

ALVEÓLISE EM DENTES DECÍDUOS, ASPECTOS CLÍNICOS E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES: UM RELATO DE CASO.

Ana Luísa Moura Queiroz¹

Juliana Aparecida Moraes Cardoso Rodrigues²

Soraia Veloso³

RESUMO

Diversas patologias estão presentes no contexto da odontopediatria. A alveólise é uma delas e está relacionada com a reabsorção da tábua óssea vestibular, causada por infecção ou traumas locais, levando a uma exposição da raiz dentária na cavidade oral. Podem ser classificadas como: fenestração apical, deiscência parcial ou total. Essa patologia pode estar relacionada com traumas locais, muito comuns na infância e precisam ser elucidadas pelo odontopediatra. O presente estudo teve como objetivo caracterizar os aspectos clínicos da alveólise na dentição decídua, com o intuito de discutir suas possíveis causas e implicações para o paciente, através da apresentação e discussão de um caso clínico. Uma criança do sexo masculino, seis anos de idade compareceu a clínica escola da UniFTC, Salvador-Ba, para atendimento odontológico. Ao exame clínico intraoral observou-se extensa lesão de cárie no incisivo central superior decíduo direito (51), além de exposição do ápice radicular do mesmo elemento. O paciente apresentava condição bucal insatisfatória, com bastante biofilme visível e lesão de cárie em outras unidades. O diagnóstico clínico foi de alveólise na unidade 51, do tipo fenestração apical. O tratamento proposto foi a exodontia da unidade envolvida além da adequação do meio bucal. O quadro evoluiu sem nenhuma intercorrência e não houve prejuízo à dentição permanente, preservando integridade dos tecidos circundantes e adjacentes. Conclui-se que a alveólise é uma patologia não muito esclarecida, porém com aspectos clínicos de fácil reconhecimento, sendo essencial que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das condições de normalidade da cavidade oral para que anormalidades sejam detectadas e tratadas o mais precoce possível, sem causar danos ao paciente.

Palavras-chave: Alveólise. Dente Decíduo. Cárie Dentária. Odontopediatria.

ALVEOLYSIS IN PRIMARY TEETH, CLINICAL ASPECTS AND POSSIBLE IMPLICATIONS: A CASE REPORT.

ABSTRACT

Several pathologies are present in the context of pediatric dentistry. Alveolysis is one of them and is related to the resorption of the buccal bone plate, caused by infection or local trauma, leading to exposure of the tooth root in the oral cavity. They can be classified as: apical fenestration, partial or total dehiscence. This pathology may be related to local trauma, which is very common in childhood and needs to be elucidated by the pediatric dentist. The present study aimed to characterize the clinical aspects of alveolysis in the primary dentition, with the aim of discussing its possible causes and implications for the patient, through the presentation and discussion of a clinical case. A six-year-old male child attended the UniFTC school clinic, Salvador-Ba, for dental care. On intraoral clinical examination, an extensive caries lesion was observed on the right deciduous upper central incisor (51), in addition to exposure of the root apex of the same element. The patient had an unsatisfactory oral condition, with a lot of visible biofilm and caries lesions in other units. The clinical diagnosis was alveolysis in unit 51, of the apical fenestration type. The proposed treatment was the extraction of the unit involved in addition to the adequacy of the oral environment. The picture evolved without any intercurrent and there was no damage to the permanent dentition, preserving the integrity of the surrounding and adjacent tissues. It is concluded that alveolysis is a pathology that is not very clear, but with clinical aspects that are easy to recognize, and it is essential that the dental surgeon is aware of the normal conditions of the oral cavity so that abnormalities are detected and treated as early as possible, without cause harm to the patient.

Keywords: Alveolysis. Tooth Deciduous. Dental Caries. Pediatric Dentistry.

