

## Alveólise em dente decíduo- relato de caso

*Flavia Carolina De Camargo,<sup>1</sup>  
José Carlos P. Imparato,<sup>2</sup>  
Karla Mayra Pinto e Carvalho Rezende.<sup>3</sup>*

### Resumo

A alveólise é um condição não muito frequente e assintomática. Ocorre quando a raiz do dente torna-se suscetível à presença de biofilme e formação de cálculos, impedindo o processo de cicatrização espontânea da lesão, causando inflamação e irritação da mucosa circundante. As principais causas da alveólise são a cárie dentária e o trauma dentoalveolar. O tratamento da alveólise, geralmente é a exodontia do elemento dentário afetado. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de uma

criança do gênero feminino, de 5 anos de idade, que apresentou alveólise no elemento dentário 51, o qual foi extraído e apresentou processo de cicatrização normal com irrompimento do elemento 11 sem alterações. Cabe ao cirurgião-dentista a busca pelas informações sobre essa patologia, sabendo identificá-la e trata-la precocemente, para melhorar significativamente a qualidade de vida da criança.

**Palavras chaves:** Cirurgia Bucal, Criança, Alvéolo Dental.

<sup>1</sup> Especialista en Odontopediatría. Universidad São Leopoldo Mandic. São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Prof. Libre Docente Odontopediatría-FOUISP. Profesor Curso Especialización en Odontopediatría-FFO-USP. Coordinador del Curso de Postgrado en Odontopediatría São Leopoldo Mandic. São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> PhD Odontopediatría-FOUISP. Profesora de Postgrado en Odontopediatría São Leopoldo Mandic, FFO-USP, Unimes. São Paulo, Brasil.

Caso clínico

## Alveólise de diente primário – relato del caso.

### Resumen

La alveolisis es una condición no muy frecuente y asintomática. Se produce cuando la raíz del diente se vuelve susceptible a la presencia de biofilm y la formación de cálculos, impidiendo el proceso de cicatrización espontánea de la lesión, causando inflamación e irritación de la mucosa circundante. Las principales causas de la alveolisis son la caries dental y el trauma dentoalveolar. El tratamiento de la alveolisis, generalmente se indica la exodoncia inmediata. El presente trabajo tiene como objetivo presentar un relato de

caso de un niño del género femenino, de 5 años de edad, que presentó alveolisis en el elemento dental 51, el cual fue extraído y presentó proceso de cicatrización normal con irrompimiento del elemento 11 sin alteraciones. Es el cirujano dentista la búsqueda de información sobre esta patología, sabiendo identificarla y tratarla precozmente, para mejorar significativamente la calidad de vida del niño.

**Palabras clave:** Cirugía Bucal; infantil; Alvéolo Dental.

Case report

## Alveolysis in deciduous tooth - case report

### Abstract

Alveolysis is a condition not very frequent and asymptomatic. It occurs when the root of the tooth becomes susceptible to the presence of biofilm and formation of calculi, preventing the process of spontaneous wound healing, causing inflammation and irritation of the surrounding mucosa. The main causes of alveolysis are dental caries and dentoalveolar trauma. In the treatment of alveolysis, immediate exodontia is usually indicated. The

present study aims to present a case report of a 5 - year - old female child with alveolysis in the dental element 51, which was extracted and showed a normal healing process with eruption of element 11 without alterations. It is up to the dentist to search for information about this pathology, knowing how to identify it and treat it early to significantly improve the child's quality of life.

**Key words:** Surgery, Oral; Child; Tooth Socket.

## Introdução

Lesões cariosas e traumatismos são fatores etiológicos que podem resultar em processos infecciosos graves. A disseminação da infecção pulpar de um dente decíduo para região perirradicular pode levar a processo patológico. Uma das consequências da infecção periapical é a reabsorção do osso alveolar em torno de um ou mais dentes, com exposição do ápice radicular na cavidade oral, sem que ocorra a reabsorção radicular. Essa condição é nomeada como alveólise<sup>1,2,3</sup>/fenestração apical ou deiscência.<sup>4,5,6,7,8</sup> Ocorre quando a raiz do dente torna suscetível à presença de biofilme e formação de cálculos, impedindo o processo de cicatrização espontânea da lesão, causando inflamação e irritação da mucosa circundante.<sup>7,8</sup> No caso de fenestração apical ou deiscência, parcial ou total. Na fenestração apical acontece exposição da porção apical da raiz dentária na cavidade oral. Na deiscência ocorre exposição da superfície radicular, inicialmente, da porção cervical (deiscência parcial), podendo evoluir em direção apical (deiscência total). Assim, o tratamento para alveólise depende da sua classificação clínica e comprometimento dos tecidos de sustentação. Para fenestração apical e deiscência total se indica a exodontia do dente envolvido. A escolha da exodontia é porque remove o foco do processo inflamatório bem como protege o sucessor permanente de possíveis danos.<sup>3-5,7-10</sup> Para a deiscência parcial, geralmente, é realizado o acompanhamento clínico e radiográfico, mas dependendo da gravidade pode ser indicada a exodontia.<sup>12</sup> Em relação à ferida gengival e ao tecido reacional hiperplásico associado à lesão, geralmente, regredem e desaparecem espontaneamente, após a exodontia do(s) dente(s) envolvido(s).<sup>13</sup> Os primeiros casos foram descritos por Menendez<sup>9</sup> e Serrano.<sup>10</sup> Otto Menendez,<sup>9</sup>

