Dilaceração radicular: relato de caso clínico

Tooth with root dilaceration: case report

Carolina Drumond de Barros e Azevedo

Mestranda em Clínicas Odontológicas da PUC Minas

Barbara Couto Ramos

Jéssica Lourdes Costa Pereira

Priscilla Sena Souza

Bruna Raquel da Silva Izar

Alunas de Graduação em Odontologia da PUC Minas

Flávio Ricardo Manzi

Professor da Disciplina de Radiologia do Departamento de Odontologia da PUC Minas

RESUMO

A dilaceração radicular é uma anomalia de forma dentária, geralmente associada a fatores etiológicos traumáticos, na qual há uma mudança de direção da raiz, onde a parte calcificada é deslocada em relação à parte não calcificada, podendo ocorrer em qualquer ponto ao longo do comprimento radicular, dependendo do estágio da formação radicular quando ocorre o trauma, o local e a intensidade. Esta condição acomete cerca de 3% dos dentes permanentes. O tratamento da dilaceração radicular é controverso e o planejamento é essencial. O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância das imagens radiográficas e tomográficas para o diagnóstico e planejamento do tratamento da dilaceração radicular por meio de um caso clínico.

Palavras-chave: dilaceração radicular; diagnóstico radiográfico; tomografia computadorizada.

ABSTRACT

The root dilaceration is an anomaly of tooth form, usually associated with traumatic etiological factors, in which there is a change in the direction of the root, where the calcified portion is offset from the not calcified part, and may occur at any point along the length root, depending on the stage of root formation occurs when injured, it's location and intensity. This condition affects about 3% of permanent teeth. Treatment of dilaceration root is controversial and planning is essential. The aim of this work is to demonstrate the importance of radiographic and tomographic images for diagnosis and treatment planning of root tearing through a case report.

Keywords: root dilacerations; radiographic diagnosis; computed tomography.

Introdução

A dilaceração radicular é uma anomalia dentária de forma caracterizada por uma curvatura anormal na raiz em relação a coroa do dente, pode ser encontrada na literatura como acotovelamento dentário, fratura traumática intrafolicular, luxação traumática intrafolicular, desvio ou curva na relação linear da coroa de um dente com sua raiz (1). A incidência dessa anomalia é baixa, não há predileção de sexo e é muito raro ocorrer em mais de um elemento dentário principalmente da mesma arcada (2). Os incisivos centrais superiores são os dentes mais acometidos (70,6%), seguido dos laterais (20,6%) e dos incisivos inferiores (8,8%) (3).

Sua etiologia está associada a fatores traumáticos na dentição decídua, ou a fatores hereditários como desenvolvimento anormal da raiz devido à presença de dentes supranumerários, cistos ou tumores adjacentes, desenvolvimento ectópico do germe dentário, falta de espaço, anormalidade endócrina, doença óssea, lábio leporino e fenda palatina, erupção retardada generalizada, anomalia dental ou tecidual (3, 4).

Na maioria dos casos ela ocorre por causas externas, principalmente por trauma mecânico na dentição decídua até o estágio 6 de Nolla em crianças com até 5 anos de idade. Isso acontece devido à proximidade entre a raiz decídua com o respectivo germe permanente, na qual, quando ocorre uma lesão no local durante a odontogênese, pode causar o deslocamento da porção calcificada do resto do dente, que continua seu desenvolvimento em uma nova direção, gerando a angulação anormal. Pode ocorrer em qualquer ponto ao longo do comprimento radicular (porção apical, média ou cervical), isso vai depender do estágio da formação radicular quando ocorre o trauma, o local e a intensidade (5, 6). Outro fator é a perda precoce do dente decíduo, que pode formar uma cicatriz fibrótica no local, o que impede o desenvolvimento normal do dente permanente e pode alterar sua trajetória normal de erupção, provocando a dilaceração, assim como a presença de qualquer obstáculo como cistos, tumores e supranumerários (1, 4).

O diagnóstico para dilaceração radicular inicia-se pela anamnese, com a história médica e odontológica detalhada e exame intraoral sendo o primeiro sinal clínico a erupção de apenas um incisivo central ou desvio da sequência normal de erupção, como incisivos laterais irrompidos antes dos incisivos centrais; elevação no tecido gengival ou palatino e espaço para erupção (4, 7), porém não se conclui clinicamente, sendo necessário o exame radiográfico para complementar e concluir o diagnóstico (3). A primeira radiografia a avaliar é a periapical da região e uma oclusal para observar se há analgesia ou inclusão do dente não erodido. Já para obter informações detalhadas sobre a posição dentária, a utilização de uma técnica de paralaxe horizontal é melhor do que a vertical e para melhor precisão da raiz e morfologia da coroa, pede-se a radiografia panorâmica junto a uma tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam), porque além de visualizar com precisão o dente impactado se visualiza as estruturas associadas e o grau de sua angulação (3, 4).