¹Aluna de graduação do Curso de Odontologia. Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-

mail: anallu_mq@hotmail.com

²

Aluna de graduação do Curso de Odontologia. Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-mail: juligbi@hotmail.com

³

Professora Orientadora do Centro Universitário Uni-FTC Salvador-Ba. E-mail: scosta.ssa@ftc.edu.br

INTRODUÇÃO

A alveólise é uma patologia ósseo-gengival que afeta tanto a dentição decídua como a permanente, caracterizada pela expulsão do dente do seu alvéolo. Essa alteração pode ocorrer em dentes anteriores e/ou posteriores e, embora não haja evidências científicas, o fator desencadeante ainda não foi elucidado. Dentre as possíveis causas pode-se citar infecção periapical ou periodontal originada por cárie ou trauma dentário (DUARTE *et al.*, 2018). Tal condição pode comprometer dentes decíduos e permanentes que estejam associados a infecções crônicas e traumatismos dentários, clinicamente observa-se reabsorção da tábua óssea alveolar e exposição das raízes dentárias na cavidade oral. Apresenta como sinal característico a exposição parcial ou total da raiz dentária na cavidade oral e não possui evidências de reabsorção radicular.

Essa patologia não apresenta sintomatologia dolorosa. Em alguns casos, a coroa dentária pode apresentar alteração de cor para uma tonalidade escurecida. Além disso, em função da irritação crônica provocada pela raiz exposta, pode-se formar um tecido hiperplásico na região da fenestração. É possível também observar presença de mobilidade dentária e perda de vitalidade pulpar do elemento afetado. Acomete crianças principalmente na faixa etária entre 2 e 8 anos de idade, com maior ocorrência entre 4 e 5 anos de idade, no sexo masculino, sendo a maxila anterior a região mais acometida (SARMENTO *et al.*, 2017).

A alveólise pode ser classificada em fenestração apical ou deiscência parcial ou total. É imprescindível que o cirurgião-dentista saiba diferenciar tais classificações, para oferecer ao paciente um plano de tratamento adequado à sua necessidade. Na fenestração apical ocorre exposição da porção apical da raiz dentária na cavidade oral. Já na deiscência ocorre exposição da superfície radicular, inicialmente, da porção cervical (deiscência parcial), podendo evoluir em direção apical (deiscência total).

Em relação às sequelas relacionadas à fenestração apical em dentes decíduos, existem duas frequentemente citadas, a ferida gengival presente na área envolvida e o tecido reacional hiperplásico relacionado à lesão (BARROS; SILVA; GOMES, 2021). Quanto às sequelas relacionadas à deiscência, existem duas mais frequentemente observadas: a ferida gengival, presente na área envolvida, e o tecido

reacional hiperplásico associado à lesão. Estas, geralmente, regredem e desaparecem espontaneamente após a exodontia do dente envolvido. Esse tecido hiperplásico em torno da área de fenestração ocorre em função da irritação crônica provocada pela exposição da raiz (DUARTE *et al.*, 2018).

A elaboração de uma anamnese completa com objetivo de buscar dos responsáveis o que de fato ocasionou a complicação é de extrema importância. Assim, o plano de tratamento para alveólise depende da sua classificação clínica e comprometimento dos tecidos de sustentação. Para fenestração apical e deiscência total indica-se a exodontia do dente envolvido. Já para a deiscência parcial, geralmente, é realizado o acompanhamento clínico e radiográfico. Mas, dependendo da gravidade, a exodontia também pode ser indicada. Em relação à ferida gengival e ao tecido reacional hiperplásico associado à lesão, geralmente, regride e desaparece espontaneamente, após a remoção dos dentes envolvidos (SARMENTO *et al.*, 2017).

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar os aspectos clínicos da alveólise na dentição decídua com o intuito de discutir suas possíveis causas e implicações para o paciente, através do relato e discussão de um caso clínico.

RELATO DE CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO

Paciente M.L.S., sexo masculino, 6 anos de idade, compareceu a clínica Escola de Odontologia da UNIFTC, acompanhado da sua genitora (mãe), com queixa principal “Estou com um dente preso na gengiva e sinto vergonha dele”. Também foi relatado pela genitora havia um dente com aspecto escurecido, acompanhado de mancha vermelha. Ainda de acordo com a responsável, a criança não tinha alterações sistêmicas, negava uso de medicamentos, alergias e dor.

As informações foram colhidas através de uma anamnese direcionada e preenchimento completo do prontuário da criança, assim como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Para a realização do exame clínico, foi preciso executar algumas técnicas de manejo comportamental, como falar-mostrar-fazer e distração, pois o paciente estava inseguro com o ambiente odontológico que era novo para ele. Observou-se que o paciente possuía alto risco à doença cárie, higiene oral deficiente, com atividade de cárie, necessidades

restauradoras e se encontrava na fase da dentadura mista. Dessa forma, a responsável foi instruída a melhorar a higiene oral da criança, com técnicas de escovação adequada e além de receber informações sobre a importância da implantação de hábitos alimentares saudáveis, com menor ingestão de alimentos cariogênicos.

