

# Luxação intrusiva na dentição decídua – dois anos de acompanhamento<sup>1</sup>

*Intrusive luxation in primary dentition – two years follow-up<sup>1</sup>*

Dinakel Bortoli\*

Larissa Corrêa Brusco\*\*

Paulo Floriani Kramer\*\*\*

Eliane Gerson Feldens\*\*\*\*

Simone Helena Ferreira\*\*\*\*\*

## Resumo

As injúrias traumáticas representam um desequilíbrio do indivíduo com seu meio e se constituem num problema de saúde pública, visto que sua prevalência na dentição decídua varia de 11 a 37%. O presente estudo tem como objetivo descrever uma opção conservadora de tratamento num caso clínico de luxação intrusiva na dentição decídua, no qual o acompanhamento clínico e radiográfico durante dois anos evidenciou um quadro favorável de erupção dentária. Destaca-se também a importância de uma abordagem profissional consciente e segura na solução dos traumatismos alveolodentários na clínica odontopediátrica.

**Palavras-chave:** Dentição decídua. Injúrias. Movimentação dentária.

## Introdução

Acidente é um evento não intencional e “evitável”, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais. Os acidentes não ocorrem por acaso, como uma fatalidade, mas como resultado de um conjunto de fatores psíquicos, físicos e ambientais correlacionados à criança e ao meio em que vive, o que torna mais previsível a sua ocorrência<sup>1</sup>.

As lesões traumáticas representam um desequilíbrio do indivíduo com seu meio, podendo romper a harmonia presente. O traumatismo alveolodentário é resultado de impactos de forças agressoras não suportadas pelas estruturas óssea, muscular e dentária. A extensão e gravidade das injúrias traumáticas estão diretamente relacionadas com a intensidade e o tipo do impacto, com a idade do paciente, bem como com o estágio de desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes<sup>2</sup>.

A prevalência de injúrias traumáticas na dentição decídua varia de 11 a 37%<sup>3-7</sup>. É importante destacar também que existem fatores de risco individuais e coletivos, também chamados de “predisponentes”, tais como temperamento, obesidade, alterações neurológicas, características faciais e estruturação familiar<sup>8</sup>.

\* Especialista em Odontopediatria - ABO - RS.

\*\* Mestre em Odontopediatria pela Ulbra - RS.

\*\*\* Doutor em Odontopediatria - USP - SP, professor do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Odontopediatria - Curso de Odontologia da Ulbra - RS.

\*\*\*\* Mestre em Odontopediatria - Ulbra - RS, professora do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Odontopediatria - Curso de Odontologia da Ulbra - RS.

\*\*\*\*\* Mestre em Saúde Coletiva - Ulbra - RS, professora do Programa de Graduação e Pós-Graduação em Odontopediatria - Curso de Odontologia da Ulbra - RS.

<sup>1</sup> Este trabalho é resumo da monografia apresentada para a obtenção do título de especialista em Odontopediatria pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia - ABO - RS.

A luxação intrusiva, também denominada de intrusão, tem sido definida como o deslocamento do dente para o interior do alvéolo, seguindo uma direção axial<sup>9,10</sup>. Caracteriza-se pelo esmagamento e ruptura das fibras do ligamento periodontal e do feixe vasculonervoso, o que pode comprometer o suprimento neurovascular da polpa. Clinicamente, pode-se observar desde uma posição discreta de infra-oclusão até o total desaparecimento do dente intruído no alvéolo<sup>11</sup>.

O grau de intrusão em relação à profundidade de penetração no alvéolo é classificado, segundo Von Arx<sup>12</sup> (2000), em três níveis, dos quais o grau I representa a intrusão parcial suave, na qual mais de 50% da coroa dentária é visível; o grau II é representado pela intrusão parcial moderada, em que menos de 50% da coroa é visível, e o grau III é considerado como intrusão severa ou total da coroa.