do Guatemala, foi o primeiro autor a publicar sobre alveólise em dentes decíduos, sendo que o mesmo definiu essa condição como “fenestração em raiz de dente decíduo”. Em 1972 José Serrano,<sup>10</sup> do Equador descreveu quatro casos clínicos de alveólise, denominando esta patologia com “fenestração patológico gengivo-óssea”. Triches *et al.*<sup>8</sup> descreveu que a prevalência desta condição varia de 7,5 a 20%, sendo mais freqüente na região anterior da maxila e da mandíbula, quase exclusivamente na superfície vestibular.

A prevalência epidemiológica observada Kimura *et al.*,<sup>3</sup> no arquivo do Centro de Pesquisa e atendimento de traumatismo em dentes decíduos na disciplina de odontopediatria da FOUNSP verificou que a alveólise, equivale a 2,4% da amostra, em incisivos superiores, sendo que 89% eram incisivos centrais. Houve predileção pelo gênero masculino e a maior parte das crianças possuía idade inferior a 4 anos de idade.

Campos *et al.*,<sup>11</sup> realizaram uma pesquisa com 483 crianças atendidas devido a trauma dentoalveolar a disciplina de odontopediatria da UERJ, sendo encontrada uma incidência de 1% de alveólise. Clinicamente, a área ao redor da mucosa fenestrada pode ser acompanhado por ulcerações e até mesmo hiperplasias. As lesões podem ser únicas ou múltiplas e comprimento de raiz fenestradas pode ser de até 6 mm e até mesmo toda a raiz.<sup>4,5</sup>

Os principais fatores etiológicos da alveólise são a alteração no processo de reabsorção do dente decíduo, devido à não funcionalidade do dente em questão destruição coronária ou a perda de vitalidade dos decíduos decorrentes de processos periapicais que destroem o osso alveolar e mucosa gengival. Outro

fator enumerado é a potencial pressão provocada pelas forças eruptivas exercidas pelo dente permanente no dente decíduo sem reabsorver a raiz. A laceração radicular, embora não seja comum em dentes decíduos, também tem sido descrito como uma causa de alveólise.<sup>4</sup> Outras condições para ocorrência de alveólise são decorrentes de dentes decíduos destruídos por cárie, trauma ou desgaste, reabsorção radicular patológica ou dilaceração. Raiz proeminente, anomalias de desenvolvimento, doenças periodontais, patogênese periapical crônica, movimento dentário ortodôntico, má posição dos dentes ou fortes forças oclusais. Também foram citados como possíveis etiologias.<sup>7</sup>

## Relato de Caso

**Considerações Éticas:** Toda a descrição deste relato de caso está baseada nas diretrizes do CARE guideline. O Comitê de Ética da Faculdade São Leopoldo Mandic, instituição na qual o paciente foi atendido, dispensa a submissão para aprovação por tratar-se de pesquisa de caso clínico (anexo).

Paciente, sexo feminino, 05 anos de idade, compareceu a clínica de Odontopediatria acompanhada pela mãe, com a queixa principal da presença de um “machucado” na boca da criança.

Durante a anamnese a mãe relatou ter levado a criança para iniciar o tratamento no serviço público, porém a criança não colaborava e foi encaminhada para uma Universidade para que o tratamento pudesse ser feito sob sedação. O tratamento então, realizado no serviço foi prescrever uma pomada a base de Lidocaína 50

mg/g até ser chamada no atendimento na Universidade. A mãe foi orientada a passar 3 vezes ao dia a pomada Lidopass® na região “machucada”.

