

Intrusão dentária associada ao uso de abridor de boca do tipo molt em paciente com paralisia cerebral: relato de caso

Dental intrusion associated with the use of molt mouth opener in a patient with cerebral palsy – a case report

DOI:10.34119/bjhrv4n4-019

Recebimento dos originais: 05/06/2021

Aceitação para publicação: 05/07/2021

Bárbara Brusco

Acadêmica de Odontologia UNIOESTE

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: babrusco@hotmail.com

Maycon Douglas Pavelski

Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial- UNOESC- Joaçaba-SC.

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: maiconpavelski@hotmail.com

Mateus Diego Pavelski

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial-UNIOESTE- Cascavel-PR.

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: mateus.pavelski@unesp.br

Maria de Fátima Monteiro

Doutora em Odontopediatria. Prof. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da UNIOESTE – Cascavel, PR

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: fatima.tomasin@outlook.com

Maria Daniela Basso de Souza

Doutora em Odontopediatria. Prof. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da UNIOESTE – Cascavel, PR

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: mdanibs@gmail.com

Edo Hirata

Doutor em Odontopediatria. Prof. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da UNIOESTE – Cascavel, PR

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: edopedi@hotmail.com

Adriano Tomio Hoshi

Doutor em Odontopediatria. Prof. Associado da Disciplina de Odontopediatria da UNIOESTE – Cascavel, PR

Endereço: Rua Universitária,1619- Universitário, Cascavel-PR, 85819-110

E-mail: adrhoshi@gmail.com

RESUMO

Introdução: O uso de abridores de boca pode ser necessário para o atendimento de pacientes com deficiência, como a paralisia cerebral. Acidentes com o deslocamento do elemento dental para dentro do seio maxilar são relativamente comuns na prática odontológica, porém não há relatos que relacionam esta complicação ao uso de abridores de boca. **Objetivo:** Apresentar um caso clínico de intrusão de primeiro molar permanente no seio maxilar, em paciente com paralisia cerebral, associado ao uso de abridor de boca do tipo Molt. **Relato do caso:** Paciente de 29 anos, sexo masculino, com paralisia cerebral espástica e deficiência mental, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas da Unioeste (Universidade Estadual do Oeste do Paraná) para tratamento. Durante a realização de uma restauração com auxílio de abridor de boca do tipo Molt, houve a intrusão do elemento 26, em decorrência de apertamentos bruscos e repetidos sobre o abridor. Foi realizada uma cirurgia exploratória através do próprio alvéolo para a remoção do dente, o qual apresentava todas as raízes fusionadas. O alvéolo foi fechado por primeira intenção com um retalho lateral tracionado para o rebordo alveolar e suturado sem tensão. O paciente recebeu as recomendações pós-operatórias e foi medicado. O processo de cicatrização apresentou-se normal após 14 dias. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar de muito importante para o atendimento de pacientes com deficiência, o uso de abridores de boca deve ser cuidadoso para evitar possíveis acidentes e complicações.

Palavras-Chave: Paralisia Cerebral, Acidentes, Extração Dentária, Controle Comportamental.

ABSTRACT

Introduction: The use of mouth openers may be necessary for the care of patients with disabilities, such a cerebral palsy. Accidents with the displacement of the dental element into the maxillary sinus are relatively common in dental practice, however there are no reports that relate this complication to the use of mouth openers. **Objective:** To present a clinical case of permanent first molar intrusion in the maxillary sinus, in a patient with cerebral palsy, associated with the use of a Molt-type mouth opener. **Case report:** A 29-year-old male patient with spastic cerebral palsy and mental disability was referred to the Dental Specialties Center of Unioeste (State University of Western Paraná) for treatment. While performing a restoration with the aid of a Molt-type mouth opener, element 26 intruded as a result of sudden and repeated tightening of the opener. An exploratory surgery was carried out through the alveolus, to remove the tooth, which had all fused roots. The alveolus was closed by first intention with a lateral flap pulled to the alveolar ridge and sutured without tension. The patient received postoperative recommendations and was medicated. The healing process was normal after 14 days. **Conclusion:** It is concluded that, although very important for the care of patients with disabilities, the use of mouth openers must be careful to avoid possible accidents and complications.

Keywords: Cerebral Palsy, Accidents, Tooth Extraction, Behavioral Control.

1 INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é uma lesão encefálica estática definida como uma desordem não progressiva dos movimentos e postura, comumente associada a epilepsia e

anormalidades da fala, audição e visão, e, às vezes, a deficiência mental (CASTILHO, 2005; DOUGHERTY, 2009). Afeta um a dois indivíduos para cada 1.000 nascidos vivos (GUERREIRO, 2009).

