

Alveólise em Dente Decíduo: Relato de Caso

Alveolysis in Deciduous Tooth: Case Report

Cinthyia Pinto Sarmiento^a; Carolina Medeiros de Almeida^{b*}; Kátia Simone Alves dos Santos^a; Fernanda de Araújo Trigueiro Campos^c; Ana Flavia Granville-Garcia^b; Edja Maria Melo de Brito Costa^b;

^aUniversidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia. PB. Brasil.

^bUniversidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Odontologia. PB. Brasil.

^cUniversidade Cruzeiro do Sul, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Odontologia. PB. Brasil.

*E-mail: ccarol_21@hotmail.com

Resumo

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

Palavras-chave: Traumatismos Dentários. Dente Decíduo. Perda do Osso Alveolar.

Abstract

Alveolysis is a bone-gingival pathology characterized by the exposure of the dental root in the oral cavity, due the reabsorption of the alveolar bone, commonly related to dental trauma and/or dental caries. It is a condition of low occurrence, and usually affects male children between 4 and 5-years-old. The aim of this case report was to present a clinical case of alveolysis in a deciduous anterior tooth in a 6-year-old child with a history of dental trauma in the anterior region of the maxilla. The lesion was diagnosed after routine clinical examination. The intra-oral examination revealed the radicular apex of the tooth 61, surrounded by slightly edema and erythematous tissue, and ulceration of the labial mucosa related to the exposed apex. The tooth involved had no caries, only slight fracture at the incisal angle. The patient presented an unsatisfactory oral condition, characterized by the presence of visible dental biofilm and severe early childhood caries. The radiographic exam revealed root resorption on tooth 61 and the presence of the maxillary permanent central incisors in conditions of normality. The diagnosis was of alveolysis with apical fenestration. The treatment of choice was the dental extraction of the involved tooth. There was no intercurrance during the treatment and the postoperative was satisfactory, considering the normal eruption of the successor tooth and the restoration of the child's ideal oral health conditions. Thus, it can be concluded that alveolysis is a condition of easy diagnosis, simplified treatment and good prognosis.

Keywords: *Tooth Injuries. Deciduous Tooth. Alveolar Bone Loss.*

1 Introdução

Alveólise é uma condição patológica caracterizada pela reabsorção da tábua óssea alveolar, geralmente por vestibular, com exposição radicular de um ou mais dentes decíduos na cavidade oral^{1,2}. O fator desencadeante da alveólise ainda não foi elucidado, no entanto, tem sido associado ao traumatismo dentário e a cárie dentária, por induzirem uma infecção periapical crônica, com subsequente reabsorção da tábua óssea alveolar².

Apresenta como sinal patognomônico a exposição parcial ou total da raiz dentária na cavidade oral, sem evidências de reabsorção radicular. Acomete crianças na faixa etária entre 2 e 8 anos de idade, com maior ocorrência entre 4 e 5 anos,

no sexo masculino, sendo a maxila anterior a região mais acometida¹. Não apresenta sintomatologia dolorosa e a coroa dentária, em alguns casos, pode se mostrar com coloração escurecida^{3,4}. Pode ser observada a presença de mobilidade dentária e perda de vitalidade pulpar do elemento afetado¹. Em função da irritação crônica provocada pela raiz exposta, pode-se notar em torno da área de fenestração a formação de um tecido hiperplásico^{5,6}.

A alveólise pode ser classificada em dois tipos: fenestração apical ou deiscência, parcial ou total. Na fenestração apical ocorre exposição da porção apical da raiz dentária na cavidade oral. Na deiscência ocorre exposição da superfície radicular, inicialmente, da porção cervical

(deiscência parcial), podendo evoluir em direção apical (deiscência total). Assim, o tratamento para alveólise depende da sua classificação clínica e comprometimento dos tecidos de sustentação¹. Para fenestração apical e deiscência total se indica a exodontia do dente envolvido. Para a deiscência parcial, geralmente, é realizado o acompanhamento clínico e radiográfico, mas dependendo da gravidade pode ser indicada a exodontia^{1,2,7}. Em relação à ferida gengival e ao tecido reacional hiperplásico associado à lesão, geralmente, regridem e desaparecem espontaneamente, após a exodontia do(s) dente(s) envolvido(s)⁸.

