

UNIVERSO – UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
ODONTOLOGIA

ROBSON ADAIR LOPES
THALES RODRIGO S. ROCHA

EXODONTIA ASSOCIADO A DOENÇA PERIODONTAL: caso clínico

BELO HORIZONTE - MG

2023

UNIVERSO – UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
ODONTOLOGIA

ROBSON ADAIR LOPES
THALES RODRIGO S. ROCHA

EXODONTIA ASSOCIADO A DOENÇA PERIODONTAL: caso clínico

Trabalho apresentado à professora Flavia Leite Lima da turma de odontologia da Universidade Salgado de Oliveira da disciplina de Periodontia.

BELO HORIZONTE - MG

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	3
3. MATERIAIS E MÉTODOS	4
4. CONCLUSÃO	6
5. REFERÊNCIA.....	7

1. INTRODUÇÃO

A doença periodontal é a doença dentária localizada e inflamatória mais comum existente, causada por infecção bacteriana associada ao biofilme dental e as condições de higiene bucal. A doença periodontal está associada a diversas condições patológicas, como a inflamação da gengiva (gengivite), degeneração do ligamento periodontal, cemento dental e a perda de osso alveolar (periodontite). Além do fato de a presença de bactérias e seu local serem fatores etiológicos para o início da doença periodontal, a sensibilidade à doença e sua taxa de progressão são também reguladas pela susceptibilidade do hospedeiro.

A periodontite é uma patologia multifatorial, definida por uma destruição do ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. A sua etiologia é caracterizada principalmente pelos micro-organismos presentes na placa bacteriana, a resposta imunitária do indivíduo e por fatores ambientais.

A gengivite e a periodontite se constituem nas formas mais comuns de doença periodontal. A gengivite é uma condição inflamatória que envolve apenas o periodonto de proteção, caracterizando-se por sinais clínicos de inflamação (vermelhidão, edema e sangramento) limitados à gengiva, enquanto a periodontite envolve, além do periodonto de proteção, o periodonto de sustentação, apresentando destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, com formação de bolsa periodontal e/ou recessão gengival.

O acúmulo de biofilme dental é o fator etiológico primário da doença periodontal. Entretanto, existem fatores etiológicos secundários, que se classificam em locais ou predisponentes, facilitando a retenção do biofilme e dificultando sua remoção e modificadores, alterando a resposta imunológica do organismo.

Dentre os fatores capazes de se predispor ao desenvolvimento da doença periodontal, destacam-se: o mau posicionamento, desalinhamento ou apinhamento dentário, a respiração bucal, algumas interferências oclusais e hábitos parafuncionais. Portanto, a mal oclusão tem conotação morfológica, podendo estar acompanhada de alteração funcional.

A evolução deste processo pode ocasionar a perda dentária, a depender do nível de perda óssea alcançado.

A Periodontite é classificada de acordo com seu estágio e seu grau. A classificação de estágios está relacionada com a severidade da doença. Os estágios da periodontite devem ser primariamente definidos pela perda clínica de inserção, denominada, nesse texto, como característica determinante, em sua ausência, utiliza-se perda óssea radiográfica e o grau reflete o risco de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica.

A presença de mobilidade dentária deve ser um fator avaliado para tomada de decisão quanto à indicação de exodontia, e é classificada em três graus: mobilidade grau I, o dente apresenta deslocamento horizontal menor que 1mm; grau II, o dente apresenta movimento horizontal superior a 1mm e mobilidade grau III, apresenta movimentos horizontais e verticais.