Qualquer agente capaz de lesionar o encéfalo durante o processo maturativo do sistema nervoso pode causá-la (GUERREIRO, 2009), bem como fatores hereditários ou eventos ocorridos durante a gravidez, parto, período neonatal ou durante os primeiros dois anos de vida (SCHWARTZMAN, 2004). Assim, os fatores determinantes são classificados em pré-natais (malformações genéticas, embriopatias virais ou parasitárias), perinatais (anóxia neonatal, hemorragias intracranianas, prematuridade e baixo peso ao nascer) e pós-natais (infecção meningea, encefalites, vasculites cerebrais e infecções virais) (DOUGHERTY, 2009; GUERREIRO, 2009).

Os níveis de comprometimento variam de leve (com ligeira dificuldade) a graves, tornando o indivíduo completamente dependente de outras pessoas para realizar atividades (SANTANA, 2004). Ainda, sob o ponto de vista das alterações do tônus muscular e do tipo de desordem do movimento, é classificada em espástica, discinética ou atetóide, atáxico, hipotônico e misto (COSTA, 2007).

A doença requer cuidados especiais e intensivos para os pacientes, especialmente a prevenção de problemas bucais associados a ela. Isto porque eles têm dificuldade para realizar movimentos para executar atividades simples, como sentar, escovar os dentes, entre outros (SANTANA, 2004).

Durante o seu tratamento odontológico, os abridores de boca são recursos muito usados para o controle da abertura bucal, pois facilitam sobremaneira o atendimento clínico. Dentre eles, o do tipo Molt, feito em dois tamanhos diferentes (infantil e adulto), é o que permite o acesso mais fácil ao outro lado da boca. Contudo, além do maior custo, se comparado aos abridores tipo monobloco, ele tem a desvantagem de poder causar lacerações de lábios ou palato, bem como luxação e fraturas dos dentes, quando não utilizados adequadamente (MARIA, 2014).

Este relato tem como objetivo apresentar um caso de deslocamento de primeiro molar superior permanente para o seio maxilar, associado ao uso de abridor bucal do tipo Molt, durante o tratamento restaurador de um paciente com PC.

2 RELATO DE CASO

Paciente de 29 anos de idade, sexo masculino, compareceu para tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná,

na Especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais, acompanhado pela mãe. Na anamnese, ela relatou que ele foi diagnosticado com paralisia cerebral espástica e deficiência mental, oriunda de uma encefalite. Também apresentava distúrbios de fonação (não se comunicava) e de coordenação motora (tetraparesia), com dificuldade no controle de movimentos dos membros superiores e inferiores. O estado de saúde era bom, sem alterações cardíacas e/ou sistêmicas. Segundo a mãe, a gravidez foi normal e o parto foi normal. No momento, fazia uso de medicação para dormir e de relaxante muscular (Baclofen®). A higiene bucal era realizada 1 vez por dia, pela mãe, com dentifrício com 1100 ppm de flúor, sem uso de fio dental. A água da residência não era fluoretada, pois se localizava em área rural. A dieta foi considerada normal e o paciente não apresentava hábitos bucais deletérios. Apesar de ele ter visitado outros cirurgiões-dentistas, não houve colaboração para o atendimento, pois sequer permitia o exame da cavidade bucal. Para maior segurança no tratamento, também foi solicitada uma avaliação médica geral do paciente.

Durante a consulta de exame clínico não houve colaboração do paciente e, como os responsáveis não conseguiram estabilizá-lo adequadamente, eles foram informados acerca do uso do dispositivo de Godoy para estabilização protetora e do abridor de boca, para que o tratamento pudesse ser realizado.

Na segunda consulta, após a concordância dos responsáveis, aqueles dispositivos foram utilizados. Ao exame clínico, verificou-se a necessidade de exodontia dos elementos 11, 15, 16, 21, 23, 31, 32, 33, 36, 41 e 42, restauração dos elementos 14, 22, 25, 46 e selamento de fossas e fissuras dos elementos 17, 24, 26 e 27. Os responsáveis receberam orientações sobre como realizar a higiene bucal, alimentação e plano de tratamento. O digluconato de clorexidina foi prescrito para auxiliar no controle do biofilme dentário. A avaliação médica indicou que o paciente estava apto para receber o tratamento odontológico, o qual foi realizado em ambulatório odontológico devido à dificuldade na obtenção de vaga para realização destes procedimentos em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Contudo, para maior segurança e rapidez, o atendimento foi realizado por dois cirurgiões-dentistas. Inicialmente foram removidos os focos infecciosos, por sextantes, para posteriormente realizar as restaurações e selamentos.

