
Entre a dor e a mutilação: abordagem multiprofissional em paciente com histórico de extrações dentárias autoinfligidas

Between pain and mutilation: a multidisciplinary approach to a patient with a history of self-inflicted tooth extractions

Caio Henrique Carvalho Callegarim

Debora Helena da Silva Viana

Flávia Foggiatto de Souza

Gabriele Ullmann Callegarim

E-mail: gabrieleullmann12@gmail.com

Centro Universitário Unicuritiba

Como citar: Callegarim CHC, Viana DHS, Souza FF, Callegarim GU. Entre a dor e a mutilação: abordagem multiprofissional em paciente com histórico de extrações dentárias autoinfligidas. Revista Clínica de Odontologia. 2026;8(1):164-183.

RESUMO

A autoextração dentária associada à ausência de acompanhamento odontológico pode contribuir para agravamento progressivo das condições bucais e comprometimento funcional do paciente. Este relato de caso teve como objetivo descrever o tratamento clínico de um paciente com comprometimento severo da saúde bucal, associado à presença de múltiplos remanescentes radiculares, histórico de autoextração dentária e fatores de vulnerabilidade social. Paciente do sexo masculino, 39 anos, compareceu à clínica odontológica apresentando dor persistente, dificuldade mastigatória, perdas dentárias extensas e múltiplos focos infecciosos. Inicialmente, foram realizadas medidas de adequação do meio bucal, incluindo profilaxia e raspagem periodontal. Posteriormente, o tratamento foi conduzido por meio de exodontias seriadas em diferentes sessões clínicas. Durante o acompanhamento, observou-se adequada cicatrização tecidual, ausência de sinais infecciosos e melhora das condições bucais após remoção dos focos infecciosos. O caso evidencia a importância da adequação do meio bucal e da intervenção cirúrgica no manejo odontológico de pacientes com comprometimento bucal severo e fatores de vulnerabilidade associados, contribuindo para melhora das condições de saúde oral.

Palavras-chave: Autoextração dentária. Exodontia. Saúde bucal. Vulnerabilidade social. Adequação do meio bucal.

ABSTRACT

Dental self-extraction associated with the absence of dental care may contribute to the progressive worsening of oral conditions and functional impairment. This case report aimed to describe the clinical treatment of a patient with severe oral health impairment associated with multiple

residual roots, history of dental self-extraction, and social vulnerability factors. A 39-year-old male patient attended the dental clinic presenting persistent pain, masticatory difficulty, extensive tooth loss, and multiple infectious foci. Initially, oral environment adequacy procedures were performed, including prophylaxis and periodontal scaling. Subsequently, treatment was conducted through serial tooth extractions performed in different clinical sessions. During follow-up, adequate tissue healing, absence of infectious signs, and improvement of oral conditions after removal of infectious foci were observed. The case highlights the importance of oral environment adequacy and surgical intervention in the dental management of patients with severe oral impairment and associated vulnerability factors, contributing to the improvement of oral health conditions.

Keywords: Dental self-extraction. Tooth extraction. Oral health. Social vulnerability. Oral environment adequacy.

INTRODUÇÃO

Comportamentos autolesivos envolvendo estruturas da cavidade oral, especialmente aqueles relacionados à remoção de elementos dentários pelo próprio indivíduo, podem surgir como resposta a quadros de dor intensa e contínua. Tais manifestações frequentemente estão associadas a fatores emocionais, ao consumo de substâncias psicoativas e às dificuldades de acesso a serviços odontológicos adequados. Nesse cenário, a dor orofacial assume papel central, uma vez que representa condição frequentemente observada na prática clínica e capaz de produzir repercussões importantes na vida dos pacientes, abrangendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais (GILBERT; DUNCAN; EARLS, 1998).