Os fatores que orientam a estratégia de tratamento de dentes decíduos intruídos são a direção do deslocamento e a ocorrência de fratura da parede alveolar. A fratura dificulta a reerupção, favorece a infecção dos tecidos circundantes e, dessa forma, normalmente direciona o tratamento para a exodontia. Quanto à direção do deslocamento, pode-se afirmar que, se for em direção ao folículo do dente permanente sucessor, o prognóstico é desfavorável e o tratamento consiste na exodontia. Se o movimento for no sentido oposto, o tratamento é conservador, devendo-se aguardar a reerupção do dente decíduo, o que deverá ocorrer entre duas semanas e quatro meses<sup>9-11,13</sup>.

O exame radiográfico é fundamental na determinação da direção do deslocamento. Se a imagem do dente intruído for alongada em relação ao homólogo, há aproximação com o dente sucessor. Entretanto, quando se observa uma imagem encurtada, o dente intruído estará distante de seu sucessor<sup>9,11,14-16</sup>. Em virtude da dificuldade de visualização, preconiza-se também a realização de uma tomada radiográfica lateral, com filme periapical (Fig. 1 e 2).

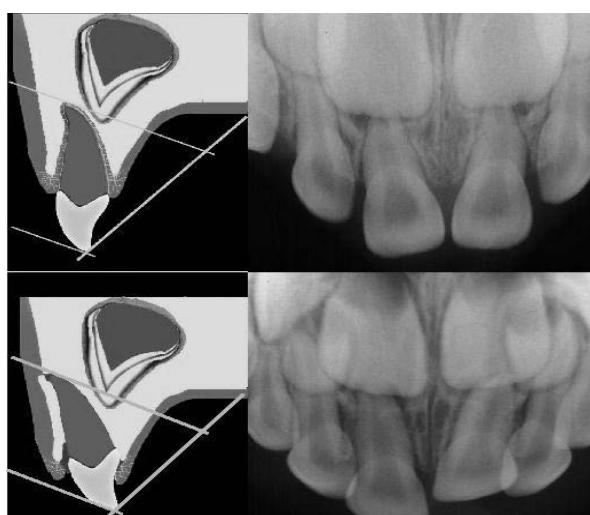
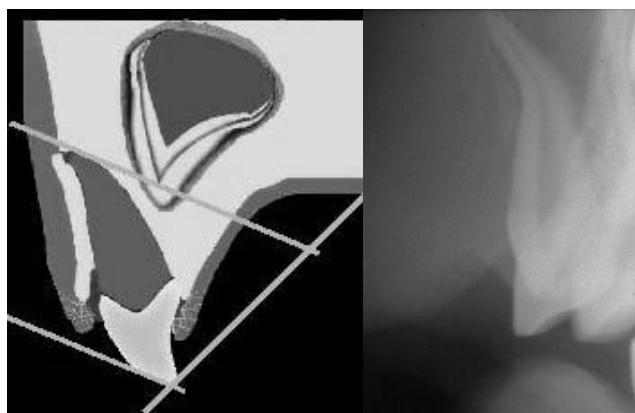


Figura 1 - Acima: observa-se o aspecto de normalidade na relação entre dentes decíduos e permanentes sucessores; Abaixo: o encurtamento da imagem radiográfica do dente 61 indica provável afastamento em relação ao dente sucessor  
Fonte: Kramer e Feldens<sup>11</sup> (2005).



Fonte: Kramer e Feldens<sup>11</sup> (2005).

Figura 2 - Desenho esquemático e tomada radiográfica lateral evidenciando fratura da parede alveolar após luxação intrusiva do dente 61

Complicações associadas com a intrusão de dentes decíduos podem afetar o dente lesado ou seu permanente sucessor. As seqüelas mais comuns na dentição decídua envolvem a obliteração pulpar, alteração de cor da coroa e necrose pulpar<sup>10-11,13,17</sup>. Na dentição permanente, em razão da proximidade do germe dentário, podem ocorrer hipocalcificação, hipoplasia, dilacerção coronária e radicular e distúrbios de erupção<sup>2,11,18,19</sup>.

O objetivo do presente estudo é descrever o acompanhamento longitudinal de um caso clínico de luxação intrusiva na dentição decídua.

## Relato de caso

O caso descrito diz respeito a um paciente do sexo masculino, com dois anos e três meses de idade, que compareceu uma semana após o trauma na Clínica de Odontopediatria da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia (EAP-ABO/RS). Durante a anamnese constatou-se que a criança caíra de bicicleta, sofrendo lesões na região bucofacial. No momento do acidente, os pais não se encontravam no local e o menor foi socorrido pelos tios, que relataram ter havido sangramento no local do trauma, bem como que a criança estava assustada e chorava. A família conduziu o menor imediatamente a um pronto-socorro, onde se procedeu a exames complementares (radiografias da cabeça e clavícula) e testes neurológicos. A medicação receitada foi Hexomedine® (antiséptico e anestésico local) e o paciente foi encaminhado para um serviço odontológico especializado.

Ao exame clínico verificou-se a intrusão severa do incisivo central superior esquerdo (61). A imagem radiográfica sugeriu que o deslocamento do dente decíduo não acometera o germe do permanente sucessor. Assim, optou-se por um plano de tratamento conservador, aguardando-se a reerupção do dente decíduo (Fig. 3 e 4).



Figura 3 - Exame físico evidenciando a intrusão severa do incisivo central superior esquerdo (61) na primeira consulta odontológica



Figura 4 - Radiografia oclusal confirmando a intrusão severa do dente 61 na primeira consulta odontológica

Os pais foram orientados quanto à higiene e utilização de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia, aplicada com cotonete na região afetada. Uma dieta líquida e pastosa foi também recomendada nas primeiras duas semanas, além de evitar o uso de chupeta e mamadeira. Em razão do quadro clínico favorável, não houve prescrição de medicação analgésica ou antiinflamatória. Entretanto, orientaram-se os pais para que observassem a ocorrência de infecção, manifestada por febre, edema, fistula ou secreção purulenta. Caso estes sintomas aparecessem, deveriam entrar imediatamente em contato com o profissional.

Quinze dias após o trauma o paciente compareceu para dar continuidade ao acompanhamento do caso, quando foi suspenso o uso da clorexidina e os pais foram orientados a respeito de higiene com escova dental. Ao exame físico, sinais de reerupção e ausência de infecção ou edema foram constatados. Trinta dias após a primeira consulta, a criança compareceu para revisão apresentando sinais de reerupção do dente e ausência de infecção ou mobilidade (Fig. 5).

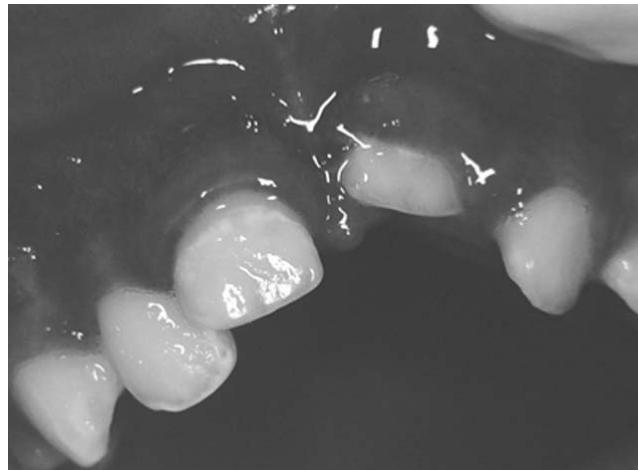


Figura 5 - Exame físico evidenciando a reerupção do dente 61 trinta dias após o trauma

Após noventa dias constatou-se, ao exame físico, a reerupção dentária sem sinais de infecção, mobilidade ou alteração de cor. Radiograficamente, verificou-se ausência de reabsorção radicular e obliteração pulpar. Seis meses após o trauma, observou-se a reerupção completa do dente 61 (Fig. 6).



Figura 6 - Exame físico do dente 61 seis meses após o acidente

Um ano após a intrusão do dente comprovou-se o sucesso clínico e radiográfico da estratégia conservadora de tratamento. Ressalta-se, entretanto, a importância da continuidade das consultas de controle para um eventual diagnóstico precoce e pronto atendimento de alterações no dente decíduo ou em seu sucessor permanente.

Após dois anos, o paciente compareceu à Clínica de Odontopediatria da Ulbra - RS em razão de um novo acidente. A mãe relatou que a criança cortara o queixo durante choque automobilístico, ocorrido uma semana antes. O exame físico do dente 61 evidenciou quadro favorável de reerupção dentária, sem sinais de infecção ou mobilidade. Radiograficamente, verificou-se ausência de reabsorção e/ou obliteração pulpar (Fig. 7 e 8).



Figura 7 - Exame físico do dente 61 dois anos após a luxação intrusiva



Figura 8 - Exame radiográfico do dente 61 dois anos após a luxação intrusiva

Os pais da criança autorizaram a publicação do presente trabalho por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

## Discussão

Dentre as injúrias traumáticas mais comuns em crianças de tenra idade destaca-se a luxação intrusiva, que, segundo Andreasen e Andreasen<sup>2</sup> (2001), consiste no deslocamento do dente para o interior do alvéolo, seguindo uma direção axial.

O correto diagnóstico da luxação intrusiva envolve a confirmação do deslocamento dentário para o interior do alvéolo. No presente relato de caso confirmou-se radiograficamente que houve intrusão severa do dente decíduo, classificada, segundo Von Arx<sup>12</sup> (2000), como de grau III ou severa.

A estratégia de tratamento da luxação intrusiva, segundo Kramer e Feldens<sup>11</sup> (2005), depende da direção do deslocamento e da ocorrência ou não de fratura da parede alveolar. No caso clínico descrito optou-se por um tratamento conservador, pois o exame radiográfico evidenciou que o deslocamento do dente decíduo não fora na direção do permanente sucessor. Inicialmente, o foco de atenção foi a ocorrência de infecção e reerupção do dente decíduo intruído, porém durante o acompanhamento clínico e radiográfico

não foram observadas evidências de necrose pulpar. Trinta dias após o trauma já se observavam sinais evidentes de reerupção e durante o acompanhamento clínico e radiográfico não foram observadas as sequelas descritas por Andreasen<sup>3</sup> (1970), Ben-Bassat et al.<sup>18</sup> (1985), Kaufman et al.<sup>19</sup> (1990), Holan e Ram<sup>10</sup> (1999) e Kramer e Feldens<sup>11</sup> (2005).

Em relação ao prognóstico para o dente permanente sucessor, deve-se considerar que a luxação intrusiva é um dos traumatismos que mais provocam danos. Ainda, segundo Andreasen e Andreasen<sup>2</sup> (2001), fatores como idade e gravidade do trauma são fundamentais para a análise do prognóstico. No presente caso clínico, o prognóstico deve ser considerado reservado em razão da severidade do deslocamento e da idade da criança. Dessa forma, o acompanhamento clínico e radiográfico deve se estender até a esfoliação do dente decíduo e erupção do permanente sucessor.

## Considerações finais

A literatura evidencia e a prática clínica confirma a alta prevalência de traumatismos na dentição decídua. O pico de incidência ocorre entre o primeiro e o terceiro ano de vida da criança e as quedas parecem ser o principal fator etiológico. Em virtude da proximidade entre as dentições, existe o risco de sequelas nos dentes permanentes sucessores; além disso, necrose, obliteração pulpar e alteração de cor da coroa dos dentes decíduos tornam essencial um adequado seguimento clínico do paciente que sofre traumatismos dentários.

## Abstract

*Traumatic injuries represent a disbalance of the individual with his environment and constitute a public health problem. Their prevalence varies from 11 to 37% in primary dentition. The aim of this study is to describe a conservative option before a clinical case of intrusive luxation in primary dentition. Clinical and radiographic follow-up for two years has evidenced a favorable dental eruption. It is also emphasized the importance of a conscious and safe professional approach for the solution of the challenges of alveolodental traumatism in pediatric clinic.*

*Key words:* Primary dentition. Injuries. Tooth movement.

## Referências

- Cardoso M, Czernay APC, Grossman S, Costa CC. Prevenção de acidentes na infância: o papel do odontopediatra nas ações básicas de saúde. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(36):187-97.
- Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1298 cases. Scand J Dent Res 1970; 78(4):329-42.

4. Schatz JP, Joho JP. A retrospective study of dento-alveolar injuries. *Endod Dent Traumatol* 1994; 10(1):11-4.
5. Cardoso M, Carvalho Rocha MJ. Traumatized primary teeth in children of Santa Catarina, Brazil. *Dent Traumatol* 2002; 18(3):129-33.
6. Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2002; 18(6):287-98.
7. Kramer PF, Zembruski C, Ferreira SH, Feldens CA. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Dent Traumatol* 2003; 19(6):229-303.
8. Petti S, Cairella G, Tarsitani G. Childhood obesity: a risk factor for traumatic injuries to anterior teeth. *Endod Dent Traumatol* 1997; 13(6):285-8.
9. Gondim JO, Moreira Neto JJS. Evaluation of intruded primary incisors. *Dent Traumatol* 2005; 21(3):131-3.
10. Holan G, Ram D. Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study. *Pediatr Dent* 1999; 21(4):242-7.
11. Kramer PF, Feldens CA. Traumatismos na dentição decidua. São Paulo: Santos; 2005.
12. Von Arx T. Deciduous tooth intrusions and odontogenesis of the permanent teeth. Developmental disorder of the deciduous teeth (1995) apud Diab M, Elbadrawy HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part III: Effects on the permanent successors. *Quintessence Int* 2000; 31(6):377-84.
13. Borum MK, Andreasen JO. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. *Endod Dent Traumatol* 1998; 14(1):31-44.
14. Belotovsky L, Schwartz Z, Soskolne WA. Undiagnosed intrusion of a maxillary primary incisor tooth: 15-year follow up. *Pediatr Dent* 1986; 8(4):294-6.
15. Fazzi R, Fenyo-Pereira M, Arita ES. Intrusões de decidídos – técnica radiográfica. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1989; 43(2):72-4.
16. Holan G, Ram D, Fuks AB. The diagnostic value of lateral extraoral radiography for intruded maxillary primary incisors. *Pediatr Dent* 2002; 24(1):38-42.
17. Diab M, Hossam EE. Intrusion injuries of primary incisors. Part II: Sequelae affecting the intruded primary incisors. *Quintessence Int* 2000; 31(5):335-41.
18. Ben-Bassat Y, Fucks A, Brin I, Zilberman Y. Effect of trauma to the primary incisors on permanent successors in different developmental stages. *Pediatr Dent* 1985; 7(1):37-40.
19. Kaufman AY, Keila S, Wasersprung D, Dayan D. Developmental anomaly of permanent teeth related to traumatic injury. *Endod Dent Traumatol* 1990; 6(4):183-8.

#### **Endereço para correspondência**

Larissa Corrêa Brusco  
 Rua Moron, 1170, Centro  
 99010031 – Passo Fundo - RS  
 Fone: (54) 99737223  
 E-mail: larinhabrusco@yahoo.com.br

*Recebido: 10.07.2006 Aceito: 13.11.2006*