

REABSORÇÃO DENTÁRIA COMO CONSEQUÊNCIA DO TRAUMATISMO DENTÁRIO: RELATO DE CASO

Caroline Ferrarezi Carvalho¹
Anaclara Santana Oliveira¹
Graciane Ester Rosa de Queiroz Gomes²
gracianerq@hotmail.com

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

Traumatismo dentário é caracterizado como qualquer dano ao elemento dentário e suas estruturas adjacentes, seja ele estrutural ou tecidual, sendo mais frequentes na infância e na adolescência devido à falta de coordenação motora, curiosidade e imprudência. A ocorrência do traumatismo dentário em dentes permanentes tem como consequências: fraturas coronárias, mobilidade, luxações intrusivas e lateral, necrose pulpar, reabsorções dentárias e ósseas, sendo que a falta de tratamento imediato pode acarretar agravo do caso. As reabsorções dentárias patológicas podem ocorrer principalmente após injúrias traumáticas que resultam na perda estrutural do dente. O presente trabalho teve por objetivo relatar o caso de um paciente que foi atendido na Clínica Escola de Odontologia da Faculdade Univértix apresentando quadro de traumatismo dentário após uma queda, durante uma partida de futebol, acarretando avulsão dentária, intrusão, fratura coronária, dor e incômodo estético. Após anamnese, exame clínico e radiográfico foi constatado que os elementos anteriores superiores apresentavam desnível incisal devido às fraturas coronárias, lesões periapicais e intrusão de um elemento, sendo realizado o tratamento endodôntico do elemento avulsionado e restaurações em resina composta. Durante o acompanhamento no exame radiográfico foi possível identificar o início de um processo de reabsorção externa apical no elemento 12, no qual imediatamente foi realizado o tratamento endodôntico para paralisar esse processo inflamatório. Após 10 meses do trauma ocorrido e com o tratamento finalizado, o caso foi considerado de sucesso, principalmente com a regressão das lesões periapicais e da reabsorção.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Dentário; Reabsorção Dentária; Endodontia.

1. INTRODUÇÃO

Traumatismo dentário é caracterizado como qualquer dano ao elemento

¹ Acadêmicas do 10º período do curso de Odontologia da Univértix.

² Professora do curso de Odontologia da Faculdade Vértice–UNIVÉRTIX–Matipó



dentário e às suas estruturas adjacentes, seja ela estrutural ou tecidual. Dependendo da força, tipo e duração do impacto sofrido, o grau de dano excede a resistência dos ossos e tecidos dentais, tendo como origem térmica, química ou física.

É de importância epidemiológica, uma vez que é muito comum na infância e na adolescência, ocorrendo em 2 a cada 3 crianças antes da idade adulta (RODRIGUESA, CASTILHOA, ANTUNESA e ANTUNES, 2015). Os fatores mais comuns relacionados à etiologia das lesões dentárias são quedas, colisões, acidentes automobilísticos, acidentes ciclísticos, violência física e atividades esportivas (BITENCOURTL, CUNHA, OLIVEIRA e JARDIM, 2015).

A ocorrência do trauma dentário em dentes permanentes tem como consequências: fraturas coronárias, mobilidade, luxações intrusiva e lateral, necrose pulpar, reabsorções dentárias e ósseas sendo que com a falta de tratamento imediato pode haver agravamento do caso. Entretanto, em dentes decíduos pode ocasionar hipoplasia de esmalte, alteração do posicionamento, má formação da raiz e coroa e interrupção da formação dental (SANABE, CAVALCANTE, COLDEBELLA e LIMA, 2009).

A reabsorção fisiológica ocorre na dentição decídua, sendo considerado um processo natural que consiste na esfoliação do dente, dando lugar para o dente permanente. Em contrapartida, a reabsorção patológica ocorre devido às injúrias traumáticas ao dente como pressão excessiva de um dente impactado/tumor, movimentação ortodôntica brusca, impactos, inflamações crônicas dos tecidos pulpares ou periodontais (ENDO *et al.*, 2015).

As reabsorções dentárias resultam na perda da estrutura dos tecidos dentários mineralizados responsáveis por proteger e inserir os dentes nos alvéolos (PORTO e BARBOSA, 2015). São classificadas em reabsorções radiculares em reabsorção interna e externa (ENDO *et al.*, 2015).

