



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS 1
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ALBERTO ALVES FERNANDES

**CORREÇÃO DE FALHA EM VESTÍBULO CAUSADO POR TRAUMA NA REGIÃO
ANTERIOR DA MANDÍBULA: RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

ALBERTO ALVES FERNANDES

**CORREÇÃO DE FALHA EM VESTÍBULO CAUSADO POR TRAUMA NA REGIÃO
DO DENTE 41: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso DE Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Área de concentração: Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima.

**Campina Grande - PB
2020**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

F363c Fernandes, Alberto Alves.

Correção de falha em vestibulo causado por trauma na região anterior da mandíbula [manuscrito] : Relato de caso / Alberto Alves Fernandes. - 2020.

28 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

1. Cirurgia bucal. 2. Ferimentos. 3. Lesões. 4. Estética dentária. I. Título

21. ed. CDD 617.605

ALBERTO ALVES FERNANDES

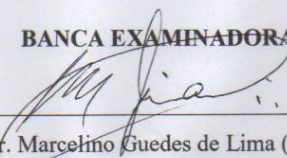
**CORREÇÃO DE FALHA EM VESTÍBULO CAUSADO POR TRAUMA NA
REGIÃO DO DENTE 41 – RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial á
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista,
pelo curso de odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba,
UEPB, Campus I, Campina Grande.

Área de concentração: Odontologia

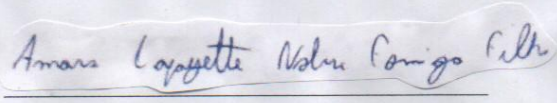
Aprovado em: 08/10/2020.

BANCA EXAMINADORA

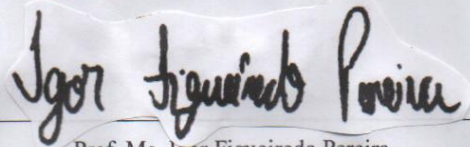


Prof. Dr. Marcelino Guedes de Lima (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
G.O.B.S.
Clínica de Odontologia
Prof. Marcelino Guedes de Lima
19116-5 - CRO-PB 1875



Prof. Dr. Amaro Lafayette Nobre Formiga Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Igor Figueiredo Pereira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Chagas e Rosa pelo amor incondicional dedicado a criação de quatro filhos, com muita luta e dificuldade, sem que faltasse amor fraterno e companheirismo no dia a dia.

À minha esposa, Déborah Henrique por me guiar na jornada acadêmica e na jornada de vida e que há uma década me ajuda na construção de um homem desconstruído que eu de me tornar na nossa longa história de companheirismo.,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pela dádiva da vida.

Aos meus pais, **Chagas** e **Rosa** pelo amor incondicional dedicado a criação de quatro filhos, com muita luta e dificuldade, sem que faltasse amor fraterno e companheirismo no dia a dia.

À minha tia, **Maria Alves**, pelo incentivo à educação como prioridade de formação do indivíduo que me tornei.

À minha esposa, **Déborah Henrique** por me guiar na jornada acadêmica e na jornada de vida e que há uma década me ajuda na construção de um homem desconstruído que eu de me tornar na nossa longa história de companheirismo.

Aos meus filhos **Arthur** e **Ariel**, por serem os impulsores principais nos objetivos que tracei nessa jornada.

À **UEPB**, por ter me acolhido como aluno e funcionário, nesses dez anos de muita luta e conquistas.

Aos meus queridos Camaradas e colegas de trabalho **Prof. Benjamim** e **Prof. Rangel Júnior**, que foram meus mentores estruturantes na jornada de luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

Aos meus colegas de curso **Luiza Jordânia, José Régis, Clodoaldo Guedes, Erus Levi, Isaac, Danylo, Carolina Lúcio, Pedro Flávio** que, no dia a dia acadêmico contribuíram para que eu conseguisse passar por todas as dificuldades encontradas durante o curso de Odontologia.

À minha colega e parceira de curso **Luiza Jordânia** que incansavelmente dedicou horas do seu dia para que eu pudesse conseguir concluir minhas horas de estudos e transpassar todas as dificuldades e barreiras acadêmicas.

Aos meus sogros, **Jurandir** e **Selma**, que, fizeram da minha luta, a deles, sempre ao meu lado incentivando e apoiando em todos os momentos.

Aos meus queridos companheiros de trabalho terceirizados da UEPB que diariamente deixavam o ambiente de estudo, trabalho limpo e organizado, por isso e por todas as boas conversas que tivemos.