O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso clínico de alveólise, em criança de 6 anos de idade, com história de traumatismo dentário na região anterior da maxila.

2 Relato de Caso

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

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

Figura 1 - Imagem clínica mostrando exposição vestibular do ápice radicular do dente 61, mucosa alveolar circundante avermelhada e levemente edemaciada e pequena ulceração na mucosa labial



Fonte: Os autores.

Na radiografia periapical se confirmou a formação dos dentes permanentes sucessores 11 e 21 e a presença da raiz dentária do 61 sem evidências de rizólise (Figura 2). O dente 51 já havia sido esfoliado no momento da consulta, ainda sem erupção do seu sucessor. O diagnóstico clínico foi de alveólise, do tipo fenestração apical.

Figura 2 - Radiografia periapical da região anterior superior, mostrando a presença dos incisivos permanentes (11, 21) e a presença do 61 sem evidência de rizólise.



Fonte: Os autores.

O tratamento de escolha foi a exodontia do dente 61, realizada uma semana após o diagnóstico (Figuras 3 e 4).

Figura 3 - Visão do dente 61 após exodontia, apresentando mais de 2/3 de raiz e dilaceração apical.



Fonte: Os autores.

Figura 4 - Imagem clínica da região anterior da maxila imediatamente após a exodontia do 61.



Fonte: Os autores.

O paciente retornou 8 dias após o procedimento, já apresentando o início da erupção do dente 21 (Figura 5).

Figura 5 - Imagem clínica mostrando o início da erupção do dente 21 uma semana após o procedimento de remoção do dente 61.



Fonte: Os autores.

Após dois meses, observou-se a exposição de dois terços da sua coroa (Figura 6) e no exame radiográfico não foi evidenciada nenhuma imagem que indicasse a presença de qualquer tipo de lesão (Figura 7).

Figura 6 - Imagem clínica mostrando a erupção de 2/3 da coroa do dente 21, dois meses após o tratamento.



Fonte: Os autores.

Figura 7 - Radiografia panorâmica sem evidências de lesão na região do dente 21, dois meses após o tratamento.



Fonte: Os autores.

O paciente retornou à Clínica de Odontopediatria 4 meses após a última consulta, sendo constatada a erupção total do elemento dentário 21 e a erupção parcial do incisivo central superior direito (Figura 8).

Figura 8 - Imagem clínica do dente 11 parcialmente erupcionado e do 21 totalmente erupcionado, quatro meses após a última consulta.



Fonte: Os autores.

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

3 Discussão

Este relato de caso apresenta características clínicas de alveólise, do tipo fenestração apical, em que os dados clínicos coincidem com os relatos da literatura, especialmente, em relação à faixa etária, sexo, história de traumatismo dentário e ocorrência na região da maxila anterior.

Kimura¹ realizou um estudo epidemiológico no Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria da FOU SP e verificou que em 89% dos casos de alveólise ocorriam em meninos, entre 4 e 5 anos de idade, com forte relação ao traumatismo dentário,

sendo os incisivos centrais superiores decíduos os dentes mais envolvidos. Esses achados estão em consonância com o perfil epidemiológico de traumatismo em crianças, em que se observa maior prevalência no sexo masculino com localização mais comum na região anterior da maxila⁹.

A alveólise está fortemente relacionada ao traumatismo dentário^{1,10-14}. No entanto, outras condições, como cárie dentária e trauma oclusal, podem se constituir fatores desencadeantes^{5,7,15-18}.

Apesar de o traumatismo dentário ser comum em crianças, a ocorrência de alveólise é relativamente baixa. No estudo de Chawla e Tewari¹⁶ foram avaliadas 1675 crianças com idades entre de 3 e 12 anos e foram observados 7 casos de alveólise em dentes decíduos anteriores e posteriores. A alveólise é decorrente do deslocamento da raiz do dente decíduo em direção à lâmina alveolar externa, com rompimento do osso e da mucosa alveolar ou gengival, até se tornar clinicamente visível, estando fortemente relacionada ao traumatismo dentário. Sabe-se que o traumatismo em dente decíduo resulta, na maioria das vezes, em luxação dentária, com deslocamento do dente para a região lingual e o ápice no sentido inverso, com rompimento dos tecidos de sustentação, podendo evoluir para um processo inflamatório crônico, resultando em alveólise.

Kimura¹ observou que 86,3% dos dentes com alveólise estavam relacionados ao traumatismo dentário e, principalmente, aos dentes que sofreram luxação (42,8%). Nesse mesmo estudo, constatou-se que a média de tempo decorrido entre o traumatismo dentário e o diagnóstico de alveólise é de 15 meses. No caso apresentado, a média de tempo decorrido entre a ocorrência do trauma e o diagnóstico foi de aproximadamente 9 meses.

Foi observado, neste caso, tecido eritematoso e levemente edemaciado circundando a região de exposição do ápice dentário, sem aspecto hiperplásico. No entanto, é comum observar tecido hiperplásico em torno da área de fenestração^{5,7}. Quando a irritação é crônica e prolongada pode produzir uma lesão semelhante a uma lesão hiperplásica ou neoplásica^{5,6}.

O tratamento de escolha para este caso foi a exodontia do elemento afetado, conforme sugerido pela literatura, no intuito de evitar prejuízos à dentição permanente e traumas aos tecidos adjacentes^{1,5,7,11,19}. Após a exodontia, foi observado que o dente apresentava mais de dois terços de raiz, condição esta, bastante comum nos dentes com alveólise¹. O progresso clínico após o tratamento foi considerado satisfatório, com erupção do dente sucessor dentro das condições de normalidade e ausência de qualquer alteração clínica e/ou radiográfica na região envolvida.

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

4 Conclusão

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

Referências

1. Kimura JS. Alveólise em incisivos decíduos traumatizados: série de casos. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013.
2. Abhinav, Chaubey KK, Agarwal S, Agarwal M. Multidisciplinary management of mucosal fenestration. *Indian J Oral Sci* 2014; 5(1):44-46.
3. Rawlinson A. Treatment of a labial fenestration of a lower incisor tooth apex. *Br Dent J* 1984; 156(12):448-449.
4. Ju YR, Tsai AH, Wu YJ, Pan L. Surgical intervention of mucosal fenestration in a maxillary premolar: a case report. *Quintessence Int* 2004; 35(2):125-128.
5. Menéndez OR. Bone fenestration by roots of deciduous teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967; 24(5):654-658.
6. Kilpatrick NM, Hardman PJ, Welbury RR. Dilaceration of a primary tooth. *Int J Paediatr Dent* 1991; 1(3):151-153.
7. Kelly JR, Keeton JM, Barr ES. Apical fenestration. *ASDC J Dent Child* 1979; 43(2):96-98.
8. Tseng CC, Chen YH, Huang CC, Bowers GM. Correction of a large periradicular lesion and mucosal defect using combined endodontic and periodontal therapy: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995; 15(4):377-383.
9. Wendt FP, Torriani DD, Assunção MC, Romano AR, Bonow ML, da Costa CT, et al. Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. *Dental Traumatol* 2010; 26(2):168-173.
10. Aguiló L, Bagán JV. Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(5):599-602.
11. Aguiló-Muñoz L. Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. *RCOE* 2002; 7(5):523-531.
12. Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos de Odontologia - Odontopediatria. 2nd ed. São Paulo: Santos; 2009.
13. Agarwal V. Fenestration and dehiscence in a non-vital tooth – A case report. *JCDR* 2010; 4(4):2971-2973.
14. Triches TC, Paula LK, Filho MX, Bolan M. Apical fenestration and ectopic eruption - effects from trauma to primary tooth: a clinical case report. *Dent Traumatol* 2011; 27(1):74-76.
15. Serrano J. Abbreviated case report: Gingivo-osseus pathologic fenestration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 1971; 32(5):697-700.
16. Chawla HS, Tewari A. Osseo-gingival pathological fenestration by the roots of primary teeth: a study and a prevalence report. *J Indian Dent Assoc* 1979; 51(5):135-136.
17. Menéndez OR. Estomatologia pediátrica fenestración osteo-mucosa por raíces de dientes primarios; un caso en niña asiática y revisión de la literatura. *CERON* 1980; 5(3):19-22.
18. Hussin GJ. Mucosal perforation by a primary canine root: report of case. *ASDC J Dent Child* 1983; 50(2):138.
19. Edney MB. Interesting presentation of a retained upper deciduous incisor with apical fenestration. *Br Dent J* 2000; 188(7):369-370.