

RELATÓRIO DE UM CASO DE GRAVE DOENÇA
PERIODONTAL DESTRUTIVA
CAUSADA PELO USO DE UM ELÁSTICO
PARA FECHAR DIASTEMA

R. K. DAVIS D. D. S.

J. BAÇÃO LEAL

Profs. da E. S. M. D. Lisboa

Muitos diastemas dos incisivos centrais superiores fecham espontaneamente sem intervenção cirúrgica ou ortodôntica (1, 2, 3, 4, 5).

A cirurgia para remoção do freio labial superior está raramente indicada. Geralmente o indicado é esperar que apareçam os caninos permanentes ou, ainda melhor, até que os segundos molares permanentes superiores tenham erupcionado, o que erradicará o espaço vazio na linha média.

Geralmente o diastema entre os incisivos centrais superiores começa a fechar após a erupção dos incisivos laterais. O contacto proximal dos incisivos centrais consegue-se geralmente quando os caninos completaram a erupção. Assim, o que pode parecer ser uma anormalidade numa idade precoce, desenvolve-se até se obter um arco com correcto alinhamento quando o paciente fica mais velho. O uso de elásticos para fechar o diastema entre os incisivos centrais superiores nas crianças está assim contraindicado; em segundo lugar há sempre perigo de que o paciente se esqueça de remover o elástico e como resultado este pode gradualmente forçar o seu caminho em direcção aos ápices dos dentes. O resultado final é uma grave destruição do osso alveolar e ocasionalmente exfoliação dentária (6).

Caso clínico:

Um rapaz, de raça branca, de doze anos de idade, sob terapêutica ortodôntica, foi enviado pelo seu ortodontista

para terapêutica periodontal por causa de profundas bolsas periodontais detectadas labialmente entre ambos os incisivos centrais superiores e os incisivos laterais adjacentes.

Foi feito um exame periodontal que incluiu as histórias médica e dentária, medições e registros gráficos das bolsas periodontais com auxílio duma sonda, seguidos por um exame periapical radiográfico. A história médica do paciente era irrelevante. A história dentária começava aos 7 anos de idade quando o paciente foi tratado para fechar o espaço entre os incisivos centrais superiores. Nos três anos seguintes os pais do paciente consultaram um ortodontista por causa da aparente posição saliente dos dois incisivos centrais superiores. Este ortodontista achou que os dentes em questão estavam demasiado e gravemente atingidos por doença periodontal e recomendou extracção de ambos os incisivos centrais superiores.

Os pais não concordaram com este tratamento e consultaram outro ortodontista. Foi enquanto fazia tratamento com este segundo ortodontista que foi enviado para diagnóstico e tratamento periodontal.

A sondagem com a sonda periodontal revelou fundos de saco de 8 e 10 mm do lado labial entre os incisivos centrais e laterais e notou-se um exsudado esbranquiçado fluindo destas áreas. Fizeram-se marcações para este paciente ter instruções para controle da placa, curetagem e pulimento das raízes.

Depois de completar a terapêutica periodontal inicial, fez-se cirurgia no sextante anterior superior sob anestesia com xylocaina a 2% com epinefrina a 1/50.0(0).

Levantou-se um retalho mucoperiosteó de espessura completa por meio duma incisão intrasulcular ladeada por duas incisões verticais laterais de relaxamento nos ângulos da linha distal labial de ambos os incisivos laterais.

Foi detectado um elástico de borracha amarelo-acastanhada sobre a superfície labial das raízes dos incisivos cen-

trais, que tinham sido desnudados de três-quartos do seu suporte ósseo.

O elástico foi cortado e removido, seguindo-se a cuidadosa remoção de todo o tecido de granulação na área. O retalho foi repostado na posição correcta com seda 4 "0" numa sutura simples contínua (Laxa) e a ferida foi coberta com penso periodontal sem eugenol. Foram dadas instruções post operatórias ao paciente e foi colocado sob medicação antibiótica com 250 mgs de fenoximetil penicilina oral 4 vezes por dia durante sete dias, sendo-lhe recomendado voltar após uma semana para remoção do penso e sutura.

O post-operatório decorreu normalmente também depois da remoção do penso e sutura e o paciente foi colocado num esquema de revisão periódica de três meses.

A gengiva está agora normal em contorno, tónus e côr. O paciente não teve posteriormente episódios de dor, edema ou exsudação e os dentes estão firmes, com bolsas residuais com a profundidade de 4 mm.

