



## Introdução

A avulsão é o total deslocamento do dente para fora do alvéolo. Na dentição permanente os principais fatores etiológicos estão relacionados à práticas de exercícios físicos, esportes, acidentes ciclísticos, acidentes automobilísticos, quedas e lutas. Os dentes mais acometidos por este tipo de trauma são os incisivos centrais superiores.

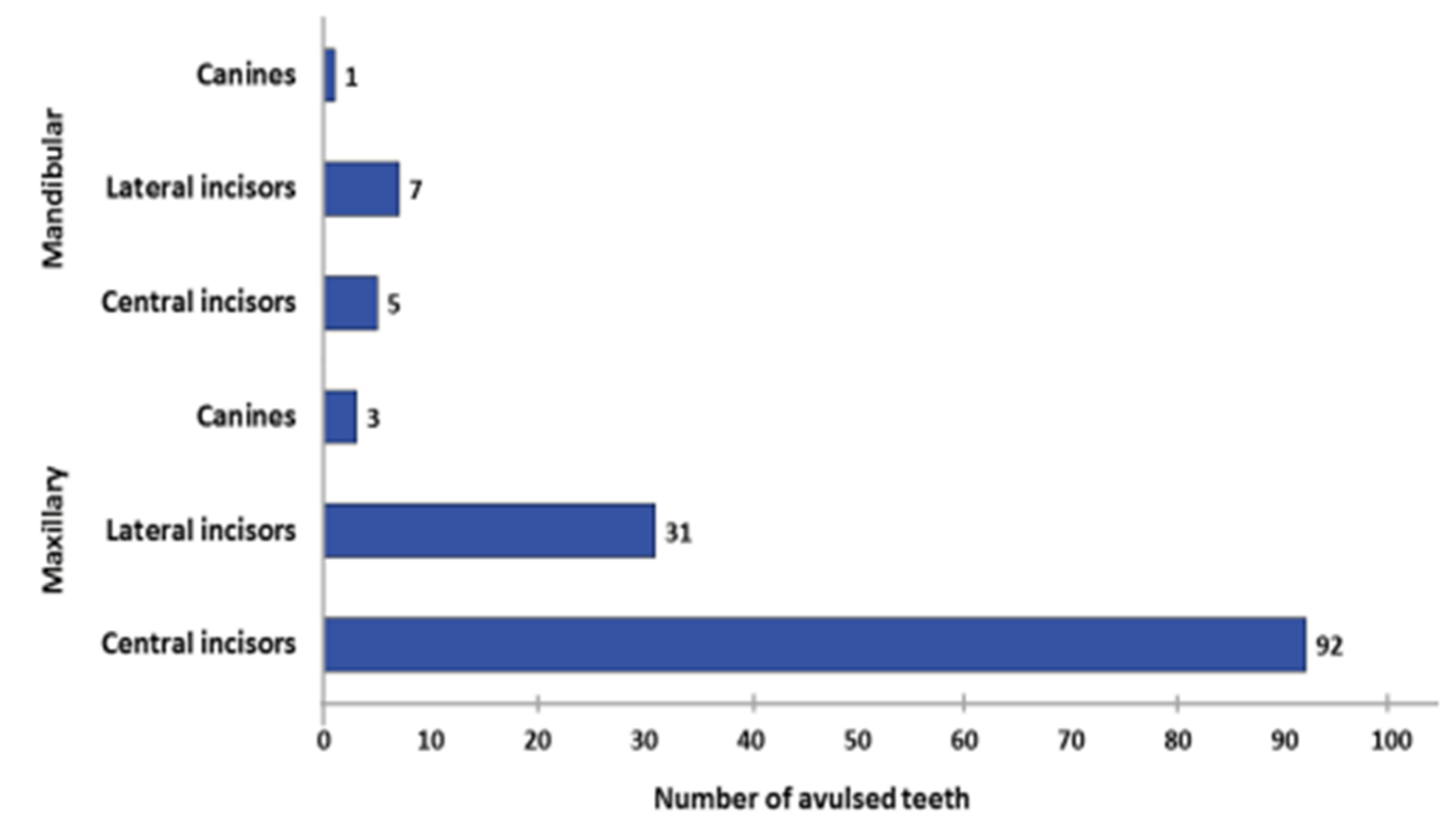


Figura 1- Porcentagem de dentes permanentes avulsionados. Mesquita GC et al. Estudo retrospectivo de 12 anos de casos de avulsão em um serviço público brasileiro de traumatismo dentário. Braz. Dente. J. [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 out 23]; 28 (6): 749-756. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-64402017000600749&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402017000600749&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701610>.

## Objetivos

Verificar o impacto da avulsão sobre o elemento dental, as causas, condutas clínicas realizadas durante o tratamento e as possíveis consequências.

