

Atendimento odontológico multidisciplinar em paciente vítima de acidente motociclístico: caso clínico

Multidisciplinary dental care in a patient victim of a motorcycle accident: clinical case

Atención odontológica multidisciplinar en paciente víctima de accidente de motocicleta: caso clínico

Recebido: 23/09/2021 | Revisado: 30/09/2021 | Aceito: 01/10/2021 | Publicado: 04/10/2021

Lucas Mariz de Menezes Torres

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7543-7715>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: Imarizdemenezes@gmail.com

Marielly dos Anjos Ferreira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8599-6385>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: anjosmarielly@gmail.com

Anderson Fábio de Menezes Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6882-3869>
Centro universitário de João Pessoa, Brasil
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Brasil
E-mail: andersonfmcosta@hotmail.com

André Felipe de Menezes Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3001-1419>
Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto, Brasil
E-mail: andrefmcosta87@gmail.com

Victor Melo Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1432-4535>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: victormelo01@outlook.com

Darllon Manuel Borges Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9858-6921>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: darllonmanuelsozuada@hotmail.com

Mariana Josué Raposo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1852-2929>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: marianajraposo@hotmail.com

Dannyele Cynthia Santos Pimentel Nicácio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2664-1688>
Centro Universitário Tiradentes, Brasil
E-mail: danny_cynthia@hotmail.com

Resumo

O trauma bucomaxilofacial constitui um problema de saúde pública, necessitando de grandes investimentos na área. A epidemiologia varia na literatura, em grau, tipo, etiologia, fatores socioeconômicos e culturais. Podem acarretar em consequências estética, funcional e psicológica para as vítimas. O planejamento e tratamento multidisciplinar de casos complexos são importantes para o sucesso clínico. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico do tratamento multidisciplinar de um paciente vítima de acidente motociclístico, encaminhado para a Clínica Integrada do curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL), que envolveu as áreas: cirurgia bucal, endodontia, dentística restauradora, periodontia e reabilitação oral. A interligação das áreas da Odontologia foi essencial para o êxito do caso clínico.

Palavras-chave: Trauma facial; Trauma dentoalveolar; Tratamento multidisciplinar; Reabilitação oral.

Abstract

Maxillofacial trauma is a public health problem, requiring large investments in the area. Epidemiology varies in the literature, in degree, type, etiology, socioeconomic and cultural factors. They can have aesthetic, functional and psychological consequences for when dead. Multidisciplinary planning and management of complex cases is important for clinical success. The objective of this work is to present a clinical case of the multidisciplinary treatment of a patient victim of a motorcycle accident, referred to the Integrated Clinic of the Dentistry course at the Tiradentes University Center (UNIT-AL), which involved the following areas: oral surgery, endodontics, restorative dentistry,

periodontics and oral rehabilitation. The interconnection of the areas of Dentistry was essential for the success of the clinical case.

Keywords: Facial trauma; Dentoalveolar trauma; Multidisciplinary treatment; Oral rehabilitation.

Resumen

El trauma maxilofacial es un problema de salud pública que requiere grandes inversiones en el área. La epidemiología varía en la literatura, en grado, tipo, etiología, factores socioeconómicos y culturales. Pueden tener consecuencias estéticas, funcionales y psicológicas para las víctimas. La planificación multidisciplinaria y el manejo de casos complejos es importante para el éxito clínico. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico del tratamiento multidisciplinario de un paciente víctima de accidente de motocicleta, remitido al curso Clínica Integrada de Odontología del Centro Universitario Tiradentes (UNIT-AL), que involucró las siguientes áreas: cirugía oral, endodoncia, odontología restauradora, periodoncia y rehabilitación oral. La interconexión de las áreas de la Odontología fue fundamental para el éxito del caso clínico.

Palabras clave: Trauma facial; Trauma dentoalveolar; Tratamiento multidisciplinar; Rehabilitación oral.

1. Introdução

As lesões orais e maxilofaciais constituem grande proporção do trauma global, assim como um enorme problema mundial de saúde pública, exigindo bastantes recursos financeiros para o tratamento (Lee, 2012). A epidemiologia dessas injúrias varia na literatura, em grau, tipo, etiologia, fatores socioeconômicos e culturais. Além disso, deixam consequências estéticas, funcionais e psicológicas imensuráveis para os afetados (Obimakinde et al., 2017).