Ao meu colega de trabalho **Uirá Agra**, que aturou por cinco anos os meus tormentos de pai, profissional e aluno, me aconselhando e me instruindo.

***“Se a educação sozinha não
transforma a sociedade, sem ela
tampouco a sociedade muda.”***

Paulo Freire

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Lesão em vestíbulo na região do dente 41 observa-se ápice radicular recoberto com tecido de granulação	12
Figura 2 – Lesão analisada com Sonda Milimetrada, lesão medindo aproximadamente 6mm	12
Figura 3 – Radiografia Periapical com técnica de Clark	14
Figura 4 – Radiografia Periapical com técnica de Clark.	15
Figura 5 – Mesa pronta para testes de sensibilidade pulpar.....	16
Figura 6 – Teste térmico em dentes vizinhos.	16
Figura 7 – Mesa cirúrgica	17
Figura 8. — Solução profilática	18
Figura 9 – Fio de sutura seda 3-0, lâmina de bisturn ^o 15, tubete do anestésico Mepivacaína.....	19
Figura 10 – Anestesia em fundo de sulco, anestésias adicionais papilares com agulha longa	19
Figura 11 – Incisão linear horizontal com lâmina de bisturi n ^o 15 em vestíbulo anterior.....	20
Figura 12 – Sutura ponto simples, utilizando porta-agulha, fio de seda 3-0, agulha curva n ^o 08.....	20
Figura 13 – Sutura realizada com fio seda 3-0	21
Figura 14 – Pós-Operatório	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Tempo de Coagulação
TP	Tempo de Protrombina
TS	Tempo de Sangramento
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
VSH	Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASO	12
3 DISCUSSÃO	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	28

CORREÇÃO DE FALHA EM VESTÍBULO CAUSADO POR TRAUMA NA REGIÃO DO DENTE 41: RELATO DE CASO

Alberto Alves Fernandes*

RESUMO

A lesão em vestíbulo é consequência de traumas ao tecido mole com alta incidência em emergências bucais, contudo a literatura encontra-se escassa, em relação a pesquisas e métodos, que explorem o caso clínico. A presença de alteração de vestíbulo causa danos ao dente, que está na proximidade do trauma, assim como danos psicológicos e estéticos que podem gerar diversos transtornos emocionais afetando a vida social do paciente. A etiologia da falha em vestíbulo está relacionada a traumatismo em tecidos moles, a depender da intensidade pode fraturar ou alterar a posição dentária, agravando-se ao longo do tempo, indo desde perda do elemento dentário até impactos psicológicos devido ausência de estética. Assim ao cirurgião dentista fica o desafio de conhecer as alterações que essa anomalia, pode trazer para o paciente, por meio de conhecimento clínico e teórico, fazendo-se uso da multidisciplinaridade e exames complementares. O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de um paciente do gênero masculino, idade 16 anos, com falha no vestíbulo em região do dente 41 causada por trauma esportivo, onde foi realizado diversos estudos e exames complementares para melhor diagnóstico e planejamento de cirurgia de correção.

Palavras-chave: Cirurgia Bucal;. Ferimentos;. Lesões;. Estética Dentária.

ABSTRACT

The vestibule injury is a consequence of trauma to soft tissues with a high incidence in oral emergencies, however the literature is scarce, in relation to research and methods, that explore the clinical case. The presence of a change in the vestibule causes damage to the tooth, which is in the vicinity of the trauma, as well as psychological and aesthetic damage that can generate various emotional disorders affecting the patient's social life. The etiology of vestibular failure is related to soft tissue trauma, depending on the intensity it can fracture or change the dental position, worsening over time, ranging from loss of the dental element to psychological impacts due to the lack of aesthetics. Thus, the dental surgeon faces the challenge of knowing the changes that this anomaly can bring to the patient, through clinical and theoretical knowledge, making use of multidisciplinary and complementary exams. The objective of the present study is to report a clinical case of a male patient, aged 16 years, with failure in the vestibule in the region of the tooth 41 caused by sports trauma, where several studies and complementary exams were carried out for a better diagnosis and surgery planning correction.

Keywords: Oral Surgery. Wounds and Injuries. Dental Aesthetics. Oral Surgical Procedure.

* Formando em bacharel de Odontologia.

1 INTRODUÇÃO

Os traumatismos na boca e no maxilar são condições comuns nas urgências e emergências odontológicas, com os ferimentos dos tecidos moles da face assumindo um papel de destaque no atendimento a pacientes politraumatizados, já que essas lesões podem comprometer os pacientes, tanto nos aspectos físicos, quanto nos psicossociais (AVL et al. 2007).