Na 10ª consulta foi planejada a restauração do elemento 14. O paciente foi estabilizado (dispositivo de Godoy) e o abridor de boca do tipo Molt (FIGURA 1) instalado do lado oposto ao ser tratado. Durante o tratamento, o paciente realizou movimentos fortes de fechamento da boca para tentar remover o abridor. Na fase final da

restauração, houve um brusco fechamento da cavidade bucal, mesmo com o abridor ainda em posição. Após a retirada dele, notou-se a ausência do dente 26 e sangramento na região, devido a sua intrusão no alvéolo, em decorrência da perfuração do assoalho do seio maxilar (FIGURA 2). Decidiu-se pela cirurgia exploratória através do próprio alvéolo e, após aumento da abertura no rebordo alveolar para inspeção, removeu-se o dente (FIGURA 3), o qual apresentava todas as raízes fusionadas (FIGURA 5). A ferida cirúrgica (FIGURA 4) foi fechada com um retalho lateral tracionado para o rebordo alveolar, suturado sem tensão com fio de nylon 4-0, possibilitando a cicatrização por primeira intenção (FIGURA 6). Os responsáveis receberam todas as recomendações pós-operatórias e o paciente foi medicado com Clavulin®, Nimesulida e Paracetamol.

Após 14 dias, o paciente retornou para remoção de sutura, os responsáveis relataram ausência de intercorrências no pós-operatório e não foi detectada fístula buco-sinusal. Infelizmente, o paciente não compareceu nas consultas subsequentes.

Figura 1: Abridor do tipo Molt.



Figura 2: Intrusão do elemento 26 no seio maxilar.



Figura 3: Retalho, osteotomia e remoção do elemento 26 do seio maxilar.

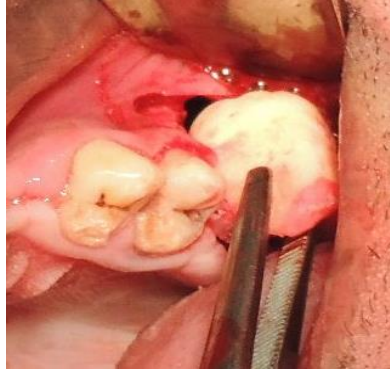


Figura 4: Aspecto do alvéolo após a remoção do elemento 26.

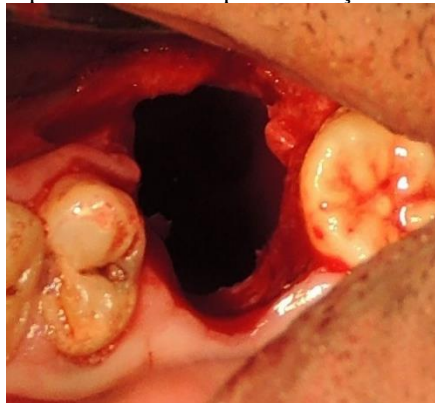


Figura 5: Elemento 26 removido, com raízes fusionadas.



Figura 6: Sutura.



3 DISCUSSÃO

Dados do Censo Demográfico de 2010 revelam que 23,9% da população brasileira – 45,6 milhões de pessoas – têm algum tipo de deficiência. Comparado ao Censo de 2000, o crescimento foi expressivo com relação ao número de declarantes de algum tipo de deficiência ou incapacidade (24,6 milhões de pessoas, ou seja, 14,5% da população total) (IBGE, 2010).

Indivíduos com deficiências do desenvolvimento apresentam maior prevalência de cárie dentária e alterações gengivais do que a população em geral (CARDOSO et al, 2015; TASHIRO, et al, 2012). Porém, esta ocorrência dependerá de aspectos sociais, econômicos e culturais do ambiente social em que o indivíduo está inserido (CARDOSO et al, 2015), além do tipo de alimentação, coordenação motora e higiene bucal realizada pelo paciente ou cuidadores (GUARE, 2004).