Numerosos casos de lesões orais e maxilofaciais são causados por acidentes de trânsito. A ocorrência por motocicletas ganha enfoque por estar em primeiro lugar entre os acidentes causados por veículos automotores, além de que este grupo deve ser considerado vulnerável pela maior exposição e tendência aos traumas (Brasileiro, Vieira & Silveira, 2010). Fratura nasal, dentoalveolar e de mandíbula se destacam entre as lesões causadas por acidente motociclístico (Silva, Silva & Lima, 2015).

O diagnóstico adequado, bem como planejamento, tratamento e acompanhamento são imprescindíveis para o sucesso clínico. Este está relacionado com o momento do tratamento (Bourguignon et al., 2020). O processo diagnóstico é realizado com uma história completa e precisa do trauma, seguida de exame clínico minucioso através das diversas manobras semiotécnicas e também com o auxílio de exames radiográficos (Hupp et al., 2021).

A multidisciplinaridade é importante no diagnóstico e tratamento adequado para obtenção do melhor resultado possível (Stefani et al., 2015). Muitas vezes, é preciso envolver diversas áreas da odontologia para solucionar o caso com sucesso clínico. Todo cirurgião dentista deve ter compreensão dos papéis da interdisciplinaridade na melhor resolução da estética e função do sorriso (Spear & Kokich, 2007).

O plano do tratamento proposto no planejamento do caso, habitualmente, começa solucionando os casos de urgências, seguido de adequação do meio, que são os procedimentos referentes às disciplinas de periodontia, cirurgia e endodontia. Essas fases irão preparar o paciente para reabilitação oral e estética. A depender do caso, alguma variável pode ocorrer e comprometer o bom andamento do planejamento definido, contudo, reconhecer e mensurar essas intercorrências facilitará na quantidade e qualidade dos procedimentos clínicos (Arruda et al., 2009).

Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico do tratamento multidisciplinar de um paciente vítima de acidente motociclístico, encaminhado para a Clínica Integrada do curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL), que envolveu as áreas: cirurgia bucal, endodontia, dentística restauradora, periodontia e reabilitação oral.

2. Metodologia

Este artigo trata-se de um caso clínico, com abordagem descritiva e qualitativa, realizada por meio da técnica direta de Pereira et al. 2018, em que o pesquisador é instrumento primordial. O estudo ocorre por meio da coleta de informações e

exames promovidos. Para melhor condução e descrição do caso foram recolhidos dados que constam na anamnese, exames radiográficos que associados à visão clínica resultaram no presente estudo, ressaltando a importância do tratamento multidisciplinar em um paciente vítima de trauma devido ao acidente motociclístico. Não houve necessidade de comitê de ética. Contudo, seguimos todos os princípios éticos, como fala a Declaração de Helsinque e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o paciente consentiu e autorizou a divulgação e exibição dos dados, imagens e exames, com finalidade acadêmica.

3. Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 35 anos, melanoderma, compareceu a Clínica Integrada do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes - Alagoas, no dia 05 de novembro de 2020. O mesmo havia sido encaminhado do serviço de emergência do Hospital Geral do Estado (HGE-AL), vítima de acidente motociclístico, ocorrido no dia 31 de outubro de 2020. Paciente afirmou ser fumante, estar com a vacinação antitetânica em dia e negou comorbidades, bem como alergia medicamentosa.

Ao ser realizado o exame físico extraoral, havia suturas de pontos simples em lábio superior, feitas no HGE, e escoriações em região de lábio superior, asa do nariz lado direito e ápice nasal. No exame intra-oral foi observado fraturas dentoalveolares e uma ausência dentária que correspondia ao dente 21, decorrente de fratura radicular no terço apical, o fragmento foi perdido no local do acidente, restando remanescente (parte apical) visto em radiografia periapical. O paciente relatou que o dente 11 foi avulsionado e reimplantado no HGE, quatro horas após o acidente e que o elemento dentário foi levado enrolado em papel, no bolso da bermuda. Na UNIT, paciente chegou com uma amarra de fio de aço, tipo rígida envolvendo os seguintes dentes: 13, 12, 11, 22 e 23. Dente 22 apresentava fratura coronária complicada, havia exposição pulpar há 5 (cinco) dias (Figura 1).

Figura 1: Foto inicial realizada na primeira consulta. (05 de novembro de 2020).



Fonte: Autores.