Traumas faciais podem acarretar diversos problemas, sobretudo ao paciente jovem podendo ser um fator agravante para o distanciamento social e aspectos comportamentais, por isso, esses casos devem ser tratados com muita credibilidade pelo Cirurgião Dentista (SEMENCIO et al; 2017)

Um dos principais fatores da chegada de jovens e adolescentes nos centros odontológicos e pronto socorros com lesão na cavidade oral é a prática de esportes sem equipamentos de proteção (SEMENCIO et al; 2017)

A necessidade de analisar não só o trauma como também a estrutura dentária afetada é de suma importância, por isso, todos os testes de vitalidade pulpar deverão ser realizados antes de se dar o diagnóstico final. Além disso, deve-se elencar a mobilidade dentária como mais um teste necessário para contribuição de diagnóstico, sendo necessário para avaliar o periodonto do paciente, importante e determinante fator para a continuidade do tratamento (LEONARDO ; LEAL, 2008).

Ao Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial, compete dentre das suas possibilidades envidar os meios necessários para minimizar as sequelas em geral do paciente traumatizado, até que o mesmo encontre-se em ambiente que tenham todas as condições para que o tratamento possa ser realizado, inclusive os de competência da Cirurgia e traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CAVALCANTE, Josuel Raimundo, 2014). As etapas cirúrgicas determinam o sucesso da cirurgia e o prognóstico do paciente, sendo necessária avaliação minuciosa pré-cirúrgica com o exame físico do paciente junto a coleta de dados pertinentes, por meio da anamnese, além de exames complementares, como as radiografias com qualidade satisfatória, exames hematológicos com dados favoráveis para o procedimento, ambiente adequado para realização da cirurgia bem como material adequado e conhecimento acerca das técnicas que serão utilizadas (HUPP 2009).

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de um paciente do gênero masculino, idade 18 anos, com falha no vestíbulo em região do dente 41

causada por trauma relacionado ao esporte (skate), onde foram realizados diversos estudos e exames complementares para melhor diagnóstico e planejamento de cirurgia de correção.

2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 18 anos, melanoderma, compareceu à clínica de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com a queixa principal de insatisfação na estética devido a lesão de vestíbulo em região de dente 41 (figura 1, 2). O paciente informou sobre o trauma ocorrido há cerca de quatro anos, durante acidente na prática esportiva (skate). Já com cicatrização irregular, procurou a clínica odontológica após quase quatro anos do trauma, para correção estética, pois estava interferindo no seu bem-estar psicossocial. Ele apresenta-se com lesão em vestíbulo, contorno do ápice radicular aparente e recoberto com tecido e dente 41 ligeiramente escurecido.

Figura 1 – Lesão em vestíbulo na região do dente 41 observa-se ápice radicular recoberto com tecido de granulação



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 2 – Lesão analisada com Sonda Milimetrada, lesão medindo aproximadamente 6mm

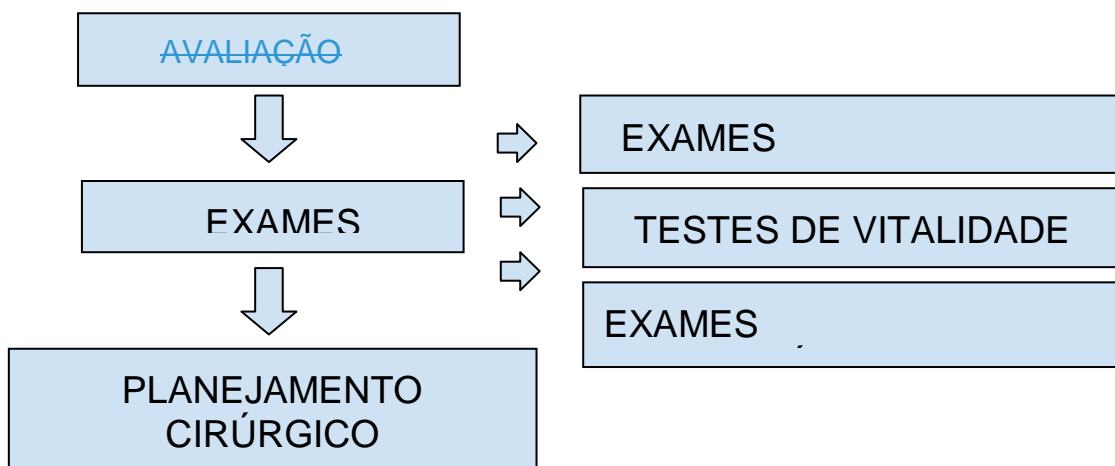


Fonte: dados da pesquisa.