Mediante o exposto, o objetivo do presente trabalho consiste em relatar o caso de um paciente que foi atendido na Clínica Escola de Odontologia da



Faculdade Univértix da cidade de Matipó-MG com um quadro de reabsorção externa apical ocasionado pelo traumatismo dentário.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRAUMATISMO DENTÁRIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

O traumatismo dentário é considerado uma urgência odontológica que necessita de cuidados especiais. Entre os tipos de traumatismo alvéolo dentário estão a fratura simples com envolvimento de pequena porção do esmalte ou toda porção incisal e a fratura radicular horizontal, que é uma lesão que compromete a dentina, polpa, ligamento periodontal e cimento. Essa lesão é considerada rara, ocorrendo com maior incidência nos incisivos centrais superiores (DUARTE *et al.*, 2020).

A lesão traumática dentária acomete, em maior parte, crianças e adolescentes. Dentre as lesões causadas pelo traumatismo estão a luxação, fratura coronária, reabsorções dentárias e ósseas, necrose pulpar ou até mesmo a perda do elemento dentário (TRABET e CLAUDINO, 2012).

Existem também fatores anatômicos predisponentes que aumentam a susceptibilidade às injúrias dentárias como a oclusão do tipo classe II de Angle, overjet acentuado, lábio superior curto ou hipotônico, pacientes respiradores bucal, dentes com lesões cariosas e tratados endodonticamente também ficam mais susceptíveis ao traumatismo dentário (BITENCOURTL, CUNHA, OLIVEIRA e JARDIM, 2015).

É importante que haja um bom diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento adequado para garantir um prognóstico favorável. Atualmente, a literatura disponibiliza protocolos, métodos e documentações a respeito da avaliação clínica, das lesões traumáticas, primeiros socorros, exame do paciente, fatores que podem afetar o plano de tratamento e a importância de comunicar as opções de tratamento e prognóstico aos pacientes (IADT, 2020).

2.2 REABSORÇÕES DENTÁRIAS

A reabsorção fisiológica é exclusiva da dentição decídua, é um processo natural que se caracteriza pela esfoliação dos dentes decíduos que posteriormente permite a erupção dos dentes permanentes. Em contrapartida, a reabsorção patológica ocorre na dentição permanente, após injúrias traumáticas como pressão excessiva de um dente impactado/tumor, movimentação ortodôntica brusca, impactos, inflamações crônicas dos tecidos pulpares ou periodontais (ENDO *et al.*, 2015).

As reabsorções dentárias patológicas são definidas como a perda de estrutura dentária, sem diagnóstico e tratamento precoce pode ocorrer a perda do dente. Podem ocorrer na porção interna, na porção externa ou em ambos em um único elemento dentário (DOTTO *et al.*, 2020). As reabsorções dentárias são caracterizadas como a reabsorção dos tecidos mineralizados dos dentes, devido à perda da estrutura responsável pela proteção e inserção do dente no alvéolo. Geralmente, ocorre a exposição da dentina, podendo ocasionar a reabsorção radicular. A reabsorção interna acomete a polpa dentária, ocorre a perda da camada odontoblástica expondo assim a dentina. No ligamento periodontal, a perda da camada de cimento e a exposição da dentina desencadeiam a reabsorção dentária externa. Clinicamente, as reabsorções dentárias são assintomáticas (PORTO e BARBOSA, 2015).

2.2.1 REABSORÇÃO FISIOLÓGICA

A reabsorção dentária fisiológica ou normal ocorre nos dentes decíduos e caracteriza-se pela perda gradativa do cimento e da dentina que é denominado o processo de rizólise e esse evento está geneticamente programado para ocorrer e posteriormente ocorre a erupção do dente sucessor permanente (THULLER *et al.*, 2018). A rizólise depende de múltiplos fatores, como fluxo sanguíneo local, inervação adequada, pressão dos dentes permanentes contra os decíduos, fatores ambientais, genéticos e locais. Quando o processo de rizólise é tardio ou não ocorre, caracteriza-se a retenção prolongada (FARIA *et al.*, 2018).



2.2.2 REABSORÇÃO INTERNA

A reabsorção radicular interna é considerada rara, por ser ocasionada por um processo inflamatório e está diretamente relacionada com a polpa dentária, caracterizada pela perda de estrutura interna. Acredita-se que o traumatismo dentário ou pulpites crônicas está diretamente relacionado pela ativação das células dentinoclastos que reabsorvem a estrutura dentária interna. Com a ocorrência do trauma, pode ocasionar também um quadro de hemorragia intrapulpar, que logo forma um coágulo e este é transformado em tecido de granulação (ALMEIDA e MARTINS, 2012).