Muitas vezes, as decisões do trabalho definitivo só podem ser estabelecidas após a primeira fase da terapia, quando a doença inflamatória foi debelada. O fator de ordem para a tomada de decisão é a raiz clínica, que corresponde à porção do dente inserida no processo alveolar.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente diagnosticado com perda óssea acentuada com mobilidade grau III dos dentes 32(incisivo lateral inferior esquerdo), 31(incisivo central inferior esquerdo) e 41(incisivo central inferior direito). Como proposta terapêutica foi estabelecido exodontia dos mesmos e curetagem da região devido a infecção e confecção de uma PPR (prótese parcial removível provisória) e dar sequência ao tratamento.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Participou desse relato de caso, paciente do sexo masculino G.W.A., com idade de 49 anos, procurou o consultório odontológico da Clínica de Odontologia da Faculdade Universo na cidade de Belo Horizonte - MG, com queixa de "estética do sorriso e mobilidade dentária" no dente 32, 31 e 41 no final do semestre de 2022 onde não foi realizado nenhuma conduta nesses dentes. Após anamnese e reavaliação clínica com auxílio de exames de radiográficos realizados pelos alunos Robson Lopes e Thales Rodrigo, foi diagnosticado em alguns elementos dentários perda óssea moderada e nos dentes específicos 32,31 e 41 perda óssea avançada e mobilidade grau III. Portanto, o mesmo foi chamado para atendimento somente na penúltima clínica de cirurgia do primeiro semestre de 2023.

Durante a sondagem periodontal nas faces mesial, distal, lingual e vestibular, foi identificado supuração e sondagem maior que 7 mm. Durante o teste de mobilidade foi classificada com grau III.

Inicialmente foi realizado raspagem subgingival e supragingival na arcada superior e inferior, profilaxia, orientação sobre como deve ser realizado a escovação e o uso do fio dental. Após discussão com o preceptor foi planejado o seu retorno a clínica no segundo semestre de 2023 para dar continuidade e ser realizado uma nova sondagem, raspagem para verificar se houve alguma resposta positiva ao tratamento periodontal e novo periodontograma. Foi proposto ao paciente no primeiro momento a exodontia dos dentes 32, 31 e 41 devido a mobilidade grau III, supuração e perda óssea para que não agrave mais seu caso clínico.

Para a realização do procedimento o paciente terá que assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para realização dos mesmos.

Sequência operatória que será realizada e seguida de anamnese, planejamento, paramentação com EPI's e montagem da mesa cirúrgica, condicionamento do paciente (antisepsia extra e intral oral), anestesia local do nervo alveolar inferior, mentoniano e anestesia infiltrativa, sindesmotia, remoção do dente, tratamento da cavidade (debridamento, curetagem, irrigação e aspiração, regularização de bordas ósseas e sutura com nylon 3 ou 4).

Após a exodontia será prescrito medicamentos pós-operatórios como amoxicilina 500mg, nimesulida 100mg e dipirona 500mg. Após o mesmo será reagendado para retirada dos pontos com 7 dias após a cirurgia e continuidade ao tratamento com possibilidade de enxerto ósseo e implante dentário, portanto o mesmo devido fatores econômicos optou pela exodontia e prótese provisória.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que o paciente devido a condições bucais de higienização e oclusão dentária não favoráveis, agravou sua saúde bucal, seu tratamento requer uma conduta assertiva e empenhada com auxílio dos profissionais com orientações, para que ocorra uma estabilidade da doença periodontal, Esta estabilidade deve ocorrer para não progredir esta severidade para outros dentes, pois os demais dentes já estão em processo de inflamação mas ainda sim sem mobilidade, para o sucesso do tratamento depende do andamento e da cooperação do paciente.

5. REFERÊNCIA

Araújo, M.G; Sukekava, F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. R. Periodontia. jun 2007; 17(2)7-13.

ENESES DR. Exodontia Atraumática e Previsibilidade em Reabilitação Oral com Implantes Osseoin_tegráveis - Relato de Casos clínicos Aplicando o Sistema Brasileiro de Exodontia AtraumáticaXt Lifting. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial Volume 50, N°1, 2009.

Lamira, A.; Júnior, W.M.; Ferreira, Z.A.; Vieira, M.L.S.O. Periodontites de estabelecimento precoce: Diagnosticar e classificar para tratar. Revista Periodontia. jun,2001; 11(3):13-16.

SONIS ST, Frazio RC, Fang L.Príncipi