Na mesma consulta, para melhor interpretação da complexidade do caso e planejamento do tratamento, se fez necessária a aquisição dos exames de imagem, tipo periapical dos elementos dentais 11, 21 e 22 (Figura 2 (A e B)).

Figura 2: A: Radiografia periapical dos dentes 11 e 21. Observa-se aumento no espaço do ligamento periodontal do dente 11 e remanescente (parte apical) do dente 21, que não foi reduzido adequadamente. **B:** Radiografia periapical, dente 22, nota-se a fratura em região de terço médio/cervical da coroa.



Fonte: Autores.

Em ordem de prioridade, foi proposto no mesmo dia o reposicionamento do dente 11 no alvéolo, que clinicamente apresentava mobilidade dentária, e radiograficamente, espessamento do ligamento periodontal. Para melhor conduta foi estabelecido à mudança da contenção do tipo rígida para uma semirrígida, confeccionada com fio de nylon 3-0 (Technofio, Jardim Santo Antônio, Goiânia, Brasil) e resina composta (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 3). Além disso, iniciou-se o tratamento endodôntico do dente 22, o qual tinha exposição pulpar. Feito a anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine - DFL®, Indústria e Comércio S/A, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil), em região de incisivo lateral superior, provocando a analgesia ao insensibilizar o nervo alveolar superior anterior, para que pudesse executar a abertura coronária que posteriormente possibilitaria a medicação com o otosporin (FQM, Jacaré, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Figura 3: Observar contenção semirrígida feita com fio de nylon 3-0 e resina composta.



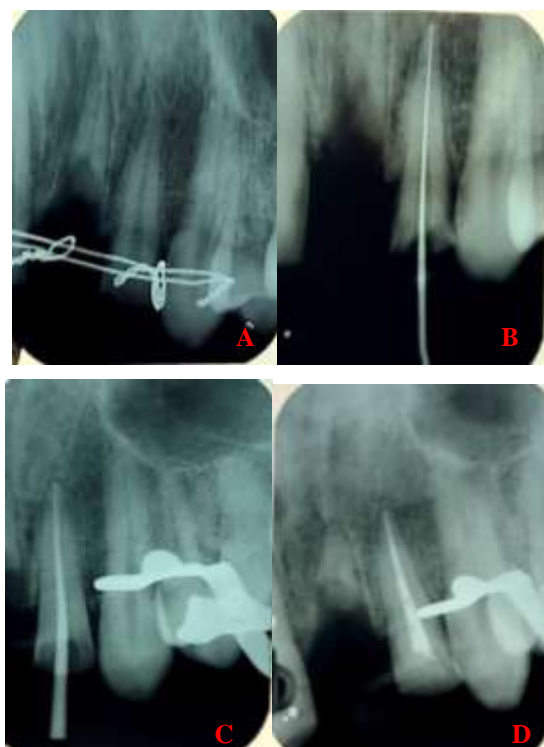
Fonte: Autores.

Na consulta seguinte, em consequência da fratura do dente 22, foi dado prosseguimento ao tratamento endodôntico, realizando a biopulpectomia. Após a anestesia utilizando lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine - DFL®, Indústria e Comércio S/A, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil), foi feito o isolamento absoluto com dique de borracha, seguido do acesso para realizar o preparo químico e mecânico (PQM) com o sistema protaper manual (Dentsply, Maillefer,

Ballaiques, Suíça), sob irrigação do hipoclorito de sódio a 1% (ASFER, Industria Química LTDA, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil). Com o auxílio das tomadas radiográficas periapicais, foi possível identificar o comprimento aparente do dente (CAD): 22 mm, comprimento de trabalho provisório (CTP): 20 mm, comprimento real do dente (CRD): 21mm e o comprimento real de trabalho (CRT): 20mm (Figura 4 (A, B, C e D)).

Após a instrumentação, foi introduzido dentro do canal o ácido etilenodiamino tetra-acético (E.D.T.A.) (Biodinamica, Ibitiporã, Paraná, Brasil), para que a smear layer fosse removida, posteriormente neutralizado com o hipoclorito de sódio a 1% (ASFER, Industria Química LTDA, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil). O canal foi seco com cones de papel para receber o cone específico de guta-percha que seria aderido às paredes da dentina com o cimento endodôntico AH PLUS (Dentsply Sirona, Nova York, Pensilvânia, EUA). Em seguida foi realizado selamento provisório com o cimento ionômero de vidro (CIV) (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil).

