



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS LTDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**FERNANDA SOUZA DIAS
CRISTHINA CÂNDIDA DA SILVA**

ALVEÓLISE DENTAL: RELATO DE CASO

PORTO NACIONAL - TO

2017

FERNANDA SOUZA DIAS¹
CRISTHINA CÂNDIDA DA SILVA²
MARIANA VARGAS LINDEMAIER E SILVA³

ALVEÓLISE DENTAL: RELATO DE CASO

Trabalho submetido ao curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos- ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Ma. Mariana Vargas Lindemaier e Silva

PORTO NACIONAL - TO

2017

¹ FERNANDA SOUZA DIAS Acadêmica de Odontologia, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² CRISTHINA CÂNDIDA DA SILVA Acadêmica de Odontologia, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

³ MARIANA VARGAS LINDEMAIER E SILVA Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Especialista em Odontopediatria pela ABO\TO.

FERNANDA SOUZA DIAS
CRISTHINA CÂNDIDA DA SILVA

Trabalho submetido ao curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos- ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Relato de caso apresentado e defendido em ____/____/____ pela Banca examinadora constituída pelas professoras:

Orientadora: Prof^a. Ma. Mariana Vargas Lindemaier e Silva

Prof^a. Ma. Laura Souza de Castro

Prof^a. Ma. Mônica Lima Lopes Tolentino

PORTO NACIONAL – TO

2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: Alveólise é a reabsorção da tábua óssea vestibular em dentes decíduos, em decorrência de lesões periapicais extensas e persistentes, ocorrendo a expulsão do dente do seu alvéolo e consequente exposição de sua(s) raiz(es) na cavidade bucal. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de um paciente com alveólise e o tratamento realizado. **CONCLUSÃO:** A alveólise dental é uma realidade clínica na Odontopediatria que deve ser compreendida entre os cirurgiões-dentistas, sabendo que ainda não há outra forma de tratamento a não ser a exodontia do dente.

Palavras-Chave: Necrose pulpar. Fenestração. Dente decíduo. Exodontia.

ABSTRACTS

INTRODUCTION: Alveolysis is the reabsorption of the vestibular bone board, due to extensive and persistent periapical lesions, with the expulsion of the tooth from alveolus and consequent exposition of tooth root in the oral cavity. **OBJECTIVE:** To report the clinical case of a patient with alveolysis and its treatment. **CONCLUSION:** Dental alveolysis is a clinical reality in pediatric dentistry that must be understood among dental surgeons, knowing that there is no other form of treatment other than tooth extraction.

Keywords: Pulp necrosis. Fenestration. Tooth decay. Extraction.

INTRODUÇÃO

O dente decíduo é importante para o desempenho correto das funções mastigatórias, articulação, fonação e oclusão, e a participação durante os períodos do crescimento e desenvolvimento da altura dos arcos dentais, na respiração e na harmonia estética do corpo da criança, sendo assim, é fundamental a sua manutenção até a época normal de esfoliação. Outros fatores em que a dentição decídua é significativa, são o desenvolvimento dos maxilares e músculos da face, servindo de guia para os dentes sucessores irromperem em posição correta (ALENCAR et al., 2007).

Uma das causas da perda precoce de dentes decíduos é a cárie. Segundo Losso et al. (2009), cárie dental é uma doença crônica, multifatorial, dependente da presença de biofilme. Para sua ocorrência, necessita-se de três

fatores determinantes: microrganismos cariogênicos (*Streptococcus Mutans*), substrato fermentável e um hospedeiro vulnerável.

A incidência de cárie na dentição decídua é altamente significativa. Cerca de 75% dos dentes com lesão cariosa profunda apresentam comprometimento pulpar. Particularmente, nos molares decíduos, as alterações pulpares apresentam um problema de difícil resolução, é que uma das maiores dificuldades encontradas se relaciona com a histofisiologia do tecido pulpar destes dentes, devido à morfologia complexa de seus canais radiculares (COSER & GIRO, 2002).

A doença cárie dental é acompanhada de consequências graves sobre a saúde dos tecidos perirradiculares, como abscessos agudos ou crônicos, com destruição óssea nos dentes decíduos, pode causar alteração na formação do germe do dente permanente, desde hipoplasias leves até alterações de forma (CORRÊA et al., 2008).

Alveólise é a reabsorção da tábua óssea vestibular em dentes decíduos, em decorrência de lesões periapicais extensas e persistentes, onde ocorre a expulsão do dente do seu alvéolo, com reabsorção da tábua óssea alveolar e consequente exposição de sua(s) raiz(es) na cavidade bucal. Sua etiologia ainda é desconhecida. Alguns autores associam com infecções crônicas ou traumatismo. O tratamento da alveólise é a exodontia, geralmente a janela gengival cicatriza espontaneamente, embora em alguns casos os autores descrevam que a mesma não desaparece após a remoção do dente em questão (QUEIROZ & ALBUQUERQUE, 2014).

