

# REIMPLANTE DENTÁRIO TARDIO : RELATO DE CASO CLÍNICO

## Delayed tooth replantation : case report

Alan Jony de Moura e Costa <sup>1</sup>

Fabiano Silveira Lasserre <sup>1</sup>

Vânia Portela Ditzel Westphalen <sup>2</sup>

Marili Doro Andrade Deonizio <sup>2</sup>

Ulisses Xavier da Silva Neto <sup>3</sup>

Maria Helena de Sousa <sup>3</sup>

### Resumo

Apresenta-se um caso de avulsão traumática e reimplante dentário tardio, após cinco dias de permanência do dente fora da boca. Apesar do prognóstico reservado para a sobrevivência do dente reimplantado nestas condições, no presente caso o dente permanece clinicamente estável in situ após um ano de preservação, apresentando discretos sinais de reabsorção radicular externa. Descreve-se a técnica endodôntica utilizada e discutem-se os fundamentos que justificam a reimplantação tardia, mesmo em casos de longa permanência extrabucal.

Palavras chave: Avulsão dentária; Reimplante dentário; Traumatismos dentários.

### Abstract

A case of dental traumatic avulsion and delayed replantation after five days is presented. In spite of the bad prognosis for tooth surviving in this conditions, in the present case the tooth still is in the mouth after a 1year follow up. Discrete apical root resorption can be observed. The endodontic technique is described and the principles that justify the delayed replantation are discussed.

Keywords: Tooth avulsion; Tooth replantation; Tooth injuries.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Odontologia da PUCPR.

<sup>2</sup> Doutoradas em Odontologia; Professoras de Endodontia do Curso de Odontologia da PUCPR, Brasil Vânia Portela Ditzel Westphalen Rua Pasteur, 485, ap. 401, Batel, Curitiba -PR, 80250-080.

<sup>3</sup> Professores de Endodontia do Curso de Odontologia da PUCPR, Brasil.

## Introdução

A avulsão dentária não ocorre com muita frequência no traumatismo dentário, variando de 0,5 a 16% das lesões traumáticas na dentição permanente (2, 3).

O tratamento imediato da avulsão é o reimplante (1, 4), ato cirúrgico que, para ter êxito, necessita da observância de diversos fatores, como o tempo extrabucal, o meio de armazenamento e a viabilidade do ligamento periodontal (2).

Nos reimplantes dentários realizados nos primeiros 30 minutos após a avulsão, o prognóstico é favorável. Após esse período, as células do ligamento periodontal que permanecem aderidas ao dente tornam-se inviáveis.

Períodos extra-alveolares superiores a duas horas quase sempre resultam em intensas reabsorções radiculares. Por essa razão, os melhores resultados são alcançados quando o reimplante é realizado no local do acidente, pelo acidentado ou seu acompanhante (1, 4).

Nos casos em que o reimplante dentário não é realizado no momento do acidente, a indicação mais correta é a colocação do dente em algum meio de conservação, com a finalidade de manter a vitalidade do ligamento periodontal por mais tempo (5).

Quando não for possível o reimplante imediato e/ou o dente não for conservado adequadamente, pode ser feita tentativa de reimplante, por meio de procedimento denominado reimplante mediato ou tardio (2).

Os dentes com extensos períodos extra-alveolares, mantidos secos ou estocados em meio inadequado, tem diminuída a vitalidade do ligamento periodontal e aumento da probabilidade de reabsorção radicular (2).

Krasner e Rankow (6) indicam tratamento endodôntico prévio ao reimplante após duas horas da avulsão. Trope (7) recomenda esse procedimento depois de 30 minutos, enquanto a American Association of Endodontics (3) e Andreasen e Andreasen (2) o preconizam após uma hora fora do alvéolo.

## Relato do caso

Paciente do sexo masculino, com 15 anos de idade, procurou a Clínica Odontológica da PUCPR em 2003, com história de avulsão traumática dos dentes 11 e 12 (figura 1). A avulsão tinha ocorrido há cinco dias e o fator causal foi queda de bicicleta, com trauma direto em boca. Os dentes foram mantidos secos, sem nenhum meio de conservação.

