



ISSN 1677-3888



ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY

VOLUME 19 NÚMERO 5
NOVIEMBRE - 2020



ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

Odontologia Clínico-Científica é publicada trimestralmente pelo Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco (CRO-PE) em substituição à Revista do CRO-PE.

The Scientific-Clinical Odontology (ISSN 1677-3888) is published every three months by Odontology Regional Consult of Pernambuco (CRO-PE), substitute for Revista do CRO-PE.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

MEMBROS EFETIVOS

PRESIDENTE

Eduardo Ayrton Cavalcanti Vasconcelos

SECRETÁRIA

Thérèse Etienne de Sá Y Britto

TESOUREIRO

Adelmo Cavalcanti Aragão Neto

VOGAL:

Igor Gabriel de Moraes Santos

Juliana Rafaelle Couto Silva

MEMBROS SUPLENTE

Danielle Lago Bruno de Farias

Audison Pereira Nunes de Barros

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo

Avelar César Amador

Editora Científica / Scientific Editor

Pâmella Recco Alvares

Assessora Administrativa da Diretoria/Revista

Sâmara Maria Santos de Macedo

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL CONSULT

Ana Cláudia da Silva Araújo

André Cavalcante da Silva Barbosa

Roberto Carlos Mourão Pinho

Ricardo Eugênio Varela Ayres de Melo

REVISORES

Aline Cardoso de Moraes Sarda CRO-PE 6726

Amanda Katarinny Goes Gonzaga CRO-PB 5251

Andréa Cruz Câmara CRO-PE 6687

Angéline Ribeiro Angelo CRO-PE 9201

Arnaldo Pereira de Brito Filho CRO-PE 6963

Aurora Karla de Lacerda Vidal CRO-PE 4925

Carlos Menezes Aguiar CRO-PE 4010

Casimiro Abreu Possante de Almeida CRO-RJ 11.292

Carla Cabral dos Santos Accioly Lins CRO-PE 6027

Claudio Heliomar Vicente da Silva CRO-PE 5339

Claudio Paulo Pereira de Assis CRO-PE 10299

Evelyn Pedroza de Andrade CRO-PE 9556

Fábio Correia Sampaio CRO-PB 2158

Fernanda Regina Ribeiro Santos Athayde CRO-PE 10966

Fernando Luiz Tavares Vieira CRO-PE 2114

Hittalo Carlos Rodrigues de Almeida CRO-PE 10895

Isabelle Lins Macêdo de Oliveira CRO-PB 4773

Jordana Medeiros Lira Decker CRO-PB 4863

José Alcides Almeida de Arruda CRO-MG 51379

José Antônio Poli de Figueiredo CRO-RS 6501

José Thadeu Pinheiro CRO-PE 2268

Leonardo José Rodrigues de Oliveira CRO-PE 5661

Leorik Pereira da Sila CRO-RN 4933

Luana Osório Fernandes CRO-PE 9138

Luciana Santos Afonso de Melo CRO-PE 6105

Marcia Maria Fonseca da Silveira CRO-PE 2803

Mayra Macêdo de Aquino CRO-PE: 10313

Natalia Gomes de Oliveira CRO-PE 10729

Oscar Felipe Fonseca de Brito CRO-PB 5119

Paulo Maurício Reis de Melo Júnior CRO-PE 6059

Priscylla Gonçalves Correia Leite de Marcelos CRO-PE 9299

Renata Patrícia de Freitas Soares de Jesus CRO-PE 7109

Renata Silva Melo Fernandes CRO-PE 5314

Rodrigo César Alves de Lima CRO-PE 9719

Rogério Dubosselard Zimmermann CRO-PE 3655

Valdeci Elias dos Santos Júnior CRO-AL 4445

William José Lopes de Freitas CRO-PE 3493

DIAGRAMAÇÃO

Gustavo Oliveira Nunes | Tikinet

Filiada a:



CONSULTORES INTERNACIONAIS/INTERNATIONAL CONSULT

Antônio Santos Garcia (Universidade de Salamanca)

Bjoern Petri (University of Calgary/Canadá)

Cosme Gay Escoda (Universidad de Barcelona -Espanña)

Derek Richards (Oxford University - England)

Giovanni Lodi DDS PHD (Universita degli Studi di Milano -Italy)

José Maria Aguirre Urizar (Univesidad Del Pais Vasco / EHU - Espanña)

José Viana Paiva (University of Alabama at Birmingham)

José Vicent Bagan Sebastian (Universidad de Valencia - Espanña)

Maria Victoria Roscón Trincado (Campus Unamuco - Universidad de Salamanca)

Robinson Narendran Andrew (Faculty of Dentistry / Singapore)

Richard Niedermman (Forsyth Institute Havard - Boston / USA)

Rui Figueiredo (Facultad de Odontología - Universidad de Barcelona)

Sérgio Alvarado Menado (Universidad Mayor de San Marcos - Peru)

Stephen R Porter (University of London / England)

CONSULTORES AD HOC/AD HOC CONSULT

Arine Maria V. de Castro Lyra (FOP/UPE-Pernambuco)

Bernardo Gonzalez Vono (USP - São Paulo)

Breno de Albuquerque Mello (UFPE)

Cristiane Oliveira Vieira (UNIT - Sergipe - Brasil)

Diana Santana de Albuquerque (FOP/UPE- Pernambuco)

Dione Maria Viana do Vale (UPE - Pernambuco)

Edna Maria da Silva (UFRN)

Eliane Helena Alvim de Souza (FOP/UPE-Pernambuco)

Emanuel Sávio de Souza Andrade (FOP/UPE-Pernambuco)

Francisco Veridiano de Almeida (Pernambuco - Brasil)

Gustavo Pina Godoy (UEPB)

Helson José de Paiva (UFRN)

Iara Augusta Orsi (FORP/USP - São Paulo - Brasil)

José Roberto Cortelli (Universidade de Taubaté)

João Luiz de Miranda (FAFEID - Minas Gerais)

João Batista Sobrinho do Nascimento Neto (FOP/ UPE - Pernambuco)

Josué Alves (FOP/UPE-Pernambuco-Brasil)

Liliane Soares Yurgel (PUC-RS)

Luiz Fernando Boros (UFPR - Paraná - Brasil)

Márcia Maria Fonseca da Silveira(FOP/UPE-Pernambuco)

Maria das Neves Correia (FOP/UPE-Pernambuco)

Maria Regina Almeida de Menezes (FOP/UPE-Pernambuco)

Maurício Kosminsky (FOP/UPE-Pernambuco)

Marcos Antônio Japiassú Resende Montes (FOP/ UPE - Pernambuco)

Reginaldo Inojosa Carneiro Campello (FOP/UPE-Pernambuco)

Rosenês Lima dos Santos (UFPP)

Roberto Braga de Carvalho Vianna (UFRJ)

Silvana Orestes Cardoso (UFPE)

O Conselho Editorial conta com vários consultores científicos "Ad hoc" altamente capacitados e especializados nas áreas da Odontologia.

CORRESPONDÊNCIA / MAIL

Toda correspondência deve ser enviada à Secretaria no endereço abaixo:

All mail should be sent to the adress below:

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO

ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

Av. Norte Miguel Arraes de Alencar, 2930 - Rosarinho - Recife PE - Brasil

CEP 52041-080 / Fone: +55 +81 3194 4900 / 3038.6405

FAX.: +55 +81 3242-2034

E-mail: revista@cro-pe.org.br - www.cro-pe.org.br (publicações/revista)

INDEXADO POR / INDEXED BY

Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO):2000

Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

(LILACS): 2005

Disponível on line:

www.cro-pe.org.br

www.freemedicaljournals.com

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo>

<http://www.periodicos.capes.gov.br>

© 2020 - Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco

ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA

Scientific-Clinical Odontology

NOVEMBRO - 2020



Alto da Sé – Olinda
(FOTO DE MARIANA V. F.)

Odontologia Clínico-Científica v.19(2020). - Recife: Conselho Regional de
Odontologia de Pernambuco

TRIMESTRAL

Substitui, a partir de dezembro de 2001, a Revista do Conselho
Regional de Odontologia de Pernambuco

ISSN 1677-3888
617.6
616.314

CDU.20ed.
CDU.2ed.

NOVEMBRO - 2020

- 369 EDITORIAL**
A importância do diagnóstico do paciente de forma integral na era da odontologia estética
- RELATO DE CASO/CASE REPORT**
- 370 Abordagem cirúrgica sob anestesia local de odontoma composto extenso em região anterior de mandíbula**
Surgical approach under local anesthesia of extensive composite odontoma in anterior region of the mandible
Rodrigues CMC, et al.
- 375 implante imediato após exodontia em molar superior**
Implant immediate after exodontia in upper molar
Batista TRM, et al.
- 379 Remoção de dente supranumerário semi-incluso no palato em paciente pediátrico**
Removal of semi-included supranumerary tooth in palate in pediatric patient
Campos FAT, et al.
- 382 Perfuração radicular acidental em manobra de remoção de instrumento endodôntico fraturado: relato de um caso clínico**
Accidental root drilling in fractured endodontic instrument removal manual: report of a clinical case
Silva EGA, et al.
- 389 Reconstrução de seqüela de fratura naso-órbito-etmoidal**
Recovery of naso-orbit-ethmoidal fracture sequel
Gonçalves KKN, et al.
- 393 Reanatomização estética- relato de caso clínico**
reanatomization - clinical case report
Azevedo TS, et al.
- 398 Deslocamento dentário para o espaço infratemporal**
Dental displacement for infratemporal space
Lopes PHS, et al.
- 401 Fibroma de irritação ulcerado em mucosa jugal**
Ulcerated irritation fibroma in jugal mucosa
Martorelli SBF, et al.
- 405 Manejo da mucosite oral induzida pela quimioterapia em paciente com câncer colorretal**
Management of oral mucositis induced by chemotherapy in a patient with colorectal cancer
Pereira Júnior AJA, et al.
- 408 Lesão de tecido mole após acidente motociclístico**
Soft tissue injury after motorcyclical accident
Cavalcante MB, et al.
- 412 Adenoma pleomórfico em glândula salivar menor**
Pleomorphic adenoma in minor salivary gland
Silva WR, et al.
- 416 Reabilitação de dentes anteriores fraturados utilizando resina composta**
Rehabilitation of fractured anterior teeth using composite resin
Limana MD, et al.
- 420 Sialolitíase em glândula parótida, um caso incomum**
Sialolithiasis in parotid gland, an unusual case
Rodrigues CMC, et al.
- 424 Utilização de tela de titânio na abordagem de fratura de frontal**
Use of titanium mesh in the frontal fracture approach
Silva CCG, et al.
- 428 Atendimento a paciente com síndrome de turner em clínica escola**
Care for patients with school clinical turner syndrome
Santos BMF, et al.
- 433 Osteonecrose dos maxilares em pacientes que fazem uso rotineiro de alendronato de sódio: uma série de casos**
Osteonecrosis of the jaw in patients who regularly use of alendronate Sodium: report of the cases
Germano AR, et al.
- 440 Reabilitação oral em paciente com esquizofrenia em clínica escola- relato de caso**
Oral rehabilitation with schizophrenia patient in school clinics - case report
Silva PHN, et al.
- 446 INSTRUÇÕES AOS AUTORES**
INSTRUCTION TO AUTHORS

A importância do diagnóstico do paciente de forma integral na era da odontologia estética

Compilado há décadas, o conceito de saúde é cada vez mais utópico dentre os cursos e profissionais da área. Segundo a Organização Mundial de Saúde¹, a saúde é o estado de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Há quem considere esse conceito ultrapassado, pois, de fato seria impossível conseguir esse perfeito equilíbrio, embora a busca constante em atingi-lo devesse ser uma obrigação. Mas o que desejo enfatizar neste texto, não diz respeito à subjetividade ou necessidade de individualizar o conceito da OMS, mas, de reforçar a necessidade e compromisso que o cirurgião-dentista moderno precisa ter com o diagnóstico integral dos seus pacientes, ainda que a queixa da maioria deles na atualidade seja principalmente estética.

O processo diagnóstico de lesões orais e maxilofaciais é por vezes bastante desafiador, entretanto, não pode ser negligenciado pelos profissionais que deveriam ser os mais aptos a fazê-lo. Costumo provocar, retoricamente, meus alunos de graduação em odontologia, se um dentista não souber ou não se interessar pelas características fisiológicas e patológicas dos tecidos orais, dentais e faciais, quem o fará? Para onde caminhará a odontologia? Devemos defender nossa capacidade e missão de reestabelecer o equilíbrio saúde-doença em nosso campo de atuação. Isto além de valorizar e firmar a importância da nossa profissão, deveria ser um pilar que sustenta nossa vida como profissional de saúde.

Independentemente da área de atuação do cirurgião-dentista, se ele faz periodontia ou harmonização orofacial, cirurgia ou endodontia, é um dever comum, realizar um exame clínico sistemático, cuja averiguação do motivo/queixa principal representa uma das etapas, mas não a única. Quando nós partimos direto para queixa atual do paciente, inevitavelmente negligenciamos o exame dos outros tecidos, o que tragicamente pode levar ao retardo no diagnóstico de graves doenças, como o câncer de boca. Ao proceder a anamnese e o exame físico (intra e extraoral), não se espera de um clínico geral ou especialista em diversas áreas da odontologia, um diagnóstico preciso ou manejo de todos os pacientes que apresentem lesões orais. O anseio é que qualquer dentista exercite distinguir os tecidos com aspecto de normalidade dos que apresentam doença. Questionem-se: As cadeias linfáticas regionais encontram-se sem aumento de volume? O fluxo, cor e aspecto salivar do seu paciente está normal? A mucosa oral (mastigatória, de revestimento e especializada) apresenta-se íntegra, com espessura e coloração adequadas? Há mobilidade coordenada e indolor da ATM, da língua, de outros músculos da face? Os lábios apresentam transição mucosa-pele sem alteração de cor ou textura?² Certamente, estou convicto que executar um exame clínico correto não vai fazer o dentista perder tempo, mas pode evitar que nossos pacientes percam, dentre muitas coisas, a vida.

Ao examinar e constatar alterações, proceder o diagnóstico/manejo para muitos profissionais pode representar um desafio complexo. De fato, esse desafio existe e reside principalmente na dúvida de qual exame complementar solicitar ou na necessidade de realizar uma biópsia. Recomenda-se que quando encontrar uma lesão/doença, que não se sente apto a diagnosticar e tratar, realize o encaminhamento do paciente para um especialista. É compreensível encaminhar, o que não deve ser encorajado ou normatizado é negligenciar o exame clínico e não reconhecer possíveis alterações. Vale salientar que o procedimento de biópsia com a finalidade do diagnóstico histopatológico necessita de uma correta condução que vai desde a elaboração de uma hipótese diagnóstica adequada, preenchimento da ficha de biópsia, precisão cirúrgica, acondicionamento da peça até o encaminhamento ao laboratório de patologia. Silva et al.³ em um estudo multicêntrico que avaliou mais de 7 mil biópsias orais em idosos brasileiros, constataram que 360 (≈4.7%) pacientes não receberam diagnóstico conclusivo por falta de dados clínicos ou porque os tecidos enviados para análise não foram passíveis de conclusão histopatológica. Semelhantemente, em um estudo com registros de 2.191 crianças e adolescentes, os autores apontaram que 229 (≈10.5%) casos não obtiveram diagnóstico, pelos mesmos motivos.⁴ Normalmente, as principais falhas que podem dificultar o diagnóstico final residem na falta de dados clínicos, material/tecido insuficiente, mal acondicionamento ou retardo de envio da peça (o que causa autólise), fixação incorreta do tecido (o indicado seria formol tamponado a 10%), dentre outras causas. O objetivo de mostrar esses dados não é desencorajar o profissional, mas sim reforçar que para obtenção de um diagnóstico correto deve-se respeitar todos os preceitos envolvidos nesse processo.

Diagnosticar e reestabelecer a saúde integral dos nossos pacientes, além de ser nosso dever profissional, é uma questão de humanidade e empatia. Todos nós, cirurgiões-dentistas, precisamos difundir e reforçar que somos profissionais capazes de devolver saúde em seu mais amplo conceito, pois, não adiantará uma pessoa com harmonização facial, dentes alinhados e brancos, facetas e próteses perfeitas se ela for diagnosticada tardiamente com uma doença oral grave. Dentro desse contexto, destaco que resolver as queixas estéticas, além de gratificante, é fundamental para que um indivíduo tenha um bem-estar psíquico e social, mas a estética só é importante se a pessoa permanecer saudável e viva, sendo crucial a prática de uma odontologia que enxerga o paciente como um todo.

Referências

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública. 1997;31(5): 538-542.
2. Tommasi, MHM. Diagnóstico em Patologia Bucal. 4. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
3. Silva LP, Leite RB, Sobral APV, Arruda JA, Oliveira LV, Noronha MS, et al. Oral and Maxillofacial Lesions Diagnosed in Older People of a Brazilian Population: A Multicentric Study. J Am Geriatr Soc. 2017;65(7):1586-1590.
4. da Silva Barros CC, da Silva LP, Gonzaga AKG, de Medeiros AMC, de Souza LB, da Silveira ÉJD. Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. Clin Oral Investig. 2019;23(4):1587-1593.

Leorik Pereira da Silva, DDS; MSc, PhD.
 Cirurgião-dentista (FOP-UPE)
 Mestre em Patologia Oral (UFRN)
 Doutor em Patologia e Estomatologia (UFRN)
 Professor Adjunto de Patologia Geral de Medicina (ISB-UFAM)
 E-mail: leorik@ufam.edu.br ; leorikp@gmail.com

ABORDAGEM CIRÚRGICA SOB ANESTESIA LOCAL DE ODONTOMA COMPOSTO EXTENSO EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA

SURGICAL APPROACH UNDER LOCAL ANESTHESIA OF EXTENSIVE COMPOSITE ODONTOMA IN ANTERIOR REGION OF THE MANDIBLE

Cristóvão Marcondes de Castro Rodrigues¹; Maiolino Thomaz Fonseca Oliveira²; Daniela Meneses Santos¹; Mirlany Mendes Maciel Oliveira¹; Luiz Fernando Barbosa de Paulo³; Livia Bonjardim Lima⁴

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil
2. Doutor em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Cirurgião Buco Maxilo Facial pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
3. Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
4. Mestre em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Cirurgião Buco Maxilo Facial pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Palavras-chave:

Odontoma, Anormalidades Dentárias, Mandíbula, Neoplasias Mandibulares.

Keywords:

Odontoma, Tooth Abnormalities, Mandible, Mandibular Neoplasms.

RESUMO

O odontoma é o tipo mais comum de tumor odontogênico, sendo definido como uma malformação benigna, em que as células alcançam completa diferenciação, atingindo o estágio no qual todos os tecidos dentais estão representados. São mais frequentemente diagnosticados na segunda década de vida. Frequentemente, encontram-se inclusos e assintomáticos e geralmente são descobertos em radiografias de rotina. Os odontomas podem ser classificados como complexos e compostos, e o seu tratamento envolve a remoção cirúrgica conservadora. Objetivo deste artigo é relatar um caso de odontoma em região anterior de mandíbula em paciente do sexo feminino de 30 anos, abordando os aspectos cirúrgicos e recursos terapêuticos, considerando a condição socioeconômica da paciente.

ABSTRACT

Odontoma is the most common type of odontogenic tumor, defined as a benign malformation, in which the cells reach complete differentiation, reaching the stage in which all dental tissues are represented. They are most often diagnosed in the second decade of life. They are often included and asymptomatic and are usually discovered on routine radiographs. Odontomas can be classified as complex and composite and their treatment involves conservative surgical removal. Objective of this article is to report a case of odontoma in the anterior region of the mandible in a female patient of 30 years considering the surgical aspects and therapeutic resources taking in account the socioeconomic aspects of the patient.

Autor Correspondente:

Cristóvão Marcondes de Castro Rodrigues
Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Implantodontia
Endereço: Av. Pará, 1748 - Umarama, Uberlândia - MG, 38405-320 Bloco 4T Uberlândia Minas Gerais-MG.
Telefone: (34)999062400
E-mail: cristovao-marcondes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os odontomas são tumores que se formam no interior dos maxilares, constituídos de tecidos dentários desenvolvidos, tais como esmalte, dentina, cimento e tecido pulpar^{1,2}. Sendo os tipos mais comuns de tumores odontogênico, são definidos como hamartomas, por se apresentarem mais como uma anomalia de desenvolvimento do que propriamente uma neoplasia^{3,4}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os odontomas são classificados em dois tipos distintos: odontoma composto e complexo, sendo a disposição organizacional

dos tecidos o que os difere^{1,2,5}. Os odontomas compostos são aqueles que se originam de uma proliferação da lâmina dentária, em que todos os tecidos dentais estão representados de uma maneira organizada, formando estruturas semelhantes a denticulos. Nos odontomas complexos, por sua vez, os tecidos dentais representados morfológicamente não remetem à forma de dentes^{1,3,6}.

A etiologia mais aceita para explicar o surgimento desse hamartoma está relacionada a traumas, infecção ou pressão no local da formação, causando perturbação no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário^{5,7}.

Os odontomas em sua grande maioria são assintomáticos, no entanto ocasionalmente aparecem sinais e sintomas decorrentes da sua presença. Estes, em geral, consistem em dentes inclusos, retenção de dentes decíduos, tumefação e sinais de infecção^{1,2,5}. Os odontomas são achados radiográficos de rotina. As radiografias mostram radiopacidades muito densas, claramente delineadas. Elas são, muitas vezes, circundadas por uma delgada zona radiolúcida^{4,5,8}.

O tratamento de eleição dos odontomas, seja ele composto ou complexo, se dá pela remoção cirúrgica conservadora e há pouca probabilidade de recorrência^{1-3,6,8}.

O objetivo desse artigo é fazer relato uma abordagem cirúrgica sob anestesia local de odontoma composto extenso em região anterior de mandíbula, enfatizando o tratamento empregado condicionado ao aspecto socioeconômico do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente K.S.X.R., 30 anos sexo feminino, melanoderma, encaminhada ao consultório de um cirurgião bucomaxilo facial com queixa de aumento volumétrico na região anterior de mandíbula. Na anamnese, paciente negou alergias e comorbidades, não sabendo referir com precisão o início do aumento volumétrico em região de sínfise. Ao exame clínico, notou-se aumento volumétrico presente na região de incisivos inferiores e ausência do elemento 33. Foram solicitados exames complementares de imagem e por meio de uma radiografia panorâmica convencional foi constatado área radiopaca de aproximadamente 29 mm associado canino incluído localizado na base mandibular. A hipótese diagnóstica levantada foi de odontoma complexo, baseada nas características clínicas e aparência radiográfica (Figura-1).



Figura 1– Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando a lesão associada a canino incluído.

Devido às condições financeiras da paciente, não foi possível realizar exame de tomografia computadorizada que permitiria um planejamento mais minucioso da abordagem cirúrgica, outro fator limitante foi à impossibilidade de realizar o procedimento de exérese da lesão sob anestesia geral, visto que a paciente não possuía plano de saúde que arcasse com os custos. Logo, devido ao fator socioeconômico limitante foi decidido pela abordagem cirúrgica sob anestesia local associado à sedação consciente.

Paciente submetida à sedação consciente com um comprimido de Midazolam 15mg, 30 minutos antes do procedimento cirúrgico, com manutenção da monitorização dos sinais vitais durante todo procedimento, também prescrito amoxicilina 1g e dexametasona 8mg uma hora antes do procedimento.

Foi realizado bloqueio anestésico dos nervos alveolar inferior direito, nervo mentoniano direito e esquerdo, do nervo lingual direito e esquerdo e anestesia infiltrativa região anterior de mandíbula para melhor hemostasia. Efetuada incisão intrasulcular, estendendo-se desde a mesial do elemento 35 até o elemento 43,

com incisão relaxante neste elemento, seguido por descolamento tecidual para exposição do leito cirúrgico (Figura-2).



Figura 2 – Exposição do leito cirúrgico por acesso intra-oral.

Osteotomia conservadora exploratória foi realizada com broca esférica para localização da massa e do dente envolvido. Após localização do elemento 33 associado à lesão; com broca nº 702, foi executado secção do dente e da lesão, sendo ambos totalmente removidos (Figura-3).



Figura 3 – Secção da lesão (A) Leito cirúrgico após remoção completa da lesão e do canino incluído (B), Estruturas denticulares que compunham da lesão (C).

Concluindo o procedimento com irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% em todo leito cirúrgico e suturas simples de reposicionamento do retalho cirúrgico (Figura-4). Material encaminhado para avaliação histopatológica, que posteriormente confirmou a hipótese de diagnóstico como sendo odontoma composto.



Figura 4 – Reposicionamento retalho cirúrgico e sutura.

A medicação pós-operatória prescrita foi amoxicilina 500mg três vezes ao dia por 7 dias, dexametasona 4mg uma vez ao dia por três dias e dipirona sódica 500mg quatro vezes ao dia por três dias. Também orientada quanto à restrição de dieta por três meses devido à fragilidade na mandíbula após a cirurgia.

No retorno pós-operatório de sete dias, paciente não referia queixas algícas e parestesia; ferida operatória de bom aspecto. Paciente orientada retorno trimestral para avaliação quanto neoformação óssea no sítio cirúrgico, realizado uma radiografia panorâmica de seis meses após cirurgia, a qual é evidente a neoformação óssea (Figura-5). Paciente encontra-se de alta ambulatorial.



Figura 5 – Radiografia panorâmica pós-operatória de controle de seis meses.

DISCUSSÃO

Odontomas são lesões classificadas como tumores odontogênicos, também definidas como malformações hamartomatosas^{3,7,9}. A incidência relatada de odontoma é em torno de 20% a 67% entre todas as neoplasias odontogênicas¹⁰.

A maioria dos odontomas é detectada durante as primeiras duas décadas de vida durante exames radiográficos de rotina; não havendo predileção por gênero^{6,7,11}. No presente caso trata-se de uma paciente do sexo feminino na quarta década de vida que tinha como queixa principal, aumento volumétrico da região anterior de mandíbula, sem qualquer tipo de sintomatologia. Embora o crescimento seja lento e geralmente assintomático características chaves de lesões benignas, complicações de ordem estética e funcional podem advir da permanência dessa lesão; em casos de odontoma irrompido, as complicações podem envolver desde a má oclusão, úlceras gengivais e osteomielite^{5,8}.

Os odontomas podem estar associados ao atraso na erupção dos dentes decíduos ou mesmo a retenção do dente decíduo e permanentes¹⁰. No presente caso, a paciente apresentava o elemento 33 impactado na base da mandíbula. É sabido que o canino, seguido do incisivo central na maxila e os terceiros molares são os dentes mais impactados devido a odontomas¹². Em estudo realizado, Lima-Verde-Osterne e colaboradores¹³ observaram que a ocorrência de odontomas em pacientes brasileiros tem uma média de idade maior quando comparado a estudos posteriores; está associada ao fato de os pacientes não serem submetidos à radiografia panorâmica de rotina, desta forma não sendo diagnosticados de forma precoce. Em estudo retrospectivo com 45 casos de odontoma realizado por Kämmerer e colaboradores¹⁴, observou-se que a média de idade do odontoma composto é de 26,5 anos e do complexo 31,2 anos.

O diagnóstico precoce dos odontomas é fundamental para evitar a impactação da dentição permanente associada a este tipo de lesão. Como foi possível observar no presente caso. Em situações as quais nota-se a ausência do elemento dental na idade prevista para a erupção, é recomendada a realização de uma radiografia panorâmica para investigação. Tal conduta clínica, quando realizada em pacientes mais jovens, pode evitar a necessidade de exodontia, possibilitando a chance de tracionamento ortodôntico do elemento dental no arco^{3,19}.

O tratamento de eleição do odontoma composto, consagrado dentro da literatura é cirúrgico conservador

sendo relativamente simples a sua remoção, pela facilidade de clivagem. A possibilidade de recidiva é remota^{4,6,15,16}. Os odontomas pequenos podem ser acessados com facilidade pela abordagem intraoral. Já os odontomas maiores recomendam-se a abordagem extra-oral ou remoção de grande quantidade de osso¹⁷. No caso clínico apresentado, mesmo com as proporções da lesão, o tratamento instituído foi a enucleação completa da lesão, exodontia do elemento 33 sob anestesia local e sedação consciente. Tal abordagem foi definida após consideração sobre a demanda socioeconômica da paciente, que não permitia abordagem em centro cirúrgico sob anestesia geral. Deve-se, no entanto, ressaltar que havia ciência pela paciente do risco de fratura de mandibular durante a exérese da lesão, uma vez que era esperado defeito ósseo final de extensão considerável.

O diagnóstico diferencial do odontoma composto nos estágios inicial e intermediário deve ser feito com uma série de lesões, tais como: fibroma ossificante, displasia cementária periapical, tumor odontogênico adenomatoide e cisto odontogênico epitelial calcificante^{18,19}. Visto que tratamentos dessas diversas patologias mencionadas são variados, às vezes não sendo condizente com o tratamento empregado para odontoma.

Radiograficamente, os odontomas compostos apresentam uma imagem radiopaca irregular composta por múltiplas radiopacidades, circundada por um estreito halo radiolucido²⁰. Histologicamente, os odontomas complexos apresentam os tecidos dentários em um padrão desordenado. Já o odontoma composto os tecidos dentários seguem um padrão mais ordenado, com o esmate, dentina, cemento e tecido pulpar dispostos de forma organizada²¹. No presente caso, é possível verificar logo no exame macroscópico a presença de micro denticulos, compatível com odontoma composto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O odontoma, mesmo sendo um tumor odontogênico com características benignas, tem como tratamento de eleição a exérese cirúrgica, independente da extensão lesional, visto seu baixíssimo índice de recidiva. Reforçando posição de quanto mais precoce o diagnóstico, menos riscos de comorbidades ao paciente durante período de terapêutica. O caso discorrido mostra uma evolução clínica satisfatória, corroborando com a literatura, entretanto abordando o assunto sob a perspectiva das limitações socioeconômicas do paciente, guardada as devidas proporções da lesão, tempo de evolução e ponderando os riscos cirúrgicos à abordagem sob anestesia local, foi conduzida com extremo êxito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não houve conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que houve financiameto proprio para o desenvolvimento deste caso clinico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouquot EJ. Patologia oral & Maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
2. Piattelli A, Perfetti G, Carraro A. Complexodontoma as a periapical andinterradicularradiopacity in a primary molar. J Endod. 1996;22(10):561-3.
3. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asami J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. Open Dent J. 2009;3:173-6.
4. Sánchez OH, Berrocal MIL, González JMM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13: 730-4.
5. Pires LD, Krüger MLB, Viana ES, Kramer PF, Ferreira SL. Odontoma: estado da arte e relato de caso clínico. Stomatos. 2007 Jan/Jun;13(24):21-9.
6. Cardoso LC, MiyaharaGI, Magro FO, Garcia JIR, Soubhia AMP. Odontoma combinado associado a dentes nãoirrompidos: relatos de casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba, 2003; 24(2):47-51.
7. Güngörmüş M, Yolcu U, Aras MH, Halicioğlu K. Simultaneous occurrence of compound odontoma and arrested root formation as developmental disturbances after maxillofacial trauma: a case report. Med Oral PatolCir Bucal. 2010Mar;15(2):e398-400.
8. Kuramochi MM, Vanti LA, Berenguel IA, Pereira WL, Zangrando D. Acesso extraoral para reconstrução primária em odontoma complexo raro em mandíbula. Rev Port de Estomat, Medic Dent e Cir Maxilofacial. 2006;47:35-40.
9. Silva LF, David, L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologicstudy in a portuguese population. Quintessence Int. 2009 Jan;40(1):61-72.
10. Uma E. Compound Odontoma in Anterior Mandible—A Case Report. Malays J Med Sci. 2017;24(3):92-5.
11. Alves PM, Santos PPA, Cavalcanti AL, Queiroz LMG, Souza LB. Estudo clínico-histopatológico de 38 odontomas. Revista de Odontologia da UNESP. 2008;37(4):357-61.
12. Isola G, Cicciù M, Fiorillo L, Matarese G. Association Between Odontoma and Impacted Teeth. J CraniofacSurg. 2017;28(3):755-8.
13. Lima-Verde-Osterne R, Turatti E, Cordeiro-Teixeira R, BarrosoCavalcante R. The relative frequency of odontogenic tumors: A study of 376 cases in a Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(2):e193-e200.
14. Kämmerer PW, Schneider D, Schiegnitz E, Schneider S, Walter C, Frerich B, et al. Clinical parameter of odontoma with special emphasis on treatment of impacted teeth-a retrospective multicentre study and literature review. Clin Oral Investig. 2016; 20(7):1827-35.
15. Mendonça JCG, Lima CMC, Böing F, Bento LA, Santos AA. Odontoma complexo gigante em corpo da mandíbula:

- relato de caso. Ver Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2009;9:67-72.
16. Cildir SK, Sencift K, Olgac V, Sandalli N. Delayed eruption of a mandibular primary cuspid associated with compound odontoma. J Contemp Dent Pract. 2005;6:152-9.
 17. Christopher PJ, Periasamy S, Devados P, Kumar SP. Surgical Access to a Complex Composite Odontoma via Sagittal Split Osteotomy of the Mandible. Cureus. 2017;9(12):e1915.
 18. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. Quintessence Int. 2004;35:641-5.
 19. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asami J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. Open Dent J, Okayama. 2009;3:173-6.
 20. Bereket C, Çakır-Özkan N, Şener İ, Bulut E, Tek M. Complex and compound odontomas: Analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma. Niger J Clin Pract. 2015;18(6):726-30.
 21. Amailuk P, Grubor D. Erupted compound odontoma: case report of a 15-year-old Sudanese boy with a history of traditional dental mutilation. Br Dent J. 2008;204(1):11-4.

IMPLANTE IMEDIATO APÓS EXODONTIA EM MOLAR SUPERIOR

IMPLANT IMMEDIATE AFTER EXODONTIA IN UPPER MOLAR

Tháilson Ramon de Moura Batista¹, Renato Abrantes Cavalcante¹, Alana Moura Xavier Dantas², Carlos Roberto Braga Dias³, Gilberto Ramos de Souza Junior³, Renata Moura Xavier Dantas⁴

1 – Graduando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII, Araruna – Paraíba – Brasil;

2 – Especialista em Prótese Dentária pela Universidade Paulista – UNIP;

3 – Implantodontista e Protésista pela Associação Brasileira de Odontologia – Pernambuco (ABO/PE);

4 – Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela UFBA/HGE/HSA (Obras Sociais Irmã Dulce), Salvador – BA.

Palavras-chave:

Implantes Dentários. Extração Dentária.
Interface Osso-Implante.

Keywords:

Dental Implants. Dental extraction.
Bone-Implant Interface.

RESUMO

Para a reabilitação de dentes perdidos, os implantes dentários são úteis e apresentam vantagens expressivas. Em casos de locais com remanescente ósseo viável, os implantes imediatos após exodontias caracterizam uma opção que vem se mostrando cada vez mais consolidada na literatura. O presente artigo tem o objetivo de relatar um caso de implante imediato após exodontia em molar superior. Paciente, sexo feminino, 23 anos, compareceu ao consultório com indicação de exodontia do 16. Ao exame tomográfico, evidenciou-se traço hipodenso na região do terço cervical da raiz disto-vestibular do 16, em direção à região de furca, associada à presença de lesão hipodensa nesta mesma região; e presença de tecido ósseo remanescente entre as raízes e na região apical. Paciente foi submetida à exodontia deste elemento, com a instalação imediata do implante dentário, preenchimento do gap ósseo com enxerto xenógeno, e fechamento com plug de tecido gengival livre da região de túber maxilar. Respeitou-se o período de osseointegração de seis meses e, em seguida, instalou-se a prótese sobre implante definitiva.

ABSTRACT

For the rehabilitation of missing teeth, dental implants are useful and have significant advantages. In cases of sites with viable bone remnants, immediate implants after exodontia characterize an option that has been shown to be increasingly consolidated in the literature. This article aims to report a case of immediate implant after maxillary molar extraction. Patient, female, 23 years old, attended the clinic with indication of unit 16. The tomographic examination revealed a hypodense tract in the region of the cervical third of the distobuccal root of unit 16, towards the furca region, associated to presence of a hypodense lesion in this same region; and presence of remaining bone tissue between the roots and the apical region. Patient was submitted to the atraumatic exodontia of this dental element, with the immediate installation of the dental implant, filling of the bone gap with xenogene graft, and closure with plug of free gingival tissue of the maxillary tuft region. The osseointegration period of 6 months was respected, and the prosthesis was then implanted on a permanent implant.

375

Autor Correspondente:

Tháilson Ramon de Moura Batista
Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII
Rua Antônio Carneiro, 88, Centro
CEP: 58233-000, Araruna – Paraíba – Brasil
Phone/fax: +55 83 99186 7550
E-mail: thalison.rr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente, existem várias opções plausíveis e eficazes para a reabilitação de dentes perdidos. A colocação de implantes dentários é útil para reabilitar um único dente perdido ou vários dentes, permitindo também a fixação de próteses. Nesse sentido, nos últimos 40 anos, a colocação de implantes de titânio tem se tornado um tratamento cada vez mais comum em Odontologia, mesmo com suas peculiaridades^{1,2}.

Após as exodontias – por motivos de indicação de substituição dentária por implantes ou não –, ocorre no

organismo uma série de alterações fisiológicas que afetam o osso alveolar e os tecidos adjacentes. Frente a essa realidade, um exame minucioso deve ser realizado previamente às extrações dentárias, avaliando, portanto, a aplicabilidade de métodos terapêuticos para essa substituição, que pode envolver a colocação de implantes imediatos após exodontias³.

Implantes imediatos tornaram-se uma metodologia terapêutica previsível, devido ao melhor entendimento do período de osteointegração e também à melhoria no tratamento da superfície do implante. Diversos estudos comprovam a previsibilidade desta abordagem, com alta

taxa de sucesso, que incluem como vantagens a redução de custo e o número reduzido de tempos cirúrgicos. Tais implantes podem estar associados com a provisionalização, carga imediata e/ou enxertos, permitindo assim o restabelecimento imediato da estética e aumentando o índice de preservação alveolar⁴.

Portanto, o presente artigo tem o objetivo de relatar um caso de colocação de implante imediato após exodontia em molar superior, com o uso de enxerto xenógeno.

RELATO DE CASO

Paciente JAC, sexo feminino, 23 anos, feoderma, ASA I, compareceu ao consultório com indicação de exodontia do 16, com histórico de aparecimento de fistula intra-oral do referido dente (Figura 1).

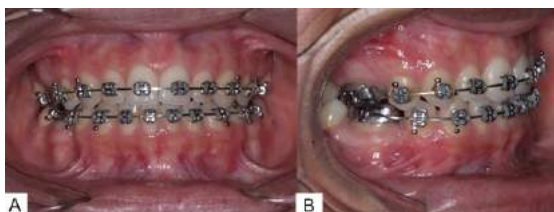


Figura 1 – A) Foto inicial intra-oral da paciente; B) Foto intra-oral lateral evidenciando a região de molares direitos, destacando o dente 16.

Ao exame radiográfico, a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), a partir dos cortes sagitais, evidenciou traço hipodenso na região do terço cervical da raiz disto-vestibular do 16, em direção à região de furca, associada à presença de lesão hipodensa nesta mesma região. Assim, foi analisada a lesão de furca e reabsorção, confirmando a indicação de exodontia. Evidenciou-se tecido ósseo remanescente entre as raízes e na região de ápice, antes do seio maxilar (Figura 2).

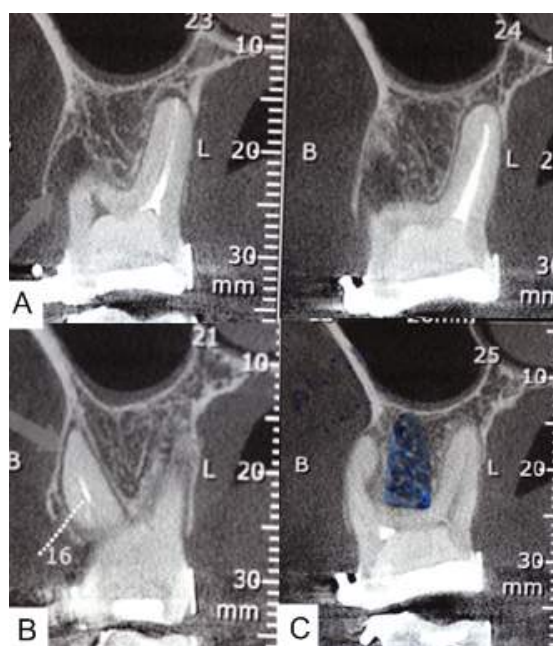


Figura 2 – A-B) Cortes sagitais da TCFC evidenciando traço hipodenso na região cervical da raiz disto-vestibular; C) Avaliação da quantidade de remanescente ósseo.