Ao realizar o exame clínico, notou-se que o paciente apresenta hábitos de higiene bucal satisfatório e no que diz respeito à lesão, observou-se tecido cicatricial nas bordas da lesão, sem indícios infecciosos, com lesão cativada e cicatrização com tecido granuloso.

No decorrer do exame constatou-se a necessidade de realizar testes de vitalidade e hematológicos, bem como exames imaginológicos para obtenção de melhores informações e para obtenção de diagnóstico, plano de tratamento à posteriori.

Fluxograma – Sequência de elaboração e planejamento cirúrgico



Seguindo o protocolo de planejamento cirúrgico indicado pelo Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, foi realizado um levantamento do histórico do paciente (Fluxograma 1), em seguida foi solicitado exames

imaginológicos e hematológicos. Radiografia periapical com Técnica de Clark também foi realizada para complemento diagnóstico (figura 3,4). Os exames hematológicos, (TP, TS, TC, VSH e Hemograma) seguiram todos os padrões de normalidades. Foram realizados testes de vitalidade pulpar no dente em questão (41) e nos dentes adjacentes (figura 6) onde foi diagnosticada vitalidade pulpar no elemento.

Figura 3 – Radiografia Periapical com técnica de Clark



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 4 – Radiografia Periapical com técnica de Clark.



Fonte: dados da pesquisa.

Ao examinar a radiografia periapical, observou-se fratura horizontal de raiz e trepanação, com bifurcação do canal radicular e neoformação de ápice, sem apresentar nenhuma lesão na região. Sendo necessária realização de testes endodônticos, entre eles térmicos e físicos (figura 5, 6) para atestar o prognóstico do dente.

Figura 5 – Mesa pronta para testes de sensibilidade pulpar.



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 6 – Teste térmico em dentes vizinhos.



Fonte: dados da pesquisa.

Durante a realização dos testes de vitalidade, observou-se no teste de percussão, utilizando cabo do espelho, que o resultado foi negativo tanto na

percussão horizontal quanto na percussão vertical. Ao realizar o teste de palpação, constatou-se palpação negativa, além da ausência de mobilidade, sendo a mobilidade dentária fator importante para avaliar o periodonto do paciente, e determinante para a continuidade do tratamento endodôntico.

Os testes preconizados na Universidade Estadual da Paraíba são o teste de sensibilidade pulpar ao frio com aerosol congelante e teste de sensibilidade pulpar ao calor com bastão de gutta percha. Nos testes realizados com o frio (Aerosol endo-ice), com bola de algodão esterilizado e enxercado de endo-ice e levado a face vestibular do dente, o paciente relatou normalidade.

Ao realizar os testes de sensibilidade pulpar ao calor, com cone de gutta percha aquecido, o paciente não exibiu nenhum tipo de reação com caráter doloroso, dando assim uma sensibilidade negativa ao calor.

Ao término dos testes de vitalidade pulpar, notou-se padrão de normalidade no dente em avaliação, sendo descartada a necessidade de tratamento endodôntico, mesmo com a neoformação do ápice radicular o dente em avaliação será preservado.

Estando os exames imaginológicos e os exames hematológicos dentro da normalidade, inicia-se o ato cirúrgico.