A remoção dos restos de ligamento periodontal da superfície radicular foi realizada quimicamente, mergulhando-se o dente em solução de hipoclorito de sódio a 1%, durante 30 minutos. O hipoclorito de sódio tem sido a solução mais utilizada para essa finalidade pela sua disponibilidade, suas propriedades antimicrobianas e capacidade de dissolução de tecido conjuntivo (8). A região foi radiografada para avaliação das condições dos alvéolos (figura 1)

A remoção dos restos de ligamento periodontal da superfície radicular foi realizada quimicamente, mergulhando-se o dente em solução de hipoclorito de sódio a 1%, durante 30 minutos. O hipoclorito de sódio tem sido a solução mais utilizada para essa finalidade pela sua disponibilidade, suas propriedades antimicrobianas e capacidade de dissolução de tecido conjuntivo (8). A região foi radiografada para avaliação das condições dos alvéolos (figura 1)



Fig. 1 Radiografia dos alvéolos vazios.

Os dentes foram abertos e modelados pela técnica escalonada com ampliação reversa, deixados por 30 minutos em solução de flúor a 2 % (acidulado, pH 5,5) por 30 minutos e só então foram obturados (figura 2) pela técnica híbrida de Tagger com cimento Endofill (Dentsply, Petrópolis, Brasil) e restaurados com resina fotopolimerizável (Charisma, Kulzer, Hanau, Alemanha).



Fig. 2 Radiografia dos dentes antes do reimplante, após realização do tratamento endodôntico.

Sob anestesia local, efetuou-se curetagem e irrigação dos alvéolos para a remoção de resíduos e coágulos. Os dentes foram reimplantados e imobilizados com contenção semi-rígida pelo período de 15 dias. Prescreveu-se medicação antibiótica (amoxicilina 500 mg, VO, cada oito horas, durante sete dias) e recomendou-se profilaxia antitetânica, sob controle médico. Após 30 dias, a imagem radiográfica mostrou discreta reabsorção por substituição nos ápices radiculares (figura 3).



Fig. 3 Radiografia dos dentes reimplantados, após 30 dias.

Dois meses após o reimplante, foi observada uma fístula vestibular correspondente ao 21, provavelmente devida a uma infecção alveolar decorrente do longo período em que o alvéolo ficou exposto ao meio bucal. Foi realizada curetagem apical para debridamento e para auxiliar no controle da infecção, juntamente com antibioticoterapia. Este tratamento foi adequado e os sinais de infecção desapareceram.

Foram realizados regularmente controles clínicos e radiográficos. Na figura 4 é possível observar a imagem aos 12 meses, sem agravamento ou progressão da reabsorção apical constatada aos 30 dias. Observa-se, porém, reabsorção dos septos interdentários. O paciente continua em observação periódica,

tendo sido informado do prognóstico reservado da sobrevivência dos dentes.



Fig. 4 Radiografia dos dentes reimplantados, após 12 meses.

## Discussão

Para procedimentos do reimplante tardio o tempo deixa de ser o fator mais importante, pois as fibras do ligamento periodontal aderidas ao dente estão inviáveis. Assim, deverão ser removidas antes de qualquer procedimento (2, 4, 7).

O reimplante mediato, ou tardio, é uma alternativa para dentes que permanecem fora do alvéolo por um período superior a uma hora, fora de meio de conservação adequado. A permanência do dente na boca pode reduzir o impacto psicológico, bem como protelar reabilitação protética e manter o espaço adequadamente. Porém, por razões legais, o paciente e/ou seus responsáveis, quando incapaz, devem ser informados da provável precariedade da permanência do(s) dente(s) na boca, devendo firmar o adequado termo de consentimento informado.

## Referências

1. Soares IJ, Goldberg F. Endodontia; Técnica e fundamentos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2001.

2. Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
3. American Association of Endodontics. Recommended guidelines for the treatment of avulsed tooth. Chicago: 1994. p. 2-3.
4. Vasconcelos BCE, Laureano Filho JRF, Fernandes BC, Aguiar ERB. Reimplante dental. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial 2001; 1:45-51.
5. Andreasen JO, Borum M, Jacobsen H, Andreasen F. Reimplantation of 400 avulsed permanent incisors. 4 Factors related to periodontal ligament healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11:76-89.
6. Krasner P, Rankow HJ. New philosophy for the treatment of avulsed teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79:616-623.
7. Trope M. Protocol for treating the avulsed tooth. J Calif Dent Assoc 1996; 24:43-49.
8. Poi WR, Panzarini SR, Sonoda CK, Fernandes U, Mori GG. Interferência do volume de hipoclorito de sódio a 1% na remoção do ligamento periodontal necrosado. Revista da Associação Paulista do Cirurgião Dentista 2001; 55:286-290.

Recebido em 12/01/2005; Aceito em 15/03/2005.  
Received in 01/12/2005; Accepted in 03/15/2005