Para exame clínico extra e intrabucal a paciente apresentava bastante resistente e temorosa. Não foi possível realizar exame radiográfico inicial. Para começar o tratamento foi utilizado 2 formas de abordagem comportamental, a primeira foi falar-mostrar e fazer e respeitando os limites da criança até ela se sentir segura e depois usando o recurso de distração, com ajuda de tablet no qual passava desenhos animados.

Ao exame clínico verificou-se presença de lesões cariosas extensas com destruição coronária total nos elementos anterossuperiores. Mãe negou traumatismo dentoalveolar prévio. No elemento 51 notou-se perfuração do osso vestibular e mucosa próximo ao ápice dentário, com sinais de flogísticos ao redor na fenestração, além de úlcera em fundo de sulco (Figura 1). Conforme relatado na anamnese, a criança apresentava sintomatologia dolorosa a vários dias que não cessava com o uso de medicações analgésicas.

O tratamento proposto no dente 51 foi a exodontia do incisivo central superior direito, realizada na mesma sessão, devido ao quadro sintomático da paciente. A exodontia foi realizada sob anestesia local, sem intercorrências.

Após trinta dias da exodontia de emergência a paciente retornou para consulta, e verificou-se a processo de cicatrização da úlcera e da exodontia dentro da normalidade (Figura 2). O exame radiográfico periapical demonstrou ausência de anormalidades (Figura 3). Houve melhora significativa da qualidade de vida da criança. Sobre



**Figura 1.** Perfuração do osso vestibular e mucosa próximo ao ápice do dente 51, com sinais de flogísticos ao redor na fenestração, além de úlcera em fundo de sulco. Nota-se higiene bucal precária e destruição coronária total por cárie dentária dos elementos antero-superiores.

o histórico alimentar, de acordo com a mãe, a criança fez uso de mamadeira com conteúdos açucarados até os 3 anos e meio, principalmente no período da noite. Já a saúde geral, apresentava baixo peso e baixa estatura para a idade, a mãe procurou um médico pediatra, não sendo encontrado nenhum problema sistêmico. Além disso, a mãe mencionou que sua filha quase não se alimentava, rejeitava alimentos sólidos e nos últimos meses estava comendo apenas alimentos batidos no liquidificador.



**Figura 3.** Exame radiográfico periapical. Observa-se cicatrização normal na região do dente 51.

Após 90 dias da primeira consulta a paciente retornou mais colaboradora, aceitando o tratamento, com boa cicatrização e sinais clínicos do dente 11 irrompendo (Figura 4). O exame radiográfico final foi realizado no qual observou tecido ósseo dentro da normalidade. A mãe da paciente relatou que após o procedimento ela começou a se alimentar melhor, ganhou peso, mais ativa e animada, e passou a se alimentar com alimentos de consistência normal, não necessitando mais triturar os alimentos até ficar com consistência pastosa. O tratamento restaurador foi realizado criando um impacto positivo na qualidade de vida da criança e da família.



**Figura 2.** Aspecto após 30 dias de exodontia, demonstrando processo cicatricial dentro da normalidade



**Figura 4.** Após 90 dias, tecidos reparados e dente 11 em irrompimento sem alterações.

## Discussão

A cárie dentária é um problema de saúde pública, onde evidencia-se que mesmo com a intensificação das práticas preventivas, muitas crianças apresentam infecções e outras complicações da doença. O caso aqui descrito é a ocorrência de alveólise no dente 51 ocasionada por cárie dentária, concordando com a literatura, no qual menciona que cárie dentária<sup>4-6,9,10</sup> e o traumatismo dentário<sup>2-6,9-11</sup> são as principais causas de alveólise.

Alveólise em dentes deciduos não tem uma ocorrência frequente, mas ainda sim significativa. Os primeiros casos foram descritos por Menedez<sup>9</sup> e Serrano,<sup>10</sup> sendo denominados inicialmente como “fenestração em raiz”. Em um levantamento epidemiológico do Centro de Traumas da FOUSP, Kimura *et al.*,<sup>3</sup> encontrou uma frequência de 2,4% de alveólise em 2616 prontuários de crianças que sofreram trauma dentoalveolar e Campos *et al.*<sup>11</sup> encontrou 1% de frequência em 483 crianças. Como no caso clínico apresentado, a faixa etária de maior acometimento é a dos 5 anos de idade, que vai de acordo com Menendez<sup>9</sup> e Aguilló-Munhoz.<sup>4</sup> Apresenta como sinal patognomônico a exposição parcial ou total da raiz dentária na cavidade oral, sem evidências de reabsorção radicular, sinal observado no quadro clínico da criança, fechando o diagnóstico e a conduta no caso aqui descrito. Porém, quando a mãe procurou um outro serviço, o cirurgião dentista apenas prescreveu uma pomada para a sintomatologia dolorosa. A pomada em questão tinha princípio ativo de lidocaína um anestésico local e causa perda temporária de sensação na área