Além de seu impacto clínico, a dor orofacial é considerada um relevante problema de saúde pública. Sua presença pode comprometer funções essenciais, como mastigação, alimentação e comunicação, bem como desencadear sofrimento físico e emocional significativo. A gravidade dessa condição tende a ser ampliada em indivíduos em situação de vulnerabilidade social e com histórico de uso de drogas ilícitas, devido às barreiras no acesso aos serviços de saúde e à maior propensão ao agravamento das condições bucais. Nesses contextos, a inexistência de tratamento adequado para o controle da dor pode levar à adoção de medidas extremas, incluindo a autoextração dentária como

tentativa de alívio sintomatológico (GILBERT; DUNCAN; EARLS, 1998; TEOTÔNIO *et al.*, 2021).

Estudos recentes indicam que a dor orofacial apresenta origem multifatorial, resultando da interação entre fatores biológicos, emocionais e contextuais. Embora a autoextração dentária seja considerada um evento relativamente incomum, ela tem sido descrita na literatura como uma consequência possível da combinação entre dor persistente e ausência de assistência odontológica efetiva. Apesar do avanço no entendimento dos mecanismos relacionados à dor orofacial e às práticas autolesivas da cavidade oral, ainda persistem lacunas científicas quanto ao manejo terapêutico de pacientes que realizam autoextrações, especialmente em situações marcadas por vulnerabilidade social e histórico de uso de substâncias ilícitas (GILBERT; DUNCAN; EARLS, 1998).

Dados epidemiológicos demonstram que parcela expressiva das perdas dentárias ocorre fora do ambiente assistencial, sendo a maioria desses episódios decorrente de autoextrações realizadas pelos próprios pacientes. Além disso, observa-se que grande parte das publicações disponíveis se concentra na descrição etiológica e clínica dos casos, havendo menor aprofundamento em relação às estratégias de manejo clínico e à necessidade de uma abordagem multiprofissional direcionada a esses indivíduos (GILBERT; DUNCAN; EARLS, 1998).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de automutilação dentária em paciente com comprometimento severo da saúde bucal associado a fatores biopsicossociais, enfatizando o bruxismo e a deficiência de higiene bucal como possíveis fatores desencadeantes para o desenvolvimento de comportamentos autolesivos.

METODOLOGIA

A presente investigação caracteriza-se como um estudo descritivo, desenvolvido sob a modalidade de relato de caso clínico e fundamentado em uma abordagem qualitativa. Sua elaboração ocorreu a partir do acompanhamento e da análise de um atendimento odontológico realizado na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Curitiba (UNICURITIBA), ambiente que possibilitou a observação detalhada das condições clínicas, do planejamento terapêutico adotado e da evolução do caso.

A condução do estudo seguiu rigorosamente os preceitos éticos aplicáveis à pesquisa e à divulgação de informações clínicas. Nesse sentido, o paciente manifestou concordância quanto à utilização dos dados obtidos durante o atendimento, bem como dos registros fotográficos e demais informações pertinentes ao caso, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando sua utilização para fins acadêmicos e científicos.

Adicionalmente, foram asseguradas todas as medidas necessárias à proteção da privacidade do participante, incluindo a manutenção do sigilo das informações, a confidencialidade dos dados coletados e a preservação integral de sua identidade. Considerando que o presente trabalho consiste em um relato de caso clínico sem intervenção experimental e elaborado de acordo com as diretrizes institucionais vigentes, não se fez necessária sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente T.L., sexo masculino, 39 anos de idade, com antecedente de uso de substâncias psicoativas, incluindo cocaína, e histórico de cessação recente do hábito tabagista, procurou atendimento odontológico relatando dor dentária, episódios inflamatórios recorrentes, limitação mastigatória, comprometimento estético e desejo de reabilitação protética.