Figura 4: A: Radiografia inicial do dente 22. B: odontometria utilizando a lima tipo k 35. C: prova do cone. D: radiografia final.



Fonte: Autores.

14 dias utilizando a contenção semirrígida, foi realizada a endodontia do dente 11, a princípio, realizou-se a anestesia utilizando a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine - DFL®, Indústria e Comércio S/A, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil), foi feita a abertura coronária e posteriormente a instrumentação do canal com a protaper manual (Dentsply, Maillefer, Ballaiques, Suíça) sob auxílio da solução irrigadora composta de hipoclorito de sódio a 2,5% (ASFER, Industria Química LTDA, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil). Além disso, o preparo do conduto para remoção da smear layer, com o EDTA (Biodinamica, Ibitiporã, Paraná, Brasil), depois de neutralizado, houve a cimentação do cone específico com o AH PLUS (Dentsply Sirona, Nova York, Pensilvânia, EUA), e por fim, selamento provisório com o CIV (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Figura 5 (A, B, C e D)).

Figura 5: **A:** Radiografia inicial do dente 11 para realização da endodontia. **B:** prova do cone **C:** radiografia final. **D:** odontometria realizada através do localizador apical, utilizando a lima tipo k.



Fonte: Autores.

Analisando a necessidade para obter a adequação do meio bucal, anterior ao procedimento com o pino de fibra de vidro planejado para o dente 22 e a cirurgia para retirada do remanescente apical do dente 21, foi realizada a raspagem e alisamento radicular em boca completa por meio das curetas manuais além do ultrassom, visando à melhoria dos tecidos orais. (Figura 6 (A e B)).

Figura 6: **A:** Observar cálculos na região lingual dos dentes anteriores inferiores. **B:** Dentes anteriores inferiores após a raspagem e alisamento radicular.



Fonte: Autores.

Após o preparo prévio bucal, foram estabelecidas a função e estética do dente 22, confeccionando o retentor intrarradicular tipo pino de fibra de vidro (Angelus, Lindóia, Londrina, Paraná, Brasil), que proporcionaria a reconstrução anatômica da coroa dentária com resina composta. No entanto, anteriormente foi executada a moldagem com alginato e

silicona de condensação (Coltene, Bonsucesso, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) para que houvesse maior captura dos detalhes ao vaziar no gesso especial, já que optamos pela realização do enceramento diagnóstico, possibilitando uma visão prévia de como ficaria o sorriso do paciente (Figura 7 (A, B, C e D)).

Figura 7: **A:** Molde para início do enceramento diagnóstico. **B:** enceramento diagnóstico, vista anterior. **C:** enceramento diagnóstico, vista lateral. **D:** enceramento diagnóstico, vista palatina.



Fonte: autores.

Posteriormente a obtenção do molde que forneceu a visualização do sorriso prévio, iniciou-se o procedimento com o pino de fibra de vidro, objetivando o estabelecimento das propriedades referentes ao dente 22, o qual apresentava o tipo de fratura de coroa complicada, sem que existissem paredes suficientes para a realização de uma restauração apenas com resina composta. (Figura 8).

Figura 8: Procedimento utilizando pino de fibra de vidro no dente 22.



Fonte: Autores.

Dadas alternativas para reabilitação do espaço protético anterior superior, o paciente preferiu pela prótese sobre implante, o paciente em questão, foi submetido à cirurgia para remoção do remanescente radicular 21, através da técnica aberta (retalho em envelope), logo após foi feito o encaminhamento para a especialização em reabilitação oral da UNIT - AL. Posterior à colocação do implante será de suma importância o acompanhamento do caso para avaliação do dente 11 e proporcionar as restaurações em resina composta para equilíbrio das cores e tamanho das estruturas dentais acometidas.

Na consulta de retorno, o paciente encontrava-se com o implante instalado associado a coroa provisória, foi solicitada a radiografia periapical para análise do dente 11 (Figura 9). Clinicamente o mesmo apresentava-se estável, sem mobilidade e radiograficamente com distância normal do espaço do ligamento periodontal e preservação da lâmina dura. Além disso, devido o preparo com pino de fibra de vidro concluído, foi instituída a restauração em resina composta no dente 22 (Figura 10).

Figura 9: Análise radiográfica após 3 meses do dente 11 reimplantado.



Fonte: Autores.

Figura 10: Restauração feita com resina composta no dente 22.



Fonte: Autores.

Devido à importância para a finalização das restaurações, bem como a análise clínica e radiográfica do dente 11, será de suma importância o acompanhamento do caso. Hoje, data de submissão para revista, o caso encontra-se com 10 meses de follow-up clínico, e o último registro radiográfico de 7 (sete) meses após a redução e contenção semirrígida. O próximo exame clínico-radiográfico de acompanhamento será com 1 ano.

Figura 11: Radiografia periapical do dente 11, após 7 meses de reimplante.



Fonte: Autores.

4. Discussão

4.1 Plano de Tratamento

De acordo com Arruda et al., (2009), o melhor plano de tratamento para um paciente é resolvendo, primeiramente, os casos de urgência, seguindo com adequação do meio bucal, para posteriormente realizar a reabilitação definitiva. Esse modelo de planejamento é seguido por diversos estudos. No presente caso, ainda na primeira consulta, foi realizada mudança da contenção do dente 11 do tipo rígida (amarria com fio de aço) para semirrígida com fio nylon e resina composta, visto que a contenção rígida não é o melhor tipo para casos de reimplante dentário. Já a semirrígida diminui o risco de anquilose e ajudou no manuseio dos tecidos diminuindo chances de acidentes perfuro-cortantes. No mesmo dia, foi iniciado a biopulpectomia para eliminar a dor e controlar infecção do dente 22, que se encontrava com polpa exposta por 5 dias.

4.2 Trauma dentoalveolar

Em conceito, o trauma dentoalveolar envolve três estruturas básicas: dente, porção alveolar e tecidos moles adjacentes. Trata-se de uma situação de urgência frequente na clínica odontológica (Dale, 2000). A negligência ao tratamento do trauma dentoalveolar pode afetar a vida do paciente, trazendo prejuízos funcionais, estéticos, psicológicos, afetando os relacionamentos do paciente. Tudo isso ressalta a necessidade de os profissionais de saúde estarem aptos a passar conhecimento para os pais e pacientes sobre como agir diante de um caso, bem como desenvolver os casos de trauma dentoalveolar (Sanabe et al., 2009).

Em relação ao dente reimplantado, Andreasen & Andreasen (2001) dizem que o sucesso está relacionado com a conservação desde o momento da avulsão até o reimplante e o tempo fora do alvéolo. Vasconcelos e colaboradores (2001) acrescentam, em seu trabalho de revisão, que os fatores como contaminação do dente, extensão da lesão e o tipo de manipulação dental podem alterar o prognóstico. Wang, Wang & Qin (2019) adicionam a largura do ápice e o comprimento do canal radicular. No entanto, a maioria da literatura aqui pesquisada defende o tempo extra-alveolar e o meio de armazenamento como os principais fatores que influenciam no sucesso clínico.

O meio de armazenamento seco não é ideal, pois em geral inviabiliza a cicatrização adequada das células do ligamento periodontal, remanescentes. Os meios de armazenamento de dente avulsionado mais indicados são os meio úmidos, tais como solução salina balanceada de Hanks, leite, solução salina fisiológica, saliva (Hupp et al., 2021). Andreasen & Andreasen (2001) ainda citam o sangue. Flores e colaboradores (2016) mencionam que, além desses, podem ser utilizados o chá verde, própolis, água de côco e clara de ovo, no entanto a maioria dos autores citados neste trabalho não utilizam estes meios. Cada meio aqui mencionado tem suas vantagens e desvantagens, não sendo o escopo deste estudo discutir sobre tais.

Lopes & Siqueira et al., (2020) falam que o tempo ideal para reimplantar o dente é em torno de 15 a 20 minutos. Até esse período é possível haver reparação periodontal. Já Donaldson e Kinirons (2001) não recomendam que o dente fique em meio seco por período maior que 15 minutos. Soares e Soares (1998) falam que reimplante num período extra-alveolar maior que 2 horas quase sempre resulta em reabsorção radicular. Já Miloro e colaboradores (2016) relatam que é possível o sucesso do reimplante até 2 (duas) horas correntes do trauma. O nosso caso divergiu da literatura quanto ao tempo necessário para sucesso clínico e o meio de armazenamento, com o reimplante feito 4 (quatro) horas após a avulsão dentária, em meio seco com o dente avulsionado levado à emergência enrolado em um papel, no bolso da bermuda do paciente. Apesar da conduta de reimplante imediato em meio extra-alveolar seco com tempo consideravelmente significativo ter sido da equipe de emergência, demos a continuidade ao tratamento, modificando a contenção. O exame clínico-radiográfico refere sucesso do caso até o presente momento. Além disso, as radiografias periapicais de 7 (sete) meses sugerem boa reparação do tecido periodontal, com o espaço do ligamento periodontal preservado, não demonstrando nenhuma alteração da normalidade.

Em relação à contenção ideal em casos de reimplante imediato de dentes permanentes, segundo Hupp e colaboradores (2021), esta não deve lesionar os tecidos periodontais, deve facilitar higienização, ser de fácil manipulação e do tipo semirrígida. Esse tipo de esplintagem favorece cicatrização periodontal, diminui risco de anquilose e reabsorção radicular externa. Miloro et al., (2016) trazem que os compósitos de resina associados ao fio de nylon ou aço fino são alternativas de esplintagem semirrígida. A International Association of Dental Traumatology IADT (2020) acrescenta que esse fio de aço deve ser de 0,4 mm. Hupp et al., (2021) complementam que até um clipe de papel pode estabilizar, em associação com a resina composta. No caso aqui relatado, apesar de durante os primeiros 5 dias, a estabilização do dente 11 avulsionado ter sido de fio de aço por amarria, que constitui um tipo de contenção rígida e não ideal para o caso, aumentando o risco de anquilose dentária, o dente evoluiu bem com sucesso clínico e radiográfico, sem mobilidade, mostrando em radiografia periapical espaço do ligamento periodontal preservado, sem sintomatologia dolorosa e alteração da forma.

4.3 Preparo Bucal Prévio

Anteriormente ao tratamento reabilitador e a devolução da função, é preciso promover saúde bucal, criando um ambiente favorável à reabilitação futura. Rocha et al., (2013) destacam a fase I ou fase de preparo bucal, sendo uma etapa que visa eliminar ou controlar doenças ou infecções e permitir a saúde dos tecidos orais. Dentre os procedimentos realizados nesta etapa, podemos citar pulpectomias, tratamento periodontal básico e de suporte, planejamento oclusal. Santos et al., (2015) adicionam a esta fase, procedimentos pré-protéticos e exodontias de dentes não viáveis e de restos radiculares.

Resolvido à urgência, deu início a esta fase, terminando a endodontia do dente 22 e 11, tratamento periodontal com a raspagem supragengival e orientações de higiene oral, exodontia do remanescente radicular 21. Rocha e colaboradores (2013) ressaltam que durante essa fase, a sequência dos procedimentos pode ser alterada, a depender de cada caso. Isso foi visto em nosso caso, pois na Clínica Integrada de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL), é adotado a sequência, a qual o tratamento periodontal vem primeiro que a endodontia e que a cirurgia, a não ser em caso de dor. No entanto, o tempo de atendimento é limitado às horas aulas, preferimos terminar a endodontia, começada na semana anterior, iniciar a endodontia do dente 11, realizar a terapia periodontal e por fim a exodontia do remanescente, sempre avaliando a radiografia periapical e determinando a dificuldade cirúrgica, decisão tomada em conjunto com os preceptores.

4.4 Reabilitação oral

Após o preparo bucal e orientação é feita a restauração ou reabilitação estética e funcional dos elementos dentários. Rocha et al., (2013) consideram esta etapa como fase II ou fase restauradora. O enceramento diagnóstico faz parte desta etapa. Trata-se de um método para estudo e planejamento do caso clínico, visando obter reabilitação ideal (Machado, Bassanta &

Silva, 1994). Segundo Kahng (2008), tem por finalidade reconstruir porção de dente desgastado e substituir dente ausente. No presente caso, esta etapa envolveu a conversa com o paciente sobre as possibilidades da reabilitação do espaço do dente 21. O mesmo decidiu a colocação do implante osseointegrado, na especialização de Reabilitação Oral do Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL). Ainda, envolveu a colocação do pino de fibra de vidro do dente 22, que havia perdido considerável porção coronária e posterior restauração com resina composta. Além disso, foi realizado enceramento diagnóstico para ajudar na devolução da forma dos dentes 22 e 11.

5. Considerações Finais

O tratamento multidisciplinar atende na reabilitação da função e estética, envolvendo até a parte psicológica, devolvendo aos pacientes a saúde e harmonia do sorriso e proporcionando melhor qualidade de vida. Foi visto, neste estudo, que a interligação das áreas da Odontologia foi essencial para o êxito do caso clínico, no planejamento, execução do tratamento e acompanhamento do caso, considerado complexo, abrangendo as áreas de cirurgia bucal, endodontia, dentística restauradora, periodontia e reabilitação oral.

Referências

- Andreasen, J. O., & Andreasen, F. M. (2001). Fundamentos de traumatismo dental: guia de tratamento passo a passo. Artmed.
- Arruda, W. B., Siviero, M., Soares, M. S., Costa, C. G., & Tortamano, I. P. (2009). Clínica Integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia-RFO*, 14(1), 51-55.
- Bourguignon, C., Cohenca, N., Lauridsen, E., Flores, M. T., O'Connell, A. C., Day, P. F., ... & Levin, L. (2020). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dental Traumatology*, 36(4), 314-330.
- Brasileiro, B. F., Vieira, J. M., & Silveira, C. E. S. (2010). Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, 10(2), 97-104.
- Dale, R. A. (2000). Dentoalveolar trauma. *Emerg Med Clin North Am*, 18(3), 521-539.
- Donaldson, M., & Kinirons, M. J. (2001). Factors affecting the time of onset of resorption in avulsed and replanted incisor teeth in children. *Dent Traumatol*, 17(5), 205-209.
- Flores, F. W., Flores, J. A., Diesel, P. G., Bianchini, A. G., & Bevilacqua, W. B. (2016). Meios de armazenamento para dentes avulsionados - uma revisão da literatura. *Suplemento - Artigos de revisão*, 2(1), 73-80.
- Hupp, J. R., Ellis, I., & Tucker, M. R. (2021). Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional S.A. Editora Guanabara Koogan Ltda. (7a ed.), (506-513).
- Kahng, L. S. (2006). Patient-dentist-technician communication within the dental team: using a colored treatment plan wax-up. *J Esthet Restor Dent*, 18(4), 185-93.
- Lee, K. (2012). Global trends in maxillofacial fractures. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*, 5(4), 213-222.
- Machado, M. A. C., Bassanta, A. D., & Silva, A. R. (1994). Enceramento de diagnóstico para um contorno anatômico. *Revista Paulista de Odontologia*, 16(3), 26, 18, 30.
- Miloro, M. Ghali, G. E., Larsen, P. E., Waite, P. D. (2016). Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. In Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson (3a ed.), (pp. 324-324).
- Obimakinde, O. S., Ogunidipe, K. O., Rabiou, T. B., & Okoje, V. N. (2017). Maxillofacial fractures in a budding teaching hospital: a study of pattern of presentation and care. *Pan Afr Med J*, 26(218), 1-9.
- Pereira, A. S., et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Rocha, R. G., et al. (2013). Clínica Integrada em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas. (pp. 122).
- Sanabe, M. E., Cavalcante, L. B., Coldebella, C. R., & Lima, F. C. B. A. (2009). Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr*, 27(4), 447-51.
- Santos, A. E. C., et al. (2015). Odontologia Integrada no Adulto. São Paulo: Santos. (pp. 365).
- Silva, M. G. P., Silva, V. L., & Lima, M. L. L. T. (2015). Lesões craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicleta: uma revisão integrativa. *Rev. Cefac*, 17(5), 1689-1697.

Soares, I. L., & Soares, I. J. (1998). Técnica do reimplante dentário – Tratamento dos dentes traumatizados e conduta clínica para reimplantação. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*, 36(5), 331- 336.

Spear, F. M., & Kokich, V. G. (2007). A Multidisciplinary Approach to Esthetic Dentistry. *Dental Clinics of North America*, 51(2), 487–505.

Stefani, A., Fronza, B. M., André, C. B., & Giannini, M. (2015). Abordagem multidisciplinar no tratamento estético odontológico. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 69(1), 43-47.

Stokes, A. N., Anderson, H. K., & Cowan, T. M. (1992). Lay and professional knowledge of methods for emergency management of avulsed teeth. *Dental Traumatology*, 8(4), 160-162.

Vasconcelos, B. C. E., Fernandes, B. C., & Aguiar, E. R. B. (2001) Reimplante dental. *Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial*, 1(2), 45-51.

Wang, G., Wang, C., & Qin, M. (2019). A retrospective study of survival of 196 replanted permanent teeth in children. *Dental Traumatology*, 35(1), 252-358.