence International**. v.35, n.2, p.125-8, 2004 Feb.

KIMURA, J.S., Alveólise em incisivos decíduos traumatizados: série de casos [dissertação]. São Paulo: **Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia**; 2013.

MENENDEZ, O. R., Bone fenestration by roots of deciduous teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. V.24, p.654- 8, 1967.

MENENDEZ, O.R. Estomatologia pediátrica fenestration osteo-mucosa por raices de dientes primarios; un caso en niña asiatica y revision de la literatura. **CERON**.

v.5, n.3, p.19-22, 1980.

RAWLINSON, A., Treatment of a labial fenestration of a lower incisor tooth apex. **British dental journal**. v.156 p.448- 9, 1984.

SERRANO V.J, Abbreviated case report – gingivo-osseus pathologic fenestration. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**. v.32 n.5 p.697-700, 1971 Nov.

TRICHES T.C.; Paula L.K.; Filho M.X.; Bolan M. Apical fenestration and ectopic eruption – effects from trauma to primary tooth: a clinical case report. **Dental Traumatology**. V.1, p.74-6, 2011 Feb; 27.

TSENG, C.C.; CHEN, Y.H.; HUANG, C.C.; BOWERS, G.M., Correction of a large periradicular lesion and mucosal defect using combined endodontic and periodontal therapy: A case report. **The International journal of periodontics and restorative dentistry** v.15, p.377- 83, 1995.

WANDERLEY M.T, Oliveira LB. Lesões Traumáticas na Dentição Decídua. In: Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. **Fundamentos de Odontologia - Odontopediatria**. Cap. 16, p.302-27, São Paulo: Santos; 2009.

WENDT, F, et al; Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. **Dental Traumatology**. v 26, p168–173. 2010.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como responsável pelo menor Luís Evoldo Silva Ferrivez estar sendo consultado no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos do caso clínico/cirúrgico e documentação radiográficas que se encontra na ficha de prontuário médico do menor, para a apresentação do mesmo em encontro médico científico e publicação do caso em uma revista científica com "Relato de caso ". Nosso objetivo é discutir as características da patologia no meio científico, em função das particularidades de apresentação da doença e metodologia de diagnóstico.

A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelos médicos assistentes e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a identidade do menor como padrão profissional de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. O nome e o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. O menor não será identificado em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida à o (a) Sr. (a).

Eu responsável, Flávia do Carmo, portador (a) do documento de identidade 2738169 fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que qualquer momento poderei novas informações.

Declaro que autorizo a utilização de dados clínicos do caso do menor. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande-PB, 19 de outubro de 2016.

Jeromeo de Oliveira
Nome Assinatura do responsável pelo participante Data

Arthur Pinto Sarmiento
Nome Assinatura pesquisador Data

Regiane Rodrigues de Albuquerque
Nome Assinatura testemunha Data