Figura 7 – Mesa cirúrgica

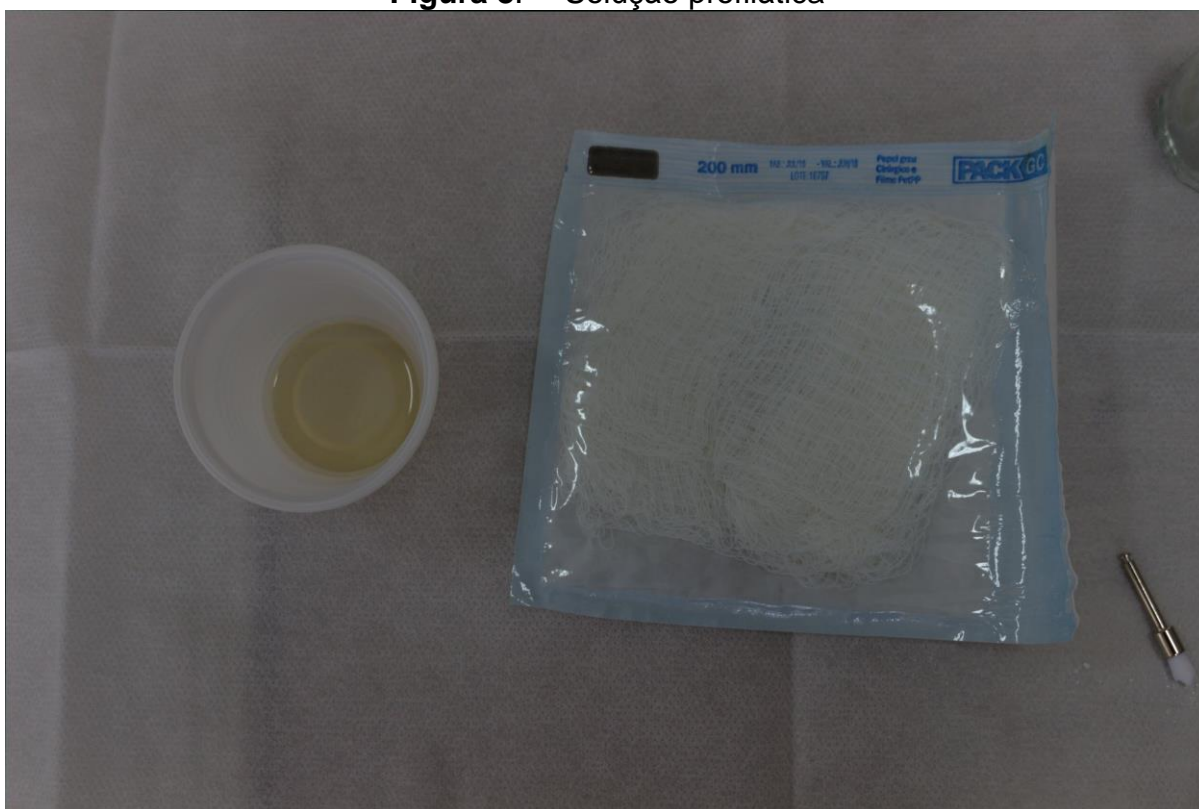


Fonte: dados da pesquisa.

Seguindo todos os protocolos cirúrgicos, cumpre-se a Zona Estéril. Esta compreende o campo cirúrgico imediato, com todo o pessoal munido de roupa estéril. Os instrumentos contidos nessa zona seguem esterilizados ou em embalagens estéreis.

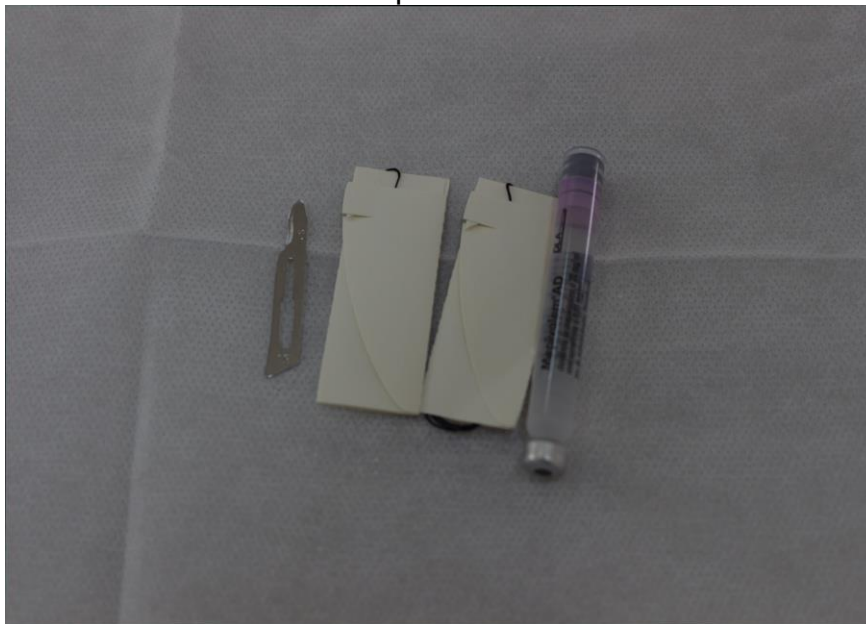
Todas as medidas higiênicas pré-operatórias foram seguidas, tanto do operador e auxiliar quanto do paciente. Imediatamente antes de qualquer procedimento cirúrgico, o paciente deve bochechar por dois minutos uma solução de clorexidina a 0,12%, reduzindo drasticamente o número de micróbios intrabucais.

Figura 8.— Solução profilática



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 9 – Fio de sutura seda 3-0, lâmina de bisturn^o15, tubete do anestésico Mepivacaína



Fonte: dados da pesquisa

Realizada profilaxia externa com Clorexidina a 2% com auxílio de gaze (Figura 8), feita a escolha do anestésico Mepivacaína, devido à durabilidade e adequação a idade do paciente, bem como escolha da lâmina de bisturi nº 15 para realização da incisão e melhor visibilidade do campo operatório e fio de sutura de seda 3-0 não-reabsorvível (Figura 9).

Figura 10 – Anestesia em fundo de sulco, anestésias adicionais papilares com agulha longa



Fonte: dados da pesquisa

Realizada anestesia com dois tubetes de anestésico, quantidade suficiente para reduzir o sangramento na região durante o procedimento e tirar qualquer sensação dolorosa do paciente (figura 10), seguiu-se da realização da incisão linear

horizontal com lâmina de bisturi nº 15 em vestíbulo na região anterior para melhorar o campo de atuação.

Figura 11 – Incisão linear horizontal com lâmina de bisturi nº 15 em vestíbulo anterior



Fonte: dados da pesquisa.

Depois de realizada a incisão continuou-se com deslocamento de bisturi na horizontal, transpassando a lesão pré-existente, tendo um ganho de retalho para realizar correção. Segundo Hupp et al, (2008), Uma lâmina afiada permite que a incisão seja feita de forma limpa e contínua, sem causar lacerações aos tecidos. Dessa forma, foi feito um retalho cirúrgico, no intuito de ganhar acesso na cirurgia e reestruturar o tecido lesionado, corrigindo o vestíbulo lesionado.

Figura 12 – Sutura ponto simples, utilizando porta-agulha, fio de seda 3-0, agulha curva nº08



Fonte: dados da pesquisa.

Foi optado por fazer suturas interrompidas simples, pois, quando feita de maneira adequada, mantém uma boa aposição, sendo realizados 06 pontos simples (figura 13).

Figura 13 – Sutura realizada com fio seda 3-0



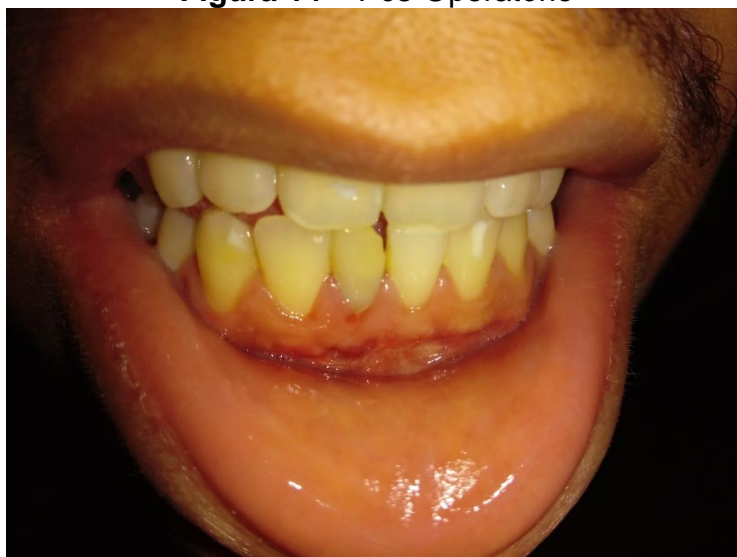
Fonte: dados de pesquisa

A Cirurgia foi concluída com sucesso, sendo indicada terapêutica medicamentosa de anti-inflamatórios com o fármaco Nimesulida 100mg a cada 12hs por 3 dias, e analgésico (em caso de dor) Dipirona sódica de 500mg, sendo um comprimido a cada 6hs.

Além disso, foram informadas ao paciente as recomendações pós-cirúrgica, entre elas fazer uso de alimentação líquida ou pastosa nas primeiras 24hrs, não consumir bebidas alcoólicas, cuidar da higienização bucal, sobretudo no local da cirurgia, fazendo bochechos de clorexidina a 0,12% e retornar na data marcada para avaliação pós-operatória e retirada das suturas.

Ao retorno do paciente foi observada cicatrização total da região. A recuperação ocorreu de acordo com o previsto, e o objetivo cirúrgico foi alcançado com sucesso (figura 14).

Figura 14 – Pós-Operatório



Fonte: dados da pesquisa.

3 DISCUSSÃO

A partir deste relato de caso e da literatura, foi perceptível que a cavidade bucal é passível a injúrias e traumas, sendo comuns lesões em tecidos moles e seus efeitos diretos na função e estética necessitam de atenção do cirurgião Dentista.

A Organização Mundial de Saúde avalia jovens e adolescentes entre os 10 aos 19 anos de idade, que representam mais de um quinto da população mundial, conhecida como parcela da população exposta a vulnerabilidade física, social e psicológica, sendo nessa fase que o indivíduo molda sua identidade, define suas escolhas e se prepara para vida adulta. Nesta fase, inúmeras alterações podem afetar o estado de saúde bucal, inclusive trauma facial, apresentado potencial de comprometer a função, o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos. (OLIVEIRA et al 2013)

O envolvimento de regiões anteriores da face poderá exercer uma grande influência na qualidade de vida em relação à saúde bucal de adolescentes. Sendo relacionado à um desconforto físico e a problemas psicológicos, além disso, a dificuldade em sorrir, devido a alterações estéticas, pode afetar diretamente sua vida social, sabendo que é nesse período onde as relações sociais são estabelecidas através de aceitação do indivíduo pelo grupo (MARINHO et al, 2019).

Os traumas bucais são vistos em decorrência de acidentes do cotidiano, envolvendo esportes ou violência. Com frequência o profissional encontra lacerações em regiões como lábios, assoalho da boca, língua, mucosa labial, vestibulo buco labial e gengiva, causados por traumatismos. É necessário observar e explorar a cavidade bucal no principal intuito de identificar as lesões, sabendo que lacerações em vestibulo podem passar despercebidas caso os lábios não sejam retraídos (HUPP et al, 2008).

Para uma boa abordagem e resultado clínico do trauma, é necessário saber do paciente todo o histórico da lesão, por meio de uma anamnese bem detalhada, facilitando o diagnóstico e a conduta clínica. No histórico médico devem estar contidos perguntas prévias sobre o lugar, em que circunstância aconteceu o trauma e o tempo que ocorreu, sendo importante verificar se o paciente tem ciência e convicção das informações que são repassadas (SAILER; PAJAROLA, 2000).

Considerando que o trauma do relato de caso citado nesse artigo foi relacionado a práticas esportivas, mais especificamente na modalidade de skate,

surge também a necessidade de debatermos sobre a importância da Odontologia do Esporte que, na sua incumbência, prevenindo certos traumas com técnicas utilizadas pelos Cirurgiões Dentistas, sabendo que essa é uma das maiores causas de trauma bucal. O uso de dispositivos de proteção bucal individual (protetor bucal) durante as práticas de esporte tem sido destacado como o tipo de prevenção mais indicado para os traumatismos dentais, pois oferecem proteção às estruturas dentais e periodontais (GOMES et al 2014).

Se o trauma não atingiu só tecido mole, mas também afetou algum elemento dentário, outras abordagens são necessárias, lançando mão da Endodontia, buscando mais informações sobre a vitalidade e os danos causados ao dente em questão, principalmente acerca da mobilidade que esse dente possa ou não apresentar (LEONARDO e LEAL, 2008).

Aparenta-se a importância de exames imaginológicos para elucidar possíveis fraturas e anomalias vistas nesses exames. No exame radiográfico, o profissional tem a possibilidade de avaliar estruturas mineralizadas do dente bem como da região periapical e apical, sendo de grande contribuição para um correto diagnóstico. Podendo também evidenciar a presença de cáries, restaurações defeituosas dentre outras anormalidades (LOPES E SIQUEIRA, 2015).

A abordagem do Cirurgião Dentista no ambiente da cirurgia é fundamental para identificar do que se trata o trauma, no caso em questão, observa-se uma lesão com características de laceração que, sendo essa lesão a descontinuidade nos tecidos epiteliais causados principalmente por objetos pontiagudos, sua profundidade pode ser variada, sendo comum para o Cirurgião Dentista encontrar lesões desse tipo no interior da cavidade bucal como: Assoalho de boca; língua, vestíbulo, gengiva, mucosa labial (ELLIS III 2015).