A reabsorção interna pode ser assintomática ou sintomática quando a reabsorção está próxima da coroa, caracterizada pela coloração rósea na coroa dentária e a dor pode estar presente, devido ao desenvolvimento do tecido de granulação e o tecido metaplásico exposto. Uma área da polpa coronária apresenta-se necrosada e outro segmento da polpa coronária possui vitalidade, respondendo ao teste de sensibilidade, embora com a falta do tratamento imediato, a polpa torna-se totalmente necrosada, parализando o processo de reabsorção. A localização da reabsorção interna pode ocorrer em qualquer região da cavidade pulpar que apresentar polpa viva (PATEL, RICUCCI, DURAK e TAY, 2010).

A reabsorção radicular interna pode ser diagnosticada a partir da ocorrência de um trauma ou ainda durante exames radiográficos de rotina. Na imagem radiográfica verifica-se que o contorno dos limites pulpares sofre uma expansão relativamente simétrica de aspecto balonizante e contornos regulares e arredondados, principalmente quando presente na raiz. Na coroa, a área radiolúcida gerada também tem contorno regular. Definido o diagnóstico, o tratamento da reabsorção interna deve ser realizado o mais breve possível (ALMEIDA *et al.*, 2020).

2.2.3 REABSORÇÃO EXTERNA

O traumatismo dentoalveolar está entre os principais agentes etiológicos das reabsorções radiculares externas. Após o acontecimento de um trauma podem

ocorrer diversos danos aos tecidos de sustentação e aos tecidos dentários. Essas injúrias sofridas pelos tecidos periodontais podem resultar em algum tipo de reabsorção e as complicações podem ocorrer em semanas, meses e até anos após o acidente (SCHUH *et al.*, 2019).

A reabsorção radicular externa é um processo multifatorial que resulta na perda de estrutura dental, em consequência da atividade não controlada das células clásticas presentes no ligamento periodontal. O processo de reabsorção radicular externa ocorre em qualquer lugar ao longo da superfície da raiz. A reabsorção externa deriva de várias situações; pode ter origem fisiológica, causada por movimentos ortodônticos, por traumas, dentes inclusos ou ainda por inflamações, ocasionando a reabsorção inflamatória apical ou reabsorção inflamatória cervical ou pode ser idiopática (LAMPING *et al.*, 2005).

Clinicamente, o dente envolvido apresenta-se assintomático, podendo ocasionalmente apresentar ligeira mobilidade, assim como sensibilidade à percussão. O diagnóstico de reabsorção dentária geralmente é detectado por achado radiográfico ocasional. Dentes com reabsorção avançada podem apresentar mobilidade, fratura ou uma lesão de coloração rósea na coroa. Geralmente o tratamento é endodôntico, quanto mais precoce for a detecção da reabsorção, melhor será o prognóstico (CAMARGO, MORAES, MORAES e CAMARGO, 2008).

2.3 TRATAMENTO DE REABSORÇÕES DENTÁRIAS

O tratamento das reabsorções consiste na preparação biomecânica do canal, conhecido também como tratamento endodôntico, procedendo-se desta forma à remoção mecânica do tecido pulpar inflamado ou necrosado e com irrigação de hipoclorito de sódio de concentração de 1%. Este, devido às suas propriedades, penetra em zonas inacessíveis da cavidade de reabsorção e promove a dissolução da matéria orgânica (FERREIRA, LEITÃO e MARRILHO, 2007).

Depois da preparação biomecânica, é aconselhado o preenchimento do canal com pasta de hidróxido de cálcio para estabilização da reabsorção, tem uma ação

antibacteriana e de remineralização, induzindo a cura do processo de reabsorção. O Hidróxido de cálcio pode ajudar a dissolver os restos pulpares que permanecem em zonas inacessíveis do canal e eliminar bactérias (OLIVALDO *et al.*, 2019)

Desta forma, depois de a reabsorção ter cessado, é necessário proceder à obturação do canal e do local de reabsorção com cimento e guta-percha. No entanto, devido ao formato, irregularidade e inacessibilidade do defeito da reabsorção, a obturação do canal coloca algumas dificuldades ao operador, necessitando este de técnicas diferentes, conforme a superfície afetada pela reabsorção (SILVA, DE OLIVEIRA, FARIA e GEORJUTTI, 2019).

