

Dilaceração Radicular de Incisivo Central Permanente: Relato de Dois Casos Clínicos

Radicular Dilaceration of Permanent Central Incisors: Two Case Reports

Andréia Bolzan de Paula^{*}
 Michele Baffi Diniz^{*}
 Cristiane Duque^{**}
 Rafael Leonardo Xediek Consanis^{**}
 Fábio César de Abreu e Lima^{*}

* Universidade Estadual Paulista (UNESP).

** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Resumo

A dilaceração é uma anomalia dentária na qual ocorre uma angulação anormal da raiz e ou menos freqüentemente, da coroa dentária. Pode comprometer a irrupção espontânea do dente, causando desde um atraso até a retenção intra-óssea. Os dentes mais acometidos são os caninos superiores, seguidos pelos segundos pré-molares inferiores e incisivos centrais superiores. A ausência clínica do dente permanente é um sinal importante no diagnóstico de dilaceração radicular, sendo o exame radiográfico essencial. O objetivo deste artigo é descrever dois casos clínicos de dilaceração radicular envolvendo incisivos centrais superiores impactados e seu tratamento cirúrgico.

Palavras-chaves: Dilaceração radicular. Traumatismo dentário. Dentição permanente.

Abstract

Dilaceration is a dental anomaly comprising a radicular or less commonly coronal abnormal angulation. This anomaly can damage the spontaneous eruption of the tooth causing problems that range from a delay to tooth retention. The most affected teeth are maxillary canines followed by mandibular second premolars and maxillary central incisors. The absence of a permanent tooth is an important clinical aspect in the diagnosis of a radicular dilaceration and radiographic exams are essential. The aim of this study is to describe two clinical reports of radicular dilaceration of impacted permanent maxillary central incisors and their surgical treatment.

Keywords: Radicular dilacerations. Dental trauma. Permanent dentition.

1 Introdução

O traumatismo da dentição decídua é muito freqüente, podendo causar na seqüência de erupção dos dentes sucessores permanentes, formações de odontoma, alterações dos germes dentários em formação, dentre elas a hipocalcificação e hipoplasia do esmalte, opacidade das coroas e a dilaceração coronária ou radicular e distúrbios na erupção. (DIAB; ELBRADAWY, 2000).

A dilaceração é uma anomalia em que há um desvio ou angulação anormal da raiz, ou menos freqüentemente da coroa dentária. Estas angulações podem atingir níveis de 90° ou mais. (HAMASHA; AL-KHATEEB; DARWAZEH, 2002; NEVILLE et al., 1995; WITHE; PHAROAH, 2000). A etiologia da dilaceração radicular pode estar relacionada ao traumatismo ocorrido na dentição decídua durante a formação da raiz do dente permanente ou ao desenvolvimento ectópico do germe dentário. (PRABHAKAR; REDDY; BASSAPPA, 1998; WITHE; PHAROAH, 2000). O trauma na região anterior poderá afetar a raiz do sucessor permanente de 4 a 6 anos de idade e poderá afetar a coroa do sucessor permanente quando ocorrer mais precocemente. (GUEDES-PINTO, 1995). A prevalência dessa anomalia dentária varia de 1 a 3% com maior freqüência nos pré-molares superiores.

A presença da dilaceração pode comprometer a

irrupção espontânea do dente, causando desde o atraso até a sua retenção intra-óssea definitiva. Um sinal importante para o diagnóstico é a ausência clínica do dente permanente, sendo essencial o exame radiográfico para avaliar a rizogênese e o grau de dilaceração radicular. (SANTANA; CONSOLARO; TAVANO, 1993).

O tratamento e prognóstico do dente dilacerado dependem do grau de deformidade e formação da raiz do dente (KOHAVI; BECKER; ZILBERMAN, 1984; MCDONALD; YAP, 1986), tornando-se um grande desafio para o odontopediatra, principalmente nos casos mais severos, o qual deverá atuar sob o aspecto psicológico da criança, diante da perda precoce de um dente anterior. (PLATA et al., 1998; RODD; ATKIN, 2000).

O objetivo deste trabalho foi relatar dois casos clínicos de dilaceração radicular, de incisivos centrais superiores direito impactados com grau de dilaceração severo, tendo como tratamento exodontia, acompanhada de tratamento ortodôntico.

2 Relato de Caso

2.1 Caso 1

Paciente L. O. L., 9 anos de idade, gênero feminino, procurou atendimento de emergência na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP,

queixando-se de ausência de incisivo superior direito.

Clinicamente, observou-se dentição mista com ausência do incisivo central superior direito (dente 11), inclinação do 21 para mesial (Figura 1), levando a perda de espaço na região anterior, além de presença de abaulamento na região do sulco vestibular.



Figura 1 - Caso 1.

Durante a anamnese, foi verificado que a paciente se apresentava sistematicamente saudável e com ausência de hábitos bucais deletérios. A mãe não soube informar se tinha ocorrido algum traumatismo na região anterior da maxila.

Após solicitação e análise das radiografias panorâmica (Figura 2), lateral e oclusal (Figura 3), foi verificado que o dente 11 se apresentava com acentuada dilaceração radicular. Pela técnica de Clarck, confirmou-se a localização vestibular desse dente. Devido à severidade da dilaceração radicular, descartou-se a possibilidade de qualquer manobra cirúrgico-ortodôntica visando à irrupção do dente no arco, elegendo como tratamento de escolha a exodontia do dente 11.



Figura 2 - Caso 1.



Figura 3 - Caso 1.

Procedeu-se a exodontia do dente, o qual se apresentava com dilaceração no terço apical da raiz, seguindo os princípios da técnica cirúrgica para dentes inclusos. Foram realizadas anti-sepsia de pele e mucosa bucal, anestesia tópica com Emla (Astra Química e Farmacêutica Ltda, SP, SP, Brasil), anestesia infiltrativa com Mepivacaína a 2% (DFL Ltda, RJ, RJ, Brasil) incisão com lâmina de bisturi n° 15 (Solidor, Barueri, SP, Brasil) descolamento do retalho com sindesmotomo (Figura 4), exposição do dente por meio de osteotomia com cinzéis cirúrgicos e exodontia (Figura 5), realizada com auxílio de alavancas retas.



Figura 4 - Caso 1.

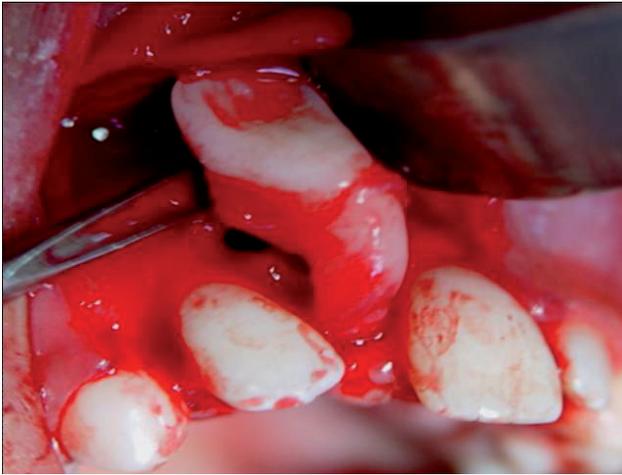


Figura 5 - Caso 1.

As bordas foram regularizadas com osteótomo, irrigou-se a loja cirúrgica com soro fisiológico 0,9% (Darrow Laboratórios S.A., RJ, RJ, Brasil) e o retalho foi suturado com fio de seda 3.0 (Ethicon Indústria e Comércio Ltda, SP, SP, Brasil) (Figura 6). Foram prescritos o antibiótico Amoxicilina (solução de 250mg), sendo administrado 20-50mg/kg/dia a cada 8 horas, durante 7 dias e o analgésico Paracetamol, 1 gota/kg a cada 6 horas, durante 2 dias. (CORRÊA, 1998).



Figura 6 - Caso 1.

Após sete dias da cirurgia, foi realizada a remoção da sutura e a paciente foi encaminhada ao Departamento de Ortodontia da mesma Faculdade para tratamento ortodôntico, proporcionando espaço entre os dentes para instalação de um mantenedor e futuramente a colocação de implante dentário. O acompanhamento da cirurgia foi realizado por quatro meses.

2.2 Caso 2

Paciente sexo masculino, 8 anos procurou atendimento de emergência na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, queixando-se de ausência de incisivo superior direito (dente 11).

Ao exame clínico, observou-se abaulamento na região vestibular, ausência do dente 11 e conseqüente inclinação do dente 12 para a mesial (Figura 7).



Figura 7 - Caso 2.

Foi relatado pela mãe, durante a anamnese, que a criança havia traumatizado a região anterior da maxila quando mais nova.

Após radiografias oclusal (Figura 8) e lateral da maxila (Figura 9), constatou-se que o dente 11 apresentava-se com dilaceração severa localizada na região cervical.



Figura 8 - Caso 2.

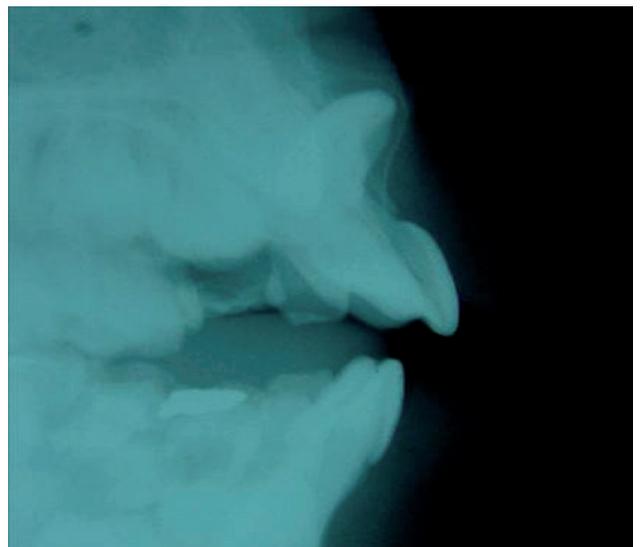


Figura 9 - Caso 2.

O tratamento eleito então foi a exodontia do dente 11 (Figuras 10 e 11), de acordo com o caso 1, e a mesma medicação foi prescrita. O tratamento ortodôntico foi indicado e finalizado por meio de uma restauração estética.



Figura 10 - Caso 2.

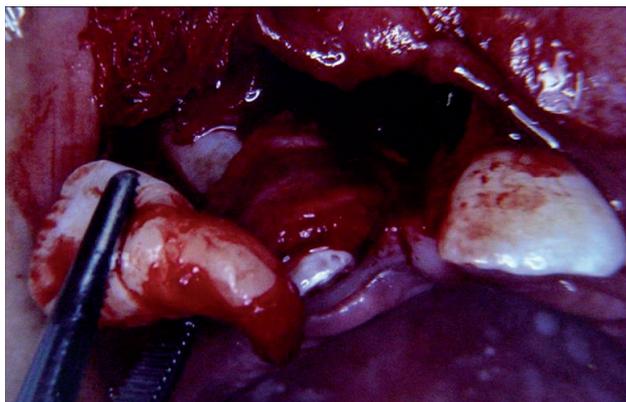


Figura 11 - Caso 2.

3 Discussão

A dilaceração radicular é um desvio abrupto do longo eixo da coroa ou da porção radicular do dente (ANDREASEN, J.; ANDREASEN, F., 1994). Este desvio pode ocorrer em qualquer ponto ao longo do comprimento radicular - porção cervical, mediana ou porção apical, dependendo do estágio de formação radicular, no momento da ocorrência do trauma. (HAMASHA; ALKHATEEB; DARWAZEH, 2002).

A etiologia da dilaceração ainda é bastante discutida. Para alguns autores, a causa mais freqüente de dentes impactados com dilaceração é o trauma direto sobre o germe do dente permanente (PURICELLI, 1987), fato não demonstrado nos estudos de Stewart (1978) e White e Pharoah (2000), os quais consideraram que a deformidade está mais intimamente relacionada ao desenvolvimento ectópico do germe dental e não ao trauma.

Quando é verificada a ausência do incisivo central permanente em torno dos 7 a 9 anos de idade, recomenda-se inicialmente uma radiografia periapical para verificar se o dente está ausente ou incluso, pela presença de dilaceração radicular/coronária ou de cistos.

Se for detectada a dilaceração é necessário que seja realizada a documentação completa do paciente, constando de fotografias, exame radiográfico, sendo a radiografia cefalométrica de perfil a mais precisa para avaliar a direção e a gravidade da dilaceração. (THOUNGUDOMPORN; FREER, 1998). Estes procedimentos são fundamentais para definição do diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico. (ALEXANDRE; CAMPOS; OLIVEIRA, 2000; LIN, 1999; WHITE; PHAROAH, 2000).

Estes casos clínicos demonstraram que a dilaceração comprometeu a irrupção espontânea do dente, pois a raiz estava direcionada para a face vestibular, promovendo sua retenção intra-óssea. (ANDREASEN, J.; ANDREASEN, F., 1994). A impaction do elemento dentário ocasionou problemas secundários, como a mesialização do dente adjacente, e conseqüentemente, um desvio de linha média, em ambos os casos clínicos. No 1º caso clínico, também foi verificado o hábito de interposição lingual no espaço correspondente ao dente impactado, favorecendo problemas fonéticos. (DIAB; ELBADRAWY, 2000). Não houve nenhuma complicação clínica no pós-operatório, incluindo ausência de sintomatologia ou sinais infecção local, garantidos pela assepsia realizada e medicação prescrita.

Em algumas crianças o efeito psicológico frente à perda de um dente é marcante, pois elas se sentem mutiladas e inseguras, podendo gerar problemas de comportamento, vinculados a sentimentos de depressão e isolamento (SEGER et al., 1998). O tratamento de um incisivo central dilacerado torna-se então, um desafio clínico para o odontopediatra e requer uma equipe de especialidades odontológicas.

O sucesso do tratamento deste dente depende do grau de dilaceração, da exposição do dente e da formação radicular (LIN, 1999; MARZOLA et al., 1992). Alguns autores indicam, dependendo do estágio de desenvolvimento do germe, o tracionamento ortodôntico para reposicionamento ou transplantes dentais em crianças na fase de dentição mista (LIN, 1999). O tratamento eletivo para este caso clínico foi a exodontia do elemento dental incluso, devido ao grau acentuado de dilaceração radicular, sendo descartada a possibilidade de qualquer manobra cirúrgica ortodôntica. Em casos de dilaceração severa é indicado que se realize a exodontia pela impossibilidade de tracionamento ortodôntico. Nesse procedimento cirúrgico a maior dificuldade no planejamento, o qual deve ser baseado no posicionamento do dente de acordo com a análise radiográfica.

Quanto ao acesso do dente dilacerado, foram utilizadas incisões vestibulares (FLEIG; PEREIRA, 1996), e devido à magnitude da impaction e da dilaceração dentária, realizou-se a osteotomia, reduzindo assim, o tempo de procedimento clínico. A relevância clínica deste artigo está no fato do mesmo divulgar para os cirurgiões dentistas a importância do correto diagnóstico e planejamento nos casos dilaceração dentária severa.

4 Conclusão

O tratamento de um dente dilacerado é controverso e requer a atenção de vários profissionais da área de saúde, sendo muito importante a participação do odontopediatra, uma vez que esta manifestação dentária é diagnosticada na maioria das vezes na dentição decídua. A exodontia se faz necessária quando o grau de dilaceração é muito acentuado (FLEIG et al., 1996), no entanto, tratamentos mais conservadores estão sendo propostos (LIN, 1999; MARZOLA et al., 1992).

Referências

- ALEXANDRE, G. C.; CAMPOS, V.; OLIVEIRA, B. H. Luxação intrusiva de dentes decíduos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 215-9, maio/jun. 2000.
- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. *Textbook and collar atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.
- CHADWICK, S. M.; MILLETT, D. Dilaceration of a permanent mandibular incisor. A case report. *Br J Orthod*, London, v. 22, n. 3, p. 279-281, Aug 1995.
- CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. In: COSTA, L. R. R. S.; COSTA, P. S. S. *Analgésicos e antibióticos*. São Paulo: Santos, 1998. p. 261-270.
- DIAB, M.; ELBRADRAWY, H. E. Intrusion injuries of primary incisors. Part III: effects of permanent successors. *Quintessence Int*, Berlin, v. 31, n. 6, p. 377-84, Jun 2000.
- FLEIG, C. N.; PEREIRA, D. Dilaceração radicular: relato de caso. *BCI: Rev Bras Cir Implantodont*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 19-22, jul./set. 1996.
- GUEDES PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 5. ed. São Paulo: Santos, 1971.
- HAMASHA, A.A.; AL-KHATEEB, T.; DARWAZEH, A. Prevalence of dilaceration in Jordanian adults. *Int Endod J*, Oxford, v. 35, n. 11, p. 910-912, Nov 2002.
- KOHAVI, D.; BECKER, A.; ZILBERMAN, Y. Surgical exposure, orthodontic movement, and final tooth position as factors in periodontal breakdown of treated palatally impacted canines. *Am J Orthod*, St. Louis, v. 85, n. 1, p. 72-7, Jan 1984.
- LIN, Y. T. Treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, St. Louis, v. 115, n. 4, p. 406-9, Apr 1999.
- MARZOLA, C. et al. Incisivo central superior dilacerado: tratamento clínico integrado. *RGO: Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre, v. 40, n. 6, p. 407-10, nov./dez. 1992.
- McDONALD, F.; YAP W. L. The surgical exposure and application of direct traction of unerupted teeth. *Am J Orthod*, St. Louis, v. 89, n. 4, p. 331-40, Apr 1986.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 75-76.
- PETERSON, L. J. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 799p.
- PLATA, C. A. S. et al. Transformação de dente comprometido esteticamente - conóide – utilizando-se resina composta. *Rev Bras Odontol*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 222-5, 1998.
- PRABHAKAR, A. R.; REDDY, V. V.; BASSAPPA, N. Duplication and dilaceration of a crown with hipercementosis of the root following trauma: a case report. *Quintessence Int*, Berlin, v. 29, n.10, p. 655-7, Oct 1998.
- PURICELLI, E. Tratamento de caninos retidos pela apicotomia. *RGO: Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 326-30, jul./ago. 1987.
- RODD, H. D.; ATKIN, J. M. Denture satisfaction and clinical performance in a pediatric population. *Int J Paediatr Dent*, Oxford, v. 10, n. 1, p. 27-37, Mar 2000.
- SANTANA, E. J. B. ; CONSOLARO, A. ; TAVANO, O. Determinação da prevalência do estudo morfológico da dilaceração radicular. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*, Salvador, v. 12/13, p. 40-53, 1995.
- SANTOS, S. H. Dilaceração radicular, tratamento ortodôntico e estético: relato de um caso clínico. *SOTAU R Virtual Odontol*, v. 1, p. 17-22, 2007. Disponível em: <<http://sotau.sind.googlepages.com/SotauRevVirtOdont20071pag17a22.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2007.
- SEGER, L. et al. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 3. ed. São Paulo: Santos, 1998.
- STEWART, D. J. Dilacerate unerupted maxillary central incisors. *Br Dent J*, London, v. 145, n. 8, p. 229-33, Oct 1978.
- THONGUDOMPORN, U.; FREER, T. J. Prevalence of dental anomalies in orthodontic patients. *Aust Dent J*, Sydney, v. 43, n. 6, p. 395-8, Dec 1998.
- WHITE, S. et al. *Oral radiology principles and interpretation*. 4th ed. St. Louis, MI, USA: Mosby, 2000. p. 313-4.

Andréia Bolzan de Paula*

Doutoranda, em Ciências Odontológicas, área de concentração em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP).

e-mail: <andbol@fop.unicamp.br>

Michele Baffi Diniz

Aluna do curso de Doutorado, em Ciências Odontológicas, área de concentração em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP).

Cristiane Duque

Pós-Doutoranda em Microbiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP).

Rafael Leonardo Xediek Consani

Professor Livre-docente, Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP).

Fábio César de Abreu e Lima

Professor Assistente Doutor da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP).

*** Endereço para correspondência:**

Travessa São Jacó, 36/504 – CEP 90520-320 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