Paciente foi submetida à exodontia deste elemento dentário, com a realização de odontosseção para separação das raízes vestibulares da raiz palatina e posteriormente a separação entre as raízes vestibulares, facilitando a posterior remoção do dente sem causar danos aos tecidos adjacentes. Foi feita curetagem após a exérese do elemento, para remoção de qualquer resquício de lesão presente na região observada na tomografia computadorizada. A exodontia foi concluída sem a abertura de retalho, para preservação tanto do tecido ósseo como para manutenção da arquitetura gengival do local que irá receber o implante (Figura 3A e 3B).

376

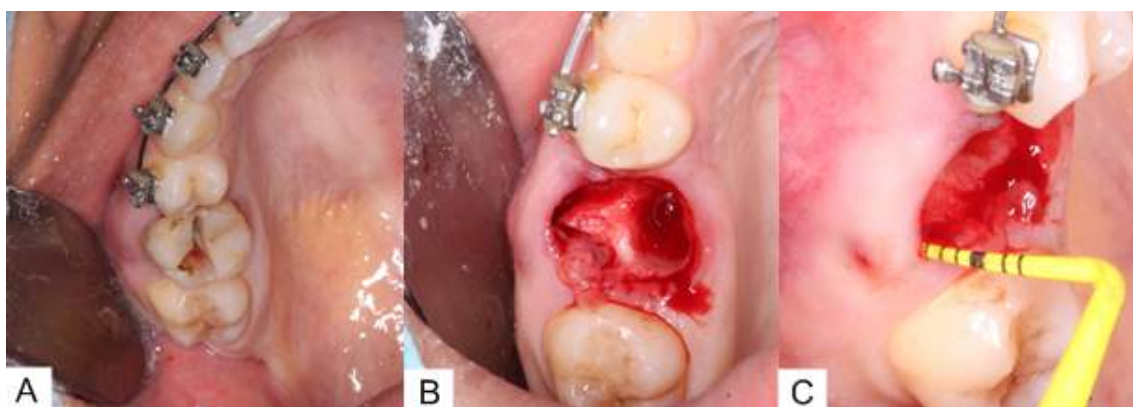


Figura 3– A) Odontosseção para separação das raízes e posterior exérese atraumática do elemento dentário; B) Alvéolo pós extração, com remanescente ósseo entre as raízes; C) Avaliação do alvéolo com auxílio de sonda periodontal.

Após a exodontia, foi constatada a presença de tecido ósseo remanescente entre as raízes e manutenção do arcabouço ósseo alveolar. Com o auxílio de uma sonda periodontal, foi feito um “escaneamento” do alvéolo para avaliação de profundidade, presença ou não de perfurações das corticais ósseas, assim como para verificação da anatomia em si do local a ser trabalhado (Figura 3C).

Prosseguiu-se então com a instalação imediata do implante dentário, obtendo um torque de 30 N. Utilizou-se um enxerto xenógeno para o preenchimento do *gap* ósseo, ocupando – a nível gengival – toda a região adjacente ao implante dentário. O fechamento do sítio cirúrgico foi realizado com um *plug* de tecido gengival livre da região de túber maxilar (Figura 4).

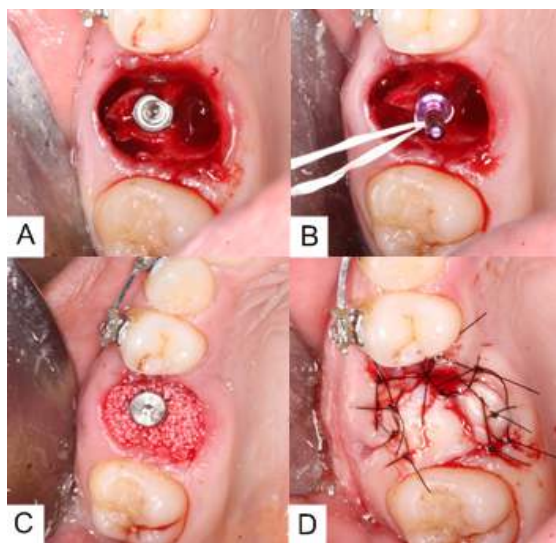


Figura 4– A) Colocação do implante imediato após a extração do molar superior; B) Pino de posicionamento para verificação da angulação correta do implante; C) Fechamento do implante com cicatrizador e posterior preenchimento do *gap* ósseo com enxerto xenógeno; D) Posicionamento do *plug* de tecido gengival da região de túber.

Com o fim do primeiro tempo cirúrgico, optou-se pelo período de 6 meses para a osseointegração e, em seguida, instalou-se a prótese sobre implante definitiva (Figura 5).



Figura 5– A) Fotografia frontal do caso finalizado; B) Fotografia lateral mostrando o implante com a coroa definitiva na região do elemento 16, após o período de osseointegração.

Ainda assim, foi feita uma análise radiográfica para avaliação do sucesso do implante e da prótese definitiva, como forma de preservação do caso (Figura 6).



Figura 6 – Radiografia periapical da região de molares superiores direitos, evidenciando o implante com a prótese definitiva, após o período de seis meses.

DISCUSSÃO

Com as significativas melhorias no campo odontológico, os implantes dentários são tidos como novos modelos de tratamento com resultados promissores. A taxa de sucesso das implantações vem crescendo com o passar dos anos, embora a eficácia da reabilitação seja afetada por inúmeros fatores. Condições como quantidade e qualidade de osso remanescente no local, angulação, posição e direção de colocação dos implantes, assim como fatores relacionados à oclusão do paciente são aspectos que devem ser levados em consideração, para que a reabilitação seja efetuada com êxito⁵.

Osso remanescente viável e de qualidade é um fator imprescindível para a estabilização e manutenção do implante dentário na cavidade oral. Para tal avaliação, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) apresenta-se como uma ferramenta de precisão, que permite ao cirurgião avaliar quantitativamente e qualitativamente o remanescente ósseo. Talluri et al⁵ avaliaram a qualidade óssea de imagens de TCFC e correlacionaram com a estabilização de implantes, num período de 4 meses e depois de 2 anos, apresentando correlação positiva e significativa. Portanto, o presente relato corrobora com os dados encontrados na literatura, uma vez que – a partir das imagens de TCFC – permitiu aos cirurgiões a verificação da qualidade óssea, compatível com a aplicabilidade do implante imediato do caso.

Diversas são as proposições com o objetivo de minimizar os eventos fisiológicos de reabsorção óssea. Portanto, a crescente busca por procedimentos minimamente invasivos permite um prognóstico mais satisfatório, uma vez que promove próteses implantossuportadas mais funcionais e estéticas. Após a estabilização do implante dentário (obtendo torques próximos ou superiores a 35N), a prótese final pode ser fabricada e instalada, diminuindo as etapas do tratamento e garantindo maior previsibilidade. Entretanto, em algumas

situações (como foi o caso do relato supracitado), essas condições não são aconselhadas e sugere-se uma abordagem mais conservadora: o carregamento tardio. Como na região posterior a estética não desempenha papel tão fundamental e muitos cirurgiões acreditam que os esforços mastigatórios possam dificultar a osteointegração na fase de cicatrização, o carregamento tardio é uma opção viável, mesmo sabendo que os implantes com carregamento imediato também apresentam uma taxa de sobrevida semelhante^{4,6,7}.

O estado saudável das estruturas anatômicas ao redor dos pilares dos implantes é de suma importância para a manutenção clínica a longo prazo. Para isso, nos últimos anos, muito se tem discutido e avaliado o termo “preservação alveolar” na implantodontia. Foram introduzidos, portanto, vários procedimentos cirúrgicos com o objetivo de manter os tecidos moles e duros de forma mais estável, como também menores alterações dimensionais no rebordo alveolar. Para isso, muitos autores comprovam a eficácia da utilização de enxertos ósseos como forma de otimizar os resultados da reabilitação. Marco et al⁸ concluíram que a aplicação de um enxerto ósseo (de fácil manipulação e aplicação) preenchendo toda a área adjacente ao implante imediato, desencadeia menores alterações verticais e horizontais em comparação com a cicatrização espontânea. Um número significativo de revisões sistemáticas sobre o tema comprova a eficácia dos enxertos, que também foi utilizado no relato de caso acima, enfatizando, clinicamente, suas vantagens⁸⁻¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a técnica de colocação de implantes imediatos após exodontias, associada com utilização de enxertos, mostra-se eficaz e funcionalmente satisfatória, posto que diminui o número de sessões clínicas, assim como uma redução de custos e maior aceitação entre os pacientes e cirurgiões.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O artigo não recebeu financiamento para sua realização.

REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

1. Patel A, Harrison P, Cheng A, Bray B, Bell RB. Fibular Reconstruction of the Maxilla and Mandible with Immediate Implant-supported Prosthetic Rehabilitation: Jaw in a Day. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am.* 2019;31(3):369-86.
2. Sommer M, Zimmermann J, Grize L, Stübinger S. Marginal bone loss one year after implantation: a systematic review of different loading protocols. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(1):121-1.
3. Tonetti MS, Jung RE, Ortiz GA, Blanc J, Cosyn J, Fickl S, et al. Management of the extraction socket and timing of implant placement: Consensus report and clinical recommendations of group 3 of the XV European Workshop in Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2019;46(21):183-94.
4. Chan H, George F, Wang J, Suárez López del Amo F, Kinney J, Wang H. A Randomized Controlled Trial to Compare Clinical Esthetic Outcomes of Immediately Placed Implants with and without Immediate Provisionalization. *J Clin Periodontol.* 2019;46(10):1061-9.
5. Talluri S, Vaddamanu SK, Apparaju V, Vyas R, Ahuja S, Kanji MA. Evaluating cortico-cancellous ratio using virtual implant planning and its relation with immediate and long-term stability of a dental implant- A CBCT-assisted prospective observational clinical study. *Niger J Clin Pract.* 2019;22:982-7.
6. Ruales-Carrera E, Pauletto P, Apaza-Bedoya K, Özcan M, Volpato CAM, Benfatti CAM. Peri-implant tissue management after immediate implant placement using a customized healing abutment. *J Esthet Restor Dent.* 2019;31(96):533-41.
7. Singh PD, Kumar V, Arya G. A comparative evaluation of immediate versus delayed loading of two implants with mandibular overdenture: An in vivo study. *Natl J Maxillofac Surg.* 2019;10(1):47-55.
8. Marco C, Agnese A, Walter C, Federica C, Fabio V, Massimo DS. The effect of immediate implant placement on alveolar ridge preservation compared to spontaneous healing after tooth extraction: Radiographic results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2019;46(7):776-86.
9. Thoma DS, Jung U, Gil A, Kim MJ, Paeng K, Jung RE, et al. The effects of hard and soft tissue grafting and individualization of healing abutments at immediate implants: an experimental study in dogs. *J Periodontal Implant Sci.* 2019;49(3):171-84.
10. Palma VC, Caetano RDS, Borges AH, Volpato LER. Immediate insertion of Dental implants immediate insertion in bilateral traumatic bone cyst with or without bone grafting material: 5-year follow up case report. *J Oral Implantol.* 2019;45(4):297-9.
11. Wang H, Wang J, Guo T, Ding X, Yu W, Zhao J, et al. The endoscopically assisted transcrestal sinus floor elevation with platelet-rich fibrin at an immediate implantation of periapical lesion site: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2019Jul; 98(27):e16251.
12. Soni R, Priya A, Yadav H, Mishra N, Kumar L. Bone augmentation with sticky bone and platelet-rich fibrin by ridge-split technique and nasal floor engagement for immediate loading of dental implant after extracting impacted canine. *Natl J Maxillofac Surg.* 2019;10(1):98-101.
13. Yuce MO, Adali E, Turk G, Isik G, Gunbay T. Three-dimensional bone grafting in dental implantology using autogenous bone ring transplant: Clinical outcomes of a one-stage technique. *Niger J Clin Pract.* 2019;22(7):977-81.

Recebido para publicação: 09/12/2019
Aceito para publicação: 20/01/2020

REMOÇÃO DE DENTE SUPRANUMERÁRIO SEMI-INCLUSO NO PALATO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

REMOVAL OF SEMI-INCLUDED SUPRANUMERARY TOOTH IN PALATE IN PEDIATRIC PATIENT

Thauany Vasconcelos Soares da Silva¹, Paulo Ewerton Barros de Sena², Lisandra Maria Batista Galdino¹, Micaella Fernandes Farias¹, Fernanda de Araújo Trigueiro Campos³.

1 – Graduandas do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

2 – Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

3 – Professora, Doutora, do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

Palavras-chave:

Dente supranumerário. Odontopediatria. Cirurgia Bucal.

Keywords:

Tooth, Supernumerary. Pediatric Dentistry. Surgery, Oral.

RESUMO

Os dentes supranumerários são frequentemente encontrados na prática odontológica acometendo a dentição primária e mista e podem gerar implicações em decorrência do desenvolvimento dos elementos dentários, que resultam em desarmonias funcionais, estéticas e oclusais. O presente estudo objetiva relatar um caso clínico de dente supranumerário em paciente pediátrico, bem como o procedimento cirúrgico de eleição para o tratamento. Paciente do sexo masculino, melanoaderma, 9 anos de idade, normosistêmico, assintomático, compareceu à Clínica Escola do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ para avaliação de rotina. Após exame clínico e radiográfico, foi diagnosticado um dente semi-incluso em região anterior de palato duro. O exame radiográfico evidenciou a presença de um dente supranumerário promovendo impactação do canino permanente (dente 13). O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico para remoção do dente sob anestesia local, em ambiente ambulatorial. A conduta terapêutica de remoção cirúrgica objetiva diminuir as consequências ocasionadas pelos dentes supranumerários. Para isso, é necessário um diagnóstico preciso e um plano de tratamento efetivo, sendo fundamental a intervenção da Odontopediatria e em alguns casos, da Ortodontia.

ABSTRACT

Supernumerary teeth are often found in dental practice, affecting primary and mixed dentition and may have implications for the development of dental elements, which result in functional, aesthetic and occlusal disharmony. The present study aims to report a clinical case of supernumerary tooth in a pediatric patient, as well as the surgical procedure of choice for treatment. Male patient, melanoaderma, 9 years old, normosystemic, asymptomatic, attended the Clinical School of Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ for routine evaluation. After clinical and radiographic examination, a semi-embedded tooth was diagnosed in the anterior region of the hard palate. The radiographic examination showed the presence of a supernumerary tooth promoting impaction of the permanent canine (tooth 13). The patient underwent surgical treatment to remove the tooth under local anesthesia in an outpatient setting. The therapeutic conduct of surgical removal aims to reduce the consequences caused by supernumerary teeth. For this, it is necessary an accurate diagnosis and an effective treatment plan, being essential the intervention of Pediatric Dentistry and in some cases, Orthodontics.

379

Autor Correspondente:

Thauany Vasconcelos Soares da Silva
Endereço: Rua 19 de março, Número 116, bairro Roger. CEP: 58020-340. João Pessoa-PB.
Email: vasconcelosthauany@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os dentes supranumerários são caracterizados como dentes em excesso¹, alterando a normalidade da dentição no que se refere à quantidade de elementos na arcada dentária. São frequentemente encontrados na prática odontológica, acometendo a dentição primária e mista², geralmente, na região anterior da maxila³.

A etiologia da anomalia referida ainda não é bem determinada. Todavia, há teorias que associam o surgimento a um processo multifatorial complexo, e a combinação de fatores genéticos⁴.

Implicações podem ser geradas em decorrência do progresso dos elementos dentários, bem como, impactações, atraso na erupção dos dentes permanentes, desvio de posição resultando em desarmonias funcionais, estéticas e oclusais⁵. Visto isso, a identificação precoce da devida alteração e uma intervenção correta objetiva diminuir e evitar as complicações tardias, possibilitando um desenvolvimento e crescimento adequado do sistema estomatognático e bem-estar psicoemocional do paciente⁶.

Tendo em vista que os dentes supranumerários são assintomáticos e normalmente nãoerupcionados, os exames comumente utilizados para o diagnóstico são os exames

radiográficos³. Na literatura vigente, as técnicas radiográficas mais indicadas para maxila é a técnica de Clark e em mandíbula, o método de Miller-Winter¹³. Outra técnica também indicada para a visualização de anomalias é a panorâmica, pois além de permitir uma visão de ambas as arcadas dentárias e estruturas adjacentes, ainda torna menor à exposição as radiações, tendo em vista que o paciente só é submetido a uma única tomada radiográfica¹⁴.

O tratamento pode variar dependendo da posição do elemento em relação à arcada dentária e da existência de processos patológicos associados ao dente⁷, mas os procedimentos cirúrgicos geralmente são os de escolha⁸.

O objetivo do presente estudo é apresentar um caso clínico sobre a remoção cirúrgica de um elemento supranumerário semi-incluso no palato em paciente pediátrico.

RELATO DE CASO

Paciente pediátrico, J. V. M. S., 9 anos, melanoderma, ASA I, compareceu à Clínica Escola do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ para avaliação de rotina. Após a anamnese, no exame intraoral, ao lado direito, foi observada a presença de um elemento supranumerário semi-erupcionado em região do palato. Para tanto, solicitou-se uma radiografia panorâmica a fim de estabelecer o diagnóstico, avaliar as estruturas anatômicas e posteriormente realizar o plano de tratamento adequado. O exame de imagem corroborou com a hipótese diagnóstica, chegando à conclusão de que haveria chances de ocasionar interferências na via de erupção do elemento 23, ainda intraósseo (Figura 1).

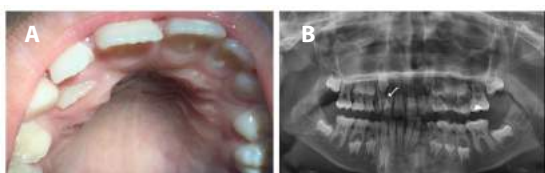


Figura 1 – (A) Exame intraoral, vista incisal. Observa-se coroa parcialmente irrompida em palato duro direito. **(B)** Radiografia panorâmica confirmando o diagnóstico de elemento supranumerário na via de erupção do elemento 13.

A opção de tratamento eleita e aceita pelo responsável foi a remoção cirúrgica do elemento dentário. O procedimento foi realizado em ambiente ambulatorial, sob anestesia local, utilizando lidocaína a 2% com adrenalina na concentração de 1:100.000, sendo necessário 1,5 tubete de 1,8ml, o qual foi realizada anestesia dos nervos Alveolar Superior Anterior, Nasopalatino e Palatino Maior. Foi realizado um retalho em envelope e descolamento mucoperiosteal com descolador Molt n°9. Para melhor exposição da área, o retalho foi estendido da linha média até a altura do elemento 25. Por apresentar ponta ativa mais delicada que as alavancas convencionais, a exérese foi executada com o auxílio do próprio descolador dedescoladorMoltn°9 (Figura 2), seguida da sutura interrompida, após hemostasia com pressão direta (Figura 3).

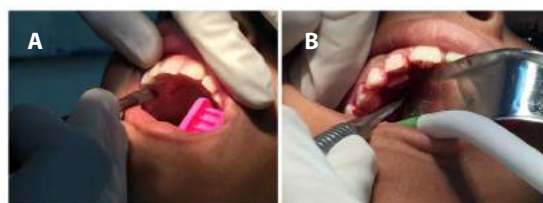


Figura 2 – (A) Incisão intrasulcular com o auxílio de bisturi, para obtenção de retalho em envelope (Cabo de bisturi n° 3 e lâmina n° 15). **(B)** Luxação do elemento supranumerário com descolador de molt n° 9.

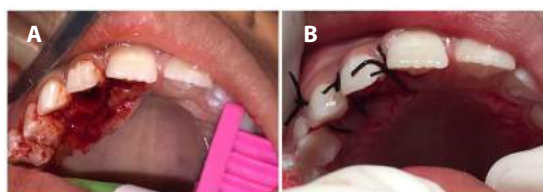


Figura 3 – (A) Loja óssea após exérese do supranumerário. Nota-se a extensão do retalho da linha média até o elemento 25, para melhor exposição da região, evitando acidentes relacionados ao retalho. **(B)** Sutura interrompida realizada com fio de seda 3-0, após irrigação abundante com solução fisiológica estéril e hemostasia com gaze embebida em soro.

O paciente foi medicado com ibuprofeno 50mg/kg de peso corporal a cada 8 horas durante 3 dias e orientado quanto aos cuidados pós-operatórios. A criança retornou à clínica escola após 7 dias para remoção da sutura, a qual não relatou nenhuma intercorrência (Figura 4).



Figura 4 – (A) Elemento supranumerário. **(B)** Retorno do paciente para avaliação pós-operatória 7 dias após o procedimento.

DISCUSSÃO

Os estudos divergem no que diz respeito ao sexo mais acometido pela anomalia, não apresentando estudos estatístico sexpressivos⁶. A etiologia dos dentes supranumerários é uma incógnita. Alguns autores discutem a possibilidade da relação da hiperdontia com fatores hereditários, mesmo não tendo respaldo suficiente para justificar a correlação desse possível fator etiológico. Até então, a teoria mais condescende

baseia-se na atividade aumentada da lâmina dentária que gera o desenvolvimento de germes dentários aditivos⁹.

Dentes extranumerários são encontrados frequentemente em algumas síndromes. Oito síndromes genéticas foram relacionadas com forte evidência de associação aos dentes supranumerários, são elas: displasia cleidocraniana, polipose adenomatosa familiar, tricorriofalângica tipo I, síndrome de Rubenstein-Taybi, síndrome de Nance-Horan, síndrome de Optiz BBB/G e síndrome Robinow autossômica dominante¹².

Quanto ao diagnóstico de elementos supranumerários não erupcionados, geralmente, são achados clínicos de consultas rotineiras, visto que são elementos assintomáticos³. A literatura defende que, após diagnosticada a presença da alteração de normalidade, esta deve ser submetida a exodontia, certificando-se anteriormente, que o procedimento não irá acarretar comprometimentos as estruturas adjacentes^{3,10}.

Em alguns casos seletos, como no caso de dentes extranumerários em pacientes fissurados, a literatura justifica que a remoção cirúrgica desses elementos devem ser postergadas até momentos antes da cirurgia para enxertia do alvéolo fissurado, já que os dentes preservam a estrutura óssea adjacente¹¹. Outro exemplo é o fato de que dentes supranumerários presentes ainda na dentição decídua podem sofrer esfoliação espontânea e não necessitam de intervenção cirúrgica imediata¹².

O paciente se encontrava na fase da dentadura mista, quando há grandes mudanças relacionadas à dentição. Por isso a intervenção da odontopediatria e ortodontia são importantes para o restabelecimento das características morfológicas e funcionais que possam afetar o paciente, devendo ser tratado de acordo com o recomendado⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a presença de dentes supranumerários nos pacientes em fase de dentadura mista, a conduta cirúrgica de remoção do dente é o tratamento mais indicado, desde que o procedimento não ocasiona comprometimento das áreas afetadas, pois favorece a devolução das características morfológicas e funcionais de estruturas adjacentes. É essencial a preservação do caso, para avaliar a necessidade ou não de intervenção ortodôntica para reestabelecimento da oclusão do paciente.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Guttal KS, Naikmasur VG, Bhargava P, Bathi RJ. Frequency of developmental dental anomalies in the Indian population. *Eur J Dent.* 2010;4(3):263-9.

2. Kumar A, Hedge R, Dixit U. Role of plaque in the clearance of salivary sucrose and its influence on salivary pH. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry.* 2011;29(4):310-4.
3. Kouri D, Bertaia CAV, Santos RC de F, Costa-Nobre PX da, Garcia-Leite ES, Araujo FB, et al. Aesthetic and functional rehabilitation of a supernumerary peg-shaped tooth in the primary dentition. *Rev Gaúcha Odontol.* 2014;62(2):191-5.
4. Schmuckli R, Lipowsky C, Peltomäki T. Prevalence and morphology of supernumerary teeth in the population of a Swiss community. Short communication. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2010;120(11):987-93.
5. Kumar DK, Gopal KS. An Epidemiological Study on Supernumerary Teeth: A Survey on 5,000 People. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2013;7(7): 1504-07.
6. Coelho A, Macho V, Andrade D, Macedo P, Areias C. Prevalência e distribuição de dentes supranumerários numa população pediátrica - Um estudo radiográfico. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2011;52(4):189-92.
7. Souza RA, Carvalho AC, Barretto LP, Simões FXPC. Orthodontic and pediatric dental treatment approach in patient with multiple dental anomalies. *Rev Gaúcha Odontol.* 2014;62(2):185-90.
8. Neto CAL, Augusto J, Miguel M. Diastemas Interincisais Superiores Associados a Dentes Supranumerários – Considerações Clínicas e Relato de um Caso. *J Bras Ortodon Ortop Facial.* 2002;7(39):239-44.
9. Van Buggenhout G, Bailleul-Forestier I. Mesiodens. *Eur J Med Genet.* 2008;51(2):178-81.
10. Reis LFG, Giovanini A, Namba EL, Silva ELFM da, Garcia MA. Dentes supranumerários retidos interferindo no tratamento ortodôntico. *Rev Sul-Brasileira Odontol.* 2006;3(1):20-5.
11. Hupp JR, Tucker MR. James R. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery.* 6 ed. 2008.
12. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *Am J Med Genet Part.* 2016;170(10):2611-6.
13. Guedes-pinto AC. *Odontopediatria.* 8. ed. São Paulo, 2010.
14. Fenyó-Pereira, Marlene, Crivello JR., Oswaldo. *Fundamentos de Odontologia - Radiologia Odontológica e Imagiologia,* 2 ed. Santos, 2013

PERFURAÇÃO RADICULAR ACIDENTAL EM MANOBRA DE REMOÇÃO DE INSTRUMENTO ENDODÔNTICO FRATURADO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

ACCIDENTAL ROOT DRILLING IN FRACTURED ENDODONIC INSTRUMENT REMOVAL MANUAL: REPORT OF A CLINICAL CASE

Esdras Gabriel Alves-Silva¹, José Carneiro da Silva Neto², Rafaela Alcindo Silva², Fábio Roberto Dametto³, Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes⁴, Lilian Karine Cardoso Guimarães de Carvalho⁵.

1 – Mestre em Clínica odontológica, área da Endodontia, faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas- FOP/UNI CAMP, Piracicaba, SP, Brasil

2 – Cirurgião-dentista pela Universidade Potiguar- UnP, Natal, RN, Brasil

3 – Mestre e Doutor em Endodontia, Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal, RN, Brasil

4 – Mestre e Doutora em Endodontia, Professora titular do departamento de Odontologia Restauradora, área de Endodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas- FOP/UNICAMP, Piracicaba, SP, Brasil

5 – Mestre e Doutora em Endodontia, Professora Titular da Universidade Potiguar-UnP, Natal, RN, Brasil

Palavras-chave:

Endodontia, Canal Radicular, Perfuração.

RESUMO

Um dos acidentes mais comum na endodontia é a fratura de instrumentos endodônticos no interior dos sistemas de canais radiculares. A inabilidade do operador, uso repetido ou inadequado do instrumento, fadiga cíclica ou torção do instrumento pode provocar risco acrescido de fraturas. Os instrumentos fraturados no interior do sistema de canais radiculares não permitem por muitas vezes o acesso à região apical. Durante a manobra de remoção do instrumento fraturado, alguns acidentes podem acontecer, como a perfuração radicular em que é feita uma comunicação entre o canal radicular e tecidos periodontais. O prognóstico dos casos dependerá, sobretudo, se a perfuração foi selada com um material biocompatível, que além das propriedades físicas, permita o reparo dos tecidos próximos. O objetivo é relatar um caso clínico de remoção de lima fraturada, com posterior tratamento endodôntico e restaurador devolvendo estética e função ao incisivo lateral superior esquerdo. Considerando a complexidade do caso clínico, em que várias manobras foram realizadas para remoção do fragmento de lima. Portanto, pode-se afirmar que a realização de uma anamnese detalhada, um bom planejamento técnico operatório com recursos como uso de microscópio clínico operatório e ultrassom, em muito contribuíram para o bom andamento do tratamento e remoção do instrumento fraturado, devolvendo a função e estética do elemento dentário.

Keywords:

Endodontics, Root Canal, Perforation.

ABSTRACT

One of the most common accidents in endodontics is the fracture of endodontic instruments within the root canal systems. The operator's inability, repeated or inappropriate use of the instrument, cyclic fatigue or twisting of the instrument may cause an increased risk of fractures. Fractured instruments within the root canal often do not allow access to the apical region. During the maneuver to remove the fractured instrument, some accidents can happen, such as root perforation in which a communication is made between the root canal and periodontal tissues. The prognosis of the cases will depend, above all, if the perforation was sealed with a biocompatible material, which in addition to the physical properties, allows the repair of nearby tissues. The objective is to report a clinical case of removal of a fractured file, with subsequent endodontic and restorative treatment, returning aesthetics and function to the left upper lateral incisor. Considering the complexity of the clinical case, in which several maneuvers were performed to remove the file fragment. Therefore, it can be said that the performance of a detailed anamnesis, a good technical operative planning with resources such as the use of a clinical operating microscope and ultrasound, have greatly contributed to the smooth progress of the treatment and removal of the fractured instrument, returning the function and aesthetics of the dental element.

Autor Correspondente:

Esdras Gabriel Alves e Silva
Rua: Edu Chaves, 370/Apto 5, São Dimas
Cep: 58042-260- Piracicaba, São Paulo, Brasil
Telefone: +55 (84) 99657-7744
E-mail: esdras0702@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A instrumentação dos canais radiculares sem dúvida é uma das fases mais importantes do tratamento endodôntico e tem por objetivo promover a limpeza, eliminação de todos

os microorganismos, ampliação e modelagem dos sistemas de canais radiculares por meio do emprego de instrumentos endodônticos, de substâncias ou soluções químicas auxiliares^{1,2,3}. Durante o preparo químico-mecânico, a limpeza, ampliação e modelagem é lograda pela ação mecânica do

instrumento endodôntico junto às paredes internas do canal radicular principal, permitindo a confecção de um canal de formato cônico com o menor diâmetro apical e maior em nível coronário, ou seja, a forma final da instrumentação não deve alterar a forma original^{1,2,4}.

É de extrema importância que o profissional especializado tenha conhecimento minucioso da anatomia interna dos dentes, visto que existem variações como istmo, irregularidades, ramificações, curvaturas, canal oval ou achatado que dificultam o preparo do canal e contribuem para acidentes^{4,5}. Por isso, uma radiografia pré-operatória é sempre essencial, além do embasamento científico do profissional e experiência clínica para o conhecimento do diagnóstico e prognóstico das diversas complicações endodônticas que possam ocorrer durante o preparo químico-mecânico^{3,6}.

Os avanços tecnológicos têm permitido a confecção de instrumentos endodônticos com outras ligas metálicas, como as de níquel-titânio. Essa liga permite a obtenção de instrumentos com grande elasticidade e resistência a deformação plástica, facilitando o preparo e minimizando os acidentes durante o tratamento endodôntico^{7,8}.

A fratura de instrumento dentro do sistema de canais radiculares é indesejável e as complicações frustrantes, pois geralmente acontecem pelo uso incorreto ou excessivo do instrumento⁹. Os instrumentos endodônticos fraturam por mecanismos de torção e de fadiga cíclica. A fratura por torção ocorre quando a ponta, ou qualquer outra parte do instrumento, fica bloqueada no canal, enquanto o resto do instrumento continua a rodar até exceder o limite elástico do metal, causando deformação plástica seguida de fratura^{4,10}. Por outro lado, a fratura por fadiga cíclica é causada por repetidos ciclos de compressão e tensão na liga enquanto está rodando na área curva do canal^{3,6,8}.

Os instrumentos fraturados no interior do sistema de canais radiculares, muitas vezes, não permitem o acesso à região apical do dente diminuindo com isso o bom prognóstico do tratamento. Por essa razão, cada caso deve ser muito bem avaliado antes da sequência do procedimento que serão baseadas desde uma avaliação do tipo tamanho e acessibilidade do fragmento no interior do canal radicular e também, a análise da condição periapical e expectativa do paciente mediante o tratamento, analisando assim, os riscos e benefícios^{3,11,12}.

O protocolo a seguir diante de uma fratura de instrumento no canal radicular é avaliar cuidadosamente as opções de tentativas na remoção do instrumento ou pelo menos seu trespasse. Os recursos que podem ser utilizados para tal finalidade são: usar microscópio clínico operatório (D.F. Vasconcelos S/A, São Paulo/SP, Brasil, radiografias periapicais pela técnica de Clark, Tomografia computadorizada cone beam, ultrassom, dispositivo específico e instrumentos preparados. Para obter sucesso na execução dessas manobras alguns fatores devem ser analisados: o de localizar o fragmento, a amplitude e curvatura do canal, momento do preparo no qual ocorreu a fratura, destreza manual do operador e o material disponível¹. Contudo, se essas ações não foram bem aceitas ainda existe a possibilidade de tentar contornar o instrumento ou preparar o canal radicular com instrumento fraturado².

RELATO DE CASO

Paciente D.S.L., 23 anos, sexo feminino, leuconerma, compareceu à clínica de odontologia da Universidade Potiguar (UnP) queixando-se de um escurecimento no elemento 22 (Figura. 1), porém, sem sintomatologia.

Durante anamnese a paciente declarou que não tinha nenhuma doença sistêmica ou infectocontagiosa. Relatou ainda, que havia iniciado o tratamento endodôntico fora da instituição UNP e que, durante o preparo químico-mecânico foi comunicada pelo cirurgião dentista sobre a fratura do instrumento no interior do canal radicular, lhe sendo proposto a extração do elemento dentário, para posteriormente reabilitação com implante.



Figura 1 – Radiografia Inicial



Figura 2 – Aspecto Clínico Inicial

Ao exame clínico, observou-se um discreto escurecimento do elemento dentário 22, ausência de fístula, mobilidade grau I e/ou dor. Para melhor diagnóstico e planejamento, após exame radiográfico, observou a presença de um instrumento fraturado, compatível com lima de diâmetro Kerr #15 (Dentsply Sirona Ballaigues, Suíça), no

terço médio da raiz do incisivo lateral superior esquerdo (22) e discreto espessamento apical (figura 1).

Antes de iniciar os procedimentos técnicos endodônticos, foi explicado a paciente sobre os riscos e complicações que podiam acontecer na tentativa de transpasse ou retirada do instrumento fraturado, sendo, então, apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que foi lido e assinado pela paciente concordando com a terapia proposta.

Na primeira consulta, foi realizada odontometria pela técnica de ingre para determinação do comprimento de trabalho provisório (CTP), assim como, a verificação da extensão e localização da lima no canal radicular. A primeira manobra técnica para a retirada da lima foi o transpasse do instrumento com limas especiais tipo K-files #06, #08 e #10 (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça) com auxílio do microscópio clínico operatório (D.F. Vasconcellos S/A, São Paulo/SP, Brasil).

Para auxiliar na retirada do instrumento foi usado além do microscópio, insertos ultrassônicos na tentativa de remover a lima do canal radicular, porém, como a lima fraturada estava em terço médio a ponta do ultrassom Perio E (Saevo, São Paulo/SP, Brasil) não alcançou a região desejada.

Durante manobra de transpasse com lima tipo K-files (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça), ocorreu um desgaste excessivo resultando em uma perfuração radicular, o qual foi sugerido através de radiografia periapical. Então, para facilitar o planejamento, verificar real localização da lima e perfuração do canal foi solicitada uma tomografia computadorizada cone beam (i-CAT, Imaging Sciences International, Hatfield, PA, USA) para análise 3D da estrutura do canal radicular analisada pelo corte sagital (figura 3).



Figura 3– Insertos Ultrassônicos Utilizado



Figura 4 – Manobra de Remoção



Figura 5 – TC para confirmação de perfuração radicular.

Com auxílio do microscópio clínico operatório (DF Vasconcellos, São Paulo/SP, Brasil), lima especial tipo Kerr #15 (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça) e pontas de ultrassom E4T, Endo 5 e E6D (Helse Ultrasonic, São Paulo/SP, Brasil) (figura 3) ocorreu a retirada do fragmento de lima do interior do canal, a mesma tinha diâmetro compatível de uma lima K #15 e 3mm comprimento, como mostra a figura 6.

Após a retirada do fragmento, foi realizada uma nova tomada radiográfica para determinação do comprimento real do dente (CRD) (Figura 7) e determinação

do comprimento real de trabalho (CRT), e confirmada pelo localizador eletrônico foramina x (Novapex, Forum technologies, Rishon le-zion, Israel) que foi de 23mm. Com a obtenção da lima anatômica inicial K #25 (figura 8) iniciou-se a instrumentação do canal radicular.



Figura 6 – Instrumento removido



Figura 7 – Radiografia do canal radicular desobstruído



Figura 8 – Odontometria Radiográfica

O preparo biomecânico foi realizado com limas Reciproc R25, R40 e R50 (VDW, Munich, Germany) correspondente ao diâmetro de 3 limas subsequentes ao diâmetro inicial do forame apical (LAF), com auxílio do aparelho eletromecânico de instrumentação rotatória X-Smart Plus (DentsplySirona/Ballaigues, Suíça). O protocolo de instrumentação seguido foi o mesmo recomendado pelo fabricante. Durante todo preparo foi utilizada como solução irrigadora o hipoclorito de sódio a 2,5% com auxílio de seringa descartável (Injex indústrias cirúrgicas, São Paulo/SP, Brasil) de 5ml e agulhas Navitip (Ultradent, São Paulo/ SP, Brasil). Após preparo biomecânico realizou-se irrigação final com EDTA a 17% por 3min, seguido de irrigação com soro fisiológico e secagem do canal com ponta de papel absorvente (VDW, Munich, Germany) equivalente ao último instrumento utilizado no CRT. Ao observar ausência de sangramento, o desvio foi irrigado com soro fisiológico e posteriormente seco com cone de papel absorvente para adaptação do Agregado Trióxido Mineral (Angelus, Londrina-PR, Brasil) com o instrumento adaptador de MTA (Angelus, Londrina-PR, Brasil). Para confirmação da adaptação e selamento do desvio foi realizada radiografia periapical, como também, nova tomografia computadorizada cone beam (i-CAT, Imaging Sciences International, Hatfield, PA, USA), a análise foi analisada pelo corte sagital das imagens (Figura 10).

Para obturação do canal radicular foi realizada a técnica da compressão hidráulica vertical e o cone de gutapercha selecionado foi do próprio sistema Reciproc® compatível com o último instrumento (DentsplySirona, Ballaigues, Suíça),

compatível com o calibre da última lima utilizada no CRT (figura 8). O cimento endodôntico utilizado foi o Endofill (DentsplySirona,, Ballaigues, Suíça), o qual foi manipulado na proporção de 1:1 seguindo orientação do fabricante. Com lima K# 30 o cimento foi levado ao canal e o cone principal, envolto no cimento, foi inserido no CRT. Para análise da qualidade da obturação uma radiografia periapical foi realizada, após constatação de uma obturação homogênea e sem bolhas foi realizado o corte do cone com calcador de Paiva aquecido em lamparina a álcool e condensação vertical com calcador de Paiva n 1, 2 e 3 (Golgran) frio com pressão por 10 segundos.



Figura 9 – Corte coronal da tomografia computadorizada cone beam do selamento radicular.

Com o canal radicular obturado, desvio vestibular preenchido foi então colocado 2mm de Coltosol (Vigodent, Coltene, Rio de Janeiro, RJ) na embocadura do canal, e no local da perfuração, aplicação de ácido fosfórico (FGM, dental group) 37% por 15 segundos em toda a cavidade, adesivo 3M (3M Dental Product, St Paul, USA) e aproximadamente 3mm de resina fotopolimerizável Z250 (3M Dental Products ST Paul, USA). O clareamento não foi executado porque a paciente ficou satisfeita com o resultado após restauração. A primeira proervação do tratamento foi agendada com 3 meses e a paciente informada sobre a importância do seu comparecimento neste período para acompanhamento e análise do tratamento executado.



Figura 10 – Aspecto Clínico final



Figura 11 – Radiografia final

DISCUSSÃO

O sucesso de um tratamento endodôntico está diretamente relacionado com a realização de um acurado exame do paciente, anamnese detalhada, diagnóstico preciso e um planejamento abrangente para estabelecer o plano de tratamento mais adequado².

Na anamnese e exame radiográfico, foi constatado que a paciente apresentava um instrumento fraturado no interior do canal radicular do elemento 22, sendo imediatamente comunicada sobre possíveis complicações ao tentar passar ou retirar o fragmento de lima. A frequência de instrumentos endodônticos fraturados no interior dos canais radiculares varia de 2 a 6% e o sucesso na remoção tem sido reportado variando de 55 a 79% dos casos ¹.

Fratura de instrumentos de aço inoxidável está geralmente associado com uso excessivo e é precedido por distorção, enquanto em instrumentos de Níquel-titânio pode ocorrer sem aviso prévio ^{14,15}. A torção ocorre quando a ponta do instrumento trava no canal e o seu corpo continua em movimento, posteriormente a fratura ocorre quando o limite elástico da lima é excedido. A fadiga por flexão ocorre quando o instrumento gira em pontos curvos do canal gerando uma grande tensão e compressão, e, assim, levando a fratura da lima ^{16,17}.

Após concordar, foi planejado como estratégia o transpasse com limas especiais, K#06, #08 e #10 (DentsplaySirona, Ballaigues, Suíça) e Hedstroen (DentsplaySirona), Ballaigues, Suíça), associado ao microscópio e pontas de ultrassom, corroborando com Maderati et al¹, no qual afirma que o protocolo diante de uma fratura de instrumento no canal radicular é avaliar cuidadosamente as opções de tentativas na remoção do instrumento ou pelo menos seu transpasse. Os recursos que podem ser utilizados para tal finalidade são: usar o microscópio clínico operatório (D.F. Vasconcellos S/A, São Paulo/SP, Brasil, radiografias periapicais pea técnica de clark, tomografia computadorizada cone beam ultrassom, dispositivo específico e instrumentos preparados ¹⁷.

Segundo Kim et al¹³, o microscópio operatório (M.O) na endodontia é usado com intuito de permite grande iluminação e melhor visualização do campo operatório porque possui alta magnificação, necessária para auxiliar na localização de canais calcificados, detectar micro fraturas, identificar istmos, interpretar as complexidades do sistema de canais radiculares, auxiliar na remoção de núcleos e instrumentos fraturados, muitas vezes não perceptível a olho nú ¹⁶. A magnificação odontológica com o emprego do M.O. promoveu um refinamento das técnicas operatórias, nas quais a acuidade visual é qualificada e aperfeiçoada, realizando procedimentos mais seguros e precisos ¹⁷.

Além disso, um recurso bastante utilizado diante de uma fratura de instrumento é o emprego do ultrassom, na qual pode ser útil para superar essa complicação, havendo muitas pontas disponíveis em diferentes formas, comprimentos e angulações. As pontas ultrassônicas garantem uma grande precisão de corte e uma boa visibilidade do campo operatório ⁸. Segundo Felício ¹⁶, o dispositivo ultrassônico junto com as pontas endodônticas pode ser utilizado na tentativa de remoção do instrumento fraturado devido ao fato das ondas produzidas por ele destravar ou destruir o corpo estranho sem desgaste excessivo de estrutura dentária, além de reduzir o tempo de trabalho ¹⁹.

No presente caso clínico, durante manobra de transpasse da lima, com limas manuais, houve o desvio

com comunicação do canal para vestibular. As perfurações representam um dos mais desagradáveis acidentes que podem ocorrer durante o tratamento endodôntico, ou mesmo, na tentativa de transpasse do instrumento. Para Al-Fouzan ¹⁹ esse tipo de acidente técnico tem ocupado o segundo lugar nas causas mais comuns de tratamento endodôntico.

Elas comprometem o prognóstico do tratamento, além de ser um grande desafio para os mais experientes endodontistas e clínicos ¹⁹. Para melhor planejamento foi solicitada uma Tomografia Computadorizada cone Beam (TCCB), pois fornece imagens com maior detalhamento e em três dimensões (3D), uma vez que as radiografias periapicais apresentam sobreposição de imagens e podem ter como resultado distorções geométricas que ocorrem por aumentar ou diminuir a angulação vertical reduzindo ou aumentando o comprimento radicular, podendo resultar no desaparecimento de lesões perirradiculares ²⁰.

Patel et al ²¹, mostraram a eficácia da TCCB no diagnóstico, avaliação e planejamento endodôntico. Com as imagens puderam avaliar a posição e a profundidade de limas fraturadas, corpos estranhos e fraturas dentais em relação aos canais radiculares.

Como conduta para tratamento da perfuração foi planejado aplicação de Agregado Trióxido Mineral (MTA) como material de escolha, uma vez que é biocompatível, atóxico, insolúvel aos fluidos teciduais, bactericida e capaz de promover reparação dos tecidos perirradiculares ¹¹. Vários estudos têm demonstrado a excelente habilidade seladora, como em tampão apical, nos casos de rizogênese incompleta e cervical, nos casos de clareamento interno, além de selamento para perfurações radiculares e biocompatibilidade ^{4,11}.

O preparo químico-mecânico do elemento 22 foi realizado com limas de Níquel-titânio do sistema Recipro® (VDW, Munich, Germany) com abundante irrigação com hipoclorito a 2,5%. O hipoclorito de sódio 2,5% foi escolhido como solução irrigadora devido a boa capacidade de dissolução de matéria orgânica ^{18,22}.

A introdução de instrumentos rotatórios de Níquel-titânio causou uma mudança significativa no preparo do sistemas de canais radiculares ⁹. Entre suas vantagens o aumento de flexibilidade, melhoria da forma dos canais preparados, menor extrusão de material e menor tempo de tratamento ^{6,22}. Durante e após o preparo biomecânico se faz necessário o uso de substâncias no interior do canal radicular com objetivo de destruir alguns microrganismos que sobreviveram ao preparo químico mecânico.

Muitas fraturas e perfurações podem ser evitadas, se os profissionais seguirem um protocolo de atendimento e uso de instrumentos. Dentre as recomendações, pode-se citar: realizar um treinamento prévio em laboratórios com dentes extraídos, dominar as técnicas de instrumentação, usar os instrumentos de acordo com as recomendações do fabricante, controlar o número de usos dos instrumentos rotatórios e observar alguma deformação, além de selecionar casos compatíveis com o nível de desgaste das limas ^{1,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à complexidade do caso clínico, foram necessárias várias manobras para o resultado desejado, pois para remover o fragmento de lima deve existir um bom planejamento e execução do cirurgião dentista. Portanto, pode-se afirmar, que a realização de uma anamnese detalhada, um bom planejamento técnico operatório com recursos como uso de microscópio clínico operatório e ultrassom, contribuí bastante para o bom andamento do tratamento e remoção do instrumento fraturado. Devolvendo assim, a função, a estética do elemento dentário e proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (número de financiamento: 2015 / 23479-5), CNPQQ (número de financiamento: 308162 / 2014-5) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Código Financeiro 001 da CAPES.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores negam conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madarati AA, Hunter MJ, Dummer PM. Management of intracanal separated instruments. *J Endod.* 2013;39(5):569-81.
2. Shen Y, Zhou HM, Zheng YF, Peng B, Haapasalo M. Current challenges and concepts of the thermomechanical treatment of nickel-titanium instruments. *J Endod.* 2013;39(2):163-172.
3. Souza Filho, FJ. *Endodontia Passo a Passo: evidências clínicas.* São Paulo: Artes médicas. 2015;159-165.
4. De-Deus G, Souza EM, Barino B, Maia J, Zamolyi RQ, Reis C, et al. The self-adjusting file optimizes debridement quality in oval-shaped root canals. *J Endod.* 2011;37(1):701-5.
5. De-Deus G, Silva EJ, Vieira VT, Belladonna FG, Nelson Elias C, Plotino G, et al. Blue thermomechanical treatment optimizes fatigue resistance and flexibility of the Reciproc files. *J Endod.* 2017;43(3):462-66.
6. Lopes HP & Siqueira JF. *Endodontia: Biologia e Técnica.* 2ª. ed. Rio de Janeiro. Ed. Medsi-Guanabara Koogan S. A. 2004.
7. Kaval ME, Capar ID, Ertas H. Evaluation of the cyclic fatigue and torsional resistance of novel nickel-titanium rotary files with various alloy properties. *J Endod.* 2017;42(12):1840-1843.
8. Klymus ME, Alcalde MP, Vivan RR, Só MVR, de-Vasconcelos BC, Duarte MAH. Effect of temperature on the cyclic fatigue resistance of thermally treated reciprocating instruments. *Clin Oral Investig.* 2019;23(7):3047-52

9. Al-Fouzan K. Incidence of rotary ProFile instrument fracture and the potential for bypassing in vivo. *International Endodontic Journal.* 2003;36(2): 864-7.
10. Suter B, Lussi A, Sequeira P. Probability of removing fractured instruments from root canals. *Int Endod J.* 2005;38(2):112-23.
11. Hieawy A, Haapasalo M, Zhou H, Wang ZJ, Shen Y. Phase transformation behavior and resistance to bending and cyclic fatigue of ProTaper Gold and ProTaper Universal instruments. *J Endod.* 2015;41(7):1134-1138.
12. Estrela C, Bueno MR, Leles CR, Azevedo B, Azevedo JR. Accuracy of cone beam computed tomography and panoramic and periapical radiography for detection of apical periodontitis. *J Endod.* 2008;34(3):273-9.
13. Kim, S. e Krachtman, S. I. (2006). *Modern Endodontic Surgery Concepts and Practice: A Review.* *Journal of Endodontics.* 2006;32(1):601-623.
14. Liu SB, Fan B, Cheung GS et al. Cleaning effectiveness and shaping ability of rotary ProTaper compared with rotary GT and manual K-Flexofile. *Am J Dent.* 2006;19(6):353-8.
15. Feixe, LM; Boinjink, D; Ferreira, R; Wagner, MH; Barletta, FB. Microscópio operatório na endodontia: magnificação visual e luminosidade. *RSBO (Online).* 2010;7(3):340-48.
16. Felício, Ana Sofia Alves. *Ultrassons em Endodontia.* 2016. 76 f. Tese (Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016
17. Nóbrega LMM, Gadê-Neto CR, Carvalho RA, Dametto FR, Maia CADM. Avaliação in vitro da transposição de obstruções da embocadura de canais radiculares com e sem auxílio do microscópio clínico operatório. *Brazilian Dental Science.* 2008;11(4):56-63.
18. Ferraz CC, Gomes NV, Gomes BP, Zaia AA, Teixeira FB, Souza Filho FJ. Apical extrusion of debris and irrigants using two hand and three engine driven instrumentation techniques. *Int Endod J.* 2001;34(5): 354-8.
19. Al-Fouzan K. Incidence of rotary ProFile instrument fracture and the potential for bypassing in vivo. *International Endodontic Journal.* 2003;36(1):864-7.
20. White SC, Pharoah MJ. *Radiologia Oral: Princípios e Interpretação.* 5 ed. St. Louis: Mosby; 2007.
21. Patel S, Dawood A, Whaites E, Ford TP. Detection of periapical defects in human jaws using cone beam computed tomography and intraoral radiography. *Int Endod J.* 2009;42(6):507-15
22. Gergi R, Rjeily JA, Sader J, Naaman A. Comparison of canal transportation and centering ability of twisted files, Pathfile-ProTaper system, and stainless steel hand K-files by using computed tomography. *J Endod.* 2010;36(5):904-7

RECONSTRUÇÃO DE SEQUELA DE FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL

RECOVERY OF NASO-ORBIT-ETHMOIDAL FRACTURE SEQUEL

Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves¹, Demóstenes Alves Diniz², Jessica da Silva Cunha², Rosa Rayanne Lins de Souza², Caio Cesar Gonçalves Silva¹, Fernando Antônio Cardoso Maciel³, Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos⁴.

1 – Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

2 – Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (HR/FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

3 – Preceptor do Programa de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração. Recife, Pernambuco, Brasil.

4 – Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Chefe do Programa de residência do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital da Restauração (HR/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

Palavras-chave:

Fixação interna de fraturas, Traumatismo da região frontal, Tratamento.

Keywords:

Internal fixation of fractures, Frontal Injury, Treatment.

RESUMO

Devido à complexa e delicada estrutura dos ossos que compõem a face, sua localização e a intensidade das injúrias sofridas, o reparo das fraturas pode ser um grande desafio. O tratamento das fraturas naso-órbito-etmoidal (NOE) visa restaurar adequadamente a arquitetura do osso frontal, a correta distância intercantal entre as comissuras palpebrais mediais, a projeção do dorso nasal, o nivelamento do globo ocular, além da relação de drenagem do seio frontal pelo ducto frontonasal. Este trabalho objetiva expor um relato de caso clínico de reconstrução de seqüela de fratura NOE para discussão do manejo clínico-cirúrgico de tais casos com melhor repercussão pós-operatória. O avanço nas técnicas cirúrgicas, a Tomografia Computadorizada, os materiais de osteossíntese atuais e a experiência coletiva dos cirurgiões, têm contribuído para a redução das seqüelas resultantes das fraturas NOE, oferecendo um resultado mais previsível, porém, quando elas ocorrem, é possível a partir de um correto planejamento devolver a estética e correta funcionalidade ao paciente.

ABSTRACT

Due to the complex and delicate structure of the bones that build the face, its location and the intensity of the injuries suffered, fracture repair can be a great challenge. The treatment of naso-orbitoethmoid (NOE) fractures aims to adequately restore the frontal bone structure, the correct intercanthal distance between the medial commissures, the projection of the dorsum nasi, the leveling of the eyeball and the correlation of the frontal sinus drainage through the frontonasal duct. This study aims to expose a case report of the reconstruction of a NOE fracture sequelae in order to discuss the clinical and surgical management of such cases with better postoperative repercussion. Advances in surgical techniques, computed tomography, current osteosynthesis materials and surgeons' collective experience, have all contributed to the reduction of sequelae results from NOE fractures, providing a more predictable outcome. Thus when they occur, it is possible through a proper planning, restore the aesthetics and correct functionality to the patient.

Autor Correspondente:

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos, DDS, MSc, PhD.
Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco.
Rua Arnóbio Marquês, 310, Santo Amaro, Recife, Pernambuco, Brasil, 50100-130.
Telefone: (81) 988868677
E-mail: belmirovasconcelos@gmail.com

INTRODUÇÃO

Devido a sua posição exposta na face, o complexo naso-órbito-etmoidal (NOE) frequentemente é fraturado, representando um desafio cirúrgico, principalmente quando a reconstrução é realizada de forma tardia. Essas fraturas são comumente causadas por acidentes automobilísticos, desportivos, quedas, agressões interpessoais, entre outros^{1,2}.

Para correto diagnóstico, o cirurgião Buco-Maxilo-Facial deve apresentar um amplo conhecimento da anatomia que envolve essa região, proporcionando assim resultados

finais mais satisfatórios. Esse complexo é formado pelo crânio, nariz, órbita e maxila. Sendo assim, essas lesões podem estar associadas a outras fraturas do terço médio da face e merecem atenção, pois pode ocorrer comprometimento do sistema nervoso central, danos oftalmológicos e do sistema de drenagem lacrimal³.

Os achados clínicos mais comumente presentes em pacientes com seqüelas de fratura NOE são afundamento em dorso nasal, telecanto traumático, distopia ocular, enoftalmia, diplopia, epífora, dacriocistite, liquorrinorréia, síndrome da fissura orbitária superior e do ápice da órbita. Os exames

complementares como as tomografias computadorizadas com cortes axial e coronal são imprescindíveis para uma investigação mais adequada sempre que houver suspeita dessas fraturas^{4,5}.

Para facilitar a classificação de fraturas NOE, em 1991 surgiu um sistema de organização para essas lesões, levando em consideração o fragmento central e o ligamento cantal medial. No tipo I, há apenas um único fragmento central com o ligamento cantal inserido; no tipo II, há o fragmento central cominuído, porém ainda anexado ao fragmento ósseo e o tipo III, no qual o fragmento central está cominuído e há descolamento do ligamento cantal medial. Essa informação é extremamente importante, pois a fixação do tendão cantal medial promove melhores resultados estéticos^{2,3}.

O manejo apropriado dessas fraturas visa à correção funcional, repercutindo no resultado estético. O reparo cirúrgico é baseado em fundamentos que abrangem a intervenção cirúrgica precoce, ampla exposição, redução óssea anatômica e fixação interna rígida³. A incisão coronal é normalmente o acesso escolhido para abordagem do complexo NOE, visto que permite exposição óssea ampla^{6,7}.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reconstrução tardia de seqüela de fratura naso-órbito-etmoidal, visando reportar o correto manejo dessas lesões, bem como alertar que tratamentos tardios resultam em seqüelas de difícil resolução.

RELATO DE CASO

Paciente J.A.S.F., gênero masculino, 41 anos de idade, melanoderma, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração, Recife-PE, com história de acidente ciclístico há 10 anos evoluindo com seqüela de fratura naso-órbito-etmoidal. O paciente já havia sido submetido a procedimento cirúrgico para reconstrução de NOE, porém evoluía com queixa estética em região de dorso nasal. Ao exame físico, apresentava afundamento e desvio de dorso nasal, com presença de fístula em tecido mole associado ao material de síntese. O mesmo não relatava queixa visual, respiratória ou histórico de drenagem de líquido cefalorraquidiano (Figura 1 A-C).

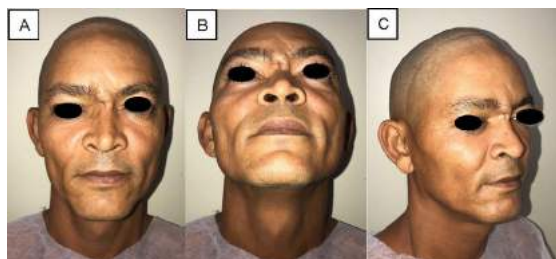


Figura 1 – A: Vista frontal evidenciando afundamento e desvio de dorso nasal. B: Vista axial. C: Vista 45° à direita.

O exame de imagem (Tomografia computadorizada de face) evidenciava presença de tela de titânio 1.5mm em região frontal e de ossos próprios do nariz, entretanto, a tela se apresentava mal adaptada em região nasal (Figura 2).



Figura 2 – Tomografia Computadorizada de face evidenciando presença de tela de titânio em região frontal e dorso nasal.

Foi realizado então procedimento cirúrgico sob anestesia geral e intubação oraltraqueal. O acesso bicoronal foi preconizado, visto que o paciente já apresentava cicatriz do procedimento prévio. O material de síntese pré-existente foi removido e prosseguiu-se com a limpeza cirúrgica (Figura 3A-C).

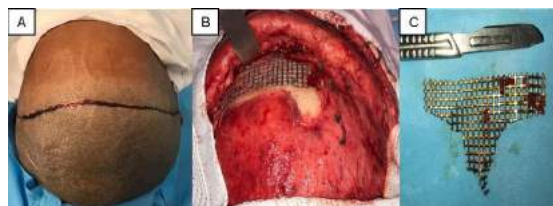


Figura 3 – A: Acesso bicoronal. B: Tela de titânio exposta. C: Remoção da tela de titânio 1.5mm.

Nova tela de titânio em região NOE foi instalada, oferecendo melhor projeção óssea e contorno estético mais satisfatório, bem como a realização da remoção da fístula associada a pele para melhora do aspecto do tecido mole (Figura 4).

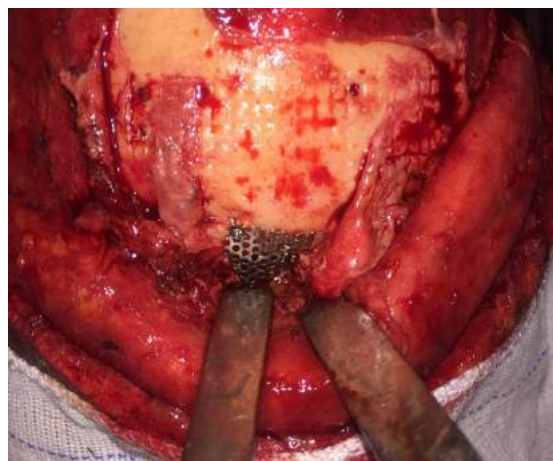


Figura 4 – Instalação de nova tela de titânio em dorso nasal.

Dreno a vácuo foi instalado para a prevenção de formação de hematoma e foi removido no terceiro dia de pós-operatório, quando o débito foi de 10 ml de sangue. O paciente foi mantido na enfermaria por mais sete dias para profilaxia antibiótica com Ceftriaxona e Oxacilina endovenosa, sob orientação da equipe da neurocirurgia do hospital. Tomografia computadorizada de face controle foi realizada evidenciando melhor adaptação do material de síntese (Figura 5).

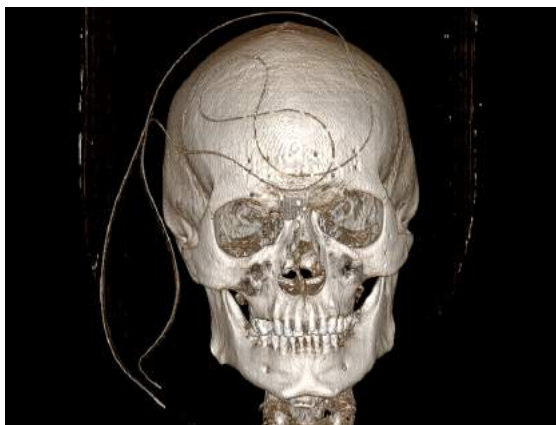


Figura 5 – Tomografia computadorizada de face pós-operatória evidenciando boa adaptação da nova tela de titânio em dorso nasal e presença de drenos mantidos em posição.

O paciente segue em acompanhamento ambulatorial de 01 ano, evidenciando melhora da projeção do dorso nasal, sem queixa estética, sem déficit sensorial ou motor (Figura 6A-B).



Figura 6 – **A:** Vista frontal evidenciando boa projeção do dorso nasal. **B:** Vista 45° à direita.

DISCUSSÃO

As fraturas NOE envolvem o centro superior e médio da face e são injúrias de difíceis diagnósticos e terapêuticas. Entender a complicada anatomia dessa região permite ao cirurgião diagnosticar e reparar adequadamente as várias fraturas e lesões que podem ocorrer. O resultado estético deve ser avaliado no pós-operatório e inclui avaliação do ângulo nasofrontal, projeção nasal e distância intercantal⁸. Como disposto no caso

relatado, o difícil manejo desses tipos de fraturas associado à falta de conhecimento apropriado de suas particularidades pode acarretar em má condução do caso e, conseqüentemente, findar em sequelas indesejadas.

O tratamento das fraturas NOE visa à restauração adequada da arquitetura do osso frontal, da distância intercantal, manutenção do sistema de drenagem lacrimal e restauração da estética facial. Para fraturas deslocadas de forma mais significativa, a opção de um enxerto de sobreposição ou redução aberta com materiais de osteossíntese podem ser aplicadas. Materiais de preenchimento e de fixação, como polietileno poroso, metil metacrilato ou malha de titânio também podem ser colocados^{8,9}. No caso clínico abordado, na cirurgia prévia realizada, devido à complexidade da fratura, foi optado por reconstruir a estrutura anterior da NOE (ossos nasais e estruturas associadas) com malha de titânio 1.5mm. Contudo, uma má adaptação do material reparador culminou em falha no reestabelecimento da projeção nasal, bem como na formação de espaço morto entre a malha e os remanescentes ósseos, com formação de tecido reacional e sua fistulização em dorso nasal; ocasionando problemas estéticos que tanto incomodavam o paciente.

O acesso cirúrgico utilizado no presente estudo foi o bicoronal, sendo indispensável no manejo de traumas craniofaciais complexos, como fraturas NOE, pois permite um campo cirúrgico mais amplo das estruturas anatômicas envolvidas, facilitando a redução e fixação das fraturas. Ele proporciona uma cicatriz praticamente imperceptível, embora também possua algumas desvantagens, como hipestesia, lesão ao nervo facial e alopecia¹¹. Dentre todas as suas vantagens, a escolha do acesso também levou em consideração a cicatriz pré-existente referente à incisão realizada no procedimento primário.

Com a devida visualização do defeito, foi removida a reconstrução inicial, limpeza da estrutura e remoção do tecido infectado, bem como instalação de uma nova tela de titânio 1.5mm, com melhor contorno e adaptação¹⁰. No caso relatado, optou-se pela utilização de tela de titânio, com o intuito de estabelecer o contorno craniofacial adequado, reestabelecendo a função e estética do paciente, considerando-se o fácil manuseio do material e sua biocompatibilidade.

O uso de drenos no pós-operatório fica indicado quando houver grande capacidade de acúmulo de líquidos e secreções em cavidades e/ou espaços mortos. No caso de cavidades, indica-se o uso de drenos de aspiração com sistema de drenagem fechado, como o Portovac¹². Contemplando a extensão do acesso cirúrgico e sua capacidade de acumular sangue em seu interior, foi decidido pela instalação de um dreno Portovac, mantido por 36 horas, até que drenasse menos de 50ml/dia.

Devido à extensão do dano, sua proximidade com estruturas sinusais e a capacidade de acúmulo de sangue, optou-se por lançar mão de profilaxia antibiótica de amplo espectro, com o uso de Ceftriaxona associada à Oxacilina endovenosas, durante 07 dias, cobrindo os possíveis contaminantes desta região, Estafilococos e Estreptococos¹³. Dessa forma, fica claro que um cuidadoso pós-operatório e acompanhamento ambulatorial permite melhores resultados clínicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contemplando a anatomia, os padrões de estética, a técnica cirúrgica e os cuidados pós-operatórios com cautela e minúcia, é possível a obtenção de resultados harmônicos e satisfatórios na abordagem das fraturas naso-órbito-etmoidal.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Órgão de Fomento Brasileiro Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Hospital da Restauração da cidade do Recife.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Este trabalho recebeu apoio financeiro da agência de fomento brasileira Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinki. O consentimento por escrito do paciente foi obtido para a publicação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Vora NM, Fedok FG. Management of the Central Nasal Support Complex in Naso-orbital Ethmoid Fractures. *Facial Plastic Surgery* 2000; 16 (2):181-91.
2. Melo MFS, Zanettini LMS, Lukschal LF, Silveira RL, Amaral MBF. Correction of fronto-naso-orbital-ethmoid fractures: surgical steps for aesthetic outcome. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* 2015; 15 (1):33-40.
3. Fonseca RJ, Walker RV, Barber HD, Powers MP, Frost DE. *Oral and Maxillofacial trauma*. 4ed. Philadelphia: Saunders, 2015; p. 912.
4. Elbarbary AS, Ali A. Medial canthopexy of old unrepaired naso-orbito-ethmoidal (noe) traumatic telecanthus. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 2014;42 (2):106-112.
5. Pawar SS, Rhee JS. Frontal sinus and naso-orbital-ethmoid fractures. *JAMA Facial Plast Surg* 2014;16 (4): 284-9.
6. Arora R, Rao S, Rao S, Nagarkar NM. Transnasal Stabilization in Naso-orbito-ethmoid Fractures: The Easy Way!. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;69 (2):248-251.
7. Hage CA, Melo RB, Xavier TB, Silva RLQ, Fonseca TS, Cunha Junior CAC. Reconstrução cirúrgica tardia de fratura frontonaso-órbito-etmoidal. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* 2017;18 (1):63-6.
8. Guy WM, Brissett AE. Contemporary management of traumatic fractures of the frontal sinus. *Otolaryngol Clin North Am*. 2013;46(5):733- 48.
9. Uzelac A, Gean AD. Orbital and Facial Fractures. *Neuroimag Clin*. 2014;24 (3):407- 424.
10. Greene AK, Warren SM, McCarthy JG. Onlay frontal cranioplasty using wire reinforced methyl methacrylate. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2008; 36 (3):138-142.
11. Ellis III E. Sequencing Treatment for Naso-orbito-ethmoid Fractures. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51(5) 543-558.
12. Almeida RC, Souza PA, Santana RF, Luna AF. Intervenção de enfermagem: cuidados com dreno torácico em adultos no pós-operatório. *REV RENE* 2018;19: e3332.
13. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surg* 2017;152(8):784-791.

REANATOMIZAÇÃO ESTÉTICA- RELATO DE CASO CLÍNICO

AESTHETIC REANATOMIZATION - CLINICAL CASE REPORT

Tamires Souza Azevedo¹, Tatiane Ilhéu Souza², Alessandra Pereira de Andrade³, Valdinéia Maria Tognetti⁴.

1 – Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco- USF/ campus Bragança Paulista- SP

2 – Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco- USF/ campus Bragança Paulista- SP

3 – Mestre do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco-USF/ campus Bragança Paulista- SP

4 – Mestre Doutora do Curso de Odontologia da Universidade São Francisco-USF/ campus Bragança Paulista- SP

Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia, Universidade São Francisco-2019

Palavras-chave:

Dentística operatória, Diastema, Estética dentária, Laminados, Resinas compostas.

Keywords:

Operative dentistry, Diastema, Dental aesthetics, Laminate, Composite Resins.

RESUMO

A estética dentária possui grande influência na vida pessoal e social dos indivíduos em geral. Qualquer característica diferente da considerada normal é vista pela sociedade como algo antiestético. O diastema interincisivo é considerado uma alteração comum na cavidade bucal, às vezes persistindo mesmo após o uso de aparelho ortodôntico. Este trabalho apresenta, através de um estudo de caso clínico, a atuação da dentística restauradora para o fechamento dos diastemas entre os incisivos laterais superiores 12 e 22, buscando devolver a estética, forma e função ao paciente.

ABSTRACT

The dental esthetics has a great influence in personal and social life of individuals in general. Any characteristic considered different from normal is seen by society as something anti-aesthetic. The interincisal diastema is considered a common alteration of buccal cavity, sometimes persists even after braces. This work presents, through a clinic case study, the restorative dentistry role for closing the diastema between the maxillary lateral incisors 12 and 22, working for giving back the aesthetic, shape and function to patient.

Autor Correspondente:

Tamires Souza Azevedo
Rua Monaco, nº 235, Bairro Jardim Europa.
Extrema- MG. CEP: 37640-000
E-mail: ta.mires12@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, percebe-se que a questão estética vem sendo cada vez mais requisitada pelos pacientes em geral, o que faz com que busquem a intervenção ortodôntica ou restauradora para a correção de alterações que os incomodam. Uma delas é o diastema interdental¹.

Normalmente, na fase adulta, não se encontra na arcada dentária a presença de espaços interdentais. O diastema é algo comum na dentição decídua, que precisará reservar esse espaço para quando houver a troca para a dentição permanente. Sendo assim, espera-se que esses diastemas sejam naturalmente resolvidos. Por outro lado, na dentição permanente, trata-se de uma má oclusão considerada antiestética e uma das alterações que mais incomoda os pacientes^{2,3}.

Nesses casos, torna-se necessário algum tipo de intervenção. Sendo assim, é de extrema importância que haja o correto diagnóstico para que se descubra qual melhor forma de tratamento⁴.

Existem diversos fatores que podem resultar no aparecimento de diastemas na dentição permanente. Um deles é a discrepância de tamanho dentário. Para que essa discrepância seja avaliada, pode-se basear na teoria de Bolton. Essa teoria nos traz a possibilidade de planejamento do tratamento, fazendo com que no final se consiga obter uma oclusão ideal. Caso haja a discrepância descrita na teoria de

Bolton, será necessária a intervenção do profissional por meio do tratamento restaurador, fazendo a reanatomização desses dentes. Nesses casos, a ação multidisciplinar entre a ortodontia e a dentística ocorre para que o tratamento seja finalizado de forma correta, levando à estética desejada^{2,5,6}.

A dentística restauradora surge com diversas opções de materiais e técnicas para que as alterações possam ser solucionadas com mínimo ou nenhum desgaste do tecido dental hígido, tornando o procedimento mais conservador¹. Dentre as possibilidades de tratamento, pode-se citar a técnica de restauração indireta usando os laminados cerâmicos, mais conhecidos como "lentes de contato dental", e a técnica de restauração direta com uso da resina composta⁸.

Em relação à utilização da cerâmica, existem vantagens como sua excelente estética, longevidade e a mínima necessidade de desgaste dentário. Contudo ela apresenta como desvantagem uma técnica que exige maior tempo de trabalho para sua finalização, um maior custo e envolve o trabalho de terceiros⁸.

Já o tratamento restaurador com o método de restauração direta é uma ótima opção para o paciente por ter um baixo custo, apresentar uma maneira rápida e fácil de execução, além de ter a preservação da estrutura dentária, sem necessitar de trabalho laboratorial. Como desvantagens apresenta necessidade de maior destreza e habilidade do profissional que executa a técnica, possui

uma menor resistência ao desgaste, maior instabilidade de cor e menor longevidade^{7,9}.

Devido a todas vantagens e desvantagens encontradas nesses materiais, fica difícil definir qual a melhor técnica no caso de uma reanatomização. Sendo assim, é necessário que o profissional elabore um bom diagnóstico e plano de tratamento e, conjuntamente com o paciente, defina qual a melhor escolha.

Este trabalho tem por objetivo relatar através de um caso clínico a reanatomização dos dentes incisivos laterais superiores que apresentam diastema, utilizando a técnica de restauração direta com uso de sistema adesivo e resina composta.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente C.J.S., 37 anos, do sexo masculino, leucoderma, foi submetido ao tratamento ortodôntico na clínica de especialização em ortodontia da Universidade São Francisco, pois se queixava da estética de seus dentes que apresentavam diastema entre os elementos 12 e 22 (Figura 1-a, 1-b).

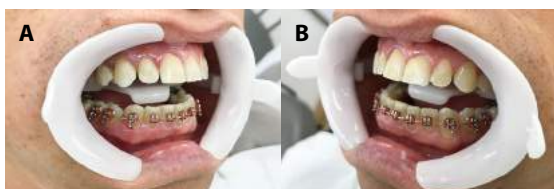


Figura 1-a, 1-b – Aspecto clínico inicial dos dentes 12 e 22

Após o tratamento ortodôntico finalizado, percebeu-se que o fechamento dos diastemas não seria possível ser solucionado apenas pela ortodontia. Sendo assim, a abordagem multidisciplinar foi necessária, havendo a intervenção da dentística para a reanatomização dos dentes, fazendo uma complementação do tratamento ortodôntico para promover ao paciente a estética final esperada.

Na primeira consulta, foram realizados o diagnóstico e o planejamento adequados para o caso. Foram feitas fotos intrabucais, profilaxia com pasta profilática (Herjos - Coltene, Suíça) e logo depois selecionada as cores através da escala de cores (Vita Classical- Wilcos, Alemanha), sendo necessária uma escolha de cor para o terço cervical, correspondente à cor A3, e outra para o terço incisal, correspondente à cor A1 (Figura 2-a). Nessa mesma consulta, foi realizada a moldagem da arcada superior com silicone de condensação (Zetaplus- Zhermack, Itália) para que fosse confeccionado o modelo de estudo.

No plano de tratamento, optou-se pela restauração em resina composta direta dos dentes 12 e 22, devolvendo o ponto de contato correto para a região e assim solucionando o problema do diastema. Essa foi à técnica de escolha, pois não há a necessidade de desgaste do tecido dental e é uma técnica rápida e que envolve baixo custo.

Com o modelo de estudo pronto, foi feito o enceramento dos dentes (Figura 2-b) e realizou-se o *mock up* com silicone de condensação (Zetaplus- Zhermack, Itália), esse *mock up* serviu como base para que fosse feita a restauração.

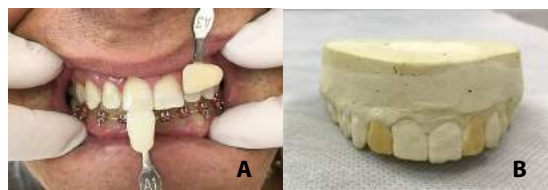


Figura 2- a – escolha da cor. Figura 2- b – Modelo de estudo com enceramento

Optou-se por fazer a restauração, primeiro do dente 12 e depois do dente 22. Para a restauração não foi necessário o desgaste dental. Foi realizado o isolamento relativo da área, logo após foi feito o condicionamento com ácido fosfórico 37% dos dentes 12 e 22 (Condac 37% FGM, Brasil) por 30 segundos, apenas em esmalte e logo em seguida foi feita a lavagem com jato de água e ar em conjunto. Os dentes foram submetidos ao sistema adesivo (Adesivo Adper Single Bond 2- 3M, Estados Unidos) aplicados com microbrush (cavibrush FGM, Brasil) e fotopolimerizados por 20 segundos.

A restauração foi realizada, utilizando o *mock up* como guia. Primeiro foram construídas a face mesial e distal cervical com resina composta nanohíbrida DA3 (Opallis-FGM, Brasil), fazendo uma camada fina na parede palatina seguida por resina composta nanohíbrida EA3 (Opallis- FGM, Brasil) no recobrimento final. Depois foi feita a construção da face mesial, distal e incisal com resina composta nanohíbrida DA1 (Opallis- FGM, Brasil), fazendo uma fina camada na parede palatina, seguida por resina composta nanohíbrida EA1 (Opallis- FGM, Brasil) confeccionando o recobrimento final (Figura 3). A resina composta foi adicionada seguindo o protocolo de inserção incremental e a fotopolimerização ocorreu após cada incremento adicionado (Figura 3-a e Figura 3-b). Foram utilizadas espátulas de inserção e escultura específicas para o trabalho (Espátula de titânio-Prisma, nº1, nº4 e nº3, Brasil). Durante todo processo de restauração, foi realizada a proteção do dente vizinho usando fita de PTFE- Politetrafluoretileno não sintetizada (Tigre, Brasil) e fita matriz de poliéster transparente (TDV, Brasil). Essa ordem de procedimento foi realizada tanto para o dente 12 quanto para o 22.



Figura 3- a – Inserção da Resina composta.

Figura 3- b – Fotopolimerização

Durante o procedimento, realizou a restauração do terço incisal do dente 21, que apresentava uma leve fratura. Esse dente também foi submetido a todos os passos anteriores, de condicionamento ácido, sistema adesivo e restauração com

resina composta nanohíbrida DA1 (Opallis- FGM, Brasil) para construção da parede palatina seguida pela cor EA1 (Opallis-FGM, Brasil) para o recobrimento final.

Para o acabamento e polimento das restaurações, foram utilizados discos de lixa de granulação média, fina e extrafina (TDV, Brasil), ponta abrasiva de silicone Optimize em forma de chama (TDV) e disco de feltro impregnado com pasta de polimento Polimax (TDV) (Figura 4).



Figura 4 – acabamento e polimento da restauração.

O procedimento foi realizado conforme o esperado, devolvendo ao paciente o sorriso harmônico e estético almejado (Figura 5- a,b,c).



Figura 5-a – aspecto final dente 12. **Figura 5-b** – aspecto final dente 22. **Figura 5-c** – aspecto final do sorriso do paciente.

DISCUSSÃO

A exigência estética pelos pacientes vem aumentando cada vez mais, pois a sociedade impõe que determinado padrão de beleza seja adotado. O mesmo acontece no que diz respeito à estética do sorriso. Como se é esperado com essa exigência estética, também surgem exigências quanto à durabilidade e qualidade das restaurações

e, com isso, espera-se que haja uma evolução tanto das técnicas de restauração quanto dos materiais utilizados⁸.

No mercado odontológico, existe um verdadeiro arsenal de materiais que podem ser adotados em inúmeros procedimentos restauradores e estéticos¹⁰. Dois materiais restauradores se destacam dentro da área odontológica, sendo esses a resina composta e a cerâmica. Cada qual traz consigo características e propriedades diferentes, fazendo com que seja necessário o correto planejamento do caso e que se avalie qual a melhor forma de reabilitação¹¹.

Quando se fala de mínima intervenção, logo se pensa em laminados cerâmicos. A técnica executada para esse tipo de reabilitação atrai pacientes e profissionais, pois possibilita a maior preservação do tecido dental, tem uma maior longevidade por conta de sua resistência à pressão e uma excelente estética, com aparência próxima ao dente natural. Principalmente por conta de sua técnica conservadora, causando pouco ou nenhum desgaste ao dente, esse material passa a ser o de escolha na maioria das restaurações¹²⁻¹⁴.

Os laminados cerâmicos possuem diversas classificações que foram sendo aperfeiçoadas com o passar do tempo. Essas alterações serviram para que houvesse o aprimoramento do material, aumentando o reforço de sua estrutura e sua propriedade óptica, a fim de que se tornasse o mais parecido possível com a estrutura dental natural¹⁴.

É extremamente importante que se conheçam as indicações e contraindicações para que a reabilitação com laminado cerâmico seja realizada. Todos esses fatores influenciarão no sucesso ou fracasso do tratamento¹⁶.

No que diz respeito às restaurações em resina composta, com o método de restauração direta, não é diferente. Para esse tipo de tratamento, também é necessário que haja o correto diagnóstico e planejamento, verificando que essa é a técnica correta a ser empregada no caso. A técnica direta também promete devolver ao paciente a estética e função esperada, porém conta com a necessidade de uma maior destreza manual do profissional e amplo conhecimento da técnica. As resinas compostas apresentam como desvantagens a instabilidade de cor, contração de polimerização e baixa resistência, que podem levar a menor longevidade das restaurações. Por conta dessas características, elas acabam ficando em desvantagem quando comparadas às cerâmicas⁹.

Com o passar do tempo diversos estudos surgem com o objetivo de se alcançar melhorias para esse material e, com eles, aparece também uma enorme variedade de resinas que se diferenciam nas suas composições, com diferentes vantagens e limitações¹⁷.

Uma das inovações na odontologia restauradora, que tem como objetivo diminuir a contração de polimerização, é a nanotecnologia que foi responsável pelo surgimento das resinas nanoparticuladas. Essas resinas possuem um tamanho de partícula reduzido, que faz com que haja uma melhor distribuição das cargas. Essa distribuição, por sua vez, resulta em um menor estresse de polimerização e, conseqüentemente, uma maior resistência ao material.

Contudo, esse material ainda não atingiu sua excelência estrutural, sendo necessário o uso de outras técnicas e instrumentos para que haja a diminuição das desvantagens¹⁰.

Outro fator muito importante quando se está trabalhando com a resina composta é capacidade de avaliar suas propriedades ópticas, como fluorescência, opalescência e translucidez¹⁰. O profissional deve avaliar se essas propriedades estão presentes nas resinas que ele usa e deve conhecer também as características ópticas dos dentes naturais para que possa restabelecer e alcançar a estética¹⁸.

Como vantagens da restauração direta, pode-se frisar o baixo custo, tratamento rápido e com possibilidade de reversibilidade. Além disso, atualmente podemos salientar que esse método também pode ser realizado com o mínimo desgaste do tecido dental hígido¹⁹.

É necessário que exista o diálogo entre o profissional e paciente para que juntos possam decidir a melhor forma de tratamento. O profissional deve salientar sempre todas as vantagens e desvantagens existentes, fazendo com que o paciente esteja ciente da sua escolha e para que o sucesso clínico final seja atingido^{11,19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as alterações dentais existentes, podemos citar as alterações de forma e tamanho que levam ao aparecimento de diastemas. Essa alteração dental pode causar desconforto ao paciente por ser considerado algo antiestético.

Este trabalho teve por finalidade, apresentar o protocolo clínico empregado na reanatomização estética de dentes portadores de diastema interincisal. Através da técnica de restauração direta com resina composta, foi possível devolver forma, função e estética ao paciente.

Portanto, para o caso abordado nesse trabalho, o tratamento restaurador direto mostrou-se uma forma fácil, rápida e com ótimo custo-benefício, sendo uma excelente alternativa em casos de reanatomização dental.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus que nos abençoou em toda nossa caminhada nos dando forças para seguir sempre adiante, com persistência e fé. A toda nossa família, amigos e àqueles que de alguma forma contribuíram para que nosso maior sonho fosse realizado, obrigada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam que não houve qualquer conflito de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores declararam que não houve financiamento.

Publicação de ensaios clínicos

CAAE: 13476919.8.0000.5514 – Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP

REFERÊNCIAS

- Berwanger C, Rodrigues RB, Ev LD, Yamith A, Denadai GDA, Erhardt MCG, et al. Fechamento de diastema com resina composta direta: relato de caso clínico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2016;70(3):317-22.
- Moyers Robert E. *Ortodontia.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- Picosse M. *Anatomia dentária.* 4. ed. São Paulo: Savier; 1983.
- Coimbra Júnior NDC, Guerino P, Mezomo MB. Diastemas interincisais superiores-revisão acerca da etiologia, tratamento e estabilidade em longo prazo. *Disciplinarum Scientia.* 2016;17(1):95-109.
- Ribeiro TTC, Cunha LF, Modelli J, Raveli DB. Fechamento de diastema anterior: associação de procedimentos ortodôntico e restaurador. *Ortho Science: Orthod Sci Pract.* 2011;5(17):94-100.
- Araújo TM, Machado AW, Nascimento MH, Machado JW. *Ortodontia e Dentística na recuperação da estética do sorriso: relato de um caso clínico.* *Dent Press.* 2005;4(5):60-8.
- Silva Vieira PL, Lima-Arsati YBO. Fechamento de diastema posterior como complemento de um tratamento ortodôntico: caso clínico. *RGO* 2007;55(4):399-402.
- Savaris DI, Vermudt A, Ghizoni JS, Pamato S, Pereira JR. Lentes de contato: harmonização e estética com 390 preparos conservadores. *J Res Dent.* 2018;6(4):91-7.
- Araújo E, Delbons F. Resina composta: Excelência estética e funcional. In: *Anais do 25º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo- CIOSP; 2007 Janeiro.*
- Fernandes HK, Silva R, Marinho MAS, Souza OPO, Ribeiro JCR, Moyses MR. Evolução da resina composta: revisão da literatura. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2014;2(2):401-11.
- Diegues MA, Marques E, Miyamoto PAR, Penteado MM. Cerâmica x resina composta: o que utilizar?. *Revista Uningá.* 2018;51(1):87-94.
- Zavanelli AC, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Santos D, Falcon-Antenucci RM. Tratamento cosmético com lentes de contato e laminados cerâmicos. *Arch Health Investig.* 2015;4(3):10-7.
- Amoroso AP, Ferreira MB, Torcato LB, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Gennari Filho H. Cerâmicas odontológicas:

- propriedades, indicações e considerações clínicas. Rev Odontol Araçatuba. 2012;33(2):19-25.
14. Menezes MS, Carvalho EL, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: Relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2015;24(68):37-43.
15. Souza MS, Neto OI, Oliveira RS, Castro SHD. Laminados cerâmicos—um relato de caso. Rev Pró- UniverSUS. 2016;7(3):43-6.
16. Raposo LH, Davi L, Simamoto-Junior PC, Neves FD, Soares PV, Novais VR. Restaurações totalmente cerâmicas: características, aplicações clínicas e longevidade. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Verri FR, Carvalho OB (Org). Pro-odonto prótese e dentística Programa de Atualização em Prótese Odontológica e Dentística: Ciclo 6, 2015.
17. Silva JMF, Rocha DM, Kimpara ET, Uemura ES. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. Odonto. 2008;16(32):98-104.
18. Andreiuolo RF, França RM, Abreu J, Fernandes R, Dias KRHC. Reestabelecendo a estética com restauração de resina composta anterior. Clin Int J Braz Dent. 2016;12(2):142-9.
19. Cunha CTM, Sá Torres LM, Freitas Chaves LV, Borges BCD, Farias-Neto A. Incisivos laterais conóides: otimização estética através do uso de resina composta direta. J Health Sci. 2015;15(4):307-10.

DESLOCAMENTO DENTÁRIO PARA O ESPAÇO INFRATEMPORAL

DENTAL DISPLACEMENT FOR INFRATEMPORAL SPACE

Pedro Henrique de Souza Lopes¹, Emerson Filipe de Carvalho Nogueira², Emmanuel Marques Ferreira³, Ozawa Brasil Júnior⁴, Patrícia Élica Fernandes Rodrigues Carvalho⁵, Marcos Aurélio Nogueira de Carvalho Filho⁶.

1 – Especialista em CTBMF pelo CBCTBMF. Mestre em Ciências – Univasf, Petrolina-PE.

2 – Especialista em CTBMF pelo Hospital Regional do Agreste. Mestre e Doutorando em CTBMF pela FOP-UPE, Recife-PE.

3 – Especialista em CTBMF pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Mestre em Implantodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic, São Paulo-SP.

4 – Especialista em CTBMF pelo CBCTBMF.

5 – Médica

6 – Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-CE

Palavras-chave:

Dente Impactado; Dente Serotino; Cirurgia Bucal.

Keywords:

Impact Tooth; Serotinous Tooth; Oral Surgery.

RESUMO

Os deslocamentos dentários para os espaços faciais adjacentes não ocorrem com frequência, entretanto, alguns cirurgiões deparam-se com essas situações. O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso de deslocamento de terceiro molar superior para o espaço infratemporal, o qual foi tratado pela remoção cirúrgica sob anestesia geral e pelo acesso intraoral proposto por Obwegeser. Após 60 dias de pós-cirúrgico, a paciente evoluiu sem sintomatologia e com abertura bucal satisfatória. Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista faça a correta utilização dos princípios cirúrgicos, associado a um bom planejamento pré-operatório para realização das exodontias, pois assim os riscos de deslocamentos são evitados ou reduzidos.

ABSTRACT

Dental shifts to adjacent facial spaces do not occur frequently, however, some surgeons encounter such situations. The present work aims to describe a case of displacement of the third molar superior to the infratemporal space, which was treated by surgical removal under general anesthesia and intraoral access proposed by Obwegeser. After 60 days of postoperative the patient evolved without symptomatology and with satisfactory oral opening. Therefore, it is of paramount importance that the dental surgeon make the correct use of the surgical principles, associated to a good preoperative planning for the accomplishment of the exodontias, because, thus, the risks of displacements are avoided or reduced.

Autor Correspondente:

Pedro Henrique de Souza Lopes

E-mail: lopes.pedrohenrique@hotmail.com

Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Av. José de Sá Maniçoba, s/n - Centro, Petrolina - PE, 56304-205.

(87) 2101-6500

INTRODUÇÃO

A exodontia dos terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados pelos cirurgiões bucomaxilofaciais¹. Implicações como deslocamento dentário para os espaços adjacentes são incomuns, entretanto, alguns cirurgiões deparam-se com essas situações, podendo haver deslocamento para vários espaços, dentre eles, fossa infratemporal².

A fossa infratemporal é um espaço com o formato irregular localizado abaixo da fossa temporal, posterior ao túber da maxila, limitado lateralmente pelo ramo mandibular e o processo condilar da mandíbula, e medialmente pela lâmina pterigóidea lateral. Não existindo limite ósseo posterior^{3,4}.

A correta utilização dos princípios cirúrgicos, associado a um bom planejamento pré-operatório e o uso da

técnica adequada são passos fundamentais para realização das exodontias, e dessa forma evita ou minimiza os riscos do deslocamento dentário para esse espaço^{2,5}.

O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso de deslocamento de terceiro molar superior para o espaço infratemporal, o qual foi tratado pela remoção cirúrgica sob anestesia geral e pelo acesso intraoral.

RELATO DO CASO

Paciente WGD, leucoderma, do sexo feminino, 16 anos de idade, compareceu ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco apresentando uma radiografia panorâmica pré-operatória e queixa de dores em região massetéica esquerda e limitação de abertura de boca com 30 dias de evolução iniciado após tentativa, sem sucesso, de exodontia dos terceiros molares em

consultório privado (Figura 1). Durante a anamnese, a paciente informou não apresentar qualquer doença sistêmica ou uso contínuo de quaisquer medicações.



Figura 1 – Radiografia panorâmica pré-operatória.

Ao exame físico, apresentava trismo, porém sem sinais de infecção. Ao exame tomográfico de feixe helicoidal sem contraste, foi observada imagem hiperdensa compatível com elemento dentário na região infra-temporal esquerda (Figura 2). O planejamento cirúrgico proposto foi a exodontia do dente deslocado em ambiente hospitalar sob anestesia geral pelo acesso intraoral proposto por Obwegeser.

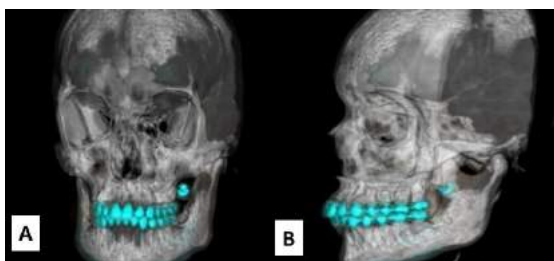


Figura 2 – Tomografia computadorizada da face em reconstrução 3D e em normas frontal (A) e perfil (B), evidenciando a imagem dentária na região infratemporal. Corte coronal (C) e axial (D) demonstrando imagem hiperdensa medialmente ao ramo da mandíbula e pósterio lateral a maxila.

Sob intubação nasotraqueal, foi realizada infiltração com cloridrato de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, incisão em região retromolar com extensão para região do ramo ascendente. Guiado pela palpação, foi realizada divulsão dos tecidos utilizando uma pinça Kelly, até o dente ser localizado e removido (Figura 3), seguido do fechamento da ferida com fio reabsorvível (Vycril 4-0).

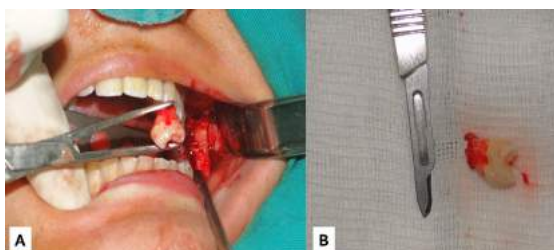


Figura 3 – A) Elemento dentário sendo removido com o auxílio da pinça Kelly. B) Peça cirúrgica removida.

Após 60 dias da realização do procedimento cirúrgico paciente evoluiu sem queixas álgicas e com abertura bucal satisfatória.

DISCUSSÃO

De acordo com alguns autores^{1,6}, os deslocamentos dentários não são complicações que ocorrem com frequência e geralmente está associada à falta de princípios básicos das exodontias, pouco conhecimento anatômico, retalho inadequado, pouca visibilidade, utilização de técnica incorreta, dentes em angulação distolingual, coroa do terceiro molar ao nível de raiz dos molares adjacentes, força excessiva ou pouca espessura óssea na distal do terceiro molar^{7,8}. Incorreta realização dos exames clínicos e solicitação de tomadas radiográficas inadequadas também são fatores que aumentam as chances de deslocamento dentário para espaços vizinhos⁵. O presente caso mostra que esta complicação não é frequente, mas caso o cirurgião-dentista não esteja atento aos requisitos citados, haverá uma maior probabilidade desta complicação ocorrer. Apesar de ser incomum, o presente trabalho aborda um caso sobre deslocamento dentário para o espaço infratemporal após insucesso durante exodontia de um terceiro molar superior.

Alguns autores^{1,6}, afirmam que a maioria dos deslocamentos para fossa infratemporal são assintomáticos, porém quadros álgicos podem aparecer posteriormente, bem como edema, trismo, infecções e fibrose. No presente trabalho, a paciente relatava dores na região massetérica, limitação de abertura bucal, porém com ausência de sinais flogísticos em face, tornando-se compatível com alguns trabalhos científicos^{8,9}, o que auxiliou na hipótese diagnóstica após coleta das informações obtidas na anamnese.

Os exames imaginológicos mais indicados para localização do elemento deslocado são as tomografias computadorizadas, por apresentarem mais detalhes da imagem, bem como um posicionamento mais preciso em três dimensões, facilitando assim o planejamento e execução da cirurgia^{5,10}. Seguindo este consenso da literatura, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe helicoidal sem contraste, a qual demonstrou imagem sugestiva de elemento dentário na região súpero-posterior de maxila esquerda e medialmente à face interna do processo coronóide da mandíbula.

A literatura preconiza que quando houver o deslocamento dentário para os espaços faciais, o cirurgião deve realizar a tentativa de remoção do elemento ainda no primeiro momento. Caso o elemento não seja retirado, deve-se informar ao paciente a devida situação, realizar irrigação da cavidade com soro fisiológico estéril, sutura e prescrição de antibiótico. Após falha na remoção do elemento deslocado, o paciente é encaminhado para um centro especializado, onde será realizado novo exame tomográfico e elaboração do planejamento cirúrgico^{5,10}. No respectivo relato, optou-se pela realização do acesso intraoral pela proximidade do elemento dentário a ser removido com a mucosa oral, bem como promoção de uma cicatriz imperceptível. A anestesia geral

proporcionou maior conforto ao paciente além de promover maior segurança durante a remoção do dente envolvido, evitando movimentação involuntária do paciente que poderia favorecer o deslocamento do elemento dentário.

Existem diversas técnicas para o tratamento de deslocamento dentário para os espaços faciais, entretanto preconiza-se utilizar uma técnica cirúrgica que ofereça um melhor resultado e o menor desconforto possível.^{5,6,9,10} Como proposto na literatura, o presente caso seguiu os mesmos princípios cirúrgicos para a resolução do caso. Assim, a paciente obteve um bom pós-operatório, a qual apresentou remissão dos sintomas e melhora na disfunção.

Diante da revisão da bibliográfica, foi constatado que os deslocamentos dentários são complicações cirúrgicas que não ocorrem com frequência, principalmente os deslocamentos para a fossa infratemporal. Este fato está relacionado principalmente à falta de conhecimento do profissional, solicitação de exames inadequados, utilização de força excessiva e variações anatômicas encontradas nos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a literatura, pode-se concluir que os deslocamentos dentários para os espaços anatômicos faciais mastigatórios são complicações cirúrgicas que podem ocorrer durante as exodontias dos dentes inclusos podendo causar sintomatologia ao paciente como dor, trismo e infecção. Assim, um bom planejamento cirúrgico com uso correto de técnica, força adequada e exames de imagem podem ser fatores essenciais na prevenção dessas intercorrências. As complicações em cirurgias orais fazem parte da vida do cirurgião-dentista, o qual pode necessitar de auxílio pelo encaminhamento a serviços especializados.

CONFLITO DE INTERESSE/ FINANCIAMENTO

Não houve qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salmen FS, Oliveira MR, Aparecida M, Gabrielli C, CI A, Piveta G, et al. Third molar extractions: a retrospective study of 1178 cases. *RGO*. 2016;64(3):250-5.
2. Kasatwar A, Bholra N, Borle R, Rajanikanth K. Displacement of lower third molar into the lateral pharyngeal space in a case of mandibular angle fracture: An unusual complication. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(2):229.
3. Youssef A, Carrau RL, Tantawy A, Ibrahim AA. Endoscopic approach to the infratemporal fossa. *Alexandria J Med*. 2014;50:127-30.
4. Ioanidis K, Rotenberg B. A needle in a haystack: Endoscopic removal of a foreign body from the infratemporal fossa. *Allergy Rhinol*. 2018;9:215265671876414.
5. Primo BT, Stringhini DJ, Klüppel LE, Da Costa DJ, Rebellato NLB, Moraes RS. Delayed removal of maxillary third molar displaced into the infratemporal fossa. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2014;36(2):78-81.
6. Brauer HU. Unusual complications associated with third molar surgery: a systematic review. *Quintessence Int (Berl)*. 2009;40(7):565-72.
7. Sverzut CE, Trivellato AE, Sverzut AT, de Matos FP, Kato RB. Removal of a Maxillary Third Molar Accidentally Displaced Into the Infratemporal Fossa via Intraoral Approach Under Local Anesthesia: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67(6):1316-20.
8. Gómez-Oliveira G, Arribas-García I, Alvarez-Flores M, Gregoire-Ferriol J, Martínez-Gimeno C. Delayed removal of a maxillary third molar from the infratemporal fossa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(3):509-11.
9. Díaz-Condal C, Sánchez RR, García CG, Smitmans CM. Eliminación quirúrgica de tercer molar maxilar desde la fosa infratemporal, por trismus severo. *Fund Acta Odontol Venez*. 2012;50(3):1-10.
10. Corega C, Vaida L, Festila D, Bertossi D. Unusual anatomical detection of a third molar in the infratemporal fossa. *Chirurgia (Bucur)*. 2013;108(6):907-9.

Recebido para publicação: 29/07/2019
Aceito para publicação: 30/08/2019

FIBROMA DE IRRITAÇÃO ULCERADO EM MUCOSA JUGAL

ULCERATED IRRITATION FIBROMA IN JUGAL MUCOSA

Sergio Bartolomeu de Farias Martorelli¹, Hanna Alice de Almeida Carvalho², Guilherme de Oliveira Amorim³, Lenildo José Carvalho Souto Maior⁴.

1 - Dr. em Odontologia – UFPB, Prof. Titular das disciplinas de CTBMF/FOR – Recife/PE.

2 - Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife/PE.

3 - Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR/FOPCB, Recife/PE.

4 - Preceptor da Clínica Escola da FOR/FOPCB, Recife/PE.

Palavras-chave:

Fibroma; Patologia Bucal; Cirurgia Bucal.

Keywords:

Fibroma; Pathology, Oral; Surgery, Oral.

RESUMO

O fibroma de irritação consiste em uma lesão benigna altamente diferenciado, que apresenta um epitélio frequentemente hiperplásico e ceratinizado, com crescimento lento e local. É comumente encontrado em áreas susceptíveis ao trauma, como na gengiva inferior, borda lateral de língua, palato e mucosa jugal, mostrando predileção pela linha de oclusão. Esse tipo de lesão acomete preferencialmente o sexo feminino, com prevalência pela sexta década de vida. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de fibroma de irritação ulcerado em mucosa jugal esquerda em paciente do gênero feminino, que podem ser evitados a partir de visitas regulares ao cirurgião-dentista na correção de desadaptações protéticas e na correção de hábitos bucais deletérios. Essa lesão é diagnosticada pela interação do exame clínico e histopatológico através da terapêutica de eleição que é remoção da lesão mediante biópsia excisional com pequena margem de segurança.

ABSTRACT

The irritation fibroma consists of a highly differentiated benign tumor, which presents a hyperplastic and keratinized epithelium with slow localized growth. It is commonly found in areas susceptible to trauma, such as the lower gingiva, lateral border of the tongue, palate and jugal mucosa, showing preference for the occlusion line. This type of lesion affects mainly the female gender, prevailing throughout their sixty's. The objective of this study is to perform a case report of a ulcerated irritation fibroma in left jugal mucosa in a female patient, that can be avoided by regular visits to the dentist to correct prosthetic maladjustments and correct deleterious oral habits. This lesion is diagnosed by the interaction of clinical and histopathological examination through the treatment of choice, which is removal of the lesion by excisional biopsy with a small safety margin.

Autor Correspondente:

Sergio Bartolomeu de Farias Martorelli
Av. Conselheiro Aguiar, 1360 – Sala 128 – Boa Viagem – Recife – PE
CEP: 51011-030
Tel: (81) 3465-5521
E-mail: smartorelli_maxilofacial@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O fibroma de irritação (FI) é uma lesão mais comumente encontrado na cavidade oral^{1,2}. Recebe várias denominações como fibroma traumático, hiperplasia fibrosa, fibroma de irritação oral, hiperplasia fibrosa local e pólipos fibroepiteliais³. É frequentemente desenvolvido em áreas susceptíveis ao trauma, como na gengiva inferior, borda lateral de língua, palato e mucosa jugal, mostrando predileção pela linha de oclusão³⁻⁵. Acomete preferencialmente o sexo feminino, adultos de meia idade ou mais velhos, com prevalência pela sexta década de vida⁶.

A lesão se desenvolve a partir de uma reação hiperplásica tecidual, normalmente relacionada a irritação local ou traumatismos crônicos de baixa intensidade que acarretam reações inflamatórias no tecido conjuntivo⁷⁻⁹. O uso de prótese dentária parcial ou total mal adaptada mantém a mucosa susceptível a pequenos traumas e os pacientes portadores de próteses totais são mais

susceptíveis a desenvolver lesões do que os portadores de próteses parciais removíveis¹⁰. Entretanto, pode ainda ser como fatores etiológicos: dentes fraturados, raízes residuais, higiene bucal inadequada, restaurações mal adaptadas, diastemas e outros traumas⁶.

Do ponto de vista clínico, o FI caracteriza-se como uma lesão de formato nodular, podendo ser séssil ou pediculada. Apresenta um crescimento lento e uma coloração rósea, semelhante a mucosa circunjacente. É assintomático, entretanto, o trauma da mastigação e de outros fatores etiológicos podem provocar ulcerações na superfície da lesão, desencadeando sintomatologias dolorosas e uma coloração esbranquiçada, resultante da hiperqueratose^{4,6}.

Uma biópsia excisional é importante para confirmar o diagnóstico, considerando a semelhança clínica das diferentes patologias desta natureza¹¹. Faz diagnóstico diferencial com lipofibroma, neurofibroma, rabdomioma, leiomioma, tumores de glândulas salivares menores e também com o granuloma piogênico e o fibroma ossificante periférico⁶.

Histologicamente, o FI apresenta um epitélio pavimentoso estratificado frequentemente hiperplásico, ceratinizado, alternando áreas de hiperqueratose e parakeratose⁶. Esse epitélio contém uma massa densa e colagenizada de tecido conjuntivo fibroso formado por colágenos abundantes, arranjados de forma irradiada, circular ou aleatoriamente misturada com vários fibroblastos e pequenos vasos sanguíneos, sem a presença de infiltrado inflamatório⁵.

O procedimento terapêutico mais indicado para o tratamento do FI é a excisão cirúrgica conservadora^{4,6}. A microabrasão, o estrangulamento, o uso de laser e a crioterapia também são utilizados, dependendo do caso^{1,6}. Além de ser utilizada para fins diagnósticos, a biópsia excisional torna-se também uma abordagem terapêutica¹². A lesão vai apresentar raros relatos de recidiva, principalmente se o fator etiológico for eliminado^{5,7}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de fibroma de irritação ulcerado em mucosa jugal esquerda em paciente do gênero feminino.

RELATO DE CASO

M.A.L.S., gênero feminino, leucoderma, 32 anos de idade, professora, casada, natural de Boqueirão (PB), procurou a clínica de Cirurgia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR – FOPCB), encaminhada para avaliação de lesão de boca. Na anamnese, referiu que apareceu uma “bolinha” na boca há aproximadamente dois anos, tendo relatado a mania de morder a bochecha. Ao exame físico extraoral, apresentava face simétrica, esqueleto facial e cadeias ganglionares cervicofaciais dentro dos padrões de normalidade à inspeção e palpação, além da abertura bucal dentro dos limites de normalidade.

Ao exame físico intraoral, observou-se a presença de lesão exofítica, séssil, situada na mucosa jugal esquerda, na altura da linha de oclusão. A lesão apresentava consistência firme à palpação, medindo aproximadamente 2,0 x 1,5 cm, tendo uma coloração levemente esbranquiçada comparada à mucosa circunvizinha, com pontos de ulceração na porção central da lesão (Figura 1).



Figura 1 – Aspecto clínico inicial da lesão.

Confrontando-se os dados anamnéticos com o exame físico, foi postulada uma hipótese diagnóstica de fibroma ou pólipio fibroepitelial. Como tratamento, foi proposta a exérese excisional da lesão sob anestesia local. Após concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram solicitados os exames pré-operatórios rotineiros, cujos resultados encontravam-se dentro dos limites de normalidade.

Após antisepsia extra e intrabucal com solução de clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente, foi posicionado o campo operatório. Em seguida, foi feita a infiltração anestésica com solução de mepivacaína a 2% associada à epinefrina 1:100.000, em torno da lesão. Por intermédio de uma pinça hemostática e um cabo de bisturi de Bard Parker municiado com lâmina 15c, foi realizada a incisão do tipo elipsoide de cada lado da lesão com margem de segurança de aproximadamente 2mm (Figura 2a).

Após a incisão, pôde ser realizada a exérese da lesão (Figura 2b). Em seguida, foi realizada a divulsão através de uma tesoura Metzembaum curva (Figura 2c), o que permitiu a aproximação das bordas da lesão sem tensão. Por fim, foi efetuada a síntese com fio de seda 3.0, a pontos isolados (Figura 3).

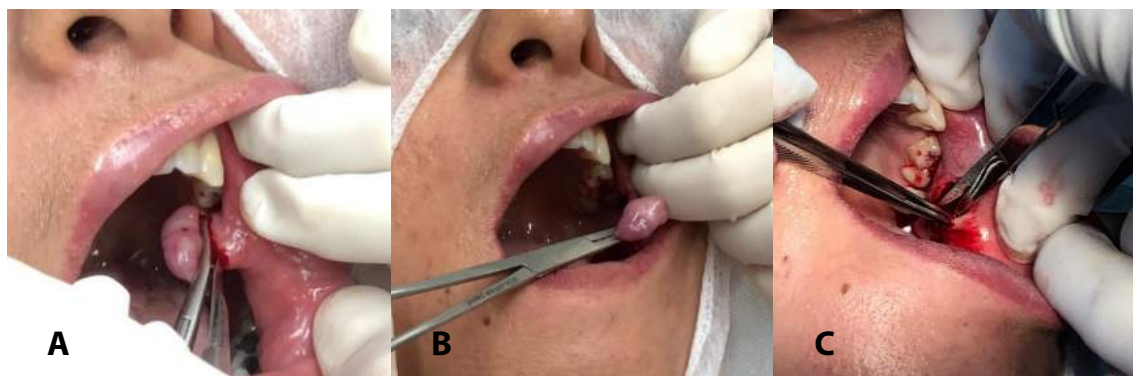


Figura 2a – Incisão do tipo elipsoide com margem de segurança; **Fig. 2b** – Exérese da lesão; **Fig. 2c** – Divulsão com tesoura Metzembaum curva.



Figura 3 – Síntese com fio de seda 3.0 a pontos isolados.

O aspecto macroscópico da peça operatória pode ser observado na Figura 4a. Fornecidas as recomendações pós-operatórias de rotina, foi prescrita medicação analgésica (dipirona sódica 1g de 6/6 horas em caso de dor). O material foi fixado em solução de formol a 10% em recipiente próprio e encaminhado para exame histopatológico, cujo resultado firmou em definitivo a hipótese diagnóstica de FI (Figura 4b).

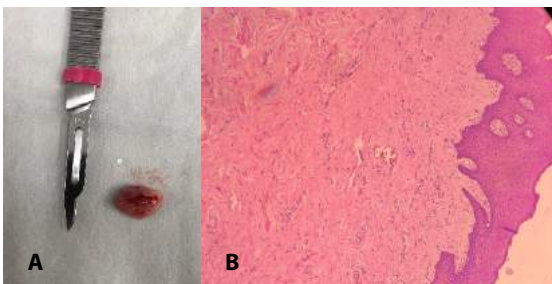


Figura 4a e Figura 4b – Aspecto macro e microscópico da peça operatória

A retirada de pontos foi realizada no 7º dia de pós-operatório, que transcorreu sem nenhuma intercorrência. O aspecto clínico do pós-operatório de 2 meses pode ser observado na Figura 5.



Figura 5 – Aspecto pós-operatório com 02 meses.

DISCUSSÃO

O FI está associado a uma reação hiperplásica tecidual e tem como localização, majoritariamente, a linha de oclusão da mucosa jugal^{3,5,7,8}, semelhante à localização da lesão no caso relatado. Apresenta predileção pelo sexo feminino e pela sexta década de vida⁶, mostrando semelhança com o caso presente, pelo fato da paciente ser do gênero feminino, apesar da faixa etária está situada abaixo da média citada na literatura.

A literatura apresenta a má adaptação de próteses totais ou parciais removíveis como principal fator etiológico⁶. Entretanto, neste relato de caso, foi informado pela paciente que a lesão se desenvolveu a partir do contínuo ato de morder a mucosa jugal, após uma extração dentária, próximo à linha de oclusão.

Clinicamente, assim como relatado na literatura, o aspecto clínico da lesão era de uma massa séssil, na altura da linha de oclusão, assintomática e desenvolvida a partir de um crescimento lento. A coloração rósea semelhante à mucosa adjacente, bastante difundida na literatura, também foi observada, assim como pontos esbranquiçados na região anterior e central da lesão^{4,6}.

Histologicamente, o FI apresenta um epitélio pavimentoso estratificado frequentemente hiperplásico e ceratinizado, assim como um tecido conjuntivo fibroso denso e colagenizado^{5,6}. Achados histopatológicos estes que foram congruentes com o exame anatomopatológico do caso relatado.

Com relação ao tratamento, diversas formas terapêuticas são propostas, tais como a excisão cirúrgica conservadora, a microabrasão, o estrangulamento, o laser e a crioterapia^{1,5,6}. Particularmente, somos concordes com Neves et al.¹² na eleição da biópsia excisional como melhor modalidade terapêutica pela simplicidade, praticidade e a permissão de, além da obtenção de material adequado ao estudo anatomopatológico, à cura em definitivo da lesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FI é uma lesão tecidual majoritariamente encontrada na linha de oclusão da cavidade bucal e seu desenvolvimento se encontra associado a fatores etiológicos irritacionais e locais, que podem ser evitados a partir de visitas regulares ao cirurgião-dentista na correção de desconfortos protéticos e na correção de hábitos bucais deletérios. É diagnosticado pela interação do exame clínico e histopatológico através da terapêutica de eleição que é remoção da lesão mediante biópsia excisional com pequena margem de segurança.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que não houve financiamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Correa PE, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. Rev CES Odont. 2016;29(1):82-7.
2. Souza FV. Epidemiologia das lesões na mucosa oral encontradas em clínica escola de odontologia. Rev UniMontes Cient. 2017;19(1):61-9.
3. Sabino NAR, Gaetti-Jardim EC, Gaetti-Jardim Jr E, Melo RL. Fibroma: case report. Arch Health Invest. 2016;5(4):214-6.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Oliveira ALP, Santos WB, Neto IJC, Pereira MHF, Santos VCB, Peixoto FB. Fibroma verdadeiro em mucosa jugal: Relato de Caso. Rev ACBO. 2017;26(2):44-8.
6. Barros RMG, Campos KSM, Cabral LM. Relato de caso clínico de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Rev Odontol Araçatuba. 2014;35(2):15-8.
7. Corteleti JF, Ota CM, Hesse D, Novaes TF, Raggio DP, Imparato JCP. Remoção cirúrgica de fibroma lingual e gengival em crianças. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(1);30-5.
8. Patil S, Rao RS, Sanketh SD, Agarwal A. True Fibroma of Alveolar Mucosa. Case Rep Dent. 2014;2014:904098.
9. Rocafuerte Acurio MA. Fibroma traumático en cavidad oral – una revisión. KIRU. 2019;16(1):41-6.
10. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. Av Odontoestomatol. 2015;31(3):129-34.
11. Figueiredo CVO, Calvo AFB, Melo AR, Imparato JCP. Inflammatory fibrous hyperplasia: a rare case in a child. RGO. 2019;67:e2019005.
12. Neves LEM, Carvalho SHG, Sarmento DJS, Pereira JS, Agripino GG, Marinho SA. Excisão de um fibroma de células gigantes com laser cirúrgico. Rev Cubana Estomatol. 2018;55(4):1-10.

MANEJO DA MUCOSITE ORAL INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA EM PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL

MANAGEMENT OF ORAL MUCOSITIS INDUCED BY CHEMOTHERAPY IN A PATIENT WITH COLORECTAL CANCER

Antônio José Araújo Pereira Júnior¹; Isabela Possas da Fonseca Pereira¹; Breno Fortes Bittar²; Clarissa Souza Mota Reis³

1- Staff do Serviço de Cirurgia Maxilofacial do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) – MG
 2- Mestre em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG
 3- Doutoranda em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pela Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz – RJ

Palavras-chave:

Mucosite oral; Quimioterapia; Prevenção

Keywords:

Oral mucositis; Chemotherapy; Prevention

RESUMO

O emprego da quimioterapia e/ou radioterapia para tratamento das enfermidades malignas podem produzir efeitos tóxicos às células normais do trato gastrointestinal, incluindo a mucosa oral. A mucosite oral é uma das complicações orais relacionadas à quimioterapia e, dependendo da gravidade, pode causar interrupção do tratamento oncológico e piora na qualidade de vida do paciente. O objetivo deste trabalho é demonstrar o método utilizado no manejo da mucosite oral (grau 3 – Organização Mundial de Saúde) em paciente com câncer colorretal e alertar sobre a importância dos cuidados orais na prevenção desta complicação oral.

ABSTRACT

The use of chemotherapy and / or radiation therapy for the treatment of malignancies can produce toxic effects on normal cells of the gastrointestinal tract, including the oral mucosa. Oral mucositis is one of the oral complications related to chemotherapy and, depending on severity, can cause discontinuation of cancer treatment and worsen the patient's quality of life. The objective of this study is to demonstrate the method used in the management of oral mucositis (grade 3 - World Health Organization) in patients with colorectal cancer and to warn about the importance of oral care in the prevention of this oral complication.

Autor Correspondente:

Antônio José Araújo Pereira Júnior
 Avenida Luz Interior, 105/Apto 402/Torre II – Estrela Sul – Juiz de Fora/MG
 Telefone: (32) 988763260 / E-mail: apereirabucomaxilo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A mucosite oral (MO) refere-se a lesões ulcerativas eritematosas e dolorosas da mucosa bucal observada em pacientes com câncer, que são tratados com quimioterapia (QT) e/ou com radioterapia (RT). De acordo com a maioria dos estudos, essa complicação ocorre em até 80% dos pacientes que recebem altas doses de QT, e em quase 100% dos pacientes que recebem RT para câncer de cabeça e pescoço e, aproximadamente, 20-40% naqueles que recebem QT convencional¹.

Os fatores de risco para complicações orais (mucosite oral e gastrointestinal, infecções orais, alterações no paladar, neuropatias, xerostomia, alterações no desenvolvimento dento-esquelético e hemorragia) são derivados tanto de lesões diretas aos tecidos bucais, secundárias à QT, quanto de lesões indiretas causadas por toxicidade regional ou sistêmica².

Entre os vários quimioterápicos com uma propensão a lesionar a mucosa oral, os principais são: Metotrexato, Doxorubicina, 5-Fluorouracil, Busulfano, Bleomicina, Cisplatina e Inibidores da Rapamicina (mTOR)².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a MO de acordo com seus aspectos clínicos e as funções orais do paciente, sendo grau 0 – sem alteração na mucosa; grau 1 – sensibilidade e eritema; grau 2 – eritema e lesões ulcerativas que ainda permitem uma dieta sólida; grau 3 – lesões ulcerativas em que o paciente se restringe a uma dieta líquida; grau 4 – quando a alimentação oral não é possível³.

Os custos de tratamento para pacientes com mucosite são substancialmente maiores devido ao aumento das taxas de hospitalização, uso de opióides e maior necessidade de líquidos e suporte nutricional. Os custos geralmente aumentam em função da gravidade da mucosite. Sendo assim, tratamentos efetivos para prevenir ou reduzir a incidência e a gravidade da mucosite são necessários para diminuir a perda da função, minimizar a carga de sintomas e reduzir os custos do tratamento⁴.

O intuito deste trabalho é demonstrar o método terapêutico utilizado em um caso de MO induzida pela quimioterapia em um paciente com câncer colorretal e apontar a importância da prevenção na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

RELATO DE CASO

Paciente JFS, melanoderma, sexo feminino, 49 anos, com diagnóstico de câncer colorretal e em tratamento quimioterápico com 5-Fluorouracil (5-FU). Após o primeiro ciclo, foi encaminhada pelo oncologista para avaliação e tratamento de sintomas causados pelo tratamento oncológico (odínofagia, alteração na fala, disfagia, xerostomia e dor intensa em cavidade oral).

À oroscopia, apresentava inúmeras lesões ulceradas/cruentas localizadas em vários sítios da mucosa oral (lábio superior, lábio inferior, mucosa jugal esquerda, palato mole e bordo lateral esquerdo de língua). Tais lesões dificultavam uma alimentação de consistência mais sólida e prejudicava sua qualidade de vida (Figura 1).

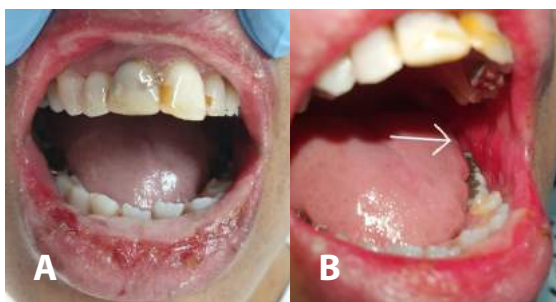


Figura 1 – Aspecto da mucosite oral em lábio (A) e em mucosa jugal (B) no primeiro dia de atendimento e início dos cuidados orais.

Foram estabelecidos alguns cuidados locais no manejo da MO, entre eles, a laserterapia de baixa intensidade sobre as lesões por 05 dias ou até sua regressão, (600-660 nm; 15 mW; 67,5 J/cm²; 3,8 J/ponto durante 10 segundos), a melhora da higiene oral (fio dental, escova macia, creme dental sem Lauril Sulfato de Sódio e colutório fluoretado sem álcool), bochecho com solução de bicarbonato de sódio e aplicação tópica com vitamina E em toda cavidade oral (Figura 2). Paciente retornou sem MO e assintomática, no sexto dia da terapia estabelecida (Figura 3).

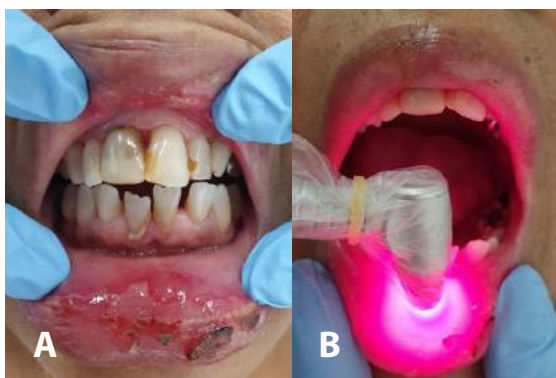


Figura 2 – Aspecto das feridas no terceiro dia de cuidados orais (A) e fotobiomodulação (B).



Figura 3 – Sexto dia: ausência de mucosite, melhora dos sintomas e da qualidade de vida. A: Aspecto clínico dos lábios. B: Aspecto clínico de mucosas jugais e língua.

Com o intuito de prevenir a MO e otimizar a terapia oncológica, foi empregada a crioterapia por 30 minutos durante as sessões de QT, a continuidade da higiene oral/bochechos de soluções e aplicação de laser de baixa intensidade (600-660 nm; 15 mW; 67,5 J/cm²; 3,8 J/ponto durante 10 segundos) em pontos pré-estabelecidos na cavidade oral durante 04-07 dias, iniciando na primeira sessão do ciclo quimioterápico. Paciente retornou sem sinais e sintomas dez dias após o término do segundo ciclo.

DISCUSSÃO

A mucosite não se limita à boca e o tratamento citotóxico pode impactar amplamente vários tecidos mucosos. Durante a última década, o impacto da lesão em outras áreas do trato gastrointestinal (GI), incluindo o esôfago, estômago e intestino delgado e grosso tornou-se cada vez mais reconhecido e melhor caracterizado. Os sintomas incluem dor, ulceração, náusea, vômito, diarreia e sangramento retal e dependem da área afetada. Os efeitos sistêmicos da MO e GI incluem fadiga, desnutrição, sepse e, ocasionalmente, morte⁵.

Inúmeros estudos estão sendo realizados com o objetivo de verificar os métodos mais eficazes para prevenção e tratamento da mucosite oral⁶.

As Diretrizes de Mucosite desenvolvidas pelo Grupo de Estudo de Mucosite da Associação Multinacional de Cuidados de Suporte em Câncer/ Sociedade Internacional de Oncologia Oral (MASCC/ISOO) se tornaram as principais diretrizes de prática para essa toxicidade. Isso é evidenciado pelo fato de que várias outras organizações adotaram, adaptaram ou se referem a essas diretrizes. No entanto, o verdadeiro objetivo dessas diretrizes é melhorar os resultados dos pacientes, facilitando os cuidados baseados em evidências. Para conseguir isso, é importante que as diretrizes sejam amplamente divulgadas e, o mais importante, adotadas na prática rotineira.

Com base no nível de evidência, três determinações de diretrizes são possíveis: recomendação, sugestão ou nenhuma orientação possível. As recomendações para prevenção são: a crioterapia em QT com bolus de 5-FU, o uso de Palifermina em pacientes submetidos a transplante de medula óssea (TMO) autólogo, uso da terapia com

laser de baixa intensidade/fotobiomodulação em TMO e a administração de morfina controlada pelo paciente no tratamento da dor causada pela MO em TMO. Já entre as sugestões estão os protocolos de cuidados orais, a crioterapia para condicionamento do TMO com melfalan, a laserterapia de baixa intensidade em paciente submetidos à RT com ou sem QT para tratamento de câncer de cabeça e pescoço, uso de suplementos de zinco por via oral, entre outras¹⁷.

Apesar da MASCC/ISOO sugerir apenas os suplementos sistêmicos de zinco como agente natural capaz de prevenir/tratar a MO induzida por RT e QT, um estudo avaliou a eficácia da vitamina E no tratamento da MO. Conclui-se que a aplicação tópica de vitamina E duas vezes ao dia é uma medida eficaz para o tratamento da MO induzida por QT⁸.

Estudos avaliaram os efeitos do enxaguatório bucal com bicarbonato de sódio na prevenção e tratamento da MO. Apesar dos níveis de evidência variarem com resultados conflitantes e ensaios clínicos randomizados não mostrarem evidências claras de benefício, reconheceu-se que o bicarbonato é um inofensivo enxaguatório que pode ser útil para a manutenção da higiene bucal e o conforto do paciente. Além disso, foi sugerida a adoção de um protocolo de cuidados orais na prevenção e não no tratamento da MO, em todos os grupos de idades e em todos as modalidades de tratamento do câncer⁹.

Os benefícios da laserterapia de baixa intensidade/fotobiomodulação no tratamento da MO e no controle da dor são evidentes. O efeito básico do laser está relacionado com a biomodulação tecidual que resulta em diminuição do dano, reparação e efeito analgésico. Um estudo duplo-cego randomizado demonstrou a eficiência da laserterapia na redução da dor causada pela MO induzida por QT em crianças¹⁰.

Entre as várias formas de prevenção de MO, a fotobiomodulação tornou-se uma alternativa eficaz na prevenção e tratamento desta doença, demonstrando ser um tratamento de baixo custo e uma terapia não-traumática com bons resultados. A combinação de fotobiomodulação com uma terapia antimicrobiana, como a terapia fotodinâmica (PDT), pode acelerar o processo de cicatrização da MO, promovendo a desinfecção da cavidade oral. Dentro deste contexto, um estudo foi realizado, recentemente, para avaliar a aplicação clínica de fotobiomodulação e PDT em pacientes oncológicos, concluindo que podem ser usados para o tratamento da MO, e que PDT tem o potencial para acelerar a cicatrização dessas lesões¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de uma equipe multidisciplinar, incluindo o cirurgião-dentista, na assistência oncológica fornece ao paciente um atendimento individualizado, a prevenção/tratamento das complicações, melhora na qualidade de vida e uma redução do custo/tempo hospitalar.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

O presente estudo não recebeu financiamento para a sua realização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daugėlaitė G, Uzkuraitytė K, Jagelavienė E, Pilipauskas A. Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis. *Medicina*. 2019;55:25-39.
2. PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board. PDQ Oral Complications of Chemotherapy and Head/ Neck Radiation. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated:05/15/2019. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq>. Accessed:06/23/2019
3. WHO. WHO handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva: World Health Organization; 1979.
4. Murphy BA. Clinical and economic consequences of mucositis induced by chemotherapy and/or radiation therapy. *J Support Oncol*. 2007;5:13-21.
5. Al-Dasooqi N, Sonis ST, Bowen JM. Emerging evidence on the pathobiology of mucositis. *Support Care Cancer*. 2013;21:3233-41.
6. Hosseinjani H, Hadjibabaie M, Gholami K. The efficacy of erythropoietin mouthwash in prevention of oral mucositis in patients undergoing autologous hematopoietic SCT: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Hematol Oncol*. 2017;35:106-12.
7. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO Clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453-61.
8. El-Housseiny AA, Sales SM, El-Masry AA, Allam AA. The effectiveness of vitamin "E" in the treatment of oral mucositis in children receiving chemotherapy. *J Clin Pediatr Dent*. 2007;31:167-70.
9. Mcguire DB, Fulton JS. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in the cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21:3165-77.
10. Amadori F, Bardellini E, Conti G. Low-level laser therapy for treatment of chemotherapy-induced oral mucositis in childhood: a randomized double-blind controlled study. *Lasers Med Sci*. 2016;31:1231-6.
11. Pinheiro SL, Bonadiman AC, Lemos ALAB. Photobiomodulation therapy in cancer patients with mucositis: a clinical evaluation. *Photobiomodul Photomed Laser Surg*. 2019;37(3):142-50.

LESÃO DE TECIDO MOLE APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

SOFT TISSUE INJURY AFTER MOTORCYCLICAL ACCIDENT

Mateus Barros Cavalcante¹, Caroline Brígida Sá Rocha², Caio Pimenteira Uchôa⁴, Iale Marcielle Pereira Marcelino³, Natália Barbosa de Siqueira⁵, Emanuel Dias de Oliveira e Silva⁶

1- Cirurgião Buco-maxilo-facial, Fellowship em Cirurgia Ortognática e Cirurgia da ATM, Clínica NeoFACE, São Paulo, Brasil.

2- Residente em Cirurgia e traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz-FOP-UPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

3- Cirurgiã-Dentista.

4- Cirurgião Buco-Maxilo-Facial.

5- Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo, Brasil

6- Chefe do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz-UPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Palavras-chave:

Traumatismos faciais; Lesões dos tecidos moles; Acidentes de trânsito.

Keywords:

Facial trauma; Soft tissue lesions; Traffic accidents.

RESUMO

Os ferimentos dos tecidos moles faciais assumem um papel de destaque no atendimento a pacientes traumatizados, visto que essas lesões podem comprometer a vida do indivíduo, pois, quando mal abordadas, deixam sequelas que apresentam repercussões emocionais, funcionais e possíveis deformidades permanentes. Relatar um caso de um paciente vítima de acidente automobilístico com ferimento extenso em face, seu tratamento e o acompanhamento ambulatorial. Paciente do gênero masculino foi recebido na unidade de trauma do Hospital Restauração com extensa laceração em face. Após o protocolo de atendimento inicial ao trauma, foram efetuados o reparo da lesão, a limpeza do ferimento, remoção de tecidos inviáveis e regularização das bordas. Durante o acompanhamento o paciente foi orientado a fazer uso de cefalexina. Obteve-se resultado estético satisfatório, ausência de infecção. Conclui-se que os ferimentos faciais variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma, devendo ser abordados de forma especial, a fim de restituir a função e estética do paciente.

ABSTRACT

Face soft tissue injuries play a prominent role in the care of patients who are victims of trauma, since these lesions can definitively compromise the life of the human being, since when they are poorly addressed, they leave sequelae that present emotional, functional and functional repercussions. possibility of permanent deformities. To report a clinical case of a car accident patient attending an extensive injury to the face, the treatment performed and the outpatient follow-up. A 30-year-old male patient was received at the Hospital Restauração trauma unit with extensive laceration in the face. After the initial trauma treatment protocol, the OMFS team repaired the lesion with a patient under general anesthesia, cleaning the wound, removing unviable tissues and regularizing the wound edges. During follow-up the patient was instructed and continued using cephalixin. A satisfactory aesthetic result was obtained, absence of infection. It is concluded that facial injuries vary widely in their presentation and complexity, being treated according to their extent, depth, degree of contamination, etiologic agent and time of trauma, and should be specially addressed in order to restore the function and aesthetics of the patient.

Autor Correspondente:

Emanuel Dias de Oliveira e Silva
R. Arnóbio Marquês, 310 - Santo Amaro, Recife - PE, 50100-130
Email: residenciactbmf@upe.com.br
Telefone +55 (81) 3184-1468

INTRODUÇÃO

Os traumatismos, sob todos os aspectos, são de grande relevância na sociedade contemporânea, estando entre as principais causas de morbimortalidade. Dentre as inúmeras lesões ocorridas em centros de traumas urbanos, o traumatismo facial é um dos mais predominantes¹. A grande quantidade de lesões na face deve-se à enorme exposição e a pouca proteção da região, levando, frequentemente, a traumas graves².

Ferimentos são danos teciduais resultantes da ação de um agente traumático sobre os tecidos moles, podendo ser superficiais ou profundos¹. Variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com

sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma³. Os tecidos moles, ao serem comprimidos entre os ossos e as forças de agressão externa, podem ter inúmeras lesões, tais como: cortes, lacerações, hemorragias, hematomas, entre outras¹.

Baseado nisso, é importante relatar que o advento da era mecanicista e a facilidade do acesso aos meios de transportes têm contribuído para o crescente número de acidentes de transportes terrestres, em especial, com uso de motocicletas². Tais ocorrências incidem mais em pacientes jovens (15 a 40 anos de idade), do sexo masculino e, frequentemente, estão associadas a fraturas e outras lesões potencialmente graves do corpo humano^{4,5}.

Sabe-se também que grande parcela das vítimas de acidentes de moto sobrevivem com traumatismos e feridas. Entre os danos causados destacam-se as sequelas motoras, psicológicas e mutilações⁶. E, ainda, diante de traumas, mesmo outras partes do corpo sofrendo injúrias e/ou traumatismos, as lesões faciais são muito importantes de serem estudadas devido às sequelas^{7,8,9}.

Dada à relevância do assunto, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de um paciente, vítima de acidente automobilístico, apresentando ferimento extenso em face, além de discutir acerca do tratamento realizado e o acompanhamento ambulatorial.

RELATO DE CASO

Paciente G.A.P. fardado do gênero masculino, 30 anos, foi recebido na unidade de trauma do Hospital Restauração com extensa laceração em face. Após o protocolo de atendimento inicial ao trauma, a equipe CTBMF efetuou o reparo da lesão com paciente sob anestesia geral, foi realizada a limpeza meticulosa do ferimento, fundamental para a obtenção de boa cicatrização e prevenção de infecções, promovendo hemostasia e prevenindo a formação de hematomas (Figura 01 e 02).

Foi executada também a remoção de tecidos inviáveis e a regularização das bordas do ferimento, diminuindo a possibilidade de cicatrizes deformantes. Para impedir a formação de espaço morto, os tecidos foram aproximados, através de suturas respeitando os planos anatômicos e realizado curativo compressivo na região (Figura 03).

Ainda na unidade do trauma foi realizada a imunização contra o tétano. Durante o acompanhamento, o paciente foi orientado e seguiu fazendo uso de cefalexina, visto que se tratava de um ferimento extenso e potencialmente contaminado.

Obteve-se um resultado estético satisfatório, ausência de infecção, contudo foi percebido lesão no ramo frontal do nervo facial do lado acometido, provavelmente devido à extensão do ferimento (Figura 04).

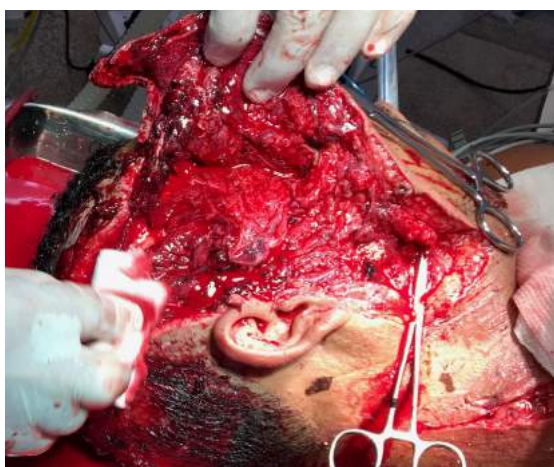


Figura 01 – Evidenciação da extensão da lesão e tentativa de hemostasia por pinçamento



Figura 02 – Acomodação do tecido para evidenciar a extensão da lesão



Figura 03 – Sutura imediata após reposicionamento tecidual



Figura 04 – Foto frontal após 7 dias de acompanhamento, evoluindo com deficiência motora do ramo frontal do nervo facial ipsilateral ao lado da lesão

DISCUSSÃO

Os ferimentos faciais possuem aspectos geralmente deformantes, no entanto, inicialmente deve-se considerar o paciente como um todo, respeitando os princípios do atendimento inicial ao paciente poli traumatizado, garantindo que o paciente não apresente lesões que possa causar risco de morte. Após se estipular as prioridades, pode-se instituir a terapêutica clínica-cirúrgica dos ferimentos faciais³.

A literatura menciona que é imprescindível que seja feita uma descontaminação da lesão, a determinação da sua origem e extensão e também que seja avaliado a necessidade da terapia antibiótica, remover o tecido desvitalizado e possíveis corpos estranhos, realizar a limpeza dos ferimentos, reposicionamento e sutura dos tecidos moles. Tais passos se fazem necessários para acelerar o processo de recuperação, evitando infecções e outras possíveis complicações¹⁰. Mesmo a face se destacando entre um dos locais do corpo humano mais resistente a infecção pós-trauma, provavelmente devido a rica irrigação sanguínea, ainda é indispensável o tratamento local da ferida para impedir a infecção e maximizar o prognóstico funcional e estético, afinal, a limpeza da ferida é o tratamento mais importante para evitar essa possível infecção¹¹.

Outra condição importante relatada pela literatura é sobre a imunização do paciente contra o tétano. Causado por um bacilo Gram positivo, o *Clostridium tetani*, comumente encontrado no solo e em fezes de animais. Baseado nisto, é importante levar em consideração a etiologia das feridas, grau de contaminação do ferimento e tempo de vacinação do paciente³.

É visto na literatura que as lesões de tecido mole podem variar de contusões, abrasões, a verdadeiras avulsões, seja por mordeduras de animais ou mesmo projéteis de arma de fogo além dos ferimentos do tipo lacero-contusivos e corto-contusos de etiologia diversa. Estando a gravidade do trauma diretamente relacionada com a cinemática do mesmo, a exemplo do caso relatado neste, o qual se deu em consequência de acidente automobilístico. Portanto, seu tratamento objetiva reestabelecer a função, deixando o mínimo de seqüela na aparência do paciente e deve ser realizado o mais rápido possível¹².

Outra condição a ser avaliada é a imunização do paciente contra o tétano. Fato respeitado pela equipe responsável pelo tratamento com correto manejo dos tecidos moles da região em associação com a terapêutica antitetânica. Mantendo, portanto, concordância com o que foi descrito por (DANTAS *et al*, 2013), o qual enfatiza que se o indivíduo recebeu as três doses da vacina e for ferido, não necessita de nenhuma medicação antitetânica. Contudo, transcorridos 5 anos ou mais da última dose, é conveniente administrar um reforço da vacina antitetânica¹³.

A maioria das infecções pode ser evitada através de um exame clínico detalhado, escolha do antimicrobiano ideal, assim como a antisepsia do local e desbridamento¹⁴. A utilização de agentes antissépticos, como água oxigenada, deve ser evitada, devido aos danos teciduais em decorrência de sua ação cáustica¹³. Um tratamento mal conduzido pode levar a quadros de infecções graves e necrose, inclusive

em tecidos mais profundos. No tratamento dessa lesão, foi realizado o desbridamento de tecido necrótico de forma mais conservadora possível. Esse tecido foi removido, pois a falta de substância poderia acarretar em cicatrizes inestéticas proveniente da proliferação bacteriana e consequente inflamação crônica decorrente do conteúdo necrótico. Em seguida realiza-se o fechamento primário através de suturas¹⁴.

O fechamento primário, que corresponde a sutura em tempo menor do que 24 horas após o trauma, embora outros possam considerar um tempo menor, sem dúvida é a melhor opção, precedidos pela árdua lavagem com solução fisiológica e antissépticos, acompanhado de escovação copiosa, induzindo ao sangramento, principalmente para reavivar das bordas da ferida, o que corrobora com o tratamento instituído no caso apresentado associado a terapia antibiótica e antitetânica¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista da alta prevalência e incidência dos traumatismos faciais, principalmente diante de acidentes de motocicleta, pela vulnerabilidade dos condutores e passageiros desse meio de transporte, é preciso ter uma clara compreensão dos padrões das lesões que acometem a face, para que se possa auxiliar na assistência emergencial, a fim de propiciar condutas e tratamentos adequados e efetivos.

Torna-se evidente então que o Cirurgião Buco-Maxilo-Facial conheça os princípios básicos de tratamento dessas lesões, para obter o melhor resultado possível, minimizando as sequelas estéticas e funcionais.

410

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira CL, Araújo DCC, Ribeiro MLS, Laureano Filho JR. Lesão de tecido mole em pacientes vítimas de trauma buco-maxilo-facial. *Rev Cir Traumat BucoMaxiloFac*. 2013;13(1):89-96.
2. Brasileiro BF, Vieira JM, Silveira CES. Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE. *Rev Cir Traumat BucoMaxiloFac*. 2010;10(2):97-104.
3. Leite Segundo AV, Gondim DGA, Caubi AF. Tratamento dos ferimentos faciais. *Rev Cir Traumat BucoMaxiloFac*. 2007;7(1):9-16.
4. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Mudança etiológica do trauma de face de pacientes atendidos no

- pronto socorro de cirurgia plástica do Distrito Federal. Rev Soc Bras Cir Plást. 2007;22(4):209-12.
5. Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(2):235-41.
 6. Silva MGP, Silva VL, Lima MLLT. Lesões craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicleta: uma revisão integrativa. Rev CEFAC. 2015;17(5):1689-97.
 7. Silva JLL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL, Pinheiro Filho TRC. Trauma facial: análise de 194 casos. Ver Bras Cir Plást. 2011;26(1):37-41.
 8. Lopes ALC, Rangel CLG, Paiva KRG, Câmara THQ, Ferreira MAF. Prevalência dos traumas buco-faciais em pacientes atendidos no Hospital Walfredo Gurgel (Natal- Rio Grande do Norte). Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011;11(2):123-30.
 9. Rodrigues FHOC. Avaliação do trauma bucomaxilofacial no Hospital Maria Amélia Lins da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Rev Soc Bras Cir Plást. 2006;21(4):211-6.
 10. Figueiró AP. Prevalência de injúrias em tecidos moles em pacientes atendidos em um centro especializado no tratamento de traumatismos dentários. RFO, Passo Fundo. 2016;21(3):401-6.
 11. Santos TS, Antunes AA, Carvalho RWF, Avelar RF, Melo REVA, Dourado E. Perfil dos pacientes vítimas de mordeduras faciais: um estudo retrospectivo. RGO, Porto Alegre. 2007;55(4):369-73.
 12. Gaetti-Jardim EC, Lima e Silva HC, Pereira TTM, Masocatto DC, Oliveira MM, Mendonça JCG. Tratamento de fratura complexa de terço médio de face associada a ferimento extenso. Arch Health Investig. 2014;3(3):1-7.
 13. Dantas RF, Dias MAP, Dantas Filho MO, Ribeiro ED, Andrade GSS. Lesão de tecidos moles causada por arma branca – Revisão de literatura. Rev Odontol UNICID. 2013;25(1):40-6.
 14. Alencar MGM, Bortoli MM, Almeida HCR, Moraes PKM, Lima NR, Vasconcelos BCE. Reconstrução de lesão em lábio superior por mordedura animal em criança. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2015;15(4):53-8.
 15. Gaetti-Jardim EC, Santiago Júnior JF, Guastaldi FPS, Dias-Ribeiro E, Shinihara EH, Garcia Júnior IR, et al. Ferimentos faciais: relato de caso. Rev Odontol Araçatuba. 2010;31(1):73-7.

ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR MENOR

PLEOMORPHIC ADENOMA IN MINOR SALIVARY GLAND

Wesley Rodrigues da Silva¹, André Azevedo dos Santos¹, Hannah Gil de Farias Morais¹, Jonatas Silva de Oliveira², Thyanara Silva Melo³; Thyago Morais Vicente da Silva³.

1. Mestrandos do programa de Pós-Graduação em ciências odontológicas, com área de concentração em patologia oral e estomatologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

2. Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco

3. Doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave:

Adenoma pleomorfo. Medicina Bucal. Cirurgia Bucal.

Keywords:

Adenoma, Pleomorphic. Oral Medicine. Surgery, Oral.

RESUMO

Os tumores das glândulas salivares são raros e ocorrem com maior frequência na glândula parótida. Dentre esses tumores, merece especial destaque o adenoma pleomórfico, que é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares. Diante disso, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso de adenoma pleomórfico acometendo glândula salivar menor, na região do palato mole, com três anos de evolução. O tratamento realizado foi a remoção total da lesão com margens de segurança e a paciente está sob acompanhamento há 5 anos, sem recidiva da lesão.

ABSTRACT

Tumors of the salivary glands are rare and occur more frequently in the parotid gland. Among these tumors, the pleomorphic adenoma, which is the most common benign neoplasia of the salivary glands, deserves special mention. Therefore, the objective of the present study was to report a case of pleomorphic adenoma affecting minor salivary gland, in the soft palate region, with three years of evolution. The treatment was the total removal of the lesion with safety margins and the patient was under follow up for 5 years, without recurrence of the lesion.

Autor Correspondente:

André Azevedo dos Santos
R. das Orquídeas, 782, AP 302, Mirassol, Natal/RN - 59078-170
E-mail: andreazevedojs@gmail.com
Telefone: +55 (84) 99663-2008

INTRODUÇÃO

Os tumores das glândulas salivares são raros, representando apenas de 3 a 6% de todos os tumores de cabeça e pescoço, e ocorrem com maior frequência na glândula parótida¹. Dentre esses tumores, merece especial destaque o adenoma pleomórfico (AP), que é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares, sendo responsável por cerca de 40 a 70% de todos os tumores dessas glândulas^{2,3}.

No que se refere ao local de maior ocorrência, assim como todos os tumores de glândulas salivares, o AP acomete mais a glândula parótida, podendo acometer também glândulas salivares menores, principalmente na região de palato, seguido pela glândula submandibular⁴. Como o nome "pleomórfico" sugere, este tumor tem manifestações citomorfológicas e arquiteturais variáveis, e a identificação dos componentes epitelial, mioepitelial e estromal (mesenquimal) é essencial para o seu diagnóstico⁵. O AP pode ocorrer em qualquer idade, mas a maior incidência é entre a terceira e a sexta décadas de vida, com uma maior predileção pelo sexo feminino^{5,6}.

A excisão cirúrgica total é o tratamento de escolha, com pequena margem de segurança, incluindo mucosa de revestimento, com o objetivo de se evitar recidivas. O

prognóstico é considerado excelente quando a cirurgia é feita de maneira adequada, com um índice de cura de aproximadamente 95%^{7,8}.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico, localizado no palato, numa paciente com 38 anos de idade, que foi tratada com sucesso por meio de excisão cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente M.L.A, do sexo Feminino, melanoderma, 38 anos de idade, natural de Recife, foi encaminhada ao serviço odontológico (Hospital Universitário Oswaldo Cruz) para avaliação de aumento de volume intra-oral.

Na anamnese, relatou como queixa principal aumento de volume, de crescimento lento e com duração de 03 anos. Ao exame físico extra-oral, apresentou face simétrica, abertura bucal e cadeias ganglionares cervico-faciais sem alterações. No exame físico intra-oral, observou-se mucosa normocorada, porém com a presença de uma tumoração de consistência amolecida, medindo aproximadamente 2,3 cm de diâmetro, na transição entre palato duro e mole (Figura 01). As hipóteses de diagnósticos clínicos foram de mucocele e

neoplasias de glândula salivar. Com todos os exames pré-operatórios normais, foi realizada a biópsia incisional da lesão, que revelou tratar-se de um AP.



Figura 01– Aspecto clínico da lesão, evidenciando sua extensão e localização.

O tratamento proposto foi de remoção da lesão, com margens de segurança, sob anestesia geral, devido à localização posterior da neoplasia. Apesar disso, realizou-se também infiltração com anestésico local com lidocaína a 2% associado à epinefrina 1:100.000 para controle do sangramento. A lesão foi removida subperiostealmente com bisturi de Bard-Paker, municiado com lâmina de número 15-c associado a cauterização da região cruenta com bisturi elétrico mais uso de hemostático tópico, promovendo, assim, melhor hemostasia (Figura 02), já que, devido ao tamanho da lesão, ocorreria cicatrização por segunda intenção.



Figura 02 – Pós-operatório imediato.

O material excisado (Figura 03), medindo aproximadamente 2,5 cm em seu maior diâmetro, de consistência borrachóide, coloração esbranquiçada, forma

e superfície irregulares, seguiu para análise histopatológica. Microscopicamente evidenciou-se neoplasia benigna de glândula salivar caracterizada pela formação de estruturas ductiformes em meio a um estroma que variava de fibroso a hialino, e que apresentava células epitelióides, ratificando assim o diagnóstico anterior.



Figura 03 – Peça cirúrgica.

Foi prescrito no pós operatório nimesulida 100mg de 12/12 hrs por 3 dias, dipirona 500mg de 6/6hrs por 3 dias e amoxicilina 500mg de 8/8 hrs por 7 dias. Além de orientações pós cirúrgicas, como crioterapia, alimentação fria e pastosa por 3 dias, foi realizada a orientação referente à higienização da ferida cirúrgica com gluconato de clorexidina a 0,12%, após 24 horas por 7 dias. A paciente recuperou-se sem nenhuma intercorrência no pós-cirúrgico e encontra-se em acompanhamento até os dias atuais sem sinais de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

As glândulas salivares menores existem em grande número na cavidade oral, principalmente em mucosa jugal, lábio, palato, gengiva, assoalho da boca e região retromolar. Produzem 8 a 10% do volume total diário de saliva. Tumores de glândula salivar menor são incomuns e representam importantes lesões intraorais⁹.

Os tumores de glândula salivar representam cerca de 1 a 4% de todas as neoplasias humanas¹⁰. Os APs são os mais comuns de todas as neoplasias de glândula salivar, sendo responsáveis por 40-70% de todos os tumores. A parótida é a glândula salivar mais afetada. De maneira geral, 13,9 a 51,4% de todas as neoplasias de glândula salivar acomete sítio intraoral, 34,7 a 67,1% são benignos⁹.

O AP ocorre preferencialmente da quarta a sexta décadas de vida e é mais comum em mulheres (60%) do que em homens (40%). Entre as glândulas salivares menores, afeta o palato com mais frequência (42,63%), seguido pelo lábio, mucosa jugal, área retromolar e assoalho de boca¹¹. A paciente do caso em questão apresenta idade, sexo e localização anatômica de acordo com a literatura.

O AP apresenta-se em cavidade oral como aumento de volume firme, de crescimento lento e indolor, comumente visto na face lateral posterior do palato, com uma superfície lisa e em forma de cúpula. Essas lesões em palato raramente conseguem atingir tamanho superior a 1 ou 2 cm de diâmetro, causando dificuldade na mastigação, fala e deglutição^{9,11}. No caso clínico, a paciente possuiu aumento de volume, amolecido, de crescimento lento na região posterior de palato, sendo essas características de acordo com os achados na literatura.

As principais lesões que fazem diagnóstico diferencial com o adenoma pleomórfico em cavidade oral são mucocele, carcinoma mucoepidermóide, carcinoma adenoide cístico, adenocarcinoma polimorfo de baixo grau e neurofibroma¹¹. A biópsia incisional das lesões orofaciais é usualmente realizada e enviada para análise histológica e confirmação do diagnóstico clínico. Após isso, realiza-se a montagem de um plano de tratamento individualizado para o paciente^{6,12}, sequência essa que foi seguida no presente caso.

Histologicamente, o AP contém tecidos epitelial e mesenquimal, exibindo um padrão microscópico diverso^{10,13}. O epitélio forma estruturas ductais compreendendo uma camada interna de grandes células cuboidais cercadas por uma camada luminal de células mioepiteliais. Os ductos geralmente contêm material secretório eosinofílico. As células mioepiteliais podem aparecer em forma de fuso, hialinas, poligonais ou claras. As células mesenquimais, por sua vez, são hialinizadas, mixóides ou cartilaginosas e podem ser algumas vezes o elemento predominante do tumor⁹.

O tratamento do adenoma pleomórfico se dá pela excisão cirúrgica de toda a lesão com margens de segurança para evitar recidiva. O procedimento cirúrgico deve ser baseado na exérese subperióstica, através do afastamento da lesão de sua inserção, sendo removido também o perióstio junto com a mucosa bucal que a reveste, tendo ao final uma região cruenta¹⁴. O risco de recorrência varia de 0,4% a 45%, dependendo da técnica cirúrgica¹⁵. A ressecção inadequada, ruptura da cápsula ou extravasamento do tumor durante a excisão pode levar à recorrência⁹. Tal técnica foi realizada neste caso, sendo utilizada a anestesia geral devido à localização posterior da lesão, porém utilizou-se também anestésico local com vasoconstritor para uma melhor hemostasia.

O carcinoma ex-adenoma pleomórfico é um neoplasma relativamente raro que compreende um componente carcinomatoso (derivado do epitélio ou mioepitélio, ou ambos) de um AP antigo. Essas lesões geralmente se desenvolvem em associação com um AP primário ou recorrente¹⁶. Devido a isso, a paciente do caso relatado apresentou lesão com evolução de 3 anos, sendo acompanhada até os dias de hoje, devido a possibilidade, mesmo que pequena, de transformação maligna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande importância que o cirurgião-dentista esteja atento para observar e investigar aumentos de volumes indolores na mucosa oral dos seus pacientes, os quais podem indicar, dentre

outras lesões, o adenoma pleomórfico, que muitas vezes pode estar presente por anos sem que o paciente perceba. Ademais, dada a possibilidade de transformação maligna, tal consideração torna-se ainda mais relevante, pois pode ser decisiva para a sobrevivência do paciente, sendo essencial o acompanhamento desses.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse

FINANCIAMENTO

O artigo não recebeu financiamento para sua realização

REFERÊNCIAS

1. Zengel P, Notter F, Reichel CA, Clevert DA. Does Virtual Touch IQ elastography help to improve the preoperative diagnosis of parotid tumors: A prospective trial. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2017;67(3-4): 425-34.
2. Curry JL, Petruzzelli GJ, McClatchey KD, Lingen MW. Synchronous benign and malignant salivary gland tumors in ipsilateral glands: A report of two cases and a review of literature. *Head Neck.* 2002;24(3):301-6.
3. Khan MN, Raza SS, Zaidi SAH, Haq IU, Hussain AK, Nadeem MD, et al. Pleomorphic adenoma of minor salivary glands. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2016;28(3):620-2.
4. Patigaroo SA, Patigaroo FA, Ashraf J, Mehfooz N, Shakeel M, Khan NA, et al. Pleomorphic Adenoma of Hard Palate: An Experience. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014;13(1):36-41.
5. World Health Organization. WHO Classification of Head and Neck Tumors. 4. ed. Lyon; 2017.
6. Biguelini GS, Silva SO, Linden MSS, Trentin MS, Miyagaki DC, Carlo JP. Adenoma pleomórfico: características clínicas e protocolo diagnóstico. *Salusvita, Bauru.* 2015;34(2):327-39.
7. Khanal P. Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Gland: A Case Report. *JNMA.* 2019; 57(215):219-25.
8. Emodi O, El-Naaj IA, Gordin A, Akrish S, Peled M. Superficial parotidectomy versus retrograde partial superficial parotidectomy in treating benign salivary gland tumor (pleomorphic adenoma). *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(9):2092-8.
9. Taiwo AO, Akinshipo A, Braimah RO, Ibikunle AA. Pleomorphic adenoma of the upper lip: A case report. *Saudi J Med Medical Sci.* 2018;6(1):32-5.
10. Pérez-de-Oliveira ME, Leonel ACLS, Castro JFL, Carvalho EJA, Vargas PA, Perez DEC. Histopathological Findings of Intraoral Pleomorphic Adenomas: A Retrospective Study of a Case Series. *Int J Surg Pathol.* 2019;27(7):729-35.
11. Arumugam P, Christopher PJ, Kumar S, Kengasubbiah S, Shenoy V. Pleomorphic adenoma of the palate: A case report. *Cureus.* 2019;11(3):e4308.

Adenoma pleomórfico
Silva WR, et al.

12. Oliveira LJ, Castro HHO, Leão PLR, Leal RM, Horta MCR, Souza PEA. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2016;57:155-61.
13. Ahmedi JR, Ahmedi E, Perjuci F, Ademi R, Gashi A, Agani Z, et al. Pleomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands in Child. Med Arch. 2017;71(5):360-3.
14. Silva DN, Guimarães KB, Ferraro-Bezerra M, Heitz C. Enucleation of pleomorphic adenoma: therapeutic consideration and case report. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2007;7:425-30.
15. Mariano FV, Giovanetti K, Saccomani LFV, Negro AD, Kowalski LP, Krepischi ACV, et al. Carcinoma ex-pleomorphic adenoma derived from recurrent pleomorphic adenoma shows important difference by array CGH compared to recurrent pleomorphic adenoma without malignant transformation. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82(6):687-94.
16. Yoshioka Y, Hayashi S, Hamada A, Toratani S, Okamoto T. Metastasis of carcinoma ex pleomorphic adenoma to the brain without previous metastasis to the lungs or bones: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2019;57(9):928-8.

REABILITAÇÃO DE DENTES ANTERIORES FRATURADOS UTILIZANDO RESINA COMPOSTA

REHABILITATION OF FRACTURED ANTERIOR TEETH USING COMPOSITE RESIN

Bruna Petrucelli de Lacerda¹, Caroline Abigail Ferreira Lobato¹, Roberta Linhares Araújo¹, Juliana de Souza S. Zica², Nívea Aparecida Reis Albuquerque², Lidiane Cristina Machado Costa³.

1 – Graduated in Odontology by the Faculty of Odontology of the Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte-MG, Brazil.

2 – Mestre em Odontologia, Professora Adjunta do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte-MG, Brasil.

3 – Doutora em Odontologia, Professora Titular do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte-MG, Brasil.

Palavras-chave:

Reabilitação Bucal, Resina, Trauma.

Keywords:

Oral Rehabilitation, Resin, Trauma.

RESUMO

Reabilitar dentes anteriores fraturados constitui um desafio e exige do profissional um amplo conhecimento clínico e habilidade técnica para que o tratamento se torne bem sucedido. O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso realizado na clínica odontológica do Centro Universitário Newton Paiva. Ao exame clínico, observou-se uma fratura horizontal no terço médio do dente 11 e uma fratura oblíqua até o terço médio do dente 21, ambas estendendo-se à dentina, sem exposição pulpar. Os dentes responderam positivamente aos testes de sensibilidade. Para a restauração, foi realizado inicialmente um enceramento diagnóstico para definição da forma dental. As restaurações foram confeccionadas sob isolamento absoluto do campo operatório utilizando a resina composta Z350 XT (3M Espe). Foi utilizada uma muralha de silicone confeccionada a partir do enceramento diagnóstico para auxiliar a reconstrução da face palatina dos dentes em questão. Conclui-se que a resina composta se mostra como uma alternativa conservadora e estética para a restauração de dentes anteriores fraturados.

ABSTRACT

Rehabilitation of fractured anterior teeth is a challenge and requires the professional to have ample clinical knowledge and technical skills to make treatment successful. The objective of this study was to present a case report carried out at the dental clinic of Newton Paiva University Center. The clinical examination revealed a horizontal fracture in the middle third of the 11th tooth and an oblique fracture up to the middle third of the 21st tooth, both extending to the dentin, without pulp exposure. Teeth responded positively to sensitivity tests. For the restoration, a wax 'set-up' was initially performed to define the dental shape. The restorations were made under Absolute Isolation of the Operative Field using the Composite Resin Z350 XT (3M Esper). A silicone wall made from wax 'set-up' was used to aid in the reconstruction of the teeth palatine surface. It concludes that Composite Resin is shown as a conservative and aesthetic alternative for the restoration of fractured anterior teeth.

Autor Correspondente:

Lidiane Cristina Machado Costa
Rua Progresso, 137, Centro – Pedro Leopoldo/MG
CEP 33600-000
Telefone: (31) 99183-6684
lidiane.cmachadocosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A infância é caracterizada pelo alto índice de acidentes envolvendo fraturas dentais, sendo os dentes incisivos centrais superiores os mais susceptíveis a traumatismo, especialmente na idade entre 06 e 15 anos¹. O trauma dentário em dentes permanentes representa uma preocupação odontológica, em função do crescente número de crianças e adolescentes atingidos por esse problema, com sérias repercussões estéticas, funcionais e emocionais. Inúmeras podem ser as causas dos acidentes, existindo pesquisas na área odontológica que apresentam como principais fatores motivadores a prática crescente de atividades como ciclismo,

prática com skates e artes marciais, existindo ainda a questão resultante de maus-tratos².

A Odontologia vem apresentando grandes avanços, especialmente no campo da estética, principalmente em relação ao aspecto natural obtido pelas restaurações adesivas diretas, que ganharam espaço por apresentarem translucidez, matiz, croma e valor muito similares aos das estruturas dentais³. A evolução das resinas compostas se tornou crescente tanto nas melhorias das características mecânicas como também nas ópticas⁴, sendo materiais bem indicados para a reabilitação de dentes anteriores fraturados⁵.

A restauração em resina composta associada à utilização de uma matriz de silicone representa uma

possibilidade de tratamento e uma alternativa interessante para restauração de dentes fraturados, enquadrando-se no conceito de odontologia restauradora⁶. Neste contexto, a Odontologia buscou a utilização de novos tipos de materiais e técnicas restauradoras mais eficientes, onde os sistemas adesivos tornaram-se fundamentais para promover a adesão entre a resina composta e as estruturas dentárias⁷.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi apresentar um relato de caso realizado na clínica odontológica do Centro Universitário Newton Paiva, ressaltando a importância da restauração em resina composta, utilizando a matriz de silicone como uma possibilidade de tratamento e uma alternativa para reabilitação de dentes anteriores fraturados.

RELATO DE CASO

Paciente A.Z.N.I., gênero feminino, leucoderma, 9 anos de idade, acompanhada de sua responsável, procurou atendimento na clínica odontológica do Centro Universitário Newton Paiva, apresentando queixa de dentes superiores quebrados, cuja fratura decorreu de um trauma após queda de bicicleta. A realização do exame clínico e radiográfico permitiram identificar uma fratura nos dentes 11 e 21 (Figura 1), atingindo esmalte e dentina, sem comprometimento pulpar e periodontal. Mediante avaliação pela equipe responsável, optou-se pelo tratamento restaurador com resina composta Z350 XT (3M Espe), utilizando uma matriz de silicone como guia para reconstrução da face palatina (Figura 2).



Figura 1 – Aspecto clínico inicial- fratura dos dentes 11 e 21



Figura 2– Guia de silicone posicionado na palatina dos dentes fraturados

Em um primeiro momento, realizou-se a moldagem da paciente para obtenção do modelo de estudo e posterior enceramento diagnóstico. Este procedimento visou à eficácia na recuperação da anatomia perdida com a fratura, servindo de guia para a obtenção da matriz de silicone. Posteriormente ao isolamento absoluto do campo operatório, foi realizado o condicionamento dos tecidos, utilizando ácido fosfórico a 37% por 30 segundos em esmalte e por 15 segundos em dentina. Em seguida, as cavidades foram lavadas abundantemente com água pelo dobro do tempo da aplicação do ácido e secas com papel absorvente. A aplicação do adesivo Single Bond Universal (3M Espe) foi realizada de forma ativa por 1 minuto. O excesso foi removido com leve jato de ar e a fotoativação foi realizada por 20 segundos com fotoativador Led (3M Espe).

A técnica da estratificação foi utilizada para a realização das restaurações em resina composta. Durante o processo restaurador, realizou-se o posicionamento da matriz de silicone na superfície palatina dos dentes fraturados inserindo os incrementos do material restaurador, obedecendo à técnica incremental, a fim de controlar os efeitos da contração de polimerização do material.

Primeiramente, inseriu-se um incremento de resina composta Z350XT na cor translúcida Clear (Z350XT - 3M Espe) para reconstrução da face palatina (Figura 3). Em seguida, a resina composta de dentina (Cor A2) foi inserida, reproduzindo os mamelões para dar naturalidade à restauração (Figura 4). Posteriormente, foram inseridas as resinas compostas de corpo (Cor A2) e de esmalte (Cor A2), além da utilização da resina opaca WO para caracterização da borda incisal.



Figura 3 – Face palatina reconstruída com resina composta translúcida (3M)



Figura 4 – Reprodução dos mamelões com Resina composta (3M)

Foram utilizadas espátulas para resina composta da marca Golgran e pincéis Sabletouch para caracterização e texturização da superfície vestibular, finalizando o caso (Figura 5). O acabamento e polimento foram realizados 21 dias após a confecção das restaurações, de maneira a permitir a expansão higroscópica da resina composta.



Figura 5 – Restaurações finalizadas

DISCUSSÃO

Estudos reafirmam a alta prevalência de fraturas coronárias especialmente em crianças e adolescentes^{8,9}, sendo os dentes anteriores superiores os mais afetados em casos de acidentes¹⁰. Em contrapartida, apresentam grande relevância na estética do sorriso, devido a sua anatomia e posição na arcada¹⁰. Além do quesito estética, os traumatismos em dentes permanentes constituem um problema grave, podendo ser considerado verdadeiramente uma situação de urgência, não só pelos problemas dentários e suas repercussões futuras, mas também pelo envolvimento emocional da criança e de seus acompanhantes¹¹.

O tratamento com resina composta em dentes anteriores vem sendo cada vez mais utilizado na prática clínica diária, devido à melhoria da resistência de união dos sistemas adesivos às estruturas dentais envolvidas, além das propriedades ópticas que possibilitam restaurações naturais e estéticas¹². Além disso, a utilização de resinas compostas em restaurações estéticas diretas apresenta menor custo e menor tempo clínico quando comparado a restaurações indiretas, que requerem fase laboratorial, aumentando, além do tempo clínico, o custo da restauração¹³. No caso clínico demonstrado, utilizou-se a técnica da matriz de silicone, apresentando resultado técnico excelente com tempo de consultório reduzido, o que favorece a melhor aceitação do paciente.

Torna-se importante complementar que, na paciente em questão, a restauração foi bem sucedida em função do cuidado com o preparo cavitário e realização do bisel, que tem o objetivo de proporcionar uma transição estética entre material/dente, criando volume de material e escondendo a linha de união dente/restauração modelo¹⁴.

Alguns fabricantes (3M Espe, GC Corporation, Ultradent e Bisco), no intuito de facilitarem a realização do procedimento restaurador, lançaram sistemas adesivos que podem ser utilizados tanto como autocondicionantes, quanto convencionais. Um exemplo deste material é o sistema adesivo Single Bond Universal (3M ESPE, St.Paul, EUA)¹⁵. A aplicação

de sistemas adesivos se faz conforme a marca utilizada. No presente caso clínico, foi utilizado o sistema monocomponente Single-bond Universal (3M, St.Paul, EUA), lançado no Brasil em 2012, que apresenta solventes à base de álcool, menos sensíveis quanto à aplicação em comparação aos adesivos à base acetona¹⁶.

Embora exista certa controvérsia em relação à adição de ácido polialquenoico, acredita-se que a presença deste co-polímero nos sistemas adesivos universais possa formar complexos na região superficial da camada híbrida e dentro dos túbulos dentinários¹⁵, que podem estabilizar a interface de união, fazendo um efeito de relaxamento de tensões¹⁷. Uma revisão sobre os componentes dos sistemas adesivos indica que a inclusão deste monômero na composição do adesivo é realizada para melhorar a estabilidade em meio úmido¹⁸. Desta maneira, devido às vantagens de utilização deste adesivo apresentadas na literatura, optou-se pela sua utilização no presente caso clínico.

O conhecimento das propriedades das resinas compostas também é essencial para se realizar a escolha adequada para reprodução de cada detalhe da estrutura dentária¹⁹. Sendo assim, a técnica de estratificação associa tecnologia com arte, via mimetização do policromatismo dentário de forma não invasiva, reversível, com previsibilidade de resultado, menor custo e maior facilidade de manipulação²⁰.

Outro quesito de grande importância que se refere à longevidade do tratamento é a conscientização do paciente sobre o prognóstico. Embora a técnica adesiva restabeleça a estética, a forma e a função das estruturas dentais comprometidas, a resistência à fratura de dentes traumatizados reduz-se em cerca de 50% quando comparada a de dentes hígidos⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fraturas dentárias na infância ocorrem com grande frequência, sendo as resinas compostas uma excelente oportunidade para que seja devolvida a estética e a funcionalidade ao paciente. Nesta perspectiva, a resina composta apresenta-se como uma alternativa para tratamento e reabilitação oral, especialmente para crianças que apresentam dentes anteriores fraturados, contribuindo substancialmente para a obtenção de resultados rápidos e satisfatórios.

O caso clínico apresentando vem comprovar que a resina composta apresenta um tempo clínico reduzido, menor custo e excelentes resultados em função da melhoria da resistência de união dos sistemas adesivos às estruturas dentais envolvidas, além das ópticas que possibilitam restaurações naturais e estéticas.

A utilização da matriz de silicone se mostra como uma excelente alternativa para reconstrução de dentes anteriores fraturados, pois após a moldagem do modelo de estudo encerado, está serve como guia anatômico, fazendo correto posicionamento das bordas incisais e proximais. Assim, permite o uso da técnica da estratificação, alcançando a aproximação da restauração aos dentes naturais, finalizando com primor o tratamento.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não existir financiamento para o presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Pereira NR, Ferrão Júnior JP, Ribeiro B, Silva PG, Fukada MY. Reimplantes de dentes permanentes avulsionados. *RGO*. 2001;49(4):230-4.
2. Westphalen VPD, Carneiro E, Fariniuk LF, Silva Neto UX, Roskamp L, Westphalen FH. Sobre trauma dentário em crianças e adolescentes. Curitiba: PUCPress; 2015.
3. Pucci CR, Borges AB, Paschotto DR, HuhtalaMFRL, Gonçalves SEP. Variação da guia de silicone em restaurações anteriores: relato de caso clínico. *Clinic Int J Braz Dent*. 2008;4(2):144-52.
4. Dietschi D, Dietschi J. Current Developments in Composite Materials and Techniques. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1996;8(7):603-14.
5. Valentine CW. Composite resin restoration in esthetic dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1987;Spec No:55E-61E.
6. Higashi C, Gomes JC, Kina S, Andrade OS, Hirata R. Planejamento estético em dentes anteriores. In: Miyashita E; (Org.). *Odontologia Estética: Planejamento e técnica*. 1. ed. São Paulo: Artes Medicas Brasil; 2006.
7. Marçal DB. *Sistemas adesivos: uma revisão de literatura [monografia]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
8. Viegas MV, Paiva SM, Carvalho AC, Scarpelli AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Influence of traumatic dental injury on quality of life Brazilian preschool children and their families. *Dent Traumatol*. 2014;30(5):338-47.
9. Kina M, Santos AR, Kina J, Martin OCL, Pires HC, Boer NP, et al. Anterior fractured tooth: diagnosis, prognosis and clinical case retreatment. *Arch Health Invest*. 2015;4(1):20-5.
10. Forcelli AP, Nunes MCP. Avaliação Clínica de Restaurações Diretas do Tipo Classe IV em Resina Composta Realizada sem Dentes Anteriores Traumatizados. *Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(2):81-6.
11. Jesus MA, Farinhas JA, Costa MC, Risso PA, Kuchler EC. Multidisciplinary approach to treat a pediatric patient with dental trauma. *Rev Flum Odontol*. 2011;17(36):39-43.
12. Gondo R. Restauração de dente anterior: Relato de caso clínico. *Clin Int J Braz Dent*. 2013;9(1):42-7.
13. Barreto BCF, Silva GR, Bertaglia PC, Santos-Caldeira MMP, Martins LRM, Soares CJ. Dental traumatism in hebiatry: a clinical case report. *Odontol. Rev Odontol Bras Central*. 2012; 21(56):510-4.
14. Anchieta RB, Rocha EP, Watanabe MU, Almeida EO, Junior ACF, Martini AP, et al. Recovering the function and esthetics of fractured teeth using several restorative cosmetic approaches. Three clinical cases: case report. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):166-72.
15. Kose C, Paula EA, Serrano APM, Tay LY, Reis A, Loguercio AD, et al. Aplicação de um novo sistema adesivo universal: relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;67(3):
16. Hirata R, Ampensan RL, Liu J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas: Uma Sequência de Escolha e Aplicação de Resinas. *JBC J Bras Clin Estet Odontol*. 2001; 5(25):15-25.
17. Van Meerbeek B, Vargas M, Inoue S, Yoshida Y, Peumans M, Larnbrechts P, et al. Adhesive and cements to promote preservation dentistry. *Oper Dent*. 2001;6:119-44.
18. Van Landuyt KL, Snauwaert J, De Munck J, Peumans M, Yoshida Y, Poitevin A, et al. Systematic review of the chemical composition of contemporary dental adhesives. *Biomaterials*. 2007;28(26):3757-85.
19. Reis A, Higashi C, Loguercio AD. Re-anatomization of anterior eroded teeth by stratification with direct composite resin. *J Esthet Restor Dent*. 2009;21(5):304-16.
20. Franco EB, Francischone CE, Medina-Valdivia JR, Baseggio W. Reproducing the natural aspects of dental tissues with resin composites in proximoincisal restorations. *Quintessence Int*. 2007;38(6):505-10.

SIALOLITÍASE EM GLÂNDULA PARÓTIDA, UM CASO INCOMUM

SIALOLITHIASIS IN PAROTID GLAND, AN UNUSUAL CASE

Cristóvão Marcondes de Castro Rodrigues¹, Daniela Meneses Santos¹, Mirlany Mendes Maciel Oliveira¹, João César Guimarães Henriques², Gabriella Lopes de Rezende Barbosa³, Luiz Fernando Barbosa de Paulo⁴

1- Residente de Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

2- Professor Adjunto e Coordenador da área de Estomatologia e Imaginologia Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

3- Professora Adjunta da área de Estomatologia e Imaginologia Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

4- Preceptor da Residência de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

Palavras-chave:

Sialolitíase Ductal, Cálculos dos Ductos Salivares, Glândula Parótida.

Keywords:

Ductal Sialolithiasis, Salivary Ducts Calculations, Parotid Gland.

RESUMO

Sialólitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior do sistema ductal salivar (glândula ou ducto), causando comprometimento do fluxo salivar, e essa interferência na patência do fluxo salivar denomina-se sialolitíase. A glândula mais comumente afetada é a submandibular, seguida da parótida e da glândula sublingual. A formação do sialólito pode ser provocada por sialodinite crônica associada à obstrução parcial que provém da deposição de sais de cálcio e fosfato por acúmulo de restos orgânicos no lúmen do ducto. O seu desenvolvimento não está relacionado a nenhuma desordem no metabolismo de cálcio e fosfato. Essa patologia está mais associada à idade adulta, com predileção pelo sexo masculino. Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de exérese de um sialólito presente no ducto de Stensen em paciente do sexo masculino de meia idade.

ABSTRACT

Sialoliths are calcified structures that develop within the salivary ductal system (gland or duct), causing compromising salivary flow, and this interference in the patency of salivary flow is called sialolithiasis. The most commonly affected gland is the submandibular, followed by the parotid, sublingual, and minor salivary glands. The formation of sialolite can be caused by chronic sialodinitis associated with the partial obstruction that comes from the deposition of calcium and phosphate salts by the accumulation of organic remains in the lumen of the duct. Its development is not related to any disorder in the metabolism of calcium and phosphate. This pathology is more associated with adulthood, with male predilection. This article aims to report a rare case of excision of a sialolite present in the Stensen duct in a middle-aged female patient.

Autor Correspondente:

Cristóvão Marcondes de Castro Rodrigues
Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial e Implantodontia
Endereço: Av. Pará, 1748 - Umuarama, Uberlândia - MG, 38405-320 Bloco 4T Uberlândia Minas Gerais-MG.
Telefone: (34)999062400
E-mail: cristovao-marcondes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As glândulas salivares são divididas em glândulas salivares maiores ou principais, representadas pela parótida, submandibular e sublingual, bilaterais e glândulas salivares menores ou acessórias, distribuídas por toda a mucosa oral, à exceção da gengiva e papila palatina¹. As alterações patológicas das glândulas salivares são relativamente comuns e todas as glândulas são susceptíveis de desenvolver uma variedade de condições. Os distúrbios denominados não neoplásicos são mais frequentes tratando-se de alterações de desenvolvimento, obstrutivas e idiopáticas. As inflamações e infecções das glândulas salivares, de etiologia variada, são genericamente designadas sialoadenites^{2,3}.

A sialoadenite obstrutiva é a mais comum destas alterações e pode ocorrer devido a causas extrínsecas (compressão por tumores, adenopatias, compressão muscular e próteses mal adaptadas) ou intrínsecas (cálculos, corpos estranhos, estenoses e variações anatômicas). Como consequência da obstrução, devido à presença de estruturas calcificadas chamadas sialólitos, surge dificuldade na drenagem do fluxo salivar, e aumento da pressão intraluminal, desencadeando um processo inflamatório e destruição progressiva da glândula⁴.

A sialolitíase corresponde a 30% das patologias em glândulas salivares, sendo a glândula submandibular a mais comumente acometida (83 a 94%), seguida pelas glândulas parótidas (4 a 8%) e sublingual (1 a 7%). São comuns em

pacientes que estão entre a terceira e quarta décadas de vida, acometendo em maior escala indivíduos do sexo masculino, sem predileção por raça^{5,6}.

Existe um largo espectro de opções terapêuticas para a sialolitíase, desde as abordagens totalmente conservadoras por meio de medidas locais e uso de medicamentos; passando pela exérese da calcificação retida até medidas radicais por meio da excisão completa da glândula⁷.

Este artigo tem por objetivo apresentar um caso de tratamento cirúrgico de exérese de sialólito presente no ducto Stensen, em uma paciente do sexo masculino de meia idade.

RELATO DE CASO

Paciente E.F.S de 68 anos, sexo masculino, melanoderma, encaminhado para clínica Programa de Cuidados Especiais a Doenças Estomatológicas (Procede) em dezembro de 2018, com queixa de xerostomia e aumento volumétrico em região de face à direita em períodos específicos do dia. Durante anamnese paciente negou alergias, afirmou ser hipertenso fazendo uso de captopril 25mg uma vez ao dia. Ao exame clínico extra-oral, notou-se assimetria facial em região parotídea à direita, com dor a palpação. No exame clínico intra-oral, não havia patência do ducto de Stensen direito após realização de ordenha, sendo palpável uma massa endurecida próxima à carúncula parotídea. Como hipótese de diagnóstico, foram levantadas as possibilidades de sialolitíase e quadro de parotidite crônica. Foi realizada uma tomada radiográfica extra-oral com filme oclusal em região de parótida direita; que revelou uma área radiopaca semelhante a calcificação (Figura 1). Como diagnóstico, foi determinado um quadro de sialolitíase.



Figura 01 – Radiografia Oclusal evidenciando presença de sialólito região parotídea direita

Paciente foi submetido à intervenção cirúrgica para remoção da sialólito sob anestesia local. Foi realizada

anestesia infiltrativa na região parotídea direita, com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Com um acessório de punção venosa abocath n°24, foi determinada localização e trajeto do ducto de Stensen para manter sua integridade durante a remoção do sialólito (Figura 2). Com uma lâmina n°15, foi realizada uma incisão linear paralela ao abocath e com uma tesoura tipo íris, foi feita dissecação de planos no sentido da localização da massa endurecida. O sialólito foi localizado na porção anterior do ducto de Stensen (Figura 3). Com pinça, o sialólito foi removido (Figura 4). Após lavagem copiosa com soro fisiológico 0,9%, ainda com o abocath em posição para não correr risco de obstruir o ducto parotídeo, o sítio cirúrgico foi suturado com fio nylon 5-0 e, posteriormente, o acessório venoso foi removido (Figura 5).



Figura 02 – Canalização do ducto de Stensen com o abocath n°24, determinada localização e trajeto.



Figura 03 – Localização do sialólito na região parotídea anterior.



Figura 04 – Dimensão do sialolito removido.



Figura 05 – Sutura intra-oral preservando as estruturas anatômicas.

Paciente foi medicado no pós-operatório imediato com anti-inflamatório não esteroidal (nimesulida 100mg 2x ao dia), e analgésico de ação periférica (dipirona sódica 500mg/ 35 gotas 4x ao dia) por 3 dias.

No retorno ambulatorial de sete dias, paciente evoluiu sem queixas e foi realizada a remoção da sutura. No pós-operatório de 21 dias, patência do ducto de Stensen positiva, sem presença de qualquer sintomatologia referida anteriormente pelo paciente, recebendo alta ambulatorial.

DISCUSSÃO

A sialolitíase é a alteração inflamatória mais comum das glândulas salivares, caracterizada pela formação de cálculos, denominados sialólitos, no interior de uma glândula ou de seu ducto⁸. Os sialólitos são formados pela deposição de sais de cálcio e fosfato ao redor de um nódulo central de material orgânico, possuindo uma coloração amarelada⁹. O cálculo salivar quando localizado num ducto tem forma oval ou esférica, podendo causar obstrução salivar. Quando intraglandulares, os cálculos são aglomerados irregulares, requerendo de uma abordagem cirúrgica mais radical^{2,10}.

A sintomatologia da sialolitíase é variada, dependendo do tamanho dos cálculos. Quando estes são pequenos, o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas. Se maiores, pode-se observar: aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições; diminuição do fluxo salivar, causando quadro de xerostomia; dor, e em alguns casos, pode estar presente a drenagem de coleção purulenta no ducto parotídeo, devido à contaminação por via retrograda^{3,6}.

O diagnóstico diferencial da sialolitíase deve ser feito na lesão radiopaca, podendo ser: linfonodo calcificado, flebólitos, tuberculose dos gânglios linfáticos com calcificações vasculares ou até uma miosite ossificante¹¹. Existem vários métodos que podem ser empregados para um diagnóstico mais preciso da sialolitíase. Entre eles estão a radiografia panorâmica, a sialografia, a ultrassonografia, e a tomografia computadorizada.

A radiografia panorâmica é um método relativamente barato e simples. Pode ser útil para o diagnóstico da sialolitíase em alguns casos, mas é uma imagem limitada por ser bidimensional, favorecendo assim a sobreposição de estruturas e dificultando a localização exata dos cálculos. A sialografia apresenta algumas restrições à sua realização quanto a possíveis quadros de alergia ao contraste iodado e presença de quadro de infecção aguda. A tomografia computadorizada tipo cone-beam tem como desvantagem o seu elevado custo e a exposição do paciente a uma elevada dose de radiação em comparação a outros métodos. A ultrassonografia é considerada como o método de escolha no diagnóstico da sialolitíase^{8,12,13}. Para o auxílio diagnóstico do caso referido, radiografia extra-oral com filme oclusal se mostrou pertinente, considerando os fatores de custo baixo, facilidade de execução e resultado imediato.

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do cálculo salivar, podendo ser muitas vezes conservador, pela adoção de massagens leves das glândulas em uma tentativa de ordenhar o cálculo para o orifício do ducto, compressa morna, prescrição de sialogogos para estimulação de fluxo salivar e o aumento de ingestão de líquidos para promover a eliminação do cálculo. Já os sialólitos localizados na metade anterior do ducto necessitam de uma intervenção cirúrgica e os localizados na porção posterior do ducto ou intraglandulares, por vezes, obrigam a remoção total da glândula envolvida^{10,14}. No caso descrito, devido à localização mais anterior do sialólito e considerando suas dimensões, optou-se pela remoção cirúrgica.

A abordagem cirúrgica direta da glândula salivar poderá trazer como complicações quadros de infecção e a formação de fistula salivar^{1,5}. Em estudo realizado por Hills e colaboradores¹⁵, foi observado que as complicações pós-operatórias ocorreram em 23% dos casos, incluindo sialocele, déficit sensorial pré-auricular, fraqueza transitória do nervo facial, infecção pós-operatória. No presente caso, o uso de um dispositivo de rastreamento do ducto de Stensen (Abocath) foi de fundamental importância para minimizar o dano sofrido durante a remoção cirúrgica do cálculo salivar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sialolitíase acomete na maioria dos casos a glândula submandibular ocorrendo com menor incidência a glândula parótida. Os sinais e sintomas clínicos devem ser avaliados em conjunto com exames de imagem para diagnóstico preciso. O tratamento escolhido deve levar em consideração diversos fatores, tais como: localização da obstrução, tamanho do sialólito e condições sistêmicas do paciente, visto que na maioria dos casos o tratamento cirúrgico é preconizado. É de extrema importância o acompanhamento, devido a possíveis complicações, como as lesões no sétimo par de nervo craniano ou no ducto de Stensen, que podem levar à formação de fistula salivar de difícil tratamento.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que não houve financiamento de nenhuma instituição.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdullah A, Rivas FFR, Srinivasan A. Imaging of salivary glands. *Semin Roentgenol.* 2013;48(1):65-74.
2. Zenk J, Koch M, Klintworth N, König B, Konz K, Gillespie MB, et al. Sialoendoscopy in the Diagnosis and Treatment of Sialolithiasis: A Study on More Than 1000 Patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;147(5):858-63.
3. Mohan H, Tahlan A, Mundi I, Punia R, Dass A. Non-neoplastic salivary gland lesions: a 15-year study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011;268(8):1187-90.
4. Liu D, Zhang Z, Zhang Y, Zhang L, Yu G. Diagnosis and management of sialolithiasis with a semirigid endoscope. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108(1):9-14.
5. Liao GQ, Su YX, Zheng GS, Liang LZ. Sialoendoscopy-based Diagnosis and Treatment of Salivary Ductal Obstructions. *Chin J Dent Rest.* 2010;13(1):17-22.

6. Kawakami RY, Padovan LEM, Matsumoto MA, Ribeiro Júnior PD, Fraga SC. Sialolitíase recorrente: relato de caso clínico. *Rev Fac Odontol Lins.* 1997;10(1):33-9.
7. Witt R, Iro M, Koch M, McGurk M, Nahlieli O, Zenk J. Minimally Invasive Options for Salivary Calculi. *Laryngoscope.* 2012;122:1306-11.
8. Kim DH, Song WS, Kim YJ, Kim WD. Parotid sialolithiasis in a two-year-old boy. *Korean J Pediatr.* 2013;56(10):451-5.
9. Costa LJ, Sampaio MCC, Carvalho AAT, Lucena LBS, Rockenbach MIB. Sialolitíase de glândulas salivares menores – relato de um caso. *Rev ABO Nac.* 2001;9(5):307-9.
10. Branco BLC, Cardoso AB, Caubi AF, Pena GN. Sialolitíase: relato de um caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2003;3:9-14.
11. Jácome AMSC, Abdo EN. Aspectos radiográficos das calcificações em tecidos moles da região bucomaxilofacial. *Odontol Clín-Cient.* 2010;9:25-32.
12. Torres-Lagares D, Barranco-Piedra S, Serrera-Figallo MA, Hita-Iglesias P, Martínez-Sahuquillo-Márquez A, Gutiérrez-Pérez JL. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(1):E80-4.
13. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005;25(3):145-9.
14. Magnabosco Neto AE. Sialólito na região de uma glândula parótida – relato de um caso clínico. *BCI, Curitiba.* 2002;9(35):210-4.
15. Hills AJ, Holden AM, McGurk M. Sialendoscopy-assisted transfacial removal of parotid calculi. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2017;37(2):128-31.

UTILIZAÇÃO DE TELA DE TITÂNIO NA ABORDAGEM DE FRATURA DE FRONTAL

USE OF TITANIUM MESH IN THE FRONTAL FRACTURE APPROACH

Caio César Gonçalves Silva¹, Beatriz Borba Barros Bernardo², Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves¹, Demóstenes Alves Diniz³, Kallena Sélys Quinto Nunes⁴, Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos⁵.

1- Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP/UPE.

2- Acadêmica de Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP/UPE.

3- Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração/UPE.

4- Cirurgiã-Dentista pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP/UPE.

5- Professor Assistente do departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE, Camaragibe/PE, Brasil).

Palavras-chave:

Traumatismo da Região Frontal;
Fixação Interna de Fraturas; Tratamento.

Keywords:

Frontal Region Trauma. Fracture Fixation,
Internal. Treatment

RESUMO

As fraturas do seio frontal têm origem, geralmente, de acidentes de grande intensidade e podem estar associadas a outras fraturas no terço médio da face, além de causar transtornos funcionais e estéticos para o paciente. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente do sexo masculino, 24 anos, vítima de agressão física. Ao exame físico, apresentava depressão em região frontal com comprometimento de contorno supraorbital esquerdo. A tomografia computadorizada convencional evidenciou fratura de parede anterior de seio frontal. Foi proposto para o paciente acesso bicoronal e instalação de tela de titânio 1.5mm para mascarar defeito ósseo. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas visuais e/ou estéticas. Diante disso, a utilização da tela de titânio como material de fixação da fratura da parede anterior do seio frontal mostra-se eficaz devido a sua biocompatibilidade e potencial de restabelecer a anatomia da região.

ABSTRACT

Frontal sinus fractures usually originate from high-intensity accidents and may be associated with other fractures in the middle third of the face, as well as causing functional and aesthetic disorders for the patient. The present study aims to report the case of a male patient, 24 years old, victim of physical aggression. At the physical examination, he presented depression in the frontal region with involvement of the left supraorbital contour. The conventional computed tomography revealed a frontal wall anterior sinus fracture. It was proposed for the patient bicoronal access and installation of 1.5mm titanium screen to mask bone defect. The patient is followed up in outpatient care without visual and/or aesthetic complaints. Therefore, the use of the titanium mesh as a fixation material for the anterior wall of the frontal sinus is effective because of its biocompatibility and the potential to reestablish the anatomy of the region.

Autor Correspondente:

Caio César Gonçalves Silva
Universidade de Pernambuco. Av. Gal. Newton Cavalcanti, n. 1650.Tabatinga.
54753020 - Camaragibe, PE – Brasil.
Telefone: (81) 34581000.
E-mail:caiocgsilva@gmail.com

INTRODUÇÃO

O seio frontal é uma cavidade óssea, pneumática, localizada no osso frontal, acima dos arcos superciliares. Esses seios são assimétricos e separados por um septo frontal. É ausente ao nascimento e seu crescimento cessa aos 20 anos de idade. Aproximadamente 4% da população não apresenta o seio frontal. Essa estrutura anatômica possui relação com o seio das meninges, lobo frontal do cérebro, seio paranasal e células etmoidais^{1,2}.

As fraturas faciais têm como principais causas os acidentes automobilísticos e agressões. Excluindo fraturas do nariz e mandíbula, as fraturas do seio frontal são comuns, apesar do reforço da glabella. Sua incidência é de cerca de 12%³.

Diversos esquemas de classificação foram propostos na literatura na tentativa de simplificar a tomada de

decisão cirúrgica. Para classificar as fraturas, deve-se levar em consideração sempre a condição da parede anterior e posterior da drenagem nasofrontal, presença de lesão intracraniana e lesões craniomaxilofaciais concomitantes. O tipo de fratura mais comum no seio frontal é a da parede anterior do seio frontal, porém os casos mais graves podem acometer a parede posterior e/ou assoalho, podendo o ducto frontonasal estar envolvido^{1,4}.

O tratamento das fraturas isoladas da parede anterior é indicado para evitar as deformidades estéticas. As fraturas da parede posterior, sozinhas ou em combinação com as da lâmina anterior, devem ser tratadas para que possam ser evitadas sequelas neurológicas, incluindo meningite e abscesso cerebral. Combinações de fraturas que comprometam o trato de drenagem nasofrontal devem ser tratadas para que se possa evitar o desenvolvimento de mucoceles e picococelos¹.

Os objetivos do tratamento são, basicamente, prevenção de infecção, isolamento do conteúdo intracraniano, correção da drenagem do líquido cefalorraquidiano e restauração da função e estética⁵.

A tela de titânio é um material muito utilizado no tratamento cirúrgico. O titânio, por proporcionar osteointegração e ser altamente biocompatível com os tecidos do indivíduo, é o material que compõe a maioria de placas e telas utilizadas no âmbito da cirurgia buco-maxilo-facial^{1,6}.

Diante disso, o presente trabalho tem o propósito de relatar o caso de um paciente, vítima de agressão física, evoluindo com fratura de parede anterior de frontal com comprometimento estético sendo optando-se por instalação de tela de titânio para devolver o contorno anatômico da região.

RELATO DE CASO

Paciente J.L.S., leucoderma, do sexo masculino, 24 anos, vítima de agressão física. Ao exame físico, apresentava depressão em região frontal com comprometimento de contorno supraorbital esquerdo. No exame tomográfico, computadorizado convencional verificou-se fratura isolada da parede anterior do seio frontal (FIGURA 1A e 1B).

Diante do comprometimento estético (FIGURA 1C e 1D), foi proposto para o paciente uma cirurgia conjunta com as equipes de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e de Neurocirurgia do Hospital da Restauração, Recife-PE. O paciente foi submetido à anestesia geral intubação orotraqueal e o acesso de escolha foi o acesso bicoronal, estendendo da região pré-auricular e contornando o hélix da orelha até a região pré-auricular do lado oposto. Em seguida, foi realizado descolamento do pericrânio até a margem supraorbital esquerda (FIGURA 2A).

Devido à cominuição da fratura, foi optou-se por utilização de tela de titânio de 1.5mm na parede anterior do seio frontal para promover contorno favorável da depressão óssea. Com essa finalidade, um pedaço da tela de titânio foi recortada às dimensões do defeito da região frontal e da margem supraorbital esquerda e justaposta de maneira passiva, sendo estabilizada com miniparafusos de 4 e 5mm (FIGURA 2 B). Após essa etapa, foi realizada a sutura por camadas, iniciando com uma parte do periósteo e a superfície da fáscia do temporal com fios reabsorvíveis 4.0. A incisão do couro cabeludo foi realizada em 2 camadas, usando suturas com fio reabsorvível 3.0, através dos tecidos subcutâneos/gálea, tendo as suturas da pele sido realizadas com fio permanente nylon 3.0. Por fim, foram instalados drenos a vácuo e usada bandagem não compressiva na região do acesso (FIGURA 2C).

O paciente apresentou evolução pós-cirúrgica favorável sem nenhuma complicação e ou intercorrência e com recuperação estética do arcabouço facial (FIGURA 3A e 3B). O exame tomográfico computadorizado convencional pós-operatório mostra adequado posicionamento da tela de titânio, devolvendo o contorno anatômico da região (FIGURA 4A, 4B e 4C).

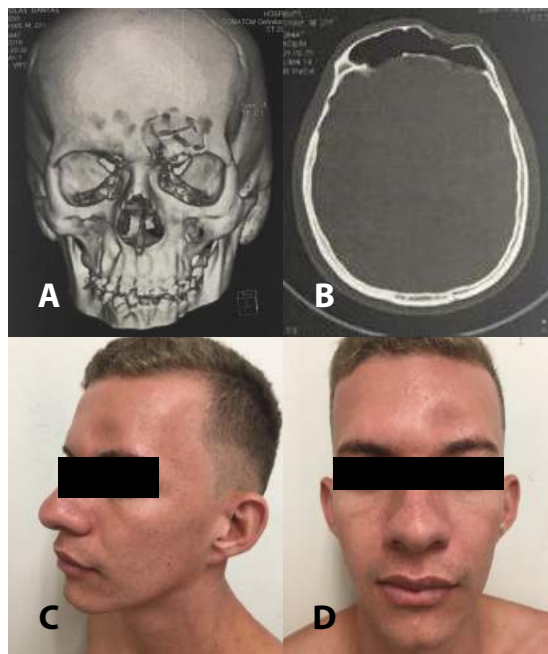


Figura 1 – Avaliação inicial do paciente – A. Tomografia Computadorizada Convencional (Reconstrução 3D); B. Tomografia Computadorizada Convencional (Corte axial); C. Fotografia do paciente (vista de perfil); D. Fotografia do paciente (vista frontal).

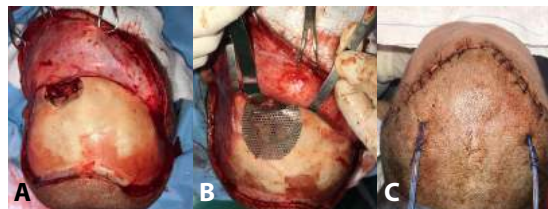


Figura 2 – Transoperatório do paciente – A. Exposição da fratura através do acesso bicoronal; B. Instalação de tela de titânio 1.5mm em região frontal; C. Sutura do acesso cirúrgico e instalação de drenos a vácuo.



Figura 3 – Pós-operatório do paciente - A. Fotografia do paciente (vista frontal); B. Fotografia do paciente (vista de perfil).

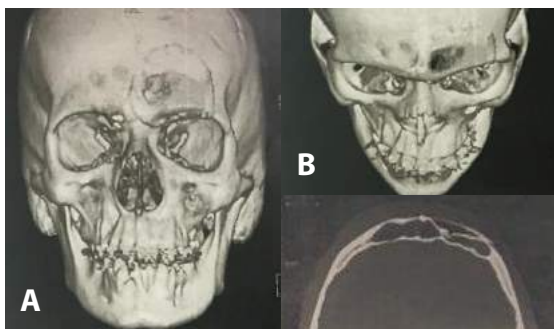


Figura 4 – Pós-operatório - Tomografia Computadorizada Convencional; A. Reconstrução 3D (vista frontal); B. Reconstrução 3D (vista súpero-inferior); C. Corte axial.

DISCUSSÃO

Em estudo feito por Gabrielli et al.³ revelaram que as causas mais frequentes de fratura do seio frontal são acidentes automobilísticos e agressões, seguidos por esportes e explosões. Relatou ainda que 92,3% dos pacientes são do sexo masculino. Essas fraturas abrangem uma ampla faixa etária e têm maior prevalência em indivíduos de 21 a 30 anos^{2,3}. Esses dados vão de encontro aos do paciente do presente relato, que é do sexo masculino, 24 anos de idade e foi vítima de agressão.

As classificações tradicionais de fraturas podem ser usadas como referência para as fraturas do seio frontal, porém deve-se levar sempre em consideração a condição da parede anterior, posterior, assoalho do seio e presença de lesão intracraniana. As fraturas da parede anterior são as mais frequentes por ser a região que sofre o impacto inicial. Nos traumas de menor impacto, a parede anterior serve de proteção para a posterior que é acometida geralmente em casos mais graves^{1,4,6}. No presente caso, o paciente apresentou fratura isolada da parede anterior.

Para um correto diagnóstico da fratura e melhor escolha do tratamento, é importante que além do exame clínico, seja feito exame de imagem. Exames radiográficos simples, como as incidências pósterio-anterior, lateral, de Waters e Caldwell são úteis para uma primeira avaliação e podem ser realizadas em praticamente todos os serviços hospitalares¹.

Contudo, a tomografia computadorizada convencional da face é o melhor recurso radiológico para planejamento cirúrgico, pois permite uma melhor visualização das estruturas fraturadas por gerar uma imagem em três dimensões, sem sobreposições. Além disso, permite identificar a direção em que os ossos foram deslocados para que seja elaborada a redução direcional dos ossos^{7,8}.

As indicações para tratamento cirúrgico das fraturas do seio frontal incluem restauração estética, possíveis complicações intracranianas e danos orbitais. As fraturas envolvendo a lâmina anterior são reconstruídas, enquanto fraturas que acometem a lâmina posterior e lesões do sistema de drenagem são tratadas pelas técnicas de obliteração ou cranialização^{5,9}.

Vale salientar que exposição adequada é indispensável para possibilitar a exata redução e fixação das fraturas, assim como qualquer procedimento complementar, como a colocação de enxerto ósseo. A incisão coronal permite melhor visualização do campo cirúrgico por expor estruturas como crânio, seio frontal, órbita e terço médio da face. Quando a incisão é estendida dentro da área pré-auricular, a cicatriz cirúrgica é muito discreta. Na maioria dos casos publicados, assim como nesse, o acesso de escolha é o coronal por proporcionar uma melhor visualização das estruturas que serão abordadas^{2,6,9}.

Os mais variados materiais podem ser utilizados no tratamento de fraturas, como a dura-máter liofilizada, membrana de ácido polilático biodegradável, lâmina de *polydioxanone* e fixação interna rígida. Os materiais mais utilizados para fixação são as placas/telas de titânio e parafusos. O metal em questão é altamente biocompatível, proporcionando sua osteointegração com o tecido ósseo adjacente, além da sua forma em tela que permite suporte, estabilidade dos segmentos e devolve a anatomia da região ao paciente^{1,8}.

A tela em titânio tem uma vantagem, pois além de ser biocompatível, proporciona suporte e consolidação dos segmentos nos três planos do espaço. Em perdas ósseas menores podem ser usadas sozinhas por estabilizarem bem pequenos fragmentos ósseos e, para perdas ósseas maiores, podem ser associadas a enxertos ósseos^{1,6}. No caso relatado, optou-se pela utilização exclusiva da tela de titânio devido à cominuição da fratura, evitando-se um maior número de material de osteossíntese e possível infecção pós-operatória.

Complicações decorrentes da fratura do seio frontal podem surgir tendo ou não relação com o correto manuseio cirúrgico, no momento da lesão ou muitos anos após. Os principais tipos de complicações são os que ocorrem no momento da lesão, os de natureza infecciosa e os crônicos. A infecção mais encontrada é a meningite, enquanto a complicação crônica mais comum é a mucocoele¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No manejo do paciente com fratura do osso frontal, o exame clínico deve estar associado ao exame de imagem para que se estabeleça um correto diagnóstico e, assim, um tratamento cirúrgico mais adequado. A utilização da tela de titânio como material de fixação da fratura da parede anterior do seio frontal mostra-se eficaz devido sua biocompatibilidade e potencial de restabelecer a anatomia da região.

CONFLITO DE INTERESSES

Sem conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Sem financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Nahsan FPS, Mondelli RFL, Franco EB, Naufel FS, Ueda JK, Schmitt VL, et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(2):151-6.
2. Macleod S, Cunningham L. Manejo das Fraturas do Seio Frontal e do Complexo Naso-órbito-etmoidal. In: Miloro M, et al. *Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson.* São Paulo: Santos; 2016.
3. Conci RA, Martins JRP, Tomazi FH, Sbardelotto BM, Neto LS, Oliveira GR. Tratamento Cirúrgico de Fratura de Seio Frontal. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2012;20(2):31-6.
4. Gabrielli MRF, Gabrielli MA, Vieira EH, Filho VAP. Immediate reconstruction of frontal sinus fractures: review of 26 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(5):582-6.
5. Montovani J, Nogueira EA, Ferreira FD, Neto ACL, Nakajima V. Cirurgia das fraturas do seio frontal: estudo epidemiológico e análise de técnicas. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(2):204-9.
6. Gaetti-jardim E, Junior JFS, Guastaldi JE, Filho OM, Junior IRG, Junior EGJ. Fratura do seio frontal: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba.* 2010;31(2):35-9.
7. Bicalho, A. Tratamento cirúrgico da fratura do osso frontal – revisão da literatura e relato de caso. 2012. Monografia (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
8. Manso P, Clark N, Robertson B, Crawley W. Comprehensive management of pan-facial fractures. *J Craniomaxillofac Trauma.* 1995;1(1):43-56.
9. Junior L, Lima JL, Honorio KK, Dias RE, Sales E, Dutra MI, et al. Utilização de sistema reabsorvível no tratamento da fratura fronto – naso – órbito –etmoidal: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2006;692(2):17-26.
10. May M, Ogura JH, Schramm V. Nasofrontal Duct in Frontal Sinus Fractures. *Arch Otolaryngol - Head Neck Surg.* 1970;92(6):534-8.

ATENDIMENTO A PACIENTE COM SÍNDROME DE TURNER EM CLÍNICA ESCOLA

CARE FOR PATIENTS WITH SCHOOL CLINICAL TURNER SYNDROME

Beatriz Mirella Figueiredo dos Santos¹, Larissa Hellen de Paiva Felix², Renata Cimões³, Arnaldo de França Caldas Júnior⁴, Roberto Carlos Mourão Pinho⁴.

1- Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

2- Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

3- Professora Doutora, Universidade Federal de Pernambuco.

4- Professor Doutor, Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave:

Síndrome de Turner; Gingivite; Periodontite; Saúde bucal; Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências.

Keywords:

Turner syndrome; Gingivitis; Periodontitis; Oral health; Dental Care for Disabled.

RESUMO

O objetivo desse artigo é relatar um caso de atendimento a paciente com Síndrome de Turner (ST), as condições orais, as características da síndrome e abordagem no tratamento odontológico a estes pacientes com ST. Paciente do sexo feminino, 38 anos, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), procurando atendimento devido as diversas necessidades odontológicas, há muitos anos não realizava nenhum tratamento odontológico, pois não conseguia atendimento na cidade de sua residência. Como a paciente não apresentava diagnóstico definitivo ou laudo sobre a sua patologia de base, foi solicitado também à realização de exame citogenético de cariotipagem para confirmação da ST em laboratório de genética, que confirmou o diagnóstico 45, X0, Síndrome de Turner (ST). A paciente apresentava uma má condição oral, que inicialmente não permitia inclusive a realização do exame mais detalhado devido ao acúmulo de cálculo em todas as faces de todos os elementos dentários. Foram realizados os procedimentos odontológicos necessários, que trouxeram benefícios à paciente, melhorando a saúde bucal, a autoestima e a qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this article is to report a case of assistance to a patient with Turner Syndrome (ST), oral conditions, the characteristics of the syndrome and approach to dental treatment for these patients with TS. A 38-year-old female patient attended the Faculty of Dentistry of the Federal University of Pernambuco (UFPE), seeking care due to the diverse dental needs, she had not undergone any dental treatment for many years, as she was unable to attend in the city of her residence. As the patient did not present a definitive diagnosis or report on her underlying pathology, she was also asked to perform a karyogenetic examination to confirm TS in a genetics laboratory, which confirmed the diagnosis 45, X0, Turner Syndrome (ST). The patient had a poor oral condition, which initially did not even allow the performance of a more detailed examination due to the accumulation of calculus on all faces of all dental elements. The necessary dental procedures were carried out, which brought benefits to the patient, improving oral health, self-esteem and quality of life.

428

Autor Correspondente:

Roberto Carlos Mourão Pinho
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Faculdade de Odontologia.
Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901.
Email: robertomouraopinho@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Turner (ST) é uma alteração genética que afeta uma a cada 2500 nativas do sexo feminino¹, descrita inicialmente em 1938 por Turner² em 7 mulheres com baixa estatura, cúbito valgo, pescoço palmado e infantilismo sexual. Em 1954, Polani et al (em Gorlin e Pindborg)³ observaram a cromatina sexual ausente nessas pacientes e cinco anos após, Ford et al⁴, descobriram que a base genética desta síndrome era a ausência do cromossomo X.

A maioria dos conceptos portadores da ST é eliminada durante a vida intrauterina, de modo que os sobreviventes

correspondem àqueles com alterações clínicas menores, que irão exigir especial atenção dos pais e acompanhamento médico constante, em razão de complicações renais, cardiovasculares e auditivas, e que em alguns casos, observa-se a deficiência cognitiva, embora normalmente a inteligência das portadoras esteja inserida nos limites de normalidade da população não afetada⁵, e a baixa estatura é o achado mais comum da ST⁶.

O diagnóstico definitivo da síndrome ou de suas variantes requer a realização de cariótipo⁷. A maioria dos pacientes afetados têm uma monossomia 45,X0, mas a presença de um cromossomo anormal ou mosaicismos de 45X com outra linha celular também pode ocorrer⁸.

São comuns também as reações psicossociais frente ao estigma de uma doença genética, pois uma síndrome genética, impõe limitações importantes na vida dessas pacientes, com significativo evento sociológico⁹, há consenso de que o tratamento médico desde a infância, pode reduzir o impacto da condição genética sobre a dinâmica psicossocial, em crianças e adultos. Todavia, alguns desses aspectos, como autoestima e ajustamento social, não têm sido sistematicamente estudados¹⁰, mesmo que frequentemente encontrado nessas pacientes¹¹.

Estudos de aberrações cromossômicas mostraram que ambos os cromossomos X e Y promovem o crescimento da dentição, portanto, os cromossomos sexuais contêm genes responsáveis pelo desenvolvimento dentário¹². Os achados orais mais frequentes em pacientes com síndrome de Turner são hipoplasia da mandíbula¹³⁻¹⁵ e uma abóbada palatina alta^{3,14}, pequenos dentes, erupção precoce de dentes permanentes e raízes curtas são também características da síndrome de Turner¹⁵⁻¹⁶. A Síndrome de Turner é uma anomalia cromossômica que os dentistas tem a probabilidade de encontrar em sua prática, e os achados orais podem dar a primeira pista que leva a este diagnóstico precoce¹⁷⁻²⁰. Portanto, o objetivo desse artigo é relatar um caso de atendimento a paciente com ST.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 38 anos, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), para atendimento devido diversas necessidades odontológicas, pois há muitos anos não realizava nenhum tratamento odontológico, já que não conseguia atendimento na cidade de sua residência (Figura 1), na anamnese, a acompanhante relatou que a paciente tinha ST, mas não havia laudo médico confirmando essa condição, apenas o diagnóstico feito pelo endocrinologista, sem exame genético realizado.



Figura 1 – Paciente baixa estatura, com pescoço curto, com diagnóstico endocrinológico de ST, confirmado em seguida o diagnóstico através do exame citogenético.

A paciente foi encaminhada à Clínica de Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da UFPE para início do tratamento odontológico, a condição de saúde oral era ruim, e que inicialmente não permitia inclusive a realização do exame mais detalhado devido ao acúmulo de cálculo em todas as faces de todos os elementos dentários (Figuras 2A, 2B e 2C), na ocasião havia uma halitose severa e sangramento espontâneo.



Figura 2A – Exame clínico, mostrando grande quantidade de cálculo nas faces linguais e proximais dos elementos dentários e sangramento espontâneo, **2B** – Aspecto do exame clínico, mostrando grande quantidade de cálculo nas faces vestibulares e proximais dos dentes superiores e severa gengivite, **2C** – Aspecto imediatamente após raspagem da arcada dentária superior, mostrando grande área inflamada e grande quantidade de cálculo nas faces vestibulares e proximais dos elementos dentários e sangramento espontâneo.

A paciente apresentava déficit cognitivo, mas compreendia razoavelmente, a acompanhante relatava que a paciente realizava o auto-cuidado sozinha, a paciente não falou em nenhum momento com a equipe, algumas vezes sorria, mas discretamente. Em todas as sessões verificava-se acúmulo de placa, escovação deficiente e necessidade de reforçar as instruções de higiene oral, tanto para a paciente, quanto para a acompanhante. O comportamento da paciente inicialmente observado foi de medo e vergonha, aparência triste e com dificuldade em abrir a boca, não por algum problema físico, mas relutava em abrir a boca devido à própria condição em que estava, e embora não falasse sobre isso, nos pareceu que tinha consciência disso.

Na primeira sessão, foram solicitados o hemograma, coagulograma e glicemia em jejum, além da radiografia panorâmica dos maxilares, para o planejamento da exodontia da raiz do elemento 11 e endodontia do 36. Como a paciente não apresentava diagnóstico definitivo ou laudo sobre a sua patologia de base, foi solicitado também à realização de exame citogenético de cariotipagem para confirmação da ST em laboratório de genética, que confirmou o diagnóstico 45, X0, Síndrome de Turner (ST).

O planejamento foi iniciado com a raspagem supragengival por quadrantes, seguindo-se pela raspagem subgengival, quando então foi possível realizar o exame clínico com melhor visualização proporcionada pela remoção do cálculo (Figuras 3A e 3B), evidenciando uma gengivite severa na área de todos os elementos dentários. Também nesta ocasião, constatou-se haver necessidade de exodontia, dentística e endodontia, e ainda as instruções de higiene oral a cada sessão para que houvesse redução do biofilme oral e escovação supervisionada na clínica, pois a adesão ao tratamento por parte da paciente estava difícil de ser alcançada no momento, devido à dificuldade de compreensão do que estava sendo proposto e planejado.



Figura 3A – Aspecto após a raspagem da arcada inferior, mostrando a grande área inflamada e pólipo no elemento 36, **3B** – Aspecto do tecido gengival da arcada superior após 7 dias da raspagem, mostrando uma melhora e aspecto a após a raspagem da arcada inferior, mostrando a grande área inflamada.

Após a primeira sessão de raspagem, já podemos verificar uma melhora da gengivite. A paciente apresentava cárie nos elementos 21 (mesial) e 46 (oclusal), os quais foram restaurados em resina composta, após a adequação do meio bucal. Com a evolução do tratamento, e a adesão do tratamento pela paciente, ficou evidente a melhora da saúde bucal, que já estava mais sorridente, demonstrando com isso um aumento da autoestima, e ao finalizar o tratamento (Figura 4), pode-se evidenciar que a abordagem psicológica, as conversas e o frequente cuidado que a paciente recebeu, serviu de motivação para mesma acatar as exigências que o tratamento demandava permitindo assim o alcance dos objetivos traçados no plano de tratamento, e é claro, melhorar a sua condição bucal e de saúde oral.



Figura 4 – Aspecto final do tratamento, com melhora da condição de saúde bucal, adesão ao tratamento, motivação para a higiene oral e melhora da autoestima.

DISCUSSÃO

A síndrome de Turner (ST) apresenta algumas características típicas: baixa estatura, disgenesia gonadal e distúrbios hormonais (deficiência de estrogênio), características fenotípicas (linfedema congênito, dobra epicantal, pescoço curto e palmado, ptose de pálpebras, orelhas proeminentes). A variação hormonal é responsável pelo padrão de crescimento crânio-facial diferente que afeta a ossificação endocondral das estruturas cranianas. Os pacientes com ST são frequentemente portadores de doenças congênitas doença cardíaca (coarctação aórtica). O desenvolvimento mental é geralmente regular mesmo se problemas psicológicos foram observados. Muitos estudos sobre a aberração do cromossomo X cromossomo mostrou a relação entre o cromossomo e crescimento dentário, de qualquer forma o efeito de aberração cromossômica sexual na morfologia dentária é menos explorado (Midtbø e Halse, 1994)¹⁶. Nesta paciente do caso relatado, alguns achados clínicos como baixa estatura, pescoço curto foram bem característicos da ST, e ainda a abóbada palatina alta, conforme descrito por Wilkins (1944)¹⁴.

Faggella et al (2006)²², afirmam que a investigação realizada no seu estudo, confirma a hipótese de que a aberração numérica do X cromossomo provavelmente pode afetar a excreção de amelogenina quantitativa e qualitativamente para que os elementos dentários apresentem frequentemente defeitos do esmalte (tamanho reduzido da coroa e hipoplasia do esmalte). Valores altos de índice de cáries (CPCD) destacam a demanda de medida preventiva precoce focada principalmente em pacientes de cuidados especiais. No caso relatado as coroas eram de tamanho normal e a ocorrência de cárie era pequena, talvez nesse aspecto em particular, o fator que possa justificar isso, foi a grande quantidade de cálculo dentário envolvendo as faces de todos os dentes, exercendo com isso um efeito protetor ante a cárie, porém, devastador quanto à condição periodontal.

A abordagem antecipada pode ser uma maneira muito eficaz de obter pais e pacientes envolvidos na prevenção odontológica. O cirurgião dentista, com foco na prevenção, em vez somente do tratamento, e assim poder explicar a importância da higiene bucal e aplicação tópica de flúor (gel, verniz), e suplementação de flúor (água, leite, comprimidos) para esses pacientes.²³ no caso relatado, observamos que a paciente demorou muito tempo em ser atendida, por não haver na sua cidade de domicílio um serviço ou profissional que a pudesse atender, tendo que se deslocar ao Recife para conseguir ser atendida, com uma condição de saúde bucal bastante desfavorável.

A raspagem supragengival permitiu o exame clínico com uma melhor visualização e em seguida pela raspagem subgengival, foi possível evidenciar uma gengivite severa e generalizada, segundo os critérios preconizados por Chapple et al (2018)²⁴ e Jepsen et al (2018)²⁵, e que essa condição foi melhorando sensivelmente durante o tratamento.

Kasagani et al (2011)⁸, concluíram que não há achados consistentes no estado periodontal de pacientes com síndrome de Turner e que o status 45, X0 pode não contribuir

para as mudanças no periodonto. Outros estudos envolvendo maior número de Pacientes com ST são necessários para verificar o efeito do status 45, X0 atividade da doença periodontal, no caso aqui relatado não encontramos mobilidade dentária, encontramos como achado mais importante a gengivite severa generalizada, devido ao estado crônico de inflamação gengival provocado pelo acúmulo de cálculo.

Quanto à morfologia dentária, Maier et al (2019)²⁷, afirmam, que as aneuploidias do cromossomo X afetam o desenvolvimento dentário, e o efeito sobre o tamanho do dente é bem documentado, mas comparativamente, pouca pesquisa se concentrou em seus efeitos sobre a morfologia da coroa dentária e que estudos anteriores sugerem que a perda do material do cromossomo X tem um efeito redutor sobre a morfologia da coroa, porém no estudo conduzido por estes autores, não houve diferença considerável quanto à morfologia, pois, indivíduos com ST geralmente exibem morfologia mais simples e nem todos os traços da coroa parecem ser igualmente afetados pelo ausente Cromossomo X. Na paciente deste relato não houve alteração na morfologia das coroas dos elementos dentários que fosse considerada destaque, digna de nota.

A prevenção nesses casos é fundamental para que a gengivite e a periodontite não avance, e que não aumente a baixa qualidade de vida e os transtornos emocionais para pacientes que já tem que conviver com os estigmas que a Síndrome de Turner já provoca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento das manifestações clínicas da síndrome de Turner pelo cirurgião-dentista é de fundamental importância, para que se tenha noção de como será feita a abordagem do paciente e planejamento do tratamento, tendo em vista que essa síndrome pode vir acompanhada de complicações renais, cardiovasculares, auditivas, deficiência cognitiva. O acompanhamento por um cirurgião-dentista capacitado tende a trazer benefícios aos pacientes, não só no tratamento, mas também na prevenção de doenças que acometem a cavidade oral. Isso trará aos pacientes uma melhor condição bucal e melhora da autoestima.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

O presente estudo não recebeu financiamento para a sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Thompson JS, Thompson MW. Genética Médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
2. Turner HH. A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, cubitus valgus. *Endocrinology*. 1938;23(5):566-74.
3. Gorlin RJ, Cohen Junior MM, Levin LS. *Syndromes of the Head and Neck*. New York: Oxford University Press; 1990.
4. Ford CE, Jones KW, Polani PE, Almeida JC, Briggs JH. A sex chromosomal anomaly in a case of gonadal dysgenesis (Turner's syndrome). *Lancet*. 1959;4(1):711-3.
5. Soriano-Guillen L, Coste J, Ecosse E, Léger J, Tauber M, Cabrol S, et al. The Statur Study Group. *Chaussain JL, Carel JC. J Clin Endocrinol Metabolism*. 2005;90(9):5197-204.
6. Saenger P, Wikland KA, Conway GS, Davenport M, Gravholt CH, Hints R, et al. Recommendations for the Diagnosis and Management of Turner Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(7):3061-9.
7. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. São Paulo; 1997.
8. Kasagani SK, Mutthineni RB, Jampani ND, Nutalapati R. Report of a case of Turner's syndrome with localized aggressive periodontitis. *J Indian Soc Periodontol*. 2011;15(2):173.
9. Goffman, E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
10. Carel JC, Carel CE, Emmanuel E, Maïthé T, Juliane L, Sylvie C. Self-esteem and social adjustment in young women with Turner syndrome-influence of pubertal management and sexuality: population-based cohort study. *J Clin Endocrinol Metabolism*. 2006;91(8):2972-9.
11. Chvatal VLS, Böttcher LF, Turato ER. Síndrome de Turner e variantes: reações e mecanismos psicossociais adaptativos. *Rev Psicol Saúde*. 2009;1(1):9-14.
12. Lahdesmki R, Alvesalo L. Dental growth in 47, XYY males and in conditions with other sex-chromosome anomalies. *J Dental Res*. 1985;277-300.
13. Silver HK, Kempe CH. Ovarian agenesis (congenital aplastic ovaries) in child. *Am J Dis Child*. 1953;85(5):523-30.
14. Wilkins L, Fleischmann W. Ovarian agenesis: pathology, associated clinical symptoms and the bearing on the theories of sex differentiation. *J Clin Endocrinol*. 1944;4:357-75.
15. Filipsson R, Lindsten J, Almquist S. Time of eruption of the permanent teeth, cephalometric and tooth measurements and sulphation factor activity in 45 patients with Turner syndrome with different types of chromosome aberrations. *Acta Endocrinol*. 1965;48:91-113.
16. Midtbo M, Halse A. Root length, crown height, and root morphology in Turner syndrome. *Acta Odontol Scand*. 1994;52(5):303-14.
17. Harju M, Laine T, Alvesalo L. Occlusal anomalies in 45, X/46, XX- and 46, Xi(Xq)-women (Turner-syndrome). *Scand J Dent Res*. 1989;97(5):387-91.
18. Laine T, Alvesalo L. Size of alveolar arch of the mandible in relation to that of the maxilla in 45X females. *J Dent Res*. 1986;65(12):1432-4.
19. Midtbo M, Halse A. Occlusal morphology in Turner syndrome. *Eur J Orthod*. 1996;18(2):103-9.

Síndrome de turner
Santos BMF, et al.

20. Takala I, Alvesalo L, Palin-Palokas T, Paunio K, Suoranta K. Caries prevalence in Turner syndrome (45, X females). *J Dent Res.* 1985;64(2):126-8.
21. Midtbø M, Halse A. Tooth crown size and morphology in Turner syndrome. *Acta Odontol Scand.* 1994;52(1):7-19.
22. Faggella A, Guadagni MG, Cocchi S, Tagariello T, Piana GG. Dental features in patients with Turner syndrome. *Eur J Paediatric Dent.* 2006;7(4):165-8.
23. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S68-S77.
24. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S237-S248.
25. Maier C, Dumančić J, Brkić H, Kaić Z, Pavicin IS, Poje Z, et al. Tooth Crown Morphology in Turner and Klinefelter Syndrome Individuals from a Croatian Sample. *Acta Stomatol Croat.* 2019;53(2):106-18.

OSTEONECROSE DOS MAXILARES EM PACIENTES QUE FAZEM USO ROTINEIRO DE ALENDRONATO DE SÓDIO: UMA SÉRIE DE CASOS

OSTEONECROSIS OF THE JAW IN PATIENTS WHO REGULARLY USE OF ALENDRONATE SODIUM: REPORT OF THE CASES

Adriano Rocha Germano¹, Francisco de Assis de Souza Junior², Antonio Brunno Gomes Mororó³, Petrus Pereira Gomes⁴

1- Coordenador e Professor do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial HUOL-UFRN; (orientou na execução do trabalho)

2- Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas – UFRN; (executou os diagnósticos e tratamentos desenvolvidos).

3- Residente do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial HUOL-UFRN; (executou os diagnósticos e tratamentos desenvolvidos).

4- Professor do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial HUOL-UFRN (executou os diagnósticos e tratamentos desenvolvidos).

Palavras-chave:

Osteonecrose, Bisfosfonatos, Maxilares.

RESUMO

A osteonecrose nos maxilares geralmente está relacionada com o uso de bifosfonatos injetáveis e por via oral. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência terapêutica do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no período compreendido de 2014 a 2016, por meio de uma série de casos de pacientes com osteonecrose dos maxilares associada ao uso regular com alendronato de sódio 70 mg por via oral, uma vez por semana e com um tempo de uso superior a 4 anos. Em todos os casos, os pacientes foram tratados de acordo com a classificação do estágio da osteonecrose dos maxilares induzida por bifosfonato (OMB) da *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* (AAOMS), sendo o tratamento individualizado respeitando as comorbidades de cada indivíduo. Todos os pacientes tiveram parâmetros da dosagem de Telopectideo Carboxi-terminal do Colágeno Tipo I (CTx) solicitados antes e após os tratamentos executados. Os pacientes evoluíram positivamente ao tratamento proposto. Verificou-se que a osteonecrose dos maxilares foi presente após uso contínuo por mais de 4 anos do uso de bifosfonato, em pacientes acima de 50 anos tendo comorbidades ou não. Também enfatizamos que o CTx pode auxiliar na conduta terapêutica, mas não deve ser o único método para determinar a possível ocorrência de osteonecrose, outros fatores também devem ser levados em consideração como idade, gênero, tempo de uso dos bifosfonatos, presença ou não de comorbidades.

Keywords:

Osteonecrosis; bisphosphonates; Jaw

ABSTRACT

Osteonecrosis in the jaws is usually related to the use of injectable bisphosphonates and oral medication. The objective of this study is to report the therapeutic experience of the service Buco-Maxillo-Facial Surgery and Traumatology in the period from 2014 to 2016, through a series of cases of patients with maxillary osteonecrosis associated with regular use of alendronate sodium 70 mg orally once a week and with the period of more than 4 years. In all cases, the patients were treated according to American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 2014's (AAOMS) classification of the stage of bisphosphonate-induced maxillary osteomyelitis (OMB), with individualized treatment respecting the comorbidities of each individual. All patients had parameters of the Carboxyterminal Telopectide of Type I Collagen (CTx) required before and after the treatments performed. The patients had a positive evolution to the proposed treatment. It was verified that the osteonecrosis of the jaws was present after continuous use for more than 4 years with the use of bisphosphonate, in patients over 50 years old with or without comorbidities. We also emphasize that CTx can aid in therapeutic management, but it should not be the only method to determine the possible occurrence of osteonecrosis, other factors must also be taken into account such as, age, gender, time of use of bisphosphonates, presence of comorbidities.

Autor correspondente:

Francisco de Assis de Souza Junior²
Avenida Senador Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova – Natal/RN
Cep: 59956-000
e-mail: souzajuniorfa@hotmail.com
contato: +55 084 998176480

INTRODUÇÃO

A osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos refere-se a uma condição caracterizada por exposição óssea em mandíbula ou maxila persistindo por

mais de oito semanas em um paciente que fez ou que está fazendo uso de medicamentos que influencia na remodelação óssea, contudo não tem histórico de radioterapia em região de cabeça e pescoço. Os sinais mais característicos dessa condição é a exposição de osso necrótico e dependendo da evolução

Osteo. dos max. em pac. que fazem uso rotin. de alend. de sódio: uma série de casos e revis. da lit. Germano AR, et al.

pode ou não manifestar sintomatologia dolorosa na região. Esses sinais podem ocorrer espontaneamente ou torna-se evidente após um procedimento cirúrgico bucal invasivo, manifestando-se principalmente na mandíbula¹.

A osteonecrose está mais associada aos maxilares, uma vez que essas regiões são protegidas por uma fina camada de periósteo e tecido mole, há uma grande quantidade de bactérias na cavidade oral e também ocorre uma remodelação diária com uma alta taxa de turnover ósseo¹⁻²⁴.

Os bifosfonatos são as drogas mais utilizadas e também com maior número de casos de osteonecroses nos maxilares. São utilizadas para tratar osteoporose, doença óssea de Paget, doenças metabólicas ósseas, mieloma múltiplo e eventos esqueléticos associados à metástase de neoplasias. Seu principal mecanismo de ação é atuação nos osteoclastos proporcionando inibição de reabsorção óssea². Drogas antirreabsortivas que não são da classe dos bifosfonatos, como *denosumab*, tem um efeito semelhante sobre o volume de osso resultando em uma apresentação semelhante a OMB. Fato que sugeriu a mudança da nomenclatura para Osteonecrose Induzida por Medicamentos (OIM), pois os bifosfonatos não são os únicos medicamentos capazes de induzir estas osteomielites nos maxilares³⁻²⁴.

O tratamento da OMB tem como objetivos a eliminação da dor, o controle da infecção dos tecidos moles e duros, e minimizar a progressão ou a ocorrência de necrose óssea. Pacientes com OMB devem evitar procedimentos cirúrgicos eletivos dentoalveolares, pois esses locais cirúrgicos podem resultar em áreas adicionais de exposição de osso necrótico⁴.

O alendronato de sódio por ser um medicamento de baixo custo e amplamente utilizado deve receber uma atenção especial, já que na última década muitos casos de OMB passaram a ter essa droga como agente indutor, não mais se restringindo aos injetáveis.

Assim é propósito desse artigo relatar a experiência do serviço com uma série de casos de pacientes com osteonecrose dos maxilares associado ao uso alendronato de sódio no período de 2014 a 2016, abordando dados de importância de cada caso.

RELATOS DE CASOS

Foi realizado um estudo com pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Universitário Onofre Lopes e Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Brasil, cidade de Natal, RN. Foram analisados os prontuários dos pacientes com Osteonecrose dos Maxilares associado ao uso de bisfosfonatos atendidos nesses ambulatórios no período de 2014 a 2016 e catalogados apenas os pacientes que faziam uso rotineiro de alendronato de sódio.

As variáveis analisadas foram: idade, tempo de uso, dose, fatores de riscos associados, CTX pré-intervenção, tratamento realizado, tempo de acompanhamento após intervenção, desfecho do caso e estadiamento da osteonecrose (Quadro 01).

434

Quadro 1 – Perfil dos pacientes com osteonecrose dos maxilares fazendo uso de alendronato de sódio

Paciente	Medicação	Idade (anos)	Tempo de uso	Cirurgia Bucal Prévia	OMB Localização	Co-morbidades	Tabagismo	Uso de Corticoide	CTX*
01	Alendronato de sódio 70mg / 1 vez por semana	75	6 anos	Sim (há dois anos)	Mandíbula	Osteoporose + HAS	Sim	Não	125 pg/mL
02	Alendronato de sódio 70mg / 1 vez por semana	61	7 anos	Sim (há 8 meses)	Maxila	Osteoporose + HAS	Não	Não	173 pg/mL
03	Alendronato de sódio 70mg / 1 vez por semana	58	5 anos	Não	Maxila	Osteoporose + Diabetes	Não	Não	100 pg/mL
04	Alendronato de sódio 70mg / 1 vez por semana	59	7 anos	Não	Mandíbula	Osteoporose + HAS	Não	Não	109 pg/mL
05	Alendronato de sódio 70mg / 1 vez por semana	66	6 anos	Não	Mandíbula	Osteoporose + HAS + Diabetes	Sim	Não	143 pg/mL






*CTX - Telo-peptídeo Carboxiterminal do Colágeno Tipo I; Para o risco de osteonecrose de acordo com Marx³ valor menor de 100 pg / mL como de alto risco, 100 a 150 pg / mL como risco moderado e maior que 150 pg / mL como mínimo. O risco fornece ao clínico uma avaliação útil para prever o risco e orientar as decisões de tratamento.

Osteo. dos max. em pac. que fazem uso rotin. de alend. de sódio: uma série de casos e revis. da lit. Germano AR, et al.

Foram analisados 5 pacientes com osteonecrose dos maxilares associado ao uso de bifosfonatos, sendo todos do sexo feminino. O bisfosfonato usado foi o alendronato de sódio 70mg por via oral, uma vez por semana e com um tempo de uso superior a 4 anos em todos os casos. Dois pacientes relataram ter sido submetido à cirurgia bucal prévia ao aparecimento da osteonecrose. Em relação às comorbidades associadas observou-se que 4 pacientes possuem hipertensão arterial sistêmica (HAS), destes um além da HAS tem diabetes melitos tipo 2. Nenhum fazia uso de corticoides, quatro pacientes tiveram a dosagem sérica do CTX, antes do tratamento da osteonecrose, abaixo de 150 pg/mL, denotando baixo potencial de remodelação. O local preciso das áreas que necessitavam de desbridamento está evidenciada no quadro 02.

Em relação ao tratamento proposto (Quadro 03), todos os cinco pacientes foram tratados de acordo com a classificação do estágio da OMB da *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 2014 (AAOMS)*²².

Quadro 2 – Localização das lesões de osteonecrose

Paciente	Estágio	Localização da Osteonecrose *
01	Estágio 3	
02	Estágio 2	
03	Estágio 2	
04	Estágio 2	
05	Estágio 2	

*Imagens ilustrativas baseadas nas radiografias panorâmicas dos pacientes tratados

Quadro 3 – estadiamento e resposta ao tratamento executado.

Paciente	Estágio	Tratamento*	Respondeu ao Tratamento
01	Estágio 3	- Bochechos com antisséptico bucal; - Antibioticoterapia e controle da dor; - Desbridamento cirúrgico ou ressecção seguida de reconstrução aloplástica com placa 2,4 mm	Sim
02	Estágio 2	- Tratamento sintomático com antibióticos orais; - Bochechos com antisséptico bucal; - Controle da dor; - Desbridamento com controle da dor e infecção	Sim
03	Estágio 2	- Tratamento sintomático com antibióticos orais; - Bochechos com antisséptico bucal; - Controle da dor; - Desbridamento com controle da dor e infecção	Sim
04	Estágio 2	- Tratamento sintomático com antibióticos orais; - Bochechos com antisséptico bucal; - Controle da dor; - Desbridamento com controle da dor e infecção	Sim
05	Estágio 2	- Tratamento sintomático com antibióticos orais; - Bochechos com antisséptico bucal; - Controle da dor; - Desbridamento com controle da dor e infecção	Sim

*De acordo com *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS)* ²⁴

Osteo. dos max. em pac. que fazem uso rotin. de alend. de sódio: uma série de casos e revis. da lit. Germano AR, et al.

No caso 01, a região anterior da mandíbula do lado esquerdo foi o local de exposição óssea. O tratamento realizado sob anestesia geral foi ressecção e reconstrução com placa 2.4mm, associado a cuidados no pós-operatório descrito no quadro 3, o antibiótico utilizado foi clindamicina 600mg. A paciente respondeu com êxito sem intercorrências após 2 anos de acompanhamento (Figura 01 e 02).



Figura 1 – região anterior da mandíbula do lado esquerdo

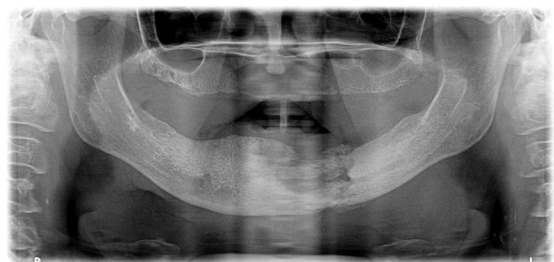


Figura 2 – aspecto radiográfico

Caso 02, apresentou uma exposição óssea alveolar em região anterior de maxila do lado esquerdo. O tratamento realizado foi desbridamento cirúrgico da região sob anestesia local e cuidados no pós-operatório, descrito no quadro 3, a antibioticoterapia foi com amoxicilina 500mg (Figura 3 e 4).



Figura 3 – região anterior da maxila do lado esquerdo

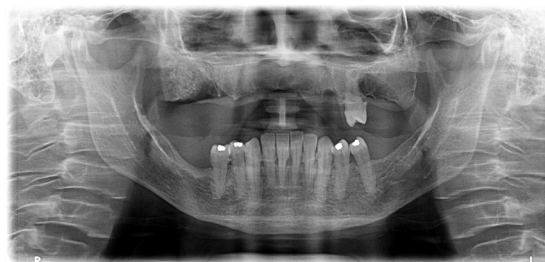


Figura 4 – aspecto radiográfico

No caso 03, a exposição óssea alveolar foi na região posterior de maxila do lado direito. O tratamento realizado foi desbridamento cirúrgico da região sob anestesia geral e cuidados no pós-operatório descrito no quadro 3 a antibioticoterapia foi com amoxicilina 500mg (Figura 5 e 6)



Figura 5 – região posterior da maxila do lado direito

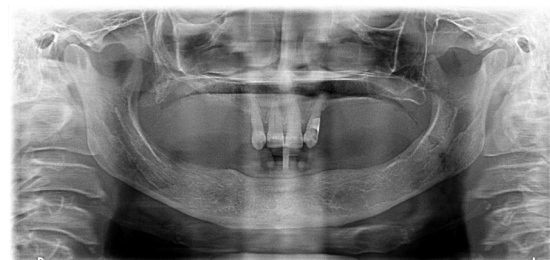


Figura 6 – aspecto radiográfico

No caso 04, apresentou uma exposição óssea alveolar em região posterior de mandíbula do lado esquerdo. O tratamento realizado foi desbridamento cirúrgico da região sob anestesia local e cuidados no pós-operatório descrito no quadro 3 a antibioticoterapia foi com amoxicilina 500mg (Figura 7 e 8).



Figura 7 – região posterior da mandíbula do lado esquerdo

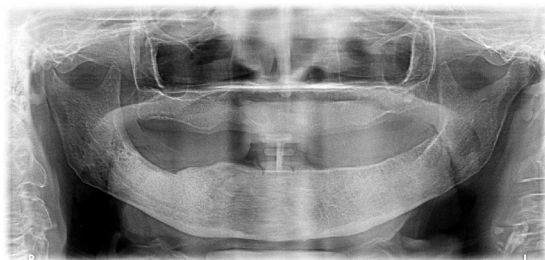


Figura 8 – aspecto radiográfico

No caso 05, apresentou uma exposição óssea alveolar em região anterior de mandíbula do lado esquerdo. O tratamento realizado foi desbridamento cirúrgico da região sob anestesia local e cuidados no pós-operatório operatório descrito no quadro 3, o antibiótico utilizado foi clindamicina 600mg. A paciente respondeu com êxito ao tratamento após 1 ano (Figura 9).



Figura 9 – aspecto radiográfico

DISCUSSÃO

Os bifosfonatos são análogos químicos da substância endógena inibidora de reabsorção óssea denominada de ácido pirofosfórico, usados amplamente para o tratamento da osteoporose⁷, daí a importância de analisar seu comportamento como indutor de osteomielite nos maxilares. Por isso tivemos a intenção de catalogar os pacientes faziam uso de alendronato de sódio e que desenvolveram essa alteração. Destacando-se que todos os pacientes tinham doses mínimas de 70mg uma vez por semana.

Estudos apresentados por Weinerman; Usera²⁷, com o grupo dos bifosfonatos mostraram uma diminuição no risco de fraturas nos pacientes avaliados. A afinidade da ligação esquelética aumenta em ordem de classificação através de: risedronato, ibandronato, o alendronato e ácido zoledrônico. Os bifosfonatos com maior afinidade são mais rapidamente metabolizados, aumentando a retenção esquelética¹²⁻¹⁵. Portanto é interessante que o uso do alendronato sempre

que possível pode ser mudado por bifosfonatos com menor afinidade, para diminuir o risco de desenvolvimento das OMB e também melhorar a resposta a tratamentos que exijam a suspensão da droga.

O risco de osteonecrose avascular dos maxilares existe, variando de 0,8% a 12%. A ocorrência é mais frequentemente relacionada ao uso intravenoso, mensal e por um período maior que 3 anos. O uso dos bisfosfonatos nessas condições é mais comum no tratamento da hipercalcemia secundária a tumores malignos, às metástase ósseas de câncer de mama, próstata e pulmão e às doenças osteolíticas, como o mieloma múltiplo^{7,8}.

Estudo realizado por Xiaoyan et al²⁹ comparando as quatro classes de drogas que estão associadas a osteonecrose, dos 17.119 casos documentados, os bifosfonatos foram as drogas mais associadas e destas o zolendronato (67.1%) e o alendronato (42.7%). Dos pacientes que apresentaram osteonecrose e que eram tratados para osteoporose 84,5% faziam uso de alendronato. No presente trabalho todos os pacientes são portadores de osteoporose e fazem uso de alendronato 70mg uma vez por semana por mais de quatro anos. Desses casos dois pacientes foram submetidos à cirurgia oral prévia, porém além da osteoporose, HAS, um desses era tabagista.

O grande número de pacientes em tratamento de osteoporose, que usam os bisfosfonatos orais por um longo período, pode levar ao surgimento de muitos casos de osteoporose, já que o tempo de uso é um dos fatores de risco^{10-13, 21,22}. No presente estudo, todos faziam uso de alendronato por mais de 4 anos. Vale salientar que os bisfosfonatos ligam-se a hidroxiapatita óssea e pode permanecer no organismo, em específico na arquitetura óssea por muito tempo mesmo após a descontinuação da terapia medicamentosa.

Atualmente não há consenso sobre quanto tempo se deve dar continuidade a essa terapia. Entretanto, para mulheres que não apresentam alto risco de fraturas, a interrupção da terapia após 5 anos pode ser razoável, pois há evidências de benefício contínuo por 5 anos a partir da interrupção¹²⁻²².

A *American Dental Association* (ADA) sugere que a decisão de interromper a terapia deve ser uma decisão médica baseada principalmente no risco de eventos esqueléticos adversos secundários à baixa densidade óssea (por exemplo, fraturas), e não ao potencial risco de osteonecrose dos maxilares²⁵.

O teste do CTX (telo-peptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I) sérico, é um marcador de reabsorção óssea que pode ser utilizado como parâmetro para avaliar o risco de desenvolvimento de osteonecrose dos maxilares. A utilização do exame sorológico telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I (CTX) para identificar pacientes com risco de OMB foi sugerida pela primeira vez por Marx³ e seguido por estudos na Austrália¹⁶, Coreia¹⁷ e Israel¹⁸. Alguns estudos recentes têm levantado dúvidas sobre a validade do teste telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I (CTX) como um método de identificação de pacientes com risco de osteonecrose dos maxilares induzida por bifosfonato (OMB)^{16,17-28}. A literatura recomenda que valores desse exame superiores a 150pg/mL deve-se realizar uma possível suspensão da medicação, para que após 3 meses um novo telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I (CTX) seja

Osteo. dos max. em pac. que fazem uso rotin. de alend. de sódio: uma série de casos e revis. da lit. Germano AR, et al.

realizado. Acredita-se que ao atingir valores inferiores a 150pg/mL a chance de remodelação óssea pode ser melhor^{18,19,24,25}.

Nesse estudo dos 5 pacientes tratados, 4 apresentaram o valores de telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I (CTX) abaixo de 150pg/mL e um apresentou valor de 173 pg/mL. A suspensão da medicação foi realizada enquanto a osteonecrose foi tratada, os períodos de suspensão variaram entre 1 a 2 anos, tendo a retomada da terapia medicamentosa após a resolução da osteonecrose. Todos os pacientes responderam satisfatoriamente ao tratamento. Na nossa experiência o telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I (CTX) mesmo abaixo de 150pg/mL demonstrou a capacidade de provocar o aparecimento de osteonecrose, não demonstrando portanto previsão confiável.

A conduta de suspensão dos bifosfonatos como indicado pela *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* (AAOMS)²⁴ e pela *American Dental Association* (ADA)²⁵ é controversa, uma vez que a depuração dessa substância no organismo é de aproximadamente 10 anos e seu uso a longo prazo causa acúmulo da droga no esqueleto. Sendo assim, o risco e benefício da suspensão da droga deve ser um critério a ser avaliado^{4-7,11-23}.

CONCLUSÃO

Mediante essas considerações, pode-se sugerir que o alendronato causa osteonecrose dos maxilares após uso contínuo por mais de 4 anos, em pacientes acima de 50 anos tendo comorbidades ou não. O exame sorológico de CTx pode auxiliar na conduta terapêutica, mas não deve ser o único método para determinar a possível ocorrência de osteonecrose, outros fatores também devem ser levados em consideração como idade, gênero, tempo de uso dos bifosfonatos, presença ou não de comorbidades. Mais estudos clínicos são necessários para que se possa compreender melhor a evolução do problema.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento

REFERÊNCIAS

1. Marx RE. Oral and Intravenous Bisphosphonate Induced Osteonecrosis of the Jaws: History, Etiology, Prevention, and Treatment, 2 ed. Quintessence. 2011.
2. Woo SB; Hellstein JW, Kalmar JR. Systematic Review: Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaws. *Ann Intern Med.* 2006;144(10):753-61.
3. Marx RE, Cillo JE, Ulloa JJ: Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: Risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(12):2397-410.
4. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw--2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Oct;72(10):1938-56.
5. Joan CL, O'Ryan FS, Gordon NP, Yang J, Hui RL, Martin D, et al. Prevalence of osteonecrosis of the jaw in patients with oral bisphosphonate exposure. *J.Oral Maxillofac. Surg.* 2010; 68(2):243-53.
6. Sammut S, Malden N, Lopes V, Ralston S. Epidemiology study of alendronate – related osteonecrosis of the jaw in the southeast of Scotland. *J.Oral Maxillofac. Surg.* 2016;54(5):501-5
7. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B.. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws--2009 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(5):2-12
8. Yoneda T, Hagino H, Sugimoto T, Ohta H, Takahashi S, Soen S et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: position paper from the Allied Task Force Committee of Japanese Society for Bone and Mineral Research, Japan Osteoporosis Society, Japanese Society of Periodontology, Japanese Society for Oral and Maxillofacial Radiology, and Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Bone Miner Metab* 2010; 28(4):365-83.
9. Khosla S, Burr D, Cauley J, Dempster DW, Ebeling PR, Felsenberg D et al. Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.* 2007;22(10):1479-91.
10. Wessel JH, Dodson TB, Zavras AI. Zoledronate, smoking, and obesity are strong risk factors for osteonecrosis of the jaw: a casecontrol study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66(4):625-31.
11. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff S. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(5):527-34.
12. Ault A. Jaw necrosis affects 1 in 1,700 on oral bisphosphonates. *Internal Medicine News.* 2008;41(1):23.
13. Bamias A, Kastritis E, Bamia C, Moulopoulos LA, Melakopoulos I, Bozas G, et al. Osteonecrosis of the jaw in cancer after treatment with bisphosphonates: incidence and risk factors. *J Clin Oncol* 2005;23(34):8580-7
14. McClung M, Harris ST, Miller PD, Bauer DC, Davison KS, Dian L, et al. Bisphosphonate therapy for osteoporosis: benefits, risks, and drug holiday. *Am J Med.* 2013;126(1):13-20.
15. Kunchur R, Need A, Hughes T, Goss A: Clinical investigation of C-terminal cross-linking telopeptide test in prevention and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2209;67(6):1167-73.

Osteo. dos max. em pac. que fazem uso rotin. de alend. de sódio: uma série de casos e revis. da lit. Germano AR, et al.

16. Kwon YD, Ohe JY, Kim DY, Chung DJ, Park YD: Retrospective study of two biochemical markers for the risk assessment of oral bisphosphonate related osteonecrosis of the jaws: Can they be utilized as risk markers? *Clin Oral Implants Res.* 2011;22(1):100-5.
17. Lazarovici TS, Mesilaty-Gross S, Vered I, Pariente C, Kanety H, Givol N, et al. Serologic bone markers for predicting development of osteonecrosis of the jaw in patients receiving bisphosphonates. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(9):2241-7.
18. Kim JW, Kong KA, Kim SJ, Choi S-K, Cha IH, Kim MR. Prospective biomarker evaluation in patients with osteonecrosis of the jaw who received bisphosphonates. *Bone.* 2013;57(1):201-5.
19. Pasoff M. C-terminal crosslinking telopeptide as a serologic marker for bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw: Review of 2 cases. *J Can Dent Assoc.* 2013;79:d51.
20. Hutcheson A, Cheng A, Kunchar R, Stein B, Sambrook P, Goss A. A C-terminal crosslinking telopeptide test-based protocol for patients on oral bisphosphonates requiring extraction: a prospective single-center controlled study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Aug;72(8):1456-62.
21. Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, Jacobsen PL, Kalmar JR, Koka S, et al. Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc.* 2011;142(11):1243-51.
22. Black DM, Schwartz AV, Ensrud KR et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Longterm Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA.* 2006; 296(24):2927-38.
23. Ruggiero SL, Woo SB. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *Dent Clin North Am.* 2008;52(1):111-28.
24. AAOMS. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(3):369-76.
25. ADA. Dental management of patients receiving oral bisphosphonate therapy: expert panel recommendations. *J Am Dent Assoc.* 2006;137(8):1144-50.
26. Kenneth EFL; Risto, K; Sven O. Antiresorptive Drug-related Osteonecrosis of the Jaw (ARONJ)-a Guide to Research. 2016;1:1-76.
27. Weinerman S, Usera GL. Antiresorptive Therapies for Osteoporosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(4):555-60
28. Dal Prá, Lemos CAA, Okamoto R, Soubhia AMP, Pellizzer EP. Efficacy of the C-terminal telopeptide test in predicting the development of bisphosphonate – related osteonecrosis of the jaw: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(2):151-6.

439

Recebido para publicação: 12/02/2019

Reformulação: 15/05/2019

Aceito para publicação: 28/05/2020

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA EM CLÍNICA ESCOLA- RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION WITH SCHIZOPHRENIA PATIENT IN SCHOOL CLINICS - CASE REPORT

Pedro Henrique do Nascimento Silva¹, Fernando Jun-ho Peixoto Kim², Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos³, Roberto Carlos Mourão Pinho⁴.

1- Cirurgião Dentista, Graduado pela Universidade Federal de Pernambuco.

2- Cirurgião Dentista, Graduado pela Universidade Federal de Pernambuco.

3- Professora Doutora, Universidade Federal de Pernambuco.

4- Professor Doutor, Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave:

Esquizofrenia, Saúde bucal, Reabilitação bucal, Saúde mental, Prótese parcial.

Keywords:

Schizophrenia, Oral health, Oral rehabilitation, Mental health, Partial prosthesis.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente com esquizofrenia atendida na clínica de Odontologia para Pacientes Especiais na UFPE, onde o tratamento odontológico envolveu uma série de especialidades. A paciente chegou à clínica relatando dor de dente entre outros problemas odontológicos. O manejo para pacientes com esta patologia pode exigir mais cautela e preparo dos profissionais de saúde caso ocorra alguma intercorrência durante os procedimentos. O relato é baseado nos tratamentos clínicos realizados durante o semestre eletivo, onde, foi possível ver a evolução clínica da paciente, melhoria no seu quadro de higiene e autoestima, após aceitar as orientações e aderir ao tratamento. Por fim, o caso relatado evidencia a grande interdisciplinaridade entre especialidades odontológicas e as mais variadas possibilidades de condutas a serem adotadas durante um tratamento odontológico. O tratamento obteve êxito em todas as suas etapas promovendo, com a reabilitação protética, uma melhoria significativa na saúde geral da paciente.

ABSTRACT

The objective of this work is to report a clinical case of a patient with schizophrenia treated at the Dental Clinic for Special Patients at UFPE, where dental treatment involved a series of specialties. The patient arrived at the clinic reporting toothache among other dental problems. The management for patients with this pathology may require more caution and preparation from health professionals in case of any complications during the procedures. The report is based on clinical treatments performed during the elective semester, where it was possible to see the patient's clinical evolution, improvement in her hygiene and self-esteem, after accepting the guidelines and adhering to the treatment. Finally, the reported case shows the great interdisciplinarity between dental specialties and the most varied possibilities of conduct to be adopted during dental treatment. The treatment was successful in all its stages, promoting, with prosthetic rehabilitation, a significant improvement in the patient's general health.

Autor Correspondente:

Roberto Carlos Mourão Pinho
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Faculdade de Odontologia.
Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901.
Email: robertomouraopinho@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A saúde mental é parte integrante da saúde geral¹, no entanto, considera-se que mais de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de alguma forma de transtornos psiquiátricos², e esquizofrenia é um dos mais frequente³⁻⁵. Pacientes psiquiátricos são frequentemente negligenciados a sociedade, provavelmente por causa da ignorância, medo, estigma, equívocos e atitudes negativas. No entanto, estas pessoas são ainda mais preocupantes para a sociedade porque há uma perda de produtividade devido à sua deficiência e um aumento do custo dos cuidados de saúde e encargos para o governo, suas famílias e a sociedade em geral⁶.

A saúde bucal é parte integrante dos cuidados de saúde⁷, e os pacientes psiquiátricos, constituem um grupo de

indivíduos de alto risco com relação à prevalência de doenças bucais e pode exigir atenção especial⁸⁻¹⁰.

A esquizofrenia que segundo Silva¹¹ indica uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. Já a Organização Mundial de Saúde¹², define a esquizofrenia como transtornos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos. Caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos) (American Psychiatric Association, 2000)¹³.

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população geral, e é uma doença cerebral que se manifesta

com múltiplos sinais e sintomas que envolvem pensamento, percepção, emoção e comportamento. Apesar do fato de que essas manifestações se combinam de várias maneiras para criar considerável diversidade entre os pacientes, o efeito cumulativo da doença é sempre severo e geralmente duradouro, sendo diagnosticada na presença de certos sintomas psicóticos positivos e negativos, assim como deterioração psicológica e cognitiva¹⁴.

A saúde bucal tem uma parte significativa na saúde mental¹⁵, sendo assim, a saúde bucal é um reflexo da saúde geral, isso porque medicamentos, hábitos pouco saudáveis e dieta podem afetá-la. Além disso, existe uma ligação clara entre saúde bucal e qualidade de vida, porque a saúde bucal afeta a dieta, a fala, autoestima e condição emocional¹⁵, assim sendo, a saúde bucal não deve estar separadas da saúde mental^{13,14}.

Doenças orais, especialmente cáries e doença periodontal, são muito mais prevalentes em pacientes com esquizofrenia do que em indivíduos saudáveis. Fatores como a natureza dos distúrbios psiquiátricos, duração do tratamento hospitalar e os efeitos de drogas psicotrópicas na boca e que podem contribuir consideravelmente na saúde bucal deficiente em pacientes com esquizofrenia, por isso que a saúde bucal é especialmente importante para esta categoria de pacientes psiquiátricos^{6,14}, e o atendimento odontológico em Pacientes que necessitam de cuidados especiais (PNE) inclui exame, diagnóstico, prevenção e tratamento¹⁶.

O objetivo deste trabalho visa relatar o atendimento a uma paciente na clínica de Pacientes com Necessidades Especiais da UFPE, abordando as peculiaridades que ocorrem ao atender uma pessoa com esquizofrenia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, tabagista, e com patologia de base a esquizofrenia, e apresentava uma série de problemas odontológicos como presença de cálculo dentário, dentes e restos radiculares com indicação de exodontias múltiplas, inflamação pulpar em alguns elementos, dentes cariados e por fim uma grande perda de elementos dentários sendo necessária a reabilitação protética.

No questionário inicial nos foi relatado que a paciente fazia uso de ansiolítico, Diazepam 1mg, era fumante ativa e possuía pais e avós diabéticos e hipertensos, má higiene pessoal e pediculose. Fazia acompanhamentos psiquiátrico e psicológico, e cuidava dos seus filhos sozinha enquanto seu esposo trabalhava. No exame oral, foi possível averiguar que tinha baixo índice de higiene oral, pois apresentava cálculo dentário e biofilme em todos os quadrantes dentados. No fim do questionário foi revelado pela paciente que ela desejava muito obter uma prótese dentária, pois tinha baixa autoestima e vergonha de sorrir.

Durante o primeiro dia na clínica, a paciente se queixou de dor no elemento 33, imediatamente foi realizada remoção de tecido cariado e tratamento conservador da pulpíte reversível através do capeamento pulpar com hidróxido de cálcio P.A e em seguida colocado um curativo de demora (hidróxido de zinco e eugenol). Nas clínicas seguintes houve uma nova queixa de dor, agora no elemento 32 novamente

uma inflamação pulpar, que por sua vez foi adotada medida terapêutica diferente, sendo realizada a abertura do elemento e colocado à medicação intracanal (Otosporim) indicado para dentes com polpa vital inflamada.

A paciente apresentava cálculo dentário em todas as regiões dentadas, onde foi realizada a raspagem de todas estas áreas com ultrassom. Primeiramente a raspagem foi realizada nos dentes inferiores especificamente nos dentes anteriores onde havia as maiores concentrações de cálculo.

Devido às condições precárias de escovação foi necessário realizar de maneira repetitiva outras raspagens em outras seções, porém também nos dentes superiores, devido principalmente à baixa eficiência de escovação da paciente, após a recorrência destes fatos a paciente foi chamada para uma conversa franca e lhe foi dito que caso não cooperasse e aceitasse nossas orientações de higiene oral nosso tratamento seria inviabilizado.

Antes dos procedimentos cirúrgicos serem realizados, o que era necessário, foram solicitados os exames radiográficos, glicemia em jejum, hemograma e coagulograma. O resultado dos exames laboratoriais apresentou um quadro satisfatório e minutos antes da cirurgia a paciente apresentou pressão arterial em 12 x 08 e oximetria 99. Com os exames conferidos foi realizado o procedimento cirúrgico com total segurança. Os elementos 21,32 e 34 estavam com a coroa muito destruída e se apresentavam como possíveis focos de infecção, portanto foi planejada a exodontia destes elementos. Já a exodontia do elemento 15 foi feita devido à fratura extensa e alcançando a região radicular impossibilitando a restauração do mesmo. A exodontia dos elementos 32 e 34 foram realizadas com a solução anestésica lidocaína 2% devido a seu baixo nível de toxicidade e menor possibilidade com interações farmacológicas. Após as exodontias foi realizada a plastia do tecido e sutura com fio nylon 4.0 (Figuras 1A, 1B e 1C). Após uma semana foi retirada a sutura e foi observada uma boa resposta tecidual ao tratamento.



Figura 1– A) Exodontia, B) Dentes extraídos C) Sutura.

A paciente apresentava muitos dentes cariados. Dentes com alto grau de destruição coronal como também pequenas lesões interproximais. Nos elementos que apresentavam lesões pequenas em áreas retentivas que não

comprometiam a estética foram realizadas restaurações com ionômero de vidro (Elementos 31, 41, 42,43).

Já nas lesões maiores e com maior comprometimento estético foram realizadas restaurações com resina composta (elementos, 23, 33, 35,45). Além de também ter sido feita uma faceta direta com resina no elemento 11 após o tratamento protético para melhorar a estética do sorriso da paciente dando-lhe assim uma aparência mais harmônica e satisfatória. A faceta direta apresenta técnica de adesividade semelhante às demais restaurações. Na paciente foi utilizada uma resina mais opaca na região mais cervical e uma resina mais translúcida nas regiões incisais, a cor das resinas variaram entre A1, A2, B1 e B2.

O tratamento protético deste relato foi, sem sombras de dúvida, o mais desafiador, pois ocorreram diversas adversidades, entre elas falta de recursos, ansiedade da paciente, indisponibilidade do laboratório de próteses da Universidade devido ao fim do semestre muito próximo na época do atendimento. Segundo Farias Neto et al¹⁷, o principal objetivo do tratamento com prótese parcial removível (PPR), além de repor as estruturas perdidas, é preservar e proteger as estruturas remanescentes, portanto a prótese do caso deveria melhorar a estética da paciente, melhorar sua capacidade mastigatória e de maneira alguma poderia agredir os tecidos e dentes remanescentes.

Primeiramente, foi realizada a moldagem de trabalho utilizando uma moldeira de estoque e posteriormente confecção de uma moldeira individual para fazer a moldagem funcional da paciente. Após a confecção em gesso do modelo funcional foi confeccionado um plano de cera com auxílio da curva de spee que permite uma relação maxilo mandibular mais harmônica em no que se refere ao plano oclusal. (Figuras 2 a e 2B).

Com a confecção do plano de cera foi possível reavaliar a dimensão vertical da paciente que não mudou muito, pois como a paciente ainda tinha dentes em ambos os arcos foi possível observar uma perda pequena de dimensão já que esses poucos dentes conseguiam propiciar manter a altura natural da dimensão vertical (Figuras 2C e 2D). Segundo Goiato (2013)¹⁸, a determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO) é uma das etapas mais importantes no tratamento reabilitador. Apesar de várias técnicas terem sido utilizadas para mensurá-la, nenhuma provou ser cientificamente exata.

As medidas tomadas através do articulador semi ajustável e olhar clínico evidenciaram que não houve mudanças drásticas nas dimensões da paciente sendo este o objetivo, pois na PPR devem-se manter as medidas do paciente, preservando a harmonia natural da face do paciente e também evitando possíveis dores musculares. Também foi possível observar o rejuvenescimento estético da paciente, pois já não se tinha mais aquela sensação de espaços vazios na boca, popularmente chamado de maneira grosseria de "boca murcha".

Para avaliar corretamente a oclusão do paciente é preciso que os modelos de estudo ou diagnóstico estejam montados em ASA, onde a relação dos modelos com os componentes do ASA seja semelhante à existente no paciente¹⁹. Após esta etapa foi selecionada o tipo de dente de estoque utilizado (62B) e cor da gengiva (médio B). Para em seguida fazer a montagem dos dentes. (Figuras EA e 2F).

A PPR inferior apresenta grampos feitos de fio ortodônticos torcidos manualmente, com braços de retenção nos elementos 35 e 45, já seu braço de oposição é composto por uma elevação presente no próprio conector da prótese.

Também foi feito uma barra lingual com grampo contínuo sobre os dentes anteriores ajudando na estabilização e retenção. Não foi possível confeccionar uma armação metálica, pois a cota do laboratório da universidade já tinha sido esgotada, além de que a paciente se encontrava muito distante na fila de espera e também não tinha condições de custear os honorários de um laboratório. Porém, com uma moldagem muito bem feita focando nas áreas retentivas foi possível confeccionar uma prótese que permitisse a paciente se alimentar e mastigar os alimentos, segundo relatos da paciente durante o período de reavaliação (Figura 2G e 2H). Na prótese superior não houve confecção de grampos, pois a retenção desta se daria pela presença do chapeado palatino já que a paciente só possuía dois dentes no arco superior fazendo com que a PPR adquirisse características retentivas semelhantes a uma PT. Após essas etapas foi realizado o vazamento de gesso na prótese dentro da mufla (Figura 2I). Em seguida se deu início a cocção da prótese em água fervida (Figura 2J) para derreter a cera assim deixando apenas os dentes presos ao gesso que já copiou as formas anatômicas marcadas pela cera.



Figura 2 – A) plano de cera da paciente, B) Plano de cera da Paciente C) Dimensão vertical da paciente, D) Perfil da paciente E) Dentes montados, F) Dentes montados G) Dentes montados, H) Dentes montados, I) Gesso vazado dentro da mufla, J) Cocção da prótese.

Após a remoção da cera e limpeza foi iniciada a fase de prensagem da prótese onde foram feitas retenção nos dentes e foi inserida a resina auto polimerizável dentro da mufla que foi posta em uma prensa sendo-lhe aplicada uma força de 2 N que é reduzida gradualmente durante aproximação do fim do período de presa da resina. Após alguns minutos ocorre o endurecimento da resina que é retirado da mufla com o auxílio de um martelo.

Depois do acabamento com a peça reta, lixa d'água e branco de Espanha a prótese foi caracterizada com fiapos vermelhos e monômero para dar um tom mais natural e, por fim, a prótese estava pronta para ser entregue a paciente. A prótese foi entregue depois de cinco anos tentando consegui-las através do serviço público sem sucesso. A entrega da PPR e os ajustes foram feitas na clínica de pacientes com necessidades especiais da UFPE. A paciente se adaptou bem a prótese dentária e teve seu tratamento concluído (Figura 3).



Figura 3 – Melhora da estética da paciente com a prótese.

Após a realização de todos os procedimentos clínicos e da entrega da PPR foi possível constatar que a paciente teve um avanço muito grande no que se refere à saúde em vários aspectos como a higiene pessoal, a diminuição do acúmulo de biofilme dental, a diminuição do consumo de cigarro, e o aumento muito satisfatório de sua autoestima e qualidade de vida. Durante o tratamento não ocorreu nenhuma intercorrência grave, entretanto a paciente se apresentava muita ansiosa durante a etapa que envolvia a confecção de sua prótese dentária.

DISCUSSÃO

A saúde bucal é uma parte integrante dos cuidados de saúde⁷, e um reflexo da saúde geral¹⁴, pois medicamentos, hábitos não saudáveis e dieta podem afetar isto. Além disso, existe uma ligação clara entre saúde bucal e qualidade de vida, porque a saúde bucal afeta a dieta, a fala, autoestima e as emoções¹⁵, fazendo parte da condição dos pacientes com esquizofrenia. Assim, a saúde bucal não deve ser separada da saúde mental¹⁴. É provável que os pacientes psiquiátricos, se constituam em um grupo de alto risco indivíduos com relação à prevalência de doenças bucais que pode exigir atenção especial⁸. Fatores como a natureza de distúrbios psiquiátricos, o tempo de internação e efeitos colaterais orais de drogas psicotrópicas foram notadas como contribuintes para saúde bucal precária entre pacientes psiquiátricos

crônicos²⁰. Além disso, comportamentos insalubres, como tabagismo, consumo de álcool e o uso de drogas ilícitas tem sido associado a transtornos psiquiátricos²¹.

A saúde bucal é especialmente influenciada pela cárie e doença periodontal⁷. Cárie é infecciosa multicausal diretamente dependente da nutrição, e é o resultado final de impacto complexo mútuo de três fatores principais: o hospedeiro, (características do esmalte e da saliva), a causa (biofilme oral) e o meio ambiente (alimento e hábitos de dieta)⁹. A doença periodontal é um transtorno complexo de todos tecidos periodontais (gengiva, osso alveolar, periodonto e cimento), e é irreversível se afeta todos os tecidos periodontais⁷. O fator causal mútuo de ambos, cárie e doença periodontal, é a placa dentária⁹, e o resultado final de ambos é a perda dentária⁷.

Estudos apontaram um aumento da prevalência de cárie e doença periodontal em pacientes psiquiátricos quando comparados com indivíduos mentalmente saudáveis^{3,4,6,9}, pois a doença primária diminui a motivação para cuidados orais; alguns antipsicóticos têm efeitos colaterais orais, como xerostomia; as possibilidades de visitas regulares ao dentista são reduzidas; e os dentistas não são especialmente treinados para cuidar destes pacientes⁹, que levam à progressão da doença periodontal e aumento da destruição dos dentes²²⁻²⁵ e reduzir a atividade de autolimpeza, levando a um aumento do acúmulo de placa na área gengival marginal²⁵.

Como esquizofrenia é predominantemente uma doença crônica, a terapia medicamentosa um longo período de tempo, então a probabilidade do impacto na saúde bucal ser consequentemente maior^{9,26}.

Sabe-se que o tabagismo é contribuinte de uma série de doenças bucais, como câncer bucal, doença periodontal, mau hálito e pigmentação dentária²⁷, como a paciente era tabagista, somavam-se os efeitos deletérios do fumo a sua saúde oral.

Segundo Dordević, et al⁹, o tratamento odontológico de pacientes com esquizofrenia não é uma tarefa fácil, principalmente porque eles evitam visitas regulares aos consultórios odontológicos, e negligenciam em manter uma higiene bucal adequada.

Foram realizados tratamentos de urgência, orientações e controle do estado de saúde da paciente, exodontias, restaurações, raspagens sub e supra gengivais em todas as regiões dentadas, e por fim foi planejamento a confecção de uma prótese parcial removível para substituir às grande perdas de elementos dentários, sendo este último à etapa mais complexa e de exigência de um maior controle da paciente devido a sua grande ansiedade.

Vendo que a saúde bucal é uma parte muito importante do bem-estar em pacientes com deficiência, devemos nos concentrar proporcionando a esses pacientes uma abordagem integrada e multidisciplinar, uma vez que são grupos vulneráveis por muitas razões, entre as quais podemos mencionar a falta de motivação, falta de higiene bucal, medo de visitar o dentista, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e efeitos adversos medicamentosos, principalmente xerostomia, onde as mais prevalentes doenças dentais entre esses pacientes são cárie e a doença periodontal²⁸.

Neste contexto se destaca a execução de atendimento de pacientes com esquizofrenia em ambulatório, como um desafio a ser alcançado, principalmente em unidades de ensino, realizado por um corpo de atendimento formado por alunos e professores, objeto desse relato de caso, e a possibilidade de através da abordagem psicológica desses pacientes, possibilitar um sucesso terapêutico e reabilitador, em uma paciente com experiência negativa tão robusta, com baixa autoestima e baixa qualidade de vida, é animador e importante para o aprendizado do estudante de graduação em odontologia, e principalmente para os pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o trabalho foi possível perceber uma melhora na saúde geral da paciente tanto no aspecto físico quanto psicológico. Foi evidenciada uma melhora significativa em sua higiene pessoal, aumento gradativo em sua autoestima, maior colaboração e alto compromisso com tratamento.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. World Health Organization. Investing in mental health: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Morales-Chavez MC, Rueda-Delgado YM, Pena-Orozco DA. Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. *J Clin Exp Dent*, 2014;6(1):7-11.
4. Bernaud-Gounot V, Kovess-Masfety, Perrus C, Trohei G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013;21(13):227.
5. Velasco-Ortega E, Segura-Egea JJ, Cordoba-Arenas S, Jimenez-Guerra A, Monsalve-Guil L, Lopez-Lopez J. A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without mental illness in Sevilla, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2013;18(1):e71-5.
6. Rekha R, Hiremath SS, Bharath S. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore city: a comparative study. *J Ind Soc Pedod Prev Dent*, 2002;20(2):63-67.
7. Cormac I, Jenkins P. Understanding the importance of oral health in psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1990;(5):53-60.
8. Kilborne AM, Horvitz-Lennon M, Post EP, McCarthy JF, Cruz M, Welsh D, et al. Oral health in Veterans Affairs patients diagnosed with serious mental illness. *J Public Health Dent*. 2007;67(1):42-8.
9. Đorđević V, Dejanovic SD, Jankovic L, Todorovic L. Schizophrenia and Oral Health-Review of the Literature. *Balkan Journal of Dental Medicine*. 2016;20(1):15-21.
10. Đorđević V, Jovanovic M, Milicic B, Stefanovic V, Dejanovic SD. Prevalence of dental caries in hospitalized patients with schizophrenia. *Vojnosanitetski preglod*. 2016;73(12):1102-08.
11. Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. 2006;17(4):263-85.
12. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
13. American Psychiatric Association. Diretrizes do tratamento da esquizofrenia. Formulação e implementação de um plano terapêutico. Porto Alegre: Artes Médica; 2000.
14. Yaltirik M; Kocaelli H; Yargic I. Schizophrenia and dental management: Review of the literature. *Berlin: Quintessence international, Berlin, Germany*. 2004;35(4):317-20.
15. Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K, Blankenstein R. Oral health care for people with mental health problems-guidelines and recommendations. *British Society for Disability and Oral Health Work Group*, 2000;1-20.
16. Evans CA, Kleinman DV. The surgeon general report on America's oral health. *J Am Dent Assoc*, 2000;131(12):1721-28.
17. Ely BM. Centro de especialidade odontológica-pacientes com necessidades especiais. Salão de Extensão. Caderno de resumos. Porto Alegre: UFRGS/PROEXT, 2007.
18. Farias Neto A; Carreiro AFP; Rizzatti-Barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontologia Clínico-Científica*. 2011;10(2):125-8.
19. Goiato, MC, dos Santos, DM, Sônego, MV. Abordagem clínica dos registros utilizados para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em prótese total. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2013;45-9.
20. Fernandes Neto, AJ. et al. Montagem de modelos de estudo em articulador classe III semi-ajustável-asa. Apostila. Univ. Fed. Uberlândia, 2005,124-38.
21. Shaban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: A review of the literature. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2010; 42(1):37-47.
22. Rai B. Oral health in patients with mental illness. *Int Dent Sci*, 2008;6:1-7.
23. Friendlander AH, Norman DC. Late-life depression: psychopathology, medical interventions, and dental implications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 2002;94:404-12.

Reabilitação oral em paciente esquizofrênica.
Silva PHN, et al.

24. Arthur H, Friedlander DD, Stephen R, Marder MD. The psychopathology, medical management and dental implication of schizophrenia. *J Am Dent Assoc*, 2002;133:603-10.
25. Sreebny LM, Banoczy J, Baum BJ, Edgar WM, Esptein JB, Fox PC, Lamas M. Saliva: its role in health and disease. *Int Dent J*, 1992; 42:291-304.
26. Nikolić Jakoba N. Characterisation of Toxic Activity of *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans*. Belgrade: PhD Thesis; 2012.
27. Jovanović S, Gajić I. Oral health in individuals with psychotic disorders. *Stom Glas S*, 2008; 55:180-7.
28. Granville-garcia AF, Branco ACL, Sarmiento DJS, Cavalcanti AL, D'Ávila, Menezes VA. Tabagismo e fatores associados entre acadêmicos de odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 2009;14(2):1-7.
29. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave*. 2017;17(8):7045.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES/INSTRUCTION TO AUTHORS

ITENS EXIGIDOS PARA APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1. Enviar duas vias do manuscrito (01 com identificação dos autores e outra sem identificação).
2. Incluir o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos.
3. Informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.
4. Incluir título do manuscrito em português e inglês.
5. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido em letras arial, corpo 12, espaço duplo e margens de 3cm.
6. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
7. Incluir resumos para trabalhos de pesquisa, português e inglês, e, em espanhol, no caso do manuscrito nesse idioma.
8. Incluir resumos em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês ou em espanhol, nos casos em que se aplique.
9. Incluir declaração, assinada por cada autor, sobre "autoria e responsabilidade" e "transferência de direitos autorais".
10. Incluir nome de agências financiadoras e o número do Processo.
11. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano da defesa.
12. Verificar se as referências (máximo 30) estão normalizadas, segundo estilo Vancouver (listadas consoante a ordem de citação) e se todas estão citadas no texto.
13. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

Bibliografia

International Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev Saúde Pública 1999; 33
JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. JAMA 1998; 279:67-64

Nova informação

Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para identificar os Descritores dos artigos. <http://decs.bvs.br/>

1. Declaração de Responsabilidade

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à RCRO-PE/odontologia Clínico-Científica é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

(Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Colaboradores

- Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Datar e assinar – Autor (es)

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista do CRO/PE – Odontologia Clínico-Científica.

2. Transferência de Direitos Autorais

Declaro(amos) que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada Odontologia Clínico-Científica, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei (emos) constar o competente agradecimento à Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco - CRO/PE .

Datar e assinar – Autor(es)

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Revista Odontologia Clínico-Científica do CRO-PE
Email: revista@cro-pe.org.br
Fone: 55 + 81 3194-4900

1. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

A Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA/SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY, se destina à publicação de trabalhos relevantes para a orientação, aconselhamento, ciência e prática odontológica, visando à promoção e ao

intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área de saúde.

É um periódico especializado no campo da odontologia e nas várias áreas multidisciplinares que a compõem, internacional, aberto a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Odontologia Clínico-

Científica, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico tanto do texto quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O (s) autor (es) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração, de acordo com o modelo anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, em duas vias, para o Editor Científico.

Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados por membros do Conselho de Editores e Consultores Científicos "Ad hoc", capacitados e especializados nas áreas da odontologia que decidirão sobre a sua aceitação.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores, cujo número máximo admitido é de 06 autores por edição.

Os originais aceitos ou não para publicação não serão devolvidos aos autores.

São reservados à Revista os direitos autorais do artigo publicado, sendo proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico.

Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

Nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme

Resolução 196/96 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. CATEGORIA DE ARTIGOS

A categoria dos trabalhos abrange artigos Originais (resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual – máximo de 20 páginas); Observatório (opinião qualificada sobre tópico específico em odontologia – a convite dos editores); Revisão (avaliação crítica de um tema pertinente à odontologia – máximo de 20 páginas); Notas de Pesquisa (nota prévia, relatando resultados preliminares de pesquisa – máximo de 5 páginas); Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área da educação, saúde e, sobretudo, aspectos éticos / legais e sociais da odontologia, sob a forma de artigos especiais, inclusive de áreas afins (máximo de 15 páginas); Resenha (análise crítica de livro relacionado ao campo temático da Revista, publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line – máximo de 5 páginas); Tese (resumo de tese ou dissertação de interesse da odontologia, defendida no último ano – máximo de 200

palavras. Resumos de teses apresentadas em instituições não afiliadas às Universidades Estadual e Federal de Pernambuco deverão ser enviados juntamente com cópia do manuscrito completo para a sua incorporação ao acervo do CRO-PE); Cartas (crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Revista, relatando observações de campo ou laboratório – máximo de 3 páginas).

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Serão aceitos artigos em português, espanhol ou inglês. Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, online ou impressos em 02 (duas) vias, e acompanhados do CD, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es) , por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) <http://decs.bvs.br/>

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais).

O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: **INTRODUÇÃO:** exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; **DESENVOLVIMENTO:** núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; **CONCLUSÃO:** parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, digitado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros;

G) As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1).

As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão

ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

*Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

*No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

Tabelas

Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas

Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ ou financeiros associados a patentes ou propriedade,

provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Publicação de ensaios clínicos

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

* As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
ClinicalTrials.gov
International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
Netherlands Trial Register (NTR)
UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Fontes de financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país). -

No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Acompanhamento

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo através de contato direto com a secretaria da revista.

As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail.

O contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito através do e-mail revista@cro-pe.org.br ou + 55 (81) 31944900

Os manuscritos devem ser encaminhados para:

Revista Odontologia Clínico-Científica do CRO-PE

Email: revista@cro-pe.org.br

Fone: 55 + 81 3194-4900

Copyright do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco. Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização da Editora Científica. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

NOVEMBRO - 2020

369	EDITORIAL A importância do diagnóstico do paciente de forma integral na era da odontologia estética	405	Manejo da mucosite oral induzida pela quimioterapia em paciente com câncer colorretal Management of oral mucositis induced by chemotherapy in a patient with colorectal cancer Pereira Júnior AJA, et al.
RELATO DE CASO/CASE REPORT			
370	Abordagem cirúrgica sob anestesia local de odontoma composto extenso em região anterior de mandíbula Surgical approach under local anesthesia of extensive composite odontoma in anterior region of the mandible Rodrigues CMC, et al.	408	Lesão de tecido mole após acidente motociclístico Soft tissue injury after motorcyclical accident Cavalcante MB, et al.
375	implante imediato após exodontia em molar superior Implant immediate after exodontia in upper molar Batista TRM, et al.	412	Adenoma pleomórfico em glândula salivar menor Pleomorphic adenoma in minor salivary gland Silva WR, et al.
379	Remoção de dente supranumerário semi-incluído no palato em paciente pediátrico Removal of semi-included supranumerary tooth in palate in pediatric patient Campos FAT, et al.	416	Reabilitação de dentes anteriores fraturados utilizando resina composta Rehabilitation of fractured anterior teeth using composite resin Limana MD, et al.
382	Perfuração radicular acidental em manobra de remoção de instrumento endodôntico fraturado: relato de um caso clínico Accidental root drilling in fractured endodontic instrument removal manual: report of a clinical case Silva EGA, et al.	420	Sialolitíase em glândula parótida, um caso incomum Sialolithiasis in parotid gland, an unusual case Rodrigues CMC, et al.
389	Reconstrução de seqüela de fratura naso-órbito-etmoidal Recovery of naso-orbit-ethmoidal fracture sequel Gonçalves KKN, et al.	424	Utilização de tela de titânio na abordagem de fratura de frontal Use of titanium mesh in the frontal fracture approach Silva CCG, et al.
393	Reanatomização estética- relato de caso clínico reanatomization - clinical case report Azevedo TS, et al.	428	Atendimento a paciente com síndrome de turner em clínica escola Care for patients with school clinical turner syndrome Santos BMF, et al.
398	Deslocamento dentário para o espaço infratemporal Dental displacement for infratemporal space Lopes PHS, et al.	433	Osteonecrose dos maxilares em pacientes que fazem uso rotineiro de alendronato de sódio: uma série de casos Osteonecrosis of the jaw in patients who regularly use of alendronate Sodium: report of the cases Germano AR, et al.
401	Fibroma de irritação ulcerado em mucosa jugal Ulcerated irritation fibroma in jugal mucosa Martorelli SBF, et al.	440	Reabilitação oral em paciente com esquizofrenia em clínica escola- relato de caso Oral rehabilitation with schizophrenia patient in school clinics - case report Silva PHN, et al.
		446	INSTRUÇÕES AOS AUTORES INSTRUCTION TO AUTHORS