A sua progressão da doença pode causar danos irreversíveis à estrutura dentária e requer tratamento imediato e monitoramento após a realização do tratamento (MARCIEIRA *et al.*, 2011).

3. RELATO DE CASO

Paciente E.O. R., sexo masculino, 16 anos de idade, procurou a equipe do Projeto de Extensão de Trauma Dentário da Clínica Escola de Odontologia da Faculdade Univértix da cidade de Matipó-MG, no dia 01 de outubro de 2018, relatando dor pós-trauma na região anterior superior da cavidade bucal e incômodo estético devido às fraturas coronárias sofridas durante o trauma.

Realizou-se uma anamnese bem criteriosa, na qual houve o relato do próprio paciente da ocorrência de uma queda da própria altura durante uma atividade esportiva, ocasionando a avulsão de um elemento dentário, sendo que no mesmo momento o próprio paciente reposicionou o dente no alvéolo e os demais elementos dentários anteriores sofreram fraturas coronárias. Logo, ele procurou um atendimento odontológico que o direcionou para uma unidade de saúde (ESF), orientado sobre a necessidade de uma vacinação antitetânica. Posteriormente, o paciente apresentou-se no Projeto de Extensão de Trauma Dentário com o responsável, foi solicitada a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a realização do tratamento. Em seguida, foi

proposto um Termo de Assentimento (TALE) assinado pelo próprio paciente admitindo a participação na pesquisa.

Em seguida, foi realizado o exame clínico, onde foi avaliado o estado geral da cavidade bucal, visto que os elementos 11, 12, 13 e 22 sofreram fraturas coronárias simples e todos os elementos anteriores e superiores apresentaram um desnível dos bordos incisais, grau de mobilidade leve e edema nos lábios superior e inferior (FIGURA 1). No exame radiográfico em virtude do trauma, o periodonto foi traumatizado, principalmente nos elementos 11 e 21, observou-se um desnível do ápice radicular e lesões apicais nos elementos 11,12 e 21 (FIGURA 2 e 3).



Figura 1: Presença de edemas e fratura coronárias.



FIGURA 2

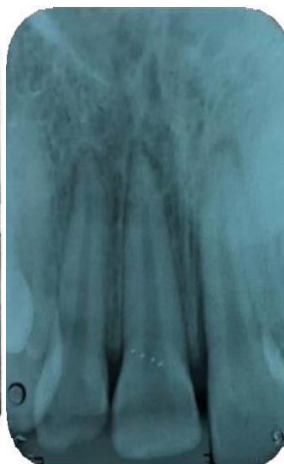


FIGURA 3

FIGURAS 2 e 3: Aspecto inicial radiográfico.



O tratamento inicial proposto para o paciente foi executar o tratamento endodôntico radical do elemento 21 que sofreu a avulsão dentária, sendo utilizada a técnica de Óregon Modificada. Pelo comprometimento estético e bem-estar psíquico-emocional do paciente, realizaram-se restaurações provisórias em resina composta na porção incisal dos incisivos superiores fraturados. Durante o acompanhamento clínico e radiográfico, observou-se espessamento do ligamento periodontal dos dentes 11, 12 e 22. No teste térmico com Endo-Ice revelou-se positivo para o 13 e negativo para 11, 12 e 22 sugestivos de necrose pulpar.

Sequencialmente, observou-se ao longo do tratamento início de um processo de reabsorção externa na raiz no terço apical do elemento 12 e após observar essa alteração foi iniciado o tratamento endodôntico do elemento em questão (FIGURA 4 e 5). No dia 23 de novembro de 2018, o elemento 12 foi submetido a tratamento endodôntico. Com o auxílio do exame radiográfico, foi estabelecido o Comprimento de Trabalho (CT) através da Odontometria. Em seguida, feito o acesso endodôntico com broca esférica e Endo-Z expondo a polpa coronária e a entrada do canal radicular, logo em seguida feito o isolamento absoluto para controle de infecção. Com a sequência de brocas Gattes Gliden, foi feito o alargamento cervical a 2/3 do CT. O tratamento realizado com a técnica de Óregon Modificada, com limas manuais (Dentsplay) e irrigação com hipoclorito de sódio 2,5%.



FIGURA 4: Aspecto inicial pós-trauma do elemento 12.

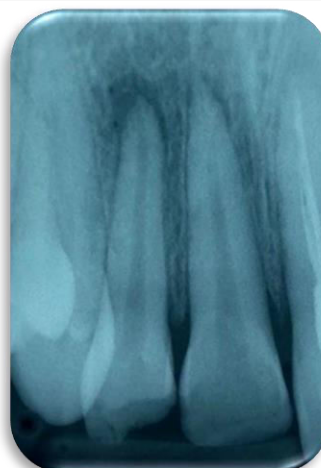


FIGURA 5: Reabsorção no terço apical do elemento 12.

Para paralisar o processo inflamatório, foi realizada a medicação intracanal com Hidróxido de Cálcio PróAnálise (HIC-PA) por 14 dias. Logo, foi realizada a obturação final do canal radicular por técnica de condensação lateral, com cone de guta-percha e cimento endodôntico Endofill (FIGURA 6 e 7). A área de fratura da porção incisal e no ponto de acesso do tratamento endodôntico foram restauradas com resina composta A2 (Z-250). No elemento 22 acometido também foi realizado o tratamento endodôntico, sendo utilizada a técnica citada anteriormente.



FIGURA 6



FIGURA 7

FIGURAS 6 e 7: Finalização do tratamento endodôntico do elemento 12.

No elemento 11 foi diagnosticada a presença de fístula e lesão periapical sugestiva de necrose pulpar, foi feito o teste de percussão que apresentou-se positivo. Desse modo, necessitando de um tratamento endodôntico, foi realizada a técnica Híbrida de Tagger que consiste na condensação lateral e uso do condensador de Macspadden para plastificar e homogeneizar aguta-percha.

Após 10 meses do trauma ocorrido e com o tratamento finalizado, foi feito um exame clínico dos dentes traumatizados e todos eles apresentaram-se adequadamente posicionados na arcada dentária, ausência de mobilidade patológica e de sintomatologia. Ao exame radiográfico foi visto que os espaços do ligamento periodontal foram normalizados e houve regressão das lesões periapicais. Foi restabelecida a função e estética dos dentes, o caso foi considerado de sucesso, principalmente com a regressão das lesões periapicais. O paciente ficará em acompanhamento durante cinco anos após a finalização do tratamento.

4. DISCUSSÃO

Segundo Loiola, Daltro e De Almeida (2019) na infância as lesões dentárias traumáticas são bastante comuns. Crianças do sexo masculino e incisivos superiores são mais propensos a sofrerem traumatismos. No presente relato um pré-adolescente sofreu traumatismo dentário com acometimento dos incisivos superiores, após sofrer uma queda da própria altura praticando uma atividade esportiva.

Em seguida o paciente foi levado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitando os primeiros socorros, onde foi submetido à vacina antitetânica e antibioticoterapia sistêmica pela ocorrência da avulsão dentária sofrida. De acordo com Rodrigues, Rodrigues e Rocha (2010) após o procedimento de reimplante dentário, está indicada a prescrição de antibiótico, de primeira escolha a tetraciclina por 7 a 10 dias com a finalidade de diminuir a ocorrência das reabsorções radiculares e infecção bacteriana, antiinflamatório por 3 a 5 dias, além

da profilaxia antitetânica.

O paciente foi encaminhado para o Projeto de Extensão Traumatismo Dentário da Faculdade Univértix. Após uma anamnese criteriosa, exame radiográfico e exame físico foram observadas intrusão, fraturas coronárias simples e lesão do periodonto. Segundo Cunha e seus colaboradores (2017) as sequelas do traumatismo dentário são as fraturas coronárias com maior prevalência, envolvendo esmalte e dentina em dentição permanente, luxações laterais e intrusivas e em caso extremo a avulsão dentária principalmente em dentição decídua devido à maior porosidade e resiliência do osso alveolar e das estruturas de suporte.

O paciente descrito sofreu avulsão do elemento 21, reimplantado de imediato pelo próprio paciente e então se iniciou o tratamento endodôntico do elemento em questão. Ishida *et al.*, (2014), enfatizam que em casos de avulsão, o mais recomendado é que seja feito o reimplante imediato, para que o dente seja reintegrado e volte à sua posição anatômica. O sucesso do reimplante está diretamente relacionado com a vitalidade do ligamento periodontal do dente avulsionado. Para um bom prognóstico é importante levar em consideração o tempo de reimplante e o tratamento imediato. Junior e Silva (2009), confirmaram que o tratamento endodôntico é preconizado devido à necrose pulpar como consequência da avulsão dentária. O tecido necrosado é totalmente suscetível à contaminação bacteriana.

Ocorreu a intrusão do elemento 11 devido ao impacto sofrido na queda, o tratamento baseou-se na realização de tratamento endodôntico devido ao aparecimento de fístula e lesão periapical desencadeando necrose pulpar, que foi confirmada pelos testes de sensibilidade e percussão. Ferreira e colaboradores (2020), descrevem a luxação intrusiva que é também denominada intrusão dentária, consistindo na entrada do dente no interior do alvéolo, tendo como consequência a compressão das fibras do periodonto e feixe nervoso. Correa *et al.*, (2019), corroboram que a intrusão é uma das piores injúrias traumáticas sofridas pelo dente, devido aos extensos danos causados pela mesma como anquilose, reabsorção



interna, inflamações periapicais e necrose pulpar, podendo ocasionar, a longo prazo, a perda do elemento dentário acometido.

Para um bom prognóstico de intrusão, é necessária a avaliação do caso, exame clínico e radiográfico. Testes complementares como percussão, palpação e mobilidade também são necessários. A melhor conduta a ser tomada em casos de intrusão dentária é o acompanhamento para se observar se há possibilidade de re-erupção passiva, extrusão ortodôntica ou reposicionamento cirúrgico (SILVA *et al.*, 2020).

Durante o tratamento e acompanhamento do caso foi observado no exame radiográfico o início de um processo de reabsorção dentária externa no terço apical do elemento dentário 12. De acordo com o trabalho de Silva e Gesteira em 2015, em casos de pacientes traumatizados deve haver acompanhamentos clínicos e radiográficos com objetivo de identificar possíveis consequências provocadas pelo traumatismo, especialmente para investigação de possíveis reabsorções dentárias e ósseas.

Após a detecção da reabsorção, de imediato foi realizado o tratamento endodôntico para paralisar o processo inflamatório da reabsorção. Batista *et al.*, (2015) confirmam que o tratamento endodôntico tem o intuito de paralisar o processo de reabsorção. Na mesma vertente, Olivaldo e seus colaboradores (2018) afirmam que tratamento endodôntico deverá ser realizado nos casos de reabsorção dentária.

A técnica de instrumentação proposta foi a Óregon Modificada, para desinfecção do conduto pulpar. Segundo Nishiyama *et al.*, (1993), a técnica de Óregon Modificada tem mais eficiência na limpeza dos canais radiculares em sentido coroa/ápice, sendo a mais indicada em casos de reabsorção e necrose pulpar. Cabe também a esta técnica a modelagem do conduto utilizado na irrigação Hipoclorito de Sódio a 2,5% que potencializa a limpeza do canal radicular. Segundo Machado *et al.*, (2020), a irrigação com Hipoclorito de sódio 2,5% é utilizada em casos de necrose pulpar, visa remover os detritos existentes no interior da cavidade pulpar por

meio da corrente líquida, efetuando a desinfecção do sistema de canais radiculares.

Para paralisar o processo inflamatório, foi inserida a medicação intracanal com Hidróxido de Cálcio PróAnálise (HIC-PA) por 14 dias. De acordo com Andreasen e Andreasen (2001), a introdução do HIC-PA no canal radicular foi baseada em estudos que confirmam que, além de ser antimicrobiano, impede e/ou dificulta reabsorção inflamatória e tem a capacidade de induzir a formação de tecido mineralizado, através da elevada concentração de íons hidroxila que alteram a atividade enzimática e promovem a inativação microbiana. Os estudos de Nery *et al.*, (2012) demonstram que a pasta de hidróxido de cálcio como medicação intracanal necessita de 14 dias para alcalinizar toda a dentina radicular e efetuar sua atividade antibacteriana no sistema de canais radiculares.

Adiante foi realizado o selamento do canal radicular por meio da obturação pela técnica de condensação lateral com a utilização de guta-percha e cimento endodôntico. Segundo Guilherme e Mandarini (2018), a obturação promove o selamento do canal radicular. O material padronizado é a guta-percha que sempre deve ser associada a um cimento endodôntico.

Lima, Lima, Rodrigues e Vasconcelos (2017) ressaltam que as fraturas coronárias mais prevalentes no traumatismo dentário são a fratura de esmalte e dentina que são consideradas fraturas simples. Além do comprometimento estético, envolvem as alterações funcionais e fonéticas do paciente, sendo imprescindível a realização de um tratamento restaurador (DELAVALLE e BACKER, 2020). A área de fratura da porção incisal e no ponto de acesso do tratamento endodôntico do paciente do presente relato foram restauradas com resina composta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso relatado, o tratamento do paciente baseou-se em tratamento endodôntico e dentística. Visto que o diagnóstico precoce e tratamento imediato de um processo inflamatório de reabsorção é de extrema importância para a paralisação da doença, o tratamento do paciente relatado foi considerado de

sucesso, na medida em que foram realizados os tratamentos adequados e imediatos, eliminando as infecções dos elementos traumatizados, eliminando a dor e foram restaurados os elementos fraturados, assim sanando a queixa do paciente. De acordo com o protocolo de traumatismo dentário da IATD, o paciente deverá que ficar em acompanhamento clínico e radiográfico durante cinco anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.F.; MARTINS, M.W. Reabsorção radicular interna. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, Santa Cruz do Sul, p. 295, 2012.

ALMEIDA, D.R.M.F. *et al.* Aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos de reabsorções radiculares internas na endodontia: Revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Braz Cubas**, São Paulo, v. 10, n.1, 2020.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. Texto e atlas colorido de traumatismo dental, 3ª edição. **Artmed**, Porto Alegre, 2001.

BATISTA, N.A., *et al.* Reabsorção dentária interna associada ao clareamento dentário externo: relato de caso clínico, **II - CIPEEX - Luz, Ciência e Vida**, Anápolis, v. 1, 2015.

BITENCOURTL, S. B.; CUNHA, A. I. O.; OLIVEIRA, D. W. R.; JARDIM, A. T. B. Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. **Rev OdontolAraçatuba**, Araçatuba, v. 36, p. 24-9, 2015.

CAMARGO, S.E.A.; MORAES, M.E.L.; MORAES, L.C.; CAMARGO, H.R. Principais características clínicas e radiográficas das reabsorções radiculares internas e externas. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 20, p. 195-203, 2008.

CORREA, I. S. *et al.* Avaliação clínica e radiográfica de intrusão dentária na dentição decídua: relato de caso. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte ,v.5, p.161-70, 2019.

CUNHA, L.M. *et al.* Sequelas imediatas e tardias do trauma dentário em dentes decíduos. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, Quixadá-CE, v. 3, n. 1, 2017.

DELAVALLE, B.C; BACKES, A.V.P. Substituição de restauração classe IV com resina

composta direta. **Revista Científica Sophia**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 25-46, 2020.

DOTTO, R.F., *et al.* Diagnóstico e tratamento das reabsorções dentárias externas inflamatórias. **Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc**, Santa Catarina, p. 314, 2020.

DUARTE, A.L.B *et al.* Tratamentoclínico de traumatismo dentário: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.2581-2599, 2020.

ENDO, M. S., *et al.* Reabsorção radicular interna e externa: diagnóstico e conduta clínica. **Arquivos do MUDI**, [s.l.], v19, n2-3, p. 43-52, 2015.

FARIAS, G. C. *et al.* Retenção prolongada dos molares decíduos: etiologia. **Ação Odonto**, Santa Catarina, n.1, 2018.

FERREIRA, D. *et al.* Tratamento de intrusão dentária pós traumatismo: Relato de caso. **e-RAC**, Uberlândia, v. 9, n. 1, 2020.

FERREIRA, M.M.; LEITÃO, J.; CARRILHO, E.V.P. Reabsorção radicular interna. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**, Lisboa, v.48, n.2, p.121-126, 2017.

GUILHERME, N.M.; MANDARINI, D. R. Técnicas de obturação: condensação lateral vs cone único. **Archives Of Health Investigation**, [s.l.], v. 7, 2018.

ISHIDA, A. L. *et al.* Avulsão dentária e fatores relacionados ao prognóstico: estudo retrospectivo de 13 anos. **Arquivos do MUDI**, [s.l.] v.18, n.3, p.17-28, 2014.

JUNIOR, C. R. M.; SILVA, T. P. C.; Avulsão dental em dentes permanentes. **Revista Científica do ITPAC**, Tocantins, v.2, n.2, 2009.

LAMPING, R. *et al.* Reabsorção radicular externa inflamatória: descrição de caso clínico utilizando pasta de hidróxido de cálcio. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 44-48, 2005.

LEVIN, L., *et al.* International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. **International association of dental traumatology**, Rio de Janeiro, 2020.

LIMA, B.T.F.; LIMA, R.P.M.; RODRIGUES, R.F; DE VASCONCELOS, R.A. Tratamento integrado de fratura coronária resultante de traumatismo dentário em região antero-superior: relato de caso. **Semana de Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes-SEMPESq-Alagoas**, Alagoas, n. 5, 2017.



LOIOLA, T.R.; DALTRO, R.M.; DE ALMEIDA, T.F. Traumatismo dentoalveolar na infância: uma revisão da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 18, n. 2, p. 254-259, 2019.

MACHADO, L.B. *et al.* Substâncias alternativas na irrigação dos canais radiculares: Revisão de literatura. **Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc**, Santa Catarina, p. 268, 2020.

MACIEIRA, M. M., *et al.* Diagnóstico radiográfico diferencial das reabsorções radiculares internas e externas entre especialistas em endodontia e clínicos gerais. **RFO**, Passo Fundo, v. 16, n. 3, p. 273-276, 2011.

NERY, M.J. *et al.* Estudo longitudinal do sucesso clínico-radiográfico de dentes tratados com medicação intracanal de hidróxido de cálcio. **Ver. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 41, n.6, 2012

NISHIYAMA; KENJI, C.; GARCIA ; BRANDÃO, R. Estudo comparativo entre as técnicas de instrumentação escalonada regressiva, Óregon modificada, sistema canal finder e canal master" U" na limpeza de canais radiculares. **Rev. odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, p. 173-9, 1993.

OLIVALDO, A. S. *et al.* Tratamento endodôntico em dente com reabsorção externa—relato de caso. **Archives of health investigation**, [s.l.] v. 7, 2019.

OLIVALDO, A. S. *et al.* Tratamento endodôntico em dente com reabsorção externa: relato de caso. **Archives of health investigation**, Ponta Grossa-PR, v. 7, 2018.

PATEL, S.; RICUCCI, D.; DURAK, C.; TAY, F. Reabsorção de raiz interna: uma revisão. **Internal root resorption: a review. J Endod**, [s.l.], v.36, p.1107-1121, 2010.

PORTO, E. L.; BARBOSA, J. F. Reabsorção dentária: revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v.24, n.2, p.63-66, 2015.

RODRIGUESA, A. S.; CASTILHOA, T.; ANTUNESA, L. A. A.; ANTUNES, L. S. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, Londrina, v.17, n. 4, p. 267-78, 2015.

SANABE, M. E.; CAVALCANTE, L. B.; COLDEBELLA, C. R.; LIMA, F. C B. A. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v.27 , n.4 , p. 447-51, 2009.



SCHUH, A.A. *et al.* Reabsorção externa por avulsão dentária: relato de um caso clínico. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, Santa Catarina, p. 124, 2019.

SILVA, C.P.; DE OLIVEIRA, S.G.; FARIA, R.A.; GEORJUTTI, R.P. Tratamento endodôntico de incisivo superior com reabsorção radicular interna. **e-RAC**, Uberlândia, v. 8, n. 1, 2019.

SILVA, R.L., GESTEIRA, M.F. Reabsorção radicular cervical externa: relato de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 107-112, 2015.

SILVA, T. F. A. *et al.* Intrusão do duto trauma to permanentedentition associated with orthodontic intervention: case report. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.3, p.3993-4003, 2020.

SILVÉRIO, A. C. *et al.* Prevalência de Avulsões Dentárias no Pronto-Socorro Odontológico do Hospital Cajuru, Curitiba, PR, Brasil. **Ver. de Clin. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.1, n.3, 2005.

THULLER, K.A.B.R.; SARMENTO, E.B.; TAVARES, S.J.O.; FALCÃO, N. P.S.; GOMES, C.C. Reabsorção radicular: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 75, p. 126, 2018.

TRABET, J.; CLAUDINO, D. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries in Children: The Brazilian Scientific Production. **A Produção Científica Brasileira Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, p.263-272, 2012.