O tratamento e prognóstico do dente dilacerado dependem do grau de deformidade e formação da raiz do dente (1, 4), tornando-se um grande desafio para o odontopediatra, principalmente nos casos mais severos, o qual deverá atuar sob o aspecto psicológico da criança, diante a ausência de um dente anterior (7). Isso obriga o profissional a refletir sobre qual será o melhor

tratamento (por exemplo: uma intervenção ortodôntica precoce, remoção da obstrução física se houver ou extração), ainda na dentição mista, com o objetivo de compor a harmonia do sorriso (5).

Caso Clínico

Paciente de onze anos de idade, sexo masculino, foi encaminhado para tratamento ortodôntico devido a não erupção do incisivo central superior esquerdo. A mãe relatou na anamnese, que o paciente sofreu uma queda andando de bicicleta aos 4 anos de idade batendo a boca no chão e observou que somente um incisivo central superior do lado direito erupcionou. Relatou, ainda, que o paciente apresenta importante isolamento social, devido ao importante comprometimento estético do sorriso. No exame clínico, o paciente apresentava na dentição mista, com ausência clínica do elemento dentário 21. Diante do exame clínico, suspeitou-se da ausência do elemento 21 ou de dilaceração radicular com retenção do mesmo.

Na documentação ortodôntica foi observada, na radiografia panorâmica, a presença do dente 21 incluso em posição invertida ou transversal (Figura 1). Nas radiografias periapical dos incisivos superiores e oclusal total de maxila foi constatado a inclusão deste dente com dilaceração radicular de provável consequência do trauma relatado (Figura 2). Para melhor avaliação tridimensional, foi realizada a tomografia computadorizada, o que se pode comprovar a presença da dilaceração radicular acentuada no terço cervical do dente 21, sendo a coroa do mesmo voltada por vestibular. Verificou-se, ainda, a descontinuidade do espaço pericoronário, por vestibular (Figura 3).

Figura 1. Radiografia panorâmica indicando uma dentição mista e a dilaceração do dente 21

Figura 2. Radiografias periapical (A) e oclusal total de maxila (B) indicando a dilaceração do dente 21

Figura 3. Tomografia computadorizada mostrando com precisão a posição do dente 21, o qual se conclui que a coroa apresenta-se voltada por vestibular

Discussão

O traumatismo na dentição decídua é frequente e pode causar consequências na erupção (ou não erupção) dos dentes sucessores permanentes, como a formação de odontoma, alterações dos germes dentários em formação, dentre elas a hipocalcificação e hipoplasia do esmalte, opacidade das coroas, distúrbios na erupção, dilaceração coronária ou radicular (1, 6, 8).

Os germes dentários dos incisivos permanentes superiores tem estreita relação com as raízes de seus antecessores, levando esses permanentes a anomalias ou deformidades quando os decíduos sofrem traumas (9), principalmente quando o germe do dente permanente está nos estágios iniciais de desenvolvimento (10), normalmente os germes dentários da criança estão durante as fases de 2 a 6 de Nolla, sendo que a malformação de raiz é mais comum quando o trauma ocorre entre 4 e 5 anos de idade (11), mostrando que o tipo de distúrbios de desenvolvimento pode correlacionar-se com a fase de desenvolvimento do germe dentário o paciente estava no momento em que os dentes primários sofreram a lesão, o local e a intensidade do trauma.

A não erupção dos incisivos anteriores pode ocorrer por questão hereditária ou traumática, sendo que clinicamente não se pode identificar ou diagnosticar de maneira precisa, mas independente da causa é de grande importância a anamnese, pois direciona o profissional os possíveis diagnósticos, como no caso citado, o qual o paciente sofreu uma queda com 4 anos de idade batendo a boca no chão, sendo observado a não erupção de apenas um incisivo central e erupção dos incisivos laterais antes dos centrais, sugerindo agenesia ou dilaceração radicular do elemento dentário 21 (12).

Para conclusão do diagnóstico, a realização dos exames radiográficos foi fundamental, pois se obteve o diagnóstico de dilaceração radicular, sendo que no exame de tomografia computadorizada observa-se sua acentuada angulação, a qual estava em direção à fossa nasal. Sem a precisão do exame tomográfico, o tratamento poderia ser não efetivo, já que o conhecimento da localização tridimensional da dilaceração e da coroa, além da possível presença de anquiloses e reabsorções coronárias e radiculares, facilitam no planejamento mais adequado da situação, podendo prever o prognóstico (1, 4, 7). Assim, o exame por imagem mais preciso para a localização, grau e direção da inclinação da raiz dilacerada é a tomografia computadorizada.

A angulação da raiz em relação à coroa varia de 20° para mais, podendo ser classificada em suave, moderada e severa, sendo que a do presente caso clínico é considerada severa. Embora esta anomalia de forma não seja comum, ela representa um número de diagnóstico, gestão e desafios prognósticos para dentistas (12), sendo de tamanha importância seu diagnóstico precoce devido suas consequências que comprometem a função (mastigação, fala) e estética do indivíduo, o que pode interferir na autoestima da pessoa, interação social, problemas funcionais associados à fala como o som de “s” e “f” (4).