A abordagem odontológica de pacientes com deficiência deve ser embasada em anamnese detalhada, pois os dados do indivíduo e de sua deficiência auxiliarão no planejamento, diagnóstico e prognóstico do tratamento. O manejo dele, por sua vez, depende de uma série de adaptações relacionadas ao tipo de deficiência, idade e necessidade odontológica. Para tanto, ele deve ser mantido o mais confortavelmente possível, fazendo o uso, se necessário, de dispositivos para estabilização protetora (triângulo, macri, faixas, dispositivo de Godoy), bem como o auxílio da mãe ou responsável (SANTOS, 2007), além dos abridores de boca (FERNANDES, 2007; DOUGHERTY, 2009), como usado neste relato. Entretanto, apesar do abridor do tipo Molt oferecer segurança ao paciente e comodidade ao cirurgião-dentista por manter a abertura bucal e evitar mordidas do paciente (FERNANDES, 2007), ele não impede os movimentos voluntários ou involuntários no paciente com PC. Os involuntários são reflexos em resposta a um estímulo externo, podendo, assim, ser desencadeados pelo atendimento odontológico. Podem ser minimizados mantendo-se a cabeça do paciente na linha média, por meio da utilização de rolos de apoio ou por estabilização realizada pelo auxiliar. Outro cuidado a ser tomado é evitar o contato na região da nuca do paciente, pois pode desencadear ou potencializar um reflexo muscular (CALDAS, 2013). Já os voluntários geralmente visam retirar o abridor bucal da posição, podendo ser agravados pela rigidez da musculatura facial e capacidade intelectual reduzida (FERNANDES, 2007), como o ocorrido no presente relato, pois o paciente realizava fortes e repetidos movimentos mandibulares.

Os seios maxilares são definidos como os maiores seios paranasais. Situam-se no corpo do osso maxilar, tendo a forma de uma pirâmide deitada de lado com base medial, correspondente à parede lateral da cavidade nasal; seu teto é o assoalho da órbita; seu assoalho é o processo alveolar da maxila e o ápice dessa pirâmide se prolonga em direção ao processo zigomático da maxila. Seu assoalho está frequentemente situado a 0,5 a 1,0cm abaixo do nível do assoalho da cavidade nasal (GARDNER, 1988). O seio maxilar do adulto mede em média 34mm no sentido ântero-posterior, 33mm de altura e 23mm de largura, com volume de aproximadamente 15ml. Os seios são revestidos pelo epitélio respiratório: um epitélio cilíndrico, pseudo-estratificado, ciliado, muco secretor e pelo perióstio (PETERSON, 2000). Ele possui íntima relação com as raízes dos pré-molares e molares superiores (MARIANO, 2006) e acidentes com o deslocamento de corpos estranhos para dentro do seio maxilar são considerados comuns na prática odontológica. Em exodontias de molares superiores, esta complicação pode envolver fragmentos de raízes, raízes inteiras ou até mesmo o elemento dentário inteiro. Outros exemplos de acidentes comumente relatados incluem brocas, madeira, areia e até pedaços de vidro em acidentes automobilísticos, além de materiais usados na endodontia ou implantodontia (FABRIS, 2013; SANDU, 1997).

Como método de prevenção do deslocamento de dentes ou de seus fragmentos para o interior do seio maxilar, inclui-se o planejamento adequado através da anamnese, exames clínico e radiográfico criteriosos, além da eleição de técnicas conservadoras de exodontia (RIBEIRO, 2014). A região mais acometida por tais acidentes é a posterior de maxila, sendo os elementos 16 e 26 os mais prevalentes (NARY, 2001). No presente relato, o dente deslocado ao interior do seio maxilar foi o 26, porém causado por apertamentos fortes e sucessivos sobre o abridor de Molt, associado, ainda, à anatomia radicular em forma de cone, devido à fusão das raízes (FIGURA 5). O primeiro molar superior é o mais volumoso dos molares superiores e normalmente apresenta três raízes bem diferenciadas, sendo raríssimo (5%) apresentá-las parcialmente fusionadas ou não bem diferenciadas (DE DEUS, 1986).

Não foram encontrados relatos na literatura sobre a associação entre abridor de boca e intrusão dentária no seio maxilar. No entanto, este acidente possivelmente poderia ser evitado pela substituição do abridor do tipo Molt pelo abridor do tipo monobloco, pois este, apesar da desvantagem de ocupar mais espaço na cavidade bucal, permite melhor dissipação das forças sobre os dentes, por ter uma superfície de contato maior.

A remoção do dente 26 do seio maxilar foi realizada na mesma consulta, pois é a abordagem mais adequada sempre que possível, para prevenir futuras infecções (PATEL, 1994). Cabe ressaltar que o atraso do tratamento nem sempre precipita doença sinusal aguda imediata e, algumas vezes, esse intervalo assintomático pode durar meses antes do desenvolvimento da infecção aguda (KILLEY, 1964). Apesar da técnica cirúrgica mais apropriada ser a de Caldwell-Luc (MARIANO, 2006; UCKAN, 2003), a remoção através da abertura accidental no alvéolo, quando esta for recente, como neste caso, também é uma opção. Neste caso, a ostectomia foi necessária, sem, contudo, causar uma fístula bucosinusal, que pode ocorrer nestes casos (UCKAN, 2003). Infelizmente, o paciente compareceu apenas no pós-operatório de 14 dias e não retornou para as consultas posteriores para confirmar o sucesso do tratamento, nem tampouco descartar a presença da fístula.