Depois da terapêutica cirúrgica, a mãe do paciente recordou-se de que o seu filho tinha utilizado elástico de borracha para tentar fechar o espaço entre os dentes centrais superiores. Disse depois que durante os últimos cinco anos o paciente tinha sofrido de episódios periódicos de inchaço e exsudação naquela área, acompanhados por temperaturas orais elevadas que requeriam terapêutica antibiótica.

Sumário e Conclusão

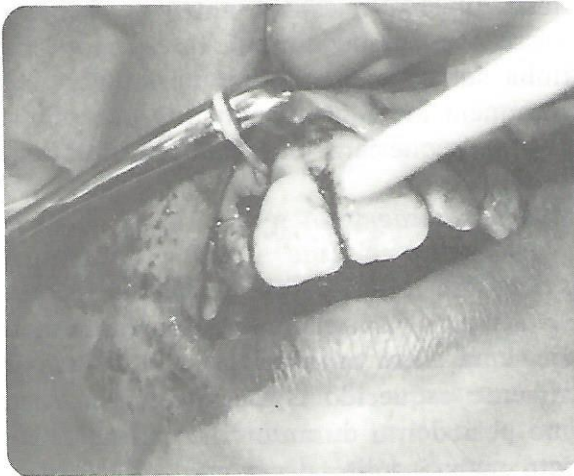
Foi apresentado um caso de grave doença destrutiva periodontal causada por um elástico de borracha usado para fechar um diastema entre os incisivos centrais superiores, e que foi finalmente esquecido e foi ficando cada vez mais submergido no periodonto durante cinco anos.

O aspecto mais insólito deste caso é a presença dum elástico de borracha no periodonto durante um período de

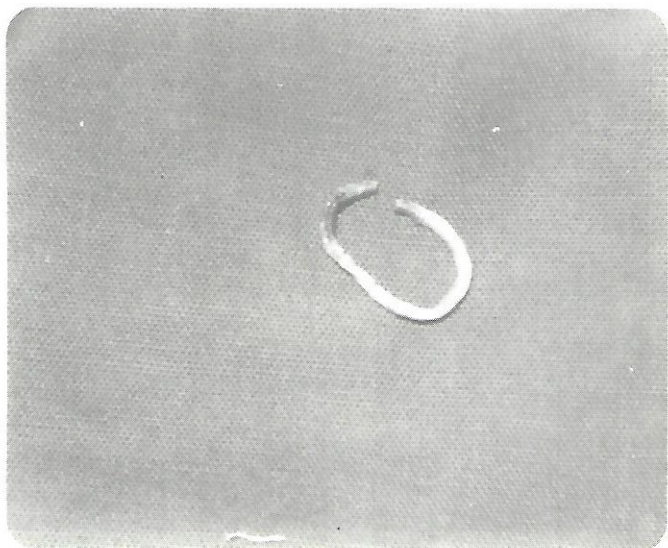
cinco anos. A única conclusão lógica é que os elásticos nunca devem ser utilizados para eliminar diastemas pela possibilidade de virem a causar grave destruição dos tecidos periodontais e mesmo perda de dentes.



1 — Estado pré-operatório. Bolsas periodontais com 8 e 10 mm de profundidade entre ambos os incisivos centrais e laterais



2 — Elástico detectado durante a cirurgia



3 — Elástico cortado e removido



4 — Re:alho levantado para revelar a grave destruição óssea



5 — Retalho recolocado e suturado



6 — Três meses depois da operação: os dentes estão imóveis e há bolsas residuais com a profundidade de 4 mm

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ceremello, P. J., The superior labial frenum and its orthodontic considerations. *Am. J. Orthodont.* 39: 120, 1953.
- 2) Curran, M. — Superior labial frenectomy *J. A. D. A.*, 41: 419, 1950.
- 3) Dewel, B. F. — The labial frenum, midline diastema and palatine papilla; a clinical analysis. *Dent. Clin. North Am.* p. 175, 1966.
- 4) Dewel, B. F. — The normal and the abnormal labial frenum: Clinical differentiation *J.A.D.A.*, 33, 318: 1946.
- 5) Gibbs, S. L. — The superior labial frenum and its orthodontic considerations. *N. Y. State Dent. J.* 34: 550, 1968.
- 6) Baer, P. N. and Benjamin, A. D. — *Periodontal Disease in children and adolescents*, p. 124, Philadelphia. J. B. Lippincott Co, 1974.