Kimura et al. (2017), ressaltam que, na literatura o termo alveólise não é muito utilizado, mas os termos fenestração e deiscência são normalmente encontrados nas bases de dados científicos com a definição de defeitos ósseos não-patológicos.

A fenestração apical é descrita como uma área circunscrita de exposição radicular pela ausência de osso alveolar, mas coberta por perióstio e tecido gengival sem envolver o osso alveolar marginal. Os principais fatores etiológicos da fenestração apical patológica parecem ser: a alteração no processo de reabsorção do dente decíduo, devido tanto a não funcionalidade do dente em questão, como a perda da vitalidade pulpar devido a duradouros processos infecciosos periapicais, resultando na destruição do osso alveolar e mucosa

gingival. O protocolo de tratamento nestes casos de dentes decíduos é a exodontia do dente em questão (LUZ, 2002; MORAES et al., 2016).

Silva et al. (2016) afirmam que, o tratamento ideal quando ocorre extração de um dente decíduo precocemente é a manutenção do espaço, a perda parcial ou precoce da estrutura dentária acarreta em uma diminuição do espaço disponível no arco dentário, provocando um desequilíbrio estrutural e funcional, conduzindo à mal-oclusão. Os mantenedores de espaço são dispositivos ortodônticos que substituem um ou mais dentes decíduos e são utilizados para preservar o espaço destinado ao dente permanente sucessor, sem que este se torne impactado ou sofra desvios durante sua irrupção, buscando prevenir as más-oclusões. Esses aparelhos ortodônticos podem ser fixos ou removíveis, são constituídos basicamente de dentes pré-fabricados em resina acrílica ou dentes naturais do próprio paciente.

Conforme analisado, observou-se a inexistência de estudos sobre alveólise dental referente à necrose pulpar de dentes decíduos, e escassez de conteúdo na literatura. Diante disto, o objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de um paciente com alveólise e seu tratamento, em vista da importância da dentição decídua e os danos que a perda do dente pode causar na arcada dentária.

RELATO DE CASO

Paciente P.A.S.N., sexo masculino, faioderma, 8 anos de idade, procurou a clínica odontológica da especialização de Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia em Palmas\Tocantins com seu responsável legal, o qual concordou em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com queixa principal de “suspeita de dente nascendo fora da hora”. No exame clínico observou-se restauração em resina composta insatisfatória ocluso-distal no dente 74 e exposição apical da raiz méso-vestibular (**FIGURA 1**).



Figura 1- Exame clínico inicial, vista oclusal e vista vestibular.

Autoria própria

Após o exame clínico, realizou-se exame radiográfico periapical na região dos molares decíduos inferiores do lado esquerdo, observando-se extensa lesão cariosa no dente 74, discreta lesão de furca e rompimento da cripta do germe permanente (**FIGURA 2**). Com o diagnóstico de alveólise dental/fenestração apical, seguiu-se o protocolo de tratamento, a exodontia. Inicialmente, após secagem da mucosa foi utilizado anestésico tópico por 3 minutos, e posteriormente anestesia do nervo alveolar inferior do lado esquerdo, papilar e intraligamentar com lidocaína 2% epinefrina 1:100.000, com agulha curta.



Figura 2- Exame radiográfico periapical, apresentando extensa lesão cariosa no dente 74, discreta lesão de furca e rompimento da cripta do germe permanente.

Autoria própria

Realizou-se descolamento com descolador de Molt, luxação inicial com alavanca Seldin reta, luxação final e exérese com fórceps número 151 (**FIGURA 3**), respectivamente. A cirurgia foi efetuada com sucesso, sem intercorrências.



Figura 3- Luxação final e extração com fórceps número 151.

Autoria própria

Utilizou-se pinça porta-agulha Mathieu, fio de nylon nº 4.0 e finalizou-se com sutura em X, para melhor aproximação do rebordo e controle do sangramento. O paciente não retornou para a remoção da sutura.

Após 1 ano e 10 meses o paciente retornou para avaliação, onde verificou-se perda de espaço na região onde ocorreu a alveólise dental (**FIGURA 4**).



Figura 4- Verificou-se perda de espaço após 1 anos e 10 meses.

Autoria própria.

Realizou-se radiografia periapical (**FIGURA 5**), onde observamos que o dente 34, primeiro pré-molar inferior permanente irá erupcionar no tempo certo, estando no estágio 8 de Nolla com dois terços da raiz formada. O espaço existente para a erupção do dente permanente é de 7mm e a largura méso-distal da coroa do dente 34 é de 8mm.