onde foi aplicada durante um mês, de acordo com as orientações recebida no primeiro atendimento. Porém a criança não apresentava nenhuma sintomatologia no local, não havendo necessidade de aplicação de pomada anestésica. Nos casos de alveólise, indica a exodontia cuidadosa, evitando a fratura da raiz.<sup>3-5,7,8</sup> Corroborando com a literatura, após a exodontia do elemento com alveólise a paciente apresentou cicatrização normal com irrompimento do permanente sem alterações. Apenas dois casos de anormalidades após a exodontia foram citados na literatura por Aguillón e Bagan<sup>4</sup> onde desenvolveu-se um granuloma piogênico.

A remoção cirúrgica do dente 51 ocorreu sem problema, e a cicatrização também foi boa, sem necessidade de terapia medicamentosa no pós operatório.

O conhecimento dessa patologia é extremamente importante para que possa tratar o paciente da melhor e eficaz forma. Um dos problemas é ficar esfregando o local com dedo,<sup>7</sup> por que mesmo que essa patologia seja assintomática, como citado por Triches *et al.*<sup>8</sup> ela pode estar associada a um processo infeccioso, gerando dor e desconforto para a criança, afetando significativamente a qualidade de vida da mesma. Portanto, cabe a nós, odontopediatras, conhecer os diversos tipos de doenças bucais e maxilofaciais para realizar um diagnóstico interdisciplinar e elaborar um plano de tratamento personalizado à cada criança e sempre avaliar 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.

## Conclusão

O diagnóstico correto da alveólise é primordial para o tratamento precoce e melhora da qualidade de vida da criança.

O tratamento, no caso apresentado, seguiu as recomendações da literatura, no qual preconizou a exodontia do dente envolvido iniciando o tratamento de saúde bucal devolvendo qualidade de vida da criança

## Referências Bibliográficas

1. Perez NDC, Diniz, MB, Paula ABD, Lima LM, Santos-Pinto AM. 144-Alveólise: uma realidade sem evidências em odontopediatria. Revista de Odontologia da UNESP 2005, 34 (Especial).
2. Wanderley MT, Weffort ICC, Kimura, JS, Carvalho PD. Traumatismos nos dentes deciduos: entendendo sua complexidade. Revista da Associacao Paulista de Cirurgioes Dentistas 2014; 68(3), 194-200.
3. Kimura JS. Alveólise em incisivos deciduos traumatizados: série de casos. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
4. Aguilló-Munhoz L. Fenestration apical posttraumatica: factores etiopatogenicos comunes. RCOE 2002; 7(5):523-521.
5. Aguilló L, Bagan JV. Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration of a primary tooth. The Journal of the American Dental Association 2002; 133(5), 599-602.
6. Chen G, Fang CT, Tong, C. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. International endodontic journal 2009; 42(2), 156-164.
7. Jhaveri HM, Amberkar S, Galav L, Deshmukh VL, Aggarwal S. Management of mucosal fenestrations by interdisciplinary approach: a report of three cases. Journal of endodontics 2010; 36(1), 164-168.
8. Triches, T. C., Paula, L. K., & Bolan, M. Apical fenestration and ectopic eruption—effects from trauma to primary tooth: a clinical case report. Dental Traumatology 2010; 27(1), 74-76.
9. Menéndez OR. Bone fenestration by roots of deciduous teeth. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1967; 24(5), 654-658.
10. Serrano J. Abbreviated case report: Gingivo-osseous pathologic fenestration. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1971; 32(5), 697-700.
11. Campos V, Lenzi MM, Marçal SLM, Andrade MRTC, Marsillac MDWS. Traumatismo nos dentes deciduos 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 2017; (22), 46-60
12. Abhinav, Chaubey KK, Agarwal S, Agarwal M. Multidisciplinary management of mucosal fenestration. Indian J Oral Sci 2014; 5(1):44-46.
13. Tseng CC, Chen YH, Huang CC, Bowers GM. Correction of a large periradicular lesion and mucosal defect using combined endodontic and periodontal therapy: a case report. Int J Periodontics Restorative Dent 1995; 15(4):377-383.

---

Recibido: 21/03/2019

Aceptado: 30/04/2019

Correspondencia: Karla Mayra Pinto e Carvalho Rezende, correo: Karla.rezende@usp.br