Ao exame clínico intraoral foi possível observar placa visível, principalmente no arco superior. Nos incisivos centrais superiores decíduos (51 e 61), detectou-se extensas lesões de cárie, com comprometimento no terço incisal e médio, o incisivo central superior decíduo direito (51) também apresentava exposição do ápice radicular, sem evidência de reabsorção, caracterizando um quadro de alveólise do tipo fenestração radicular. Também observou-se erupção ectópica do incisivo central permanente direito (11) na região palatina e presença de processo inflamatório na região gengival superior ao incisivo central superior esquerdo (61), sugestivo de fístula.

Observou-se também resto radicular na região de primeiro molar inferior decíduo esquerdo (74), cárie ativa na superfície oclusal do segundo molar inferior decíduo esquerdo (75), cárie inativa na face disto-oclusal dos primeiros molares decíduos direito (54) e esquerdo (64) e presença de selamento biológico na oclusal dos primeiros molares permanentes superiores (16 e 26) e inferiores (36 e 46). O paciente apresentava fonação normal, deglutição normal, tipo facial mesocefálico e perfil reto.

Na figura 1 pode-se observar as características faciais do paciente. E nas figuras 2 e 3, as características clínicas intraorais do mesmo.

Figura 1. Fotos faciais: frontal em repouso (A); frontal sorrindo (B) e perfil direito (C).

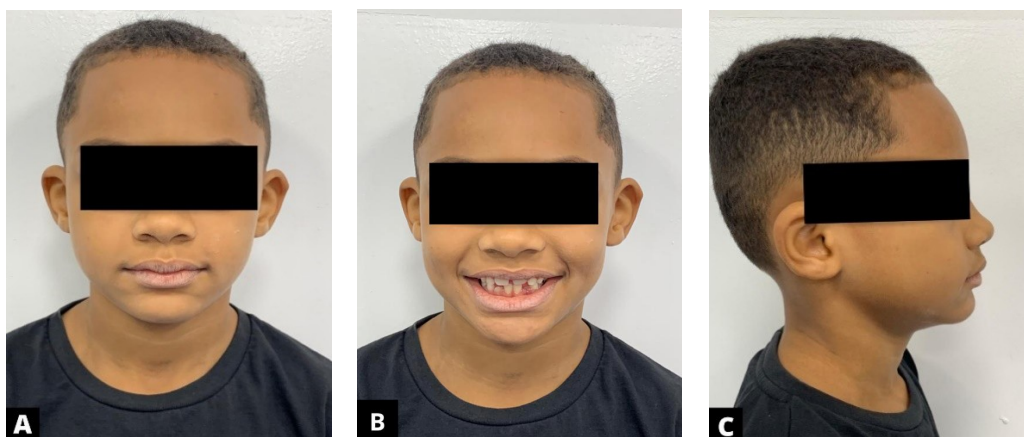


Figura 2. Oclusão Frente (A); Oclusão direita (B) e Oclusão esquerda (C).

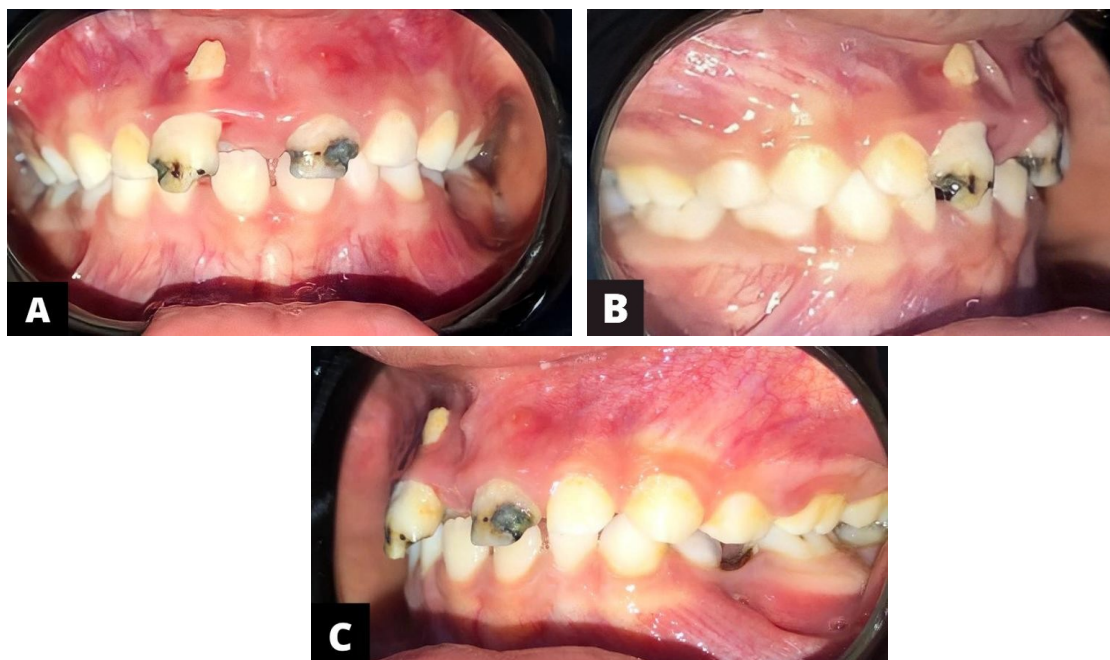
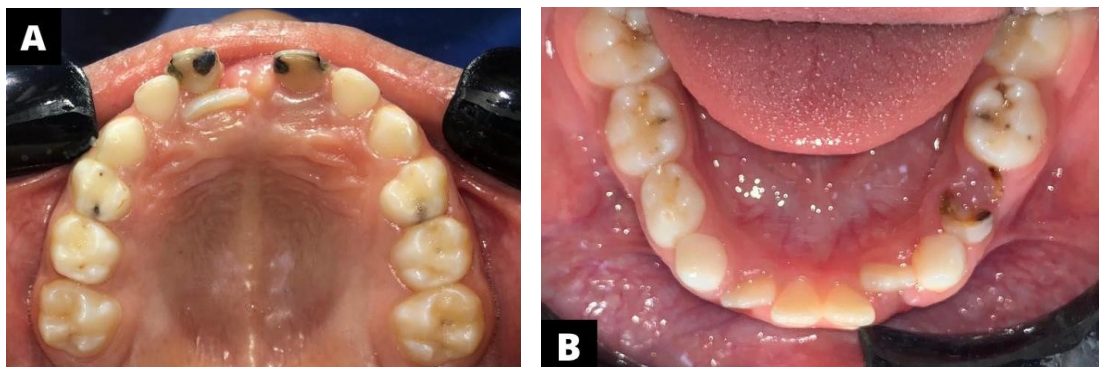


Figura 3. Arco Superior (A) e Arco Inferior (B).

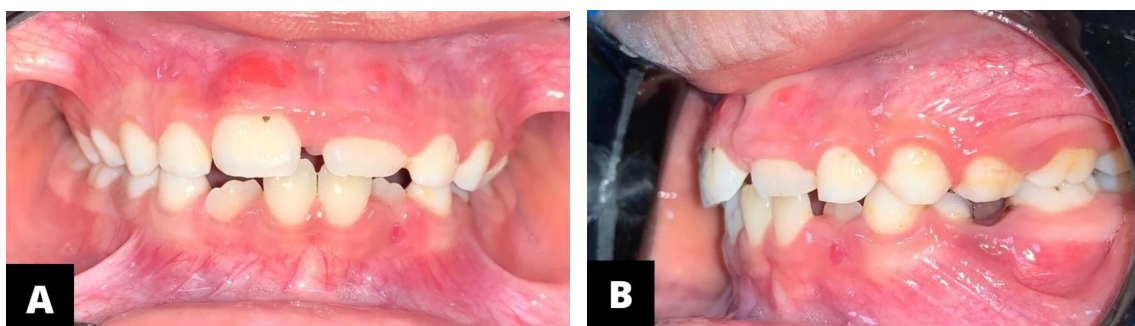


Ainda sobre o exame intraoral, o paciente se encontrava no primeiro período transicional que ocorre por volta dos 6 anos de idade. Nesse período ocorrem eventos importantes, caracterizado pela erupção dos primeiros molares permanentes, surgindo a necessidade do controle clínico do perímetro do arco, principalmente se houver perda precoce de algum dente decíduo. Nesse período, a face mesial do molar permanente e a face distal do segundo molar decíduo adjacente não estão em íntimo contato. O primeiro molar permanente superior torna-se suavemente mais inclinado para a vestibular do que seu antagonista.

O plano de tratamento proposto para o paciente teve início com a fase de

prevenção e adequação do meio bucal, seguido pela fase de manutenção, na qual o mesmo se encontra até o momento. O primeiro procedimento realizado foi a exodontia do elemento 51, que apresentava alvéolise, para evitar o comprometimento da região envolvida, além de permitir a correta erupção do sucessor permanente (11), que teve o seu trajeto desviado para a palatina. Para este atendimento, a genitora precisou realizar a técnica da estabilização protetora na criança, para colaborar com um tratamento seguro e eficaz. Após uma semana, o paciente retornou para um novo atendimento, no qual foi realizado a exodontia da unidade 61, que apresentava-se com lesão de cárie extensa, com fístula associada. Este procedimento também foi executado com o auxílio da mãe, que praticou a técnica da estabilização protetora. No atendimento seguinte, foi realizada a exodontia do resto radicular da unidade 74. Neste dia, o paciente apresentou-se mais seguro e confiante, não sendo necessário a realização da estabilização protetora.

Figura 4. Oclusão Frente (A); Oclusão esquerda (B).



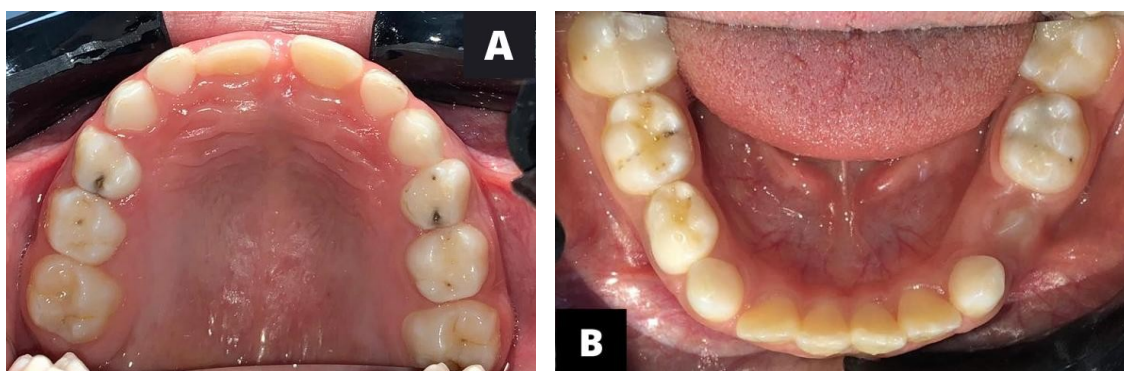
Os atendimentos seguintes foram destinados à restauração e selantes. O dente 75 foi restaurado através de técnica de mínima intervenção, com cimento de ionômero de vidro (CIV) modificado por resina na face oclusal. As unidades 16, 26, 36 e 46 foram seladas com selante resinoso nas faces oclusais.

A tabela 1 a seguir mostra a síntese do plano de tratamento do paciente, sendo ilustrado pela figura 5.

Tabela 1. Atendimentos anteriores.

Data do atendimento	Procedimentos executados
09/05/2022	Anamnese + avaliação clínica + profilaxia;
16/05/2022	Exodontia da unidade 51 (uso da técnica de estabilização protetora);
23/05/2022	Exodontia da unidade 61 (uso da técnica de estabilização protetora);
23/08/2022	Exodontia da unidade 74;
16/09/2022	Aplicação do CIV modificado por resina na unidade 75;
18/10/2022	Aplicação do selante resinoso nas unidades 16 e 26;
22/10/2022	Aplicação do selante resinoso nas unidades 36 e 46.

Figura 5. Arco Superior (A) e Arco Inferior (B).



Na região onde foi feita a exodontia da unidade 74 não houve a necessidade de instalar um aparelho mantenedor de espaço, pois, na avaliação radiográfica, constatou-se que o sucessor permanente já estava próximo de erupcionar (primeiro pré-molar inferior esquerdo - 34), não existindo mais estrutura óssea separando o germe do permanente, mesmo ocorrendo à perda prematura do dente decíduo.

O plano de tratamento proposto ao paciente foi elucidado de forma eficaz. O mesmo obteve uma boa evolução comportamental, concluindo o tratamento com êxito. Mesmo com a instrução de técnicas de higiene, o paciente ainda apresentava presença de placa visível, consequência de uma má higiene oral. Após 3 meses da exodontia, o tecido de proteção (gengiva) apresentou-se uma área edemaciada e eritematosa, sem nenhuma sintomatologia dolorosa. Dessa forma, recomenda-se um retorno clínico de 3 meses, como uma forma de acompanhar as exodontias citadas, controle do biofilme e a presença de lesão de cárie.

Nesse relato, a alveólise acometeu a região anterior da maxila em um paciente do sexo masculino, de 6 anos, no elemento 51. Dado que confere a literatura que expõe a predileção pelo sexo masculino com a faixa etária de maior prevalência entre 4 e 5 anos, sendo a região mais comumente afetada a anterior da maxila. Os dentes mais acometidos pela fenestração apical são os incisivos superiores e molares inferiores. Uma vez que o predomínio epidemiológico constatado nos arquivos do Núcleo de Pesquisa e Atendimento ao Trauma em Dentes Decíduos da disciplina de Odontopediatria da FOU SP, afirmaram que a alveólise ocorre em sua grande maioria nos incisivos superiores, sendo 89% em incisivos centrais. Indicando a preferência pelo sexo masculino e a maioria das crianças com menos de 4 anos de idade (SARMENTO *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2018; CAMARGO *et al.*, 2020).

Quanto a etiologia da alveólise associada à cárie dentária severa este relato de caso está em concordância com a literatura. Dado que confere com os trabalhos de Kimura *et al.* (2017); Ramos e Braga (2023); Edney (2000) na qual a alveólise tem como fator desencadeador infecção periapical crônica e reabsorção da tábua óssea alveolar como processo subsequente. Frequentemente, nas áreas de reabsorção de tecido ósseo encontram-se porções de células do tipo osteoclastos. Também observa-se que as mesmas células osteoclastos mostram-se ativas na absorção óssea. Sua função básica é a de reabsorção óssea e, por ser uma célula que apresenta uma borda irregular que aumenta a sua superfície de contato,

irá se aderir à área em que será realizada a reabsorção.

Alveólise em dentes decíduos não tem uma ocorrência frequente, mas ainda sim significativa. Os primeiros casos foram descritos por Menedez e Serrano em 1972 sendo denominada inicialmente como “fenestração em raiz”. Em sua tese, Juliana Kimura apresenta um levantamento epidemiológico do Centro de Traumas da FOUSP, encontrando uma frequência de 2,4% de alveólise em 2616 prontuários de crianças que sofreram trauma dento alveolar (KIMURA, 2013). Campos *et al.* (2016) em seu trabalho, encontraram 1% de frequência em 483 crianças. De acordo com Ramos e Braga (2023) um estudo feito na Índia produzido por Chawla e Tewari no ano de 1979, 1675 crianças foram observadas, na qual possuíam idade entre 3 e 12 anos de idade e apenas setecase de alveólise em dentes decíduos anteriores e posteriores foram observados.

No caso descrito, foi feito a exodontia cuidadosa, evitando a fratura da raiz. Corroborando com a literatura, após a exodontia do elemento com alveólise o paciente desse caso clínico apresentou cicatrização normal, uma vez que apenas dois casos de anormalidades após a exodontia foram citados na literatura, por Aguillón e Bagan onde se desenvolveu um granuloma piogênico (CAMARGO *et al.*, 2020).

Portanto, cabe aos cirurgiões-dentistas, conhecer os diversos tipos de doenças bucais e maxilofaciais que podem acometer crianças para realizar um bom diagnóstico e elaborar um plano de tratamento interdisciplinar e personalizado à cada paciente, sempre avaliando o impacto que aquela criança está tendo devido à doença. Isso é destacado nesse caso, uma vez que a criança após o tratamento da alveólise obteve melhora na alimentação, com ganho de peso, autoestima, pois o mesmo se sentia incomodado com o dente “preto”.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, a alveólise em dentes decíduos é uma patologia que acomete principalmente a região anterior da maxila e que apresenta uma etiologia não muito elucidada, no entanto com características clínicas facilmente identificadas ao exame clínico, sendo importante que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das condições de normalidade da cavidade oral e realize uma boa anamnese e exame clínico a fim de identificar possíveis alterações. É de extrema relevância que

uma intervenção seja feita, no caso a exodontia, por exemplo, do elemento dentário diante da condição de alveólise para que não haja prejuízo à dentição permanente, mantendo-se a integridade dos tecidos vizinhos, além de melhorar a condição bucal e qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

BARROS, Danyllo Guimarães Morais; SILVA, Diego Filipe Bezerra; DE CASTRO GOMES, Daliana Queiroga. Fenestração apical decorrente de traumatismo dentário em paciente pediátrico: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 10, n. 2, p. 278-281, 2021.

CAMPOS, Vera et al. Traumatismo nos dentes decíduos anteriores: Estudo retrospectivo do Projeto de Extensão em Traumatologia Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *Interagir: pensando a extensão*, n. 22, p. 46-60, 2016.

DE CAMARGO, Flavia Carolina et al. Alveólisis de diente primario. Reporte de caso. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 9, n. 2, p. 171-179, 2020

DOS SANTOS RAMOS, Iva Maria; BRAGA, Taciria Machado Bezerra. ALVEÓLISE EM DENTES DECÍDUOS: relato de caso. **Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB**, v. 3, n. 1, 2023.

DUARTE, Jéssica Alves; DE SOUZA LISBOA, Lídia Maria; DE ALBUQUERQUE MENDES, Patrícia Clotilde. Alveólise em dente decíduo: relato de caso. **Revista da AcBO- ISSN 2316-7262**, v. 7, n. 3, 2018.

EDNEY, M. B. Interesting presentation of a retained upper deciduous incisor with apical fenestration. *British Dental Journal*, v. 188, n. 7, p. 369-370, 2000.

KIMURA, Juliana Sayuri. **Alveólise em incisivos decíduos traumatizados: série de casos**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo

KIMURA, Juliana S. et al. Osseo-gingival pathology as sequelae of dental trauma to the primary upper incisor: a case series. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 27, n. 2, p. 128-134, 2017

SARMENTO, Cinthya Pinto *et al.* Alveólise em Dente Decíduo: Relato de Caso. **Alveólise**, Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia. PB. Brasil., p. 228-231, 19 abr. 2017.

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIFTCV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DA UNIFTC – SALVADOR, para, por meio de seus professores e alunos devidamente autorizados, após exames clínicos realizados e consequentemente diagnóstico, realizarem o planejamento e o tratamento odontológico da criança Miguel Lourenço da Silva, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu(minha) filho(a) não omitindo nenhuma informação, o que possibilitou o correto diagnóstico e consequentemente tratamento.

Tenho pleno conhecimento que esta clínica e laboratórios, aos quais a criança acima citada se submete para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração destinados a profissionais da área de saúde, e que o atendimento Odontológico se realiza pelos alunos devidamente orientados por seus professores. Concordo, pois, com toda orientação seguida, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas.

Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, a criança por ser menor de idade, deverá estar acompanhada por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe.

Tenho pleno conhecimento de que meu(minha) filho(a) poderá não ser atendido(a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Tenho pleno conhecimento que possuo direito de solicitar informações adicionais sobre o seu tratamento.

Tenho pleno conhecimento da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu(minha) filho(a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Tenho pleno conhecimento do tratamento a ser recebido pelo meu/minha filho/a e recebi todas as informações necessárias para autorizá-lo.

Concordo plenamente com a programação de atendimento proposta pela Faculdade.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado a preservação e resguardo da identidade de meu(minha) filho(a).

Salvador, 09 de maio de 2022

Nome do Responsável: Samuel Batista Lima

RG 1602750831 CPF 85822828507

Assinatura (pai, tutor ou responsável): Samuel Batista Lima

Assentimento do adolescente:

Nome e assinatura do/a aluno/a: Amilton Manoel Oliveira e Sousa Santos

Assinatura do professor(a) responsável: gabriel

OBS.:

Para pacientes crianças ou adolescentes, é exigida a assinatura de uma pessoa responsável acima de 18 anos. Para criança/adolescente com 12 ou mais anos é necessário colher a assinatura de assentimento.