Frente a este caso, percebe-se a importância da seleção adequada no melhor tipo de abridor para cada paciente, considerando suas limitações e condição clínica, para que o risco de acidentes possa ser minimizado ao máximo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar de importante para o atendimento de pacientes com deficiência, o uso do abridor de boca do tipo Molt deve ser cuidadoso para evitar possíveis acidentes, como a intrusão dentária no seio maxilar.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso AMR, Gomes LN, Silva CRD, Soares RSC, Abreu MHNG, Padilha WWN, et al. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. **Int J Environ Res Public Health**. 2015; 12(1):335-53.
2. Castilho DPL, Bezerra FMG, Parisi MT. Estimulação motora precoce para portadores de paralisia cerebral: orientações aos pais e cuidadores. **Reabilitar**. 2005; 7(29):52-6.
3. Costa, M. H. P. et al., Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal com Necessidades Especiais. **Ciências Saúde**. 2007; 18(2): 129-139.
4. De Deus QD. **Endodontia**. 4 ed, Rio de Janeiro. Editora Medica e Cientifica, 1986.
5. Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. **Dent Clin North Am**. 2009 Apr;53(2):329-38
6. Fabris V. et al. Remoção cirúrgica de dente deslocado acidentalmente para o interior do seio maxilar: relato de caso. **J Oral Invest**. 2013; 2(2): 38-43.
7. Fernandes PM, et al. Paralisia Cerebral: manejo no consultório odontológico. **Rev UNINGÁ**. 2007;14(1): 99-110.
8. Gardne E. Gray, DJ. O’Rahilly, R. **Anatomia: Estudo regional do corpo humano** 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. Cap. 62, p.720-9.
9. Guare RO, Ciampioni AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. **J Dent Child**. 2004;71(1):27-32.
10. Guerreiro PO, Garcias GL. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas. **Ciênc Saúde Coletiva** 2009; 14(5):1939-1946
11. Killey HC, Kay LW. Possible sequelae when a tooth or root is dislodged into the maxillary sinus. **Br Dent J**. 1964;21:73-77.
12. Borsato MC *et al*. Atendimento Odontológico em pacientes com necessidades especiais. **Revista de Odontopediatria Latino Americana**. 2014;4(2):23-31.
13. Mariano, Ronaldo Célio; Melo, Willian Morais De; Mariano, Lúcia De Carvalho Freire. Introdução acidental de terceiro molar superior em seio maxilar. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2006; 2(18):149-153.
14. Nary H, Ribeiro-Junior PD, Achôa GL. Utilização de Retalho ósseo para Remoção de Raíz Residual no Seio Maxilar. **Salusvita**. 2001; 20(3):95-105.
15. Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. **Br Dent J**. 1994;177:57-59.

16. Peterson LJ et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 702p.
17. Ribeiro PD; Medina AC; Albuquerque GC; Cardoso LM. A atuação do clínico geral no deslocamento de dentes para o interior do seio maxilar. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. 2014;68(4):320-5.
18. Sandu KB, Shah NJ, Kirtane MV. Foreign body in the maxillary antrum – a case report. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**. 1997;26(2):110-111.
19. Santana JM, Santana Filho VJ, Almeida RD. Paralisia cerebral e suas formas de apresentação clínica: revisão teórica. **InterFisio** [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2019 ago]. Disponível em: <http://www.interfisio.com.br/index.asp?fid=170&ac=1&id=1>
20. Santos MT; Masiero D; Simionato MR. Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy. **Spec Care Dentist**. 2002; 22(3):103-7.
21. Santos MTBR, Haddad AS. Defeitos Físicos. In: Haddad AS. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.163-73.
22. Schwartzman JS. Paralisia cerebral. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**. 2004; 1(1):4-7.
23. Tashiro, Bruna Ayumi Fonseca; Marsiglio, Andréia de Aquino; Miranda, Alexandre Franco; Peruchi, Cláudia Maria de Souza. O atendimento odontológico de paciente com paralisia cerebral utilizando a musicalização para adequação comportamental – relato de caso. **Oral Sci**. 2012; 4(2):48-53.
24. Uckan S, Buchbinder D. Sinus lift approach for the retrieval of root fragments from the maxillary sinus. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**. 2003; 32(1):87-90.