

Caso Estomatológico

José M. S. Amorim¹

Criança de 9 anos de idade que foi enviada à consulta de Estomatologia devido a dor a nível do dente 1.1, exacerbada com a variação de temperaturas e com a mastigação, que se instalou após traumatismo ocorrido há 1 mês.

Ao exame objectivo a criança apresenta bom desenvolvimento esta-to-ponderal.

A nível dentário apresenta ausên-cia de cáries. Boa higiene oral.

Fractura do ângulo mesio-incisal do dente 1.1 com exposição da polpa dentária.

Antecedentes pessoais e familia-res irrelevantes.

Face ao descrito:

Qual o seu diagnóstico?

Qual a orientação?



Figura 1

¹ Serviço de Estomatologia Hospital Maria Pia / CH Porto

COMENTÁRIOS

As fracturas dentárias com atingimento da coroa dentária, sem lesão radicular, classificam-se de acordo com a profundidade da fractura.

Assim, as referidas fracturas podem ser classificadas da seguinte forma:

- Fracturas da coroa dentária, com atingimento do esmalte;
- Fracturas da coroa dentária, com atingimento da dentina, sem atingimento polpar
- Fracturas da coroa dentária, com atingimento da dentina, com atingimento polpar.

O quadro clínico exposto é uma situação de fractura com exposição polpar e o doente deve ser enviado para o Serviço de Urgência de um hospital com Estomatologia.

As fracturas da coroa dentária com atingimento do esmalte dentário e as que ocorrem com atingimento da dentina, sem atingimento polpar são lesões de tratamento fácil e rápido e a urgência do tratamento das mesmas

deve-se a problemas estéticos e/ou por traumatismo labial/lingual nos bordos da fractura. O tratamento destas fracturas tem muito bom prognóstico, embora nas fracturas desfavoráveis (aquelas com atingimento dos ângulos incisais dos incisivos) a obturação possa cair com alguma frequência.

As fracturas da coroa dentária com atingimento polpar são uma urgência médica e têm um tratamento mais complexo.

Sempre que possível deve-se tentar preservar a polpa radicular para que o dente possa terminar o seu desenvolvimento (apêx aberto - dente em crescimento) e/ou para que o dente mantenha a sua vitalidade e sensibilidade. Nesta situação remove-se a polpa da câmara polpar, deixando a polpa radicular intacta – pulpotomia.

Por vezes (quando ocorrem complicações infecciosas ou quando o doente fica com dores com o procedimento anterior ou quando surge reabsorção do apêx radicular), é necessário proceder à pulpectomia - desvitalização - com remoção da polpa da câmara polpar e radicular, preenchendo o canal

com o material adequado ao estado de maturação do dente.

Uma vez realizado um dos procedimentos anteriores, procede-se à reconstrução da peça dentária.

No caso descrito procedeu-se à remoção da polpa da câmara – pulpotomia – revestindo-se a polpa radicular com material adequado e reconstrução do dente. Realizou-se controle radiográfico decorrido 1 mês e aos 6 meses. Uma vez que não ocorreu reabsorção radicular nem escurecimento do dente, nem mobilidade do mesmo e que o dente mantém sensibilidade pode considerar-se que o tratamento teve sucesso.

Nascer e Crescer 2008; 17(2): 103-104

BIBLIOGRAFIA

- E. Barbería Leache, Odontopediatria, 2ª edición, Masson SA, 2001; 271-296