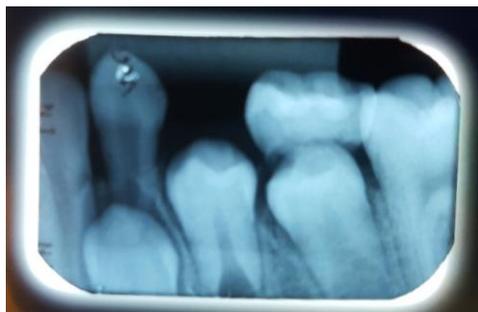


Figura 5- Radiografia periapical, retorno após 1 ano e 10 meses.

Autoria própria.

Foi planejada a moldagem e prova da banda para a confecção do mantenedor de espaço após a remoção da sutura.

DISCUSSÃO

Encontramos na literatura, casos de alveólise descritos com o uso de outras nomenclaturas, como por exemplo, fenestração apical. Os autores consideram resultante de traumatismos dentários e lesões de cárie extensas com envolvimento pulpar, podendo ou não estar associada a outros fatores, como erupção ectópica do dente permanente, sendo uma patologia ósseo-gengival (KIMURA, 2013). Após extensa pesquisa científica podemos afirmar que alveólise dental é sinônimo de fenestração apical, sendo alveólise na dentição decídua e fenestração apical na dentição permanente e a etiologia mais fortemente descrita é relacionada ao traumatismo dental, em contrapartida, no caso clínico em questão, não houve indícios de trauma no dente, o mesmo se encontrava com lesão de cárie extensa, envolvimento pulpar e lesão periapical, acreditando serem as etiologias da alveólise dental neste caso específico.

Kimura et al. (2017) afirmam que, na literatura o termo alveólise não é muito utilizado, mas os termos fenestração apical e deiscência são normalmente encontrados, deste modo pesquisamos na base de dados com estas palavras-chave, termos utilizados em Periodontia para descrever patologias ósseo-gengivais, para que assim se possa embasar a pesquisa e avaliar em qual destas nomenclaturas corresponde o nosso relato de caso, devido à escassez de estudos de alveólise dental relacionado ao comprometimento pulpar, mesmo sendo uma realidade na clínica Odontopediátrica.

A deiscência é a exposição radicular por ausência de osso alveolar que se estende até o osso alveolar marginal (LUZ, 2002), deste modo, diagnosticamos que, no estudo em questão trata-se de fenestração apical, devido à exposição radicular na região apical com reabsorção óssea vestibular, não iniciada na margem cervical.

Kimura (2013) observou que, a maioria dos casos de alveólise ocorre em crianças do sexo masculino (69%), com idade de 5 anos (43,8%). Em acordo com os dados o paciente é do sexo masculino, mas em contrapartida, apresentava idade superior à descrita na maioria dos casos. Rojas (2014) ressalta que, é provável que a presença de fístulas nos dentes anteriores, mais comum nos incisivos, favoreça o aparecimento da fenestração. No relato de caso clínico remete ao primeiro molar decíduo inferior, sendo menos comum a sua ocorrência, havendo a exposição apenas da raiz méso-vestibular.

O único tratamento para a alveólise é a extração do dente decíduo (ROJAS-PADILLA, 2014), protegendo assim, o sucessor permanente de possíveis danos (TRICHES et al., 2011), e na fenestração apical pode-se realizar enxerto. Deste modo, realizamos o protocolo de tratamento para estes casos, sem nenhuma intercorrência.

Os dentes decíduos têm como função manter o espaço tanto méso-distal quanto cérvico-oclusal para o correto posicionamento dos dentes permanentes. Portanto, a manutenção do comprimento da arcada dental para a erupção dos dentes permanentes constitui uma atividade de grande importância na prevenção das más-oclusões, fatores como idade, dente perdido, relação molar e sequência de erupção, devem ser analisados para verificar a necessidade da manutenção do espaço diante de uma situação de perda precoce, uma vez que, o padrão da perda de espaço é variável de um indivíduo para outro. Recursos radiográficos, do tipo panorâmica e exames clínicos favorecem um diagnóstico que permite ao profissional aplicar os procedimentos cabíveis em cada caso, quanto ao uso ou não dos mantenedores. Duas situações podem ocorrer após a perda precoce de um dente decíduo: o espaço correspondente ao dente decíduo perdido encontra-se preservado, havendo a possibilidade de movimentação de dentes adjacentes e conseqüente perda deste espaço, ou o espaço já comprometido com a inclinação méso-distal de dentes adjacentes. No primeiro caso utilizam-se os aparelhos mantenedores de

espaço e no segundo, faz-se a reabilitação do arco através do uso de aparelhos recuperadores de espaço (SILVA et al., 2016; ALENCAR et al., 2007).