## Metodologia

Este trabalho foi elaborado e desenvolvido por meio de artigos científicos e revisões bibliográficas. Utilizamos como referência base de dados como Pubmed e Scielo Brazil.

## Discussão

O tratamento de escolha em casos de avulsão ainda é o reimplante imediato, sendo que o tempo extra alveolar e o meio de conservação do elemento dental são fatores fundamentais e determinantes no prognóstico. Enquanto não ocorrer o reimplante, o dente deve ser armazenado em leite, soro fisiológico, água ou soluções especiais até a chegada do indivíduo no consultório odontológico.

Inicialmente deve ser realizada anamnese minuciosa, radiografia, inspecionar e lavar o alvéolo e o dente com soro fisiológico, em seguida o dente deve ser reimplantado com suave pressão e instalada contenção semi - rígida por duas semanas, tempo necessário para início do processo de reparo do ligamento periodontal, reparo este que poderá ocorrer nos casos onde os dentes reimplantados apresentarem ligamento periodontal remanescente na superfície radicular. O período adequado para iniciar o tratamento endodôntico é entre o 2º e o 15º dia e no máximo após a remoção da contenção.

Orientar ao paciente a não morder na região do reimplante, dieta pastosa ou líquida, prescrever antibiótico, anti-inflamatório, analgésico, cobertura antitetânica e realizar acompanhamento clínico e radiográfico por no mínimo dois anos. Já nos casos de reimplante tardio ou quando o dente não é armazenado em condições adequadas, este deverá receber antes do reimplante, intervenção endodôntica e um tratamento especial na superfície radicular. A contenção semi – rígida deverá ser de no mínimo de duas semanas.



Figura 2, 3 e 4- paciente sexo masculino, sofreu um trauma na cavidade oral avulsionando os elementos 21 e 22. Foi realizado o reimplante dental e contenção semi-rígida na clínica de urgência odontológica da Universidade de Santo Amaro Campus 1. Fotos cedidas pelo Prof. Mestre Luiz Marcos Mansi.

## Conclusão

O tempo extra alveolar e o meio de conservação são fatores determinantes no prognóstico do reimplante dental.

O uso de soluções especiais são ideais no armazenamento de dentes avulsionados, pois proporcionam a manutenção da vitalidade das células do ligamento periodontal por um maior período, entretanto o leite ainda é o meio mais acessível e indicado por apresentar baixo nível de microrganismos e manter a viabilidade das células.

Por fim o reimplante dentário deve ser o tratamento de escolha, pelo fato da manutenção do dente e fator psicológico do paciente.



Figura 5 e 6- meios de conservação. É Khinda V, Kaur G, S Brar G, Kallar S, Khurana H. Implicações clínicas e práticas dos meios de armazenamento utilizados para a avulsão dentária. Int J Clin Pediatr Dent . 2017; 10 (2): 158-165. doi: 10.5005 / jp-journals-10005-1427.

## Referências

- Adnan S., Lone MM., Khan FR., Hussain SM., Nagi SE. Qual é o meio mais recomendado para o armazenamento e transporte de dentes avulsos? Uma revisão sistemática. Dent Traumatol . 2018 ; 34 : 59 - 70 . <https://doi.org/10.1111/edt.12382>.  
Flores MT et al. Diretrizes para o gerenciamento de lesões dentárias traumáticas. II Avulsão de dentes permanentes. Dental Traumatology. 2007; 23: 130-136. doi.org/10.1111/j.1600-9657.2007.00605.x.  
É Khinda V, Kaur G, S Brar G, Kallar S, Khurana H. Implicações clínicas e práticas dos meios de armazenamento utilizados para a avulsão dentária. Int J Clin Pediatr Dent . 2017; 10 (2): 158-165. doi: 10.5005 / jp-journals-10005-1427.  
Mesquita GC et al. Estudo retrospectivo de 12 anos de casos de avulsão em um serviço público brasileiro de traumatismo dentário. Braz. Dente. J. [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 out 23]; 28 (6): 749-756. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-64402017000600749&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402017000600749&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701610>.  
Hasanuddin S, Reddy JS. Sequelas de atraso reimplante dos maxilares permanentes incisivos após avulsão : Um caso séries com 24 meses de follow-up e clínica revisão. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2018 Out-Dez; 36 (4): 410-416. doi: 10.4103 / JISPPD.JISPPD\_187\_18.  
Soares IJ, Goldberg F. Endodontia: técnicas e fundamentos. 2 ed. Porto Alegre : Artmed, 2011.  
Andreasen JO, Andreasen FM, Soares G, Boschetto C, Soares IJ. Texto e atlas colorido de traumatismo dental.3 ed. Porto Alegre: Artmed Editora,2001.