Durante a anamnese, o paciente informou histórico prolongado de dor odontogênica associada à presença de remanescentes radiculares e processos infecciosos distribuídos em diferentes regiões da cavidade bucal. Ademais, referiu recorrência de quadros inflamatórios, prejuízo funcional e dificuldade durante a mastigação. O paciente relatou ainda que, em determinadas ocasiões, realizou autoextrações dentárias em ambiente domiciliar na tentativa de minimizar os sintomas dolorosos. Verificou-se ausência de acompanhamento odontológico regular ao longo dos anos, condição associada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além de relato prévio de vivência em situação de rua. Em relação ao histórico médico, destacou-se antecedente de uso de cocaína e interrupção recente do tabagismo, não sendo identificadas alterações sistêmicas relevantes no momento da avaliação clínica. O paciente também informou não realizar uso contínuo de medicações.

Ao exame clínico extraoral, não foram observadas alterações expressivas, assimetrias faciais ou sinais compatíveis com infecção ativa. Por outro lado, o exame intraoral evidenciou comprometimento acentuado da saúde bucal, caracterizado pela presença de múltiplos remanescentes radiculares em maxila e mandíbula, extensa destruição coronária, acúmulo significativo de biofilme dentário e diversos focos infecciosos. Observou-se, adicionalmente, quadro de edentulismo parcial, associado a prejuízos funcionais e estéticos (Figuras 1, 2 e 3). Durante a avaliação clínica, verificou-se ainda que um dos elementos dentários apresentava pino de fibra de carbono recolocado pelo próprio paciente por meio de adesivo instantâneo à base de cianoacrilato, procedimento inadequado para uso odontológico. O exame clínico revelou fratura radicular extensa e comprometimento severo da estrutura remanescente, impossibilitando sua manutenção e indicando a necessidade de exodontia.

Diante do quadro clínico apresentado, foi indicada a exodontia dos elementos dentários 11, 12, 13, 16, 25, 34, 35, 36, 37 e 47, em virtude do prognóstico desfavorável. Além disso, propôs-se a adequação do meio bucal por meio da

remoção dos focos infecciosos, controle dos processos inflamatórios e preparo das estruturas orais para posterior reabilitação protética.



Figura 1: Aspecto clínico inicial da cavidade oral antes do tratamento.



Figura 2: Aspecto clínico inicial da arcada superior, evidenciando a presença de remanescentes radiculares.



Figura 3: Aspecto clínico inicial da arcada inferior, evidenciando remanescentes radiculares e acúmulo significativo de cálculo dentário na região anterior.



Figura 4: Radiografia panorâmica inicial.

Com a finalidade de complementar a avaliação diagnóstica, foram solicitados exames de imagem, incluindo radiografia panorâmica (Figura 4) e

radiografias periapicais de áreas específicas da cavidade oral. A análise radiográfica evidenciou quadro de edentulismo parcial, associado à presença de múltiplos remanescentes radiculares distribuídos em maxila e mandíbula. Além disso, observaram-se elementos dentários com extensa destruição coronária e prognóstico clínico desfavorável.

Os exames também demonstraram perdas dentárias anteriores e comprometimento significativo das estruturas remanescentes, achados compatíveis com as alterações identificadas durante o exame clínico intraoral.

Com base nos dados obtidos na anamnese, no exame clínico e nos exames radiográficos, estabeleceu-se o diagnóstico de comprometimento severo da saúde bucal, associado a perdas dentárias extensas com presença de remanescentes radiculares, focos infecciosos e histórico de automutilação dentária. Como diagnóstico diferencial, considerou-se a possibilidade de manutenção de elementos dentários por meio de tratamento restaurador e/ou endodôntico. No entanto, tal abordagem foi descartada devido ao grau avançado de destruição coronária, à presença de raízes residuais sem possibilidade de recuperação e ao comprometimento geral das estruturas dentárias remanescentes, o que inviabilizou a manutenção dos elementos. Dessa forma, a conduta de exodontias múltiplas seguidas de reabilitação protética foi considerada a abordagem mais adequada para o caso.

O plano de tratamento foi elaborado com o objetivo de promover a adequação do meio bucal por meio de profilaxia, raspagem periodontal, