

SEQUELAS PULPARES EM DENTES DECÍDUOS TRAUMATIZADOS SHQAIR, Ayah¹; TORRIANI Dione Dias¹; PAPPEN Fernanda Geraldo²

¹Faculdade de Odontologia, UFPel, e-mail: aya_gassem@yahoo.com

²Faculdade de Odontologia, UFPel, e-mail: ferpappen@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Traumatismos alveolodentários têm se tornado, em muitos países, um problema de saúde pública nos últimos anos (DIAZ et al., 2010). Nos dentes decíduos, a prevalência dos traumatismos alveolodentários varia de 4% a 37% de acordo com diferentes estudos (FERREIRA et al., 2009; WENDT et al., 2010), sendo que a variabilidade da frequência de traumatismos relatada na literatura se deve a diversos fatores, como por exemplo critérios de amostragem.

As lesões dentárias de origem traumática são causadas por um impacto externo tanto no elemento dentário quanto nos seus tecidos de suporte, e sua gravidade dependerá da severidade do traumatismo, que pode envolver fraturas coronárias ou radiculares, com comprometimento de esmalte, dentina e/ou polpa dentária; e injúrias que envolvem tecidos periodontais, incluindo concussão, luxação, intrusão, extrusão e avulsão (FELICIANO et al., 2006). Fatores como tipo e intensidade do traumatismo, assim como a idade da criança, produzem alterações histopatológicas que refletirão significativamente nas sequelas dos dentes envolvidos. Desta forma, o cirurgião-dentista deve não somente conhecer, mas também prevenir ao máximo as sequelas destas injúrias, que poderão acometer a dentição decídua assim como seus sucessores permanentes (BEN-BASSAT et al., 1985)

As sequelas decorrentes dos traumatismos podem variar entre: hiperemia pulpar, hemorragia pulpar, obliteração da câmara pulpar e/ou canal radicular, alteração da coloração da coroa dentária, necrose pulpar ou reabsorções radiculares inflamatórias (BORUM e ANDREASEN, 1998).

A alteração de cor da coroa dentária é uma consequência comum dos traumatismos em dentes decíduos. Durante o exame clínico, pode ser o único sinal evidente de seqüela do traumatismo (KENWOOD e SEOW, 1989), ocorrendo com uma frequência entre 4% e 63% (FERREIRA et al., 2009). A discoloração dentária pode ser transitória ou permanente e em diferentes tonalidades (LEVINE, 1982), variando entre o rosado, amarelado ou acinzentado, como reflexo da resposta pulpar ao traumatismo. O tom rosado indica normalmente hemorragia intrapulpar ou reabsorção interna; enquanto o tom mais amarelado indica com frequência, obliteração da câmara pulpar (HOLAN, 2004).

Os traumatismos dentários podem desencadear ainda, a formação de calcificações na polpa devido à ruptura do suprimento vascular apical, gerando uma isquemia ou coágulo no tecido pulpar, comumente culminado em obliteração da polpa (BAUSS et al., 2009).

Com relação à perda da vitalidade pulpar, esta pode acometer a dentição decídua após os traumatismos com a mesma frequência que acomete os dentes permanentes traumatizados (ANDREASEN e ANDREASEN, 1994). A prevalência da necrose em decorrência de traumatismos na dentição decídua varia de 10 a 33% (PUGLIESI et al., 2004; GONDIM et al., 2005). A diferença nos índices de prevalência nos diferentes estudos provavelmente decorra do tipo de traumatismo sofrido, tempo de preservação, entre outros fatores.

Este estudo investigou a incidência de sequelas pulpares em dentes decíduos que tenham sofrido traumatismos alveolodentários, através da avaliação dos registros do Núcleo de Estudos de Traumatismos na Dentição Decídua (NETRAD) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa longitudinal retrospectiva dos registros de incisivos centrais superiores decíduos traumatizados de crianças atendidas no Núcleo de Estudos de Traumatismos na Dentição Decídua (NETRAD) da FO - UFPel, RS, no período de 2002 a 2010.

Foram incluídos no estudo incisivos centrais de crianças que tiveram pelo menos um ano de acompanhamento no serviço, podendo ser um ou os dois dentes, e que apresentavam prontuário completo com dados da anamnese e clínicos, registros fotográficos e radiográficos inicial e de acompanhamento. Foram avaliadas três consultas: a primeira, logo após o traumatismo; o primeiro retorno, entre 6 e 18 meses após a primeira consulta, e finalmente, retornos que ocorreram passados 18 meses ou mais da primeira consulta.

Para avaliação das condições pulpares decorrentes da ocorrência de traumatismo dentário, sinais clínicos e radiográficos como alteração de cor da coroa dentária, obliteração da cavidade pulpar, presença de fístula e reabsorção inflamatória foram avaliados através dos registros clínicos e radiográficos de cada caso. As imagens radiográficas foram avaliadas em ordem cronológica das consultas, em sala escura, com auxílio de negatoscópio e lente de aumento de duas vezes.

Foi realizada a análise descritiva dos dados, obtendo-se as frequências absolutas e relativas de cada variável. Os dados obtidos foram digitados no banco do Microsoft Office Excel 2007, e posteriormente analisados estatisticamente através do programa SPSS 10.0 for Windows.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, foram examinados 180 prontuários. A idade das crianças variou de 9 a 65 meses com média de 33,35 meses (SD=12,33) na primeira consulta. 58,3% das crianças atendidas eram do sexo masculino e 41,7% eram do sexo feminino.

Os tipos de traumatismos mais comuns foram subluxação e intrusão, atingindo 24,7% das crianças em cada tipo. A luxação lateral ou extrusiva acometeu 16,9% dos pacientes, enquanto as fraturas coronárias ocorreram em 15,2% dos casos. Dentre as causas de traumatismo alveolodentário, a queda foi a mais comum, sendo relatada em 75,3% dos casos, seguida da colisão ou brincadeiras, que atingiu 23,6% das crianças.

Na literatura, a faixa etária mais prevalente dos traumatismos alveolodentários na dentição decídua ocorre entre os 24 e os 36 meses (HARGREAVES et al., 1999; NOGUEIRA et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA et al., 2006), demonstrando a maior susceptibilidade das crianças de menor idade uma vez que estas se encontram aprendendo a andar, e com curiosidade exacerbada e imprudência. Estas características corroboram com o fato das principais etiologias dos traumatismos em crianças serem as quedas e as colisões

com objetos ou pessoas (KARGUL et al., 2003; KIRZIOGLU et al., 2005; GULINELLI et al., 2008).

Na primeira consulta após o traumatismo, 14% dos incisivos traumatizados já apresentavam alguma alteração de cor, 6% apresentavam reabsorção inflamatória e 2,8% presença de fístula. Em 6% dos pacientes foi identificada obliteração pulpar através da radiografia de diagnóstico.

Na consulta subsequente, que ocorreu até 18 meses após a chegada da criança ao NETRAD, 13,9% dos dentes apresentavam reabsorção radicular inflamatória e 1,3% apresentavam fístula, sinais indicativos de necrose pulpar. Com relação à alteração de cor, 6,6% dos dentes apresentavam-se amarelados, 0,7% tinham coloração rosada e 13,9%, coloração escurecida. A obliteração pulpar era nítida em 21,4% dos dentes.

No segundo retorno que ocorreu dezoito meses, ou mais, após a primeira consulta, 17,2% dos dentes apresentavam reabsorção inflamatória, e em 6% dos pacientes foi observada presença de fístula durante o exame clínico. 14,8% dos dentes apresentavam-se amarelados e 14,8% estavam escurecidos. Com relação à obliteração pulpar, esta foi diagnosticada em 32,1% dos casos.

A necrose pulpar, diagnosticada através da presença de fístula ou de lesão periapical associada à reabsorção radicular inflamatória, assim como o escurecimento dentário ocorreu normalmente até 18 meses após a primeira consulta, ao contrário das obliterações pulpares, que podem refletir na coloração amarelada da coroa dentária, que surgiram após períodos mais longos de preservação.

4. CONCLUSÃO

Na população estudada, a reabsorção radicular, assim como o escurecimento dentário foi diagnosticado normalmente até 18 meses após a primeira consulta. A obliteração pulpar, e a coloração amarelada foram identificadas em sua maioria, passados 18 meses ou mais da primeira consulta, evidenciando a necessidade de acompanhamento a longo prazo dos dentes com traumatismo alveolodentário.

5. REFERÊNCIAS

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. Copenhagen: Munksagaard, 1994. 3v. 771p.

BAUSS, O.; ROHLING, J.; RAHMAN, A.; KILIARIDIS, S. Pulp vitality in teeth suffering trauma during orthodontic therapy. **Angle Orthod**, v.79, n.1, Jan, p.166-71, 2009.

BEN-BASSAT, Y.; BRIN, I.; FUKS, A.; ZILBERMAN, Y. Effect of trauma to the primary incisors on permanent successors in different developmental stages. **Pediatr Dent**, v.7, n.1, p.37-40, 1985.

BORUM, M. K.; ANDREASEN, J. O. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. **Endod Dent Traumatol**, v.14, n.1, p.31-44, 1998.

DIAZ, J. A.; BUSTOS, L.; BRANDT, A. C.; FERNANDEZ, B. E. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. **Dent Traumatol**, v.26, n.3, p.254-261, 2010.

FELICIANO, K. M.; DE FRANÇA CALDAS, A., JR. A systematic review of the diagnostic classifications of traumatic dental injuries. **Dent Traumatol**, v.22, n.2, p.71-76, 2006.

FERREIRA, J. M.; FERNANDES DE ANDRADE, E. M.; KATZ, C. R.; ROSENBLATT, A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. **Dent Traumatol**, v.25, n.2, p.219-223, 2009.

GONDIM, J. O.; MOREIRA NETO, J. J. Evaluation of intruded primary incisors. **Dent Traumatol**, v.21, n.3, p.131-133, 2005.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; DE MENEZES, V. A.; DE LIRA, P. I. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dent Traumatol**, v.22, n.6, p.318-322, 2006.

GULINELLI, J. L.; SAITO, C. T.; GARCIA-JUNIOR, I. R.; PANZARINI, S. R.; POI, W. R.; SONODA, C. K.; JARDIM, E. C.; FAVERANI, L. P. Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Aracatuba, Brazil during a 6-year period. **Dent Traumatol**, v.24, n.6, p.640-644, 2008.

HARGREAVES, J. A.; CLEATON-JONES, P. E.; ROBERTS, G. J.; WILLIAMS, S.; MATEJKA, J. M. Trauma to primary teeth of South African pre-school children. **Endod Dent Traumatol**, v.15, n.2, p.73-76, 1999.

HOLAN, G. Development of clinical and radiographic signs associated with dark discolored primary incisors following traumatic injuries: a prospective controlled study. **Dent Traumatol**, v.20, n.5, p.276-387, 2004.

KARGUL, B.; ÇAGLAR, E.; TANBOGA, I. Dental trauma in Turkish children, Istanbul. **Dent Traumatol**, v.19, n.2, p.72-75, 2003.

KENWOOD, M.; SEOW, W. K. Sequelae of trauma to the primary dentition. **J Pedod**, v.13, n.3, p.230-238, 1989.

KIRZIOGLU, Z.; KARAYILMAZ, H.; ERTURK, M. S.; KOSELER SENTUT, T. Epidemiology of traumatized primary teeth in the west-Mediterranean region of Turkey. **Int Dent J**, v.55, n.5, p.329-333, 2005.

LEVINE, N. Injury to the primary dentition. **Dent Clin North Am**, v.26, n.3, p.461-480, 1982.

NOGUEIRA, A. J. S.; MELO, C. B.; FARIA, P. J. V.; NOGUEIRA, R. G. M.; SAMPAIO, A. M. S. Prevalência de traumatismos dos dentes decíduos em crianças da faixa etária de 0 a 5 anos. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.7, n.37, p.266-271, 2004.

PUGLIESI, D. M. C.; CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C. B.; SUNDEFELD, M. L. M. M. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0 - 3 years. **Dent Traumatol**, v.20, n.3, p.139-142, 2004.

WENDT, F. P.; TORRIANI, D. D.; ASSUNCAO, M. C.; ROMANO, A. R.; BONOW, M. L.; DA COSTA, C. T.; GOETTEMMS, M. L.; HALLAL, P. C. Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. **Dent Traumatol**, v.26, n.2, p.168-173, 2010.