Para solucionar a laceração em questão, a literatura, ainda escassa, trata apenas sobre reposicionamento de retalhos. Esse retalho mucoso é utilizado em correções de defeitos em outras localidades da cavidade bucal, podendo ser realizado um reposicionamento de retalho lateral, recobrando defeitos mucosos existentes, porém, a ferida é desnuda, sendo feita a cicatrização de segunda intenção, observando que o planejamento deve ser minucioso e preciso para o Cirurgião Dentista, caso contrário, poderá faltar tecido para correção do defeito (SAILER 2000).

O sucesso da cirurgia bucal não se restringe somente ao ato cirúrgico, como também um pós-operatório com todas as cautelas e orientações seguidas, são fatores que interferem diretamente no resultado operatório. Vários métodos são recomendados pelos cirurgiões dentistas, cada um respeitando as peculiaridades do paciente bem como do procedimento (NOGUEIRA; et al 2006).

A prevenção de problemas hemorrágicos, o bochecho com soluções a base de clorexidina 0,12% deve ser iniciado 24hs após o ato cirúrgico. Indica-se que o ato de bochechar seja feito de maneira passiva, movendo lentamente a cabeça de um lado para outro, sem realizar movimentos abruptos. Compressas de gelo na parte externa do rosto por vinte minutos também auxiliam, nas primeiras 24hs após cirurgia, ajuda na vasoconstrição, diminuindo possíveis sangramentos e diminui o edema (NOGUEIRA; et al 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trauma em boca é frequente na clínica odontológica, assim como nas urgências e emergências hospitalares, sendo função do Cirurgião Dentista reabilitar o paciente. No relato de caso o jovem submeteu-se a cirurgia para correção de falha em vestíbulo causado pelo trauma, obtendo sucesso no pós-operatório, com ganho de estética.

REFERÊNCIAS

AVL et al. Tratamento dos ferimentos faciais. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v.7, n.1, p. 9 - 16, jan./mar. 2007.

Cavalcante et al. Lesões Bucais de Tecido Mole e Ósseo em Crianças e Adolescentes. Pós-Grad. **Rev. Fac. Odontol.** São José dos Campos, v.2, n.1, jan./jun., 1999

Ellis, Edward Robb. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea** - 6ª Ed. 2015

FONSECA, Cíntia R.; LABUTO, Thais M.; protetores bucais na prevenção de traumas na prática esportiva. **Cadernos de Odontologia do Unifeso** Vol. 01, Nº. 02. 2019.

GOMES et al. importância do uso do protetor bucal na prevenção de traumas dentais durante a prática esportiva – artigo de revisão / importance of mouthguard in dental trauma prevention during sports. **Rev Pesq. Saúde.** 2014

HUPP, James R.; ELLIS, Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6º edição. **Editora Elsevier**, 2015.

LEONARDO, M.R.; LEAL, J.M. **Endodontia**. 4.ed. São Paulo: **Artes Médicas**, 2008.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.F. **Endodontia: biologia e técnica**. 3. ed., Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2015.

MARINHO et al. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes escolares. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza. 2019.

NOGUEIRA AS, Vasconcelos BC do E, Frota R, Cardoso ÁB. Orientações pós-operatórias em cirurgia bucal. **J Bras Clin Odontol Int** - Edição Especial 2006: 01-06.

OLIVEIRA et al. Impacto Relatado das Alterações Bucais na Qualidade de Vida de Adolescentes: Revisão Sistemática. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 13(1):123-9, jan./mar., 2013.

SAILER HF, PAJAROLA GF. Dentes Retidos (Não-Erupcionados). In: Sailer HF, Pajarola, GF. **Cirurgia Bucal**. Porto Alegre: **Editora Artes Médicas**, 2000. p.71-140.

SEMENCIO et al. Prevalência de injúrias dentárias e orofaciais e o conhecimento dos atletas sobre as condutas emergenciais. **Rev. Bras. Odontol.** vol.74, n.2, pp. 88-95. 2017.

CAVALCANTE, Josuel Raimundo. **Manual básico de urgência em traumatismos da face**./Josuel Raimundo Cavalcante – Campina Grande: **EDUEPB**, 2014.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das lesões bucais.

Declaro que recebi esclarecimentos sobre o estudo e exame que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito de retenção e uso de radiografias, fotografias, resultados de exames clínicos e / ou laboratoriais e outras informações contidas nesta ficha clínica, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas éticas vigentes) em congressos, jornais / revistas científicas do país e do estrangeiro.

Campina Grande, 29 de 08 de 2019

Jonathan Mota da S. Araújo
Ass. do paciente ou responsável