A opção de tratamento pode ser o tracionamento ortodôntico, mas devem ser tomados alguns cuidados como utilização de forças suaves, para não comprometer a vitalidade do dente e a perda de osso na região cervical, obtendo ao final do processo, sucesso funcional e uma estética agradável, porém se não for possível devido à intensidade da alteração, a opção mais comumente encontrada na literatura tem sido a exodontia (1, 4, 6, 8, 13). A combinação do tratamento ortodôntico e cirúrgico deve ser sempre uma alternativa viável, pois envolve a estética. A exodontia do elemento dental dilacerado apresenta-se como uma postura radical que resultará num tratamento reabilitador futuro para o paciente, e mesmo sendo radical não deve ser descartada nos casos onde há falta de espaço, já que irá requerer a remoção de um elemento dental saudável. O planejamento sempre que possível deve ser o tracionamento do dente para a posição correta dentro do arco dentário

(4, 7, 8). Extração do incisivo anquilosado seguido por reimplante em uma posição ideal, ou extração seguido de fechamento de espaço ortodôntico com incisivo lateral. O controle radiográfico e clínico do paciente durante um período mais longo é importante a evitar quaisquer riscos de danos adicionais (5).

Conclusão

O exame tomográfico é de fundamental importância para complementar o diagnóstico e planejamento de tratamentos traumáticos e de anomalias. No caso da dilaceração radicular, a radiografia periapical, panorâmica e/ou oclusal são eficientes para diagnosticar essa anomalia de forma, porém como é um exame bidimensional de uma estrutura tridimensional, é na tomografia computadorizada que teremos maior precisão quanto à angulação, o local em que ocorreu a angulação e qual direção ela tomou, sendo essa a melhor técnica radiográfica para obter o planejamento e tratamento correto nesse caso e com maior probabilidade de sucesso.

Referências ::

1. DUTRA, SR, CABRAL, K, LAGES BEM, et al. Dentes com dilaceração radicular: revisão de literatura e apresentação de caso clínico. *Ortodontia SPO* 2007;40(3):216-21.
2. JAFARZADEH, H, ABBOTT, PV. Dilaceration: review of an endodontic challenge. *Jornal Endodontic*. 2007;33(9):1025-30.
3. SILVA, BF, COSTA, LED, BELTRÃO, RV, et al. Prevalence assessment of root dilaceration in permanent incisors. *Dental Press J Orthod* 2012;17(6):97-102.
4. YAQOOB, O, O'NEILL, J, GREGG, T, et al. Management of unerupted-maxillary incisors. 2010.
5. TORRIANI, DD, BALDISSEIRA, EFZ, GOETTEM, ML. Management of root dilaceration in acentral incisor after avulsion of primary tooth: a case report with a 6-year follow-up. *Rev Odonto Cienc* 2011; 26(4):355-8.
6. ASOKAN, S, RAYEN, R, MUTHU, MS, et al. Crown Dilaceration of maxillary right permanent central incisor: a case report. *J Indian Soc Pedo Prev Dent* 2004;22(4):197-200.
7. PAULA, AB, DINIZ, MB, DUQUE, C, et al. Dilaceração radicular de incisivo central permanente: relato de dois casos clínicos. *UNOPAR Cient*
8. MILOGLU, O, CAKICI, F, CAGLAYAN, F, et al. The prevalence of root dilacerations in a Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15(15): 441-4.
9. ANDRADE, MG, WEISSMAN, R, OLIVEIRA, MG, et al. Tooth displacement and root dilaceration 10. after trauma to primary predecessor: an evaluation by computed tomography. *Dent Traumatol* 2007; 23: 364-7.
10. CHRISTOPHERSEN, P, FREUND, M, HARILD, L. Avulsion of primary teeth and sequelae on the 11. permanent successors. *Dent Traumatol* 2005;21:320-3.
11. VON ARX, T. Developmental disturbances of permanent teeth following trauma to the primary 4. dentition. *Aust Dent J* 1993;38:1-10.
12. SILVA FILHO, OG. Distúrbios irruptivos na região antero-superior: abordagem multidisciplinar. *Rev Dent Press Ortod Ortop Facial* 1997;2(6):49-62.
13. DAUD, EH, DAUE, E, AIDAR, LAA. Tratamento multidisciplinar de um incisivo central superior dilacerado-relato de um caso clínico. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2000;5(4):77-81.

Recebido em: 07/08/2014 / Aprovado em: 10/09/2014

Carolina Drumond de Barros e Azevedo

Av. Dom José Gaspar, 500- Prédio 46 - Bairro Coração Eucarístico

Belo Horizonte/MG – CEP: 30535-901

E-mail: carolldbba@gmail.com