No paciente descrito houve perda precoce do primeiro molar decíduo inferior, assim, Almeida et al. (2013) afirmam que, os primeiros pré-molares inferiores se irrompem em torno de 11 anos de idade, sabendo disso, verificou-se a necessidade da manutenção do espaço através do aparelho ortodôntico. Infelizmente a família se mudou de cidade, impossibilitando a sua realização.

Devido ao paciente não ter colocado o mantenedor de espaço, houve uma perda significativa de espaço na arcada dentária. Sabendo que provavelmente naquela região haverá apinhamento.

Há poucos relatos abordando alveólise dental relacionada à necrose pulpar e lesão periapical persistente. Os escassos estudos enfatizam como a principal etiologia apenas o traumatismo, sendo necessários novos estudos sobre o tema. Ainda que exista um número consideravelmente pequeno de casos de alveólise dental, é de suma importante averiguar suas causas, ser capaz de realizar diagnóstico correto, tendo ciência de suas consequências e o tratamento correto.

CONCLUSÃO

A alveólise dental é uma realidade clínica na Odontopediatria que deve ser compreendida entre os cirurgiões-dentistas, sabendo que ainda não há outra forma de tratamento a não ser a exodontia, mesmo que precocemente, pois o rompimento da cripta do germe sucessor pode causar danos ao mesmo, podendo erupcionar com algum tipo de alteração de forma ou cor. No caso relatado o tratamento proposto seguiu o protocolo, a exodontia, mas ainda assim ocasionou danos a dentição permanente, como a perda de espaço.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C.R.B.; CAVALCANTI, A.L.; BEZERRA, P.K.M. Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e consequências ortodônticas. **Publicatio UEPG**: Ciências Biológicas e da Saúde, Ponta Grossa, v. 13, n. 1/2, p. 29-37, mar./jun. 2007.

ALMEIDA, M.A.O.; QUINTÃO, A.C.C.; CAPELLI, J.Jr. **Ortodontia: fundamentos e aplicações clínicas**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2013.

COSER, R.M.; GIRO, E.M.A. Endodontic therapy ofhu man deciduous teeth with necrotic pulp and periapical lesion. Radiographic study. **PGR – Pós-Grad Rev Fac Odontol**, São José dos Campos, v.5, n.1, 2002.

CORRÊA, F.N.P.; CORRÊA, J.P.N.P.; PELLEGRINETTI, M.B.; IMPARATO, J.C.P. Tratamento endodôntico em antecessor de dente de Turner. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 2008; 26(2):258-62.

KIMURA, J.S. **Alveólise em incisivos decíduos traumatizados: série de casos**. 2013. 67 f. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Odontologia da USP; São Paulo. Disponível em: http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=14&Itemid=161&lang=pt-br&id=07A1CA4B9CC0v.5, n.1, 2002. Acessado em 20 abril de 2017.

KIMURA, J.S.; ALDRIGUI, M.J.; CARVALHO, P.; WANDERLEY, T.M. Osseogingival pathology as sequelae of dental trauma to the primary upper incisor: a case series. **International Journal of Paediatric Dentistry** 2017; 27:128–134.

LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.B. da; URBAN, C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.85, n.4, p.295-300, ago. 2009.

LUZ, A. M. Fenestración apical postraumática: factores etiopatogénicos comunes. **RCOE**, v. 7, n. 5, p. 523-531, oct. 2002. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600006&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 10 de maio 2017.

MORAES, S.; TONAMORU-FILHO, M.; MORAIS, F.G.; FRANÇA, F.A.I.M.; PIEMONTE, R.M.; BURSKI, C.R.J. Lesão periapical comunicante entre dois dentes com fenestração óssea vestibular. Caso clínico. **Revista Gestão&Saúde**, v. 14, n. 1, p. 01-06, 2016.

QUEIROZ, A.L.U.; ALBUQUERQUE, A.P.K. Alveólise em Dente Decíduo: Relato de Caso. **15º Jornada Odontológica da Unic - Encontro Transdisciplinar de Cuidados de Pessoas com Deformidades Craniofaciais**. Cuiabá: UNIC, 21 a 23 out. 2014. ISSN 2178-1518.

ROJAS-PADILLA, S.V. Fenestración osteo-mucosa. Reporte de caso: **Rev.Oficial SIMIYKITA**, 02 de dezembro de 2014.

SILVA, M.C.; BARBOSA, CCN.; BARBOSA, O.L.C.; BRUM, S.C. Arco Lingual de Nance – sugestão de protocolo de instalação: relato de caso. **Revista Pró-UniversUS**, 2016 Jul/Dez.; 07 (3): 08-14.

TRICHES, T.C.; PAULO, K.L.; FILHO, X.M.; BOLAN, M. Fenestration and ectopic eruption – effects from trauma to primary tooth: a clinical case report.

Department of Dentistry, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil 2011; 27: 74–76; doi: 10.1111/j.1600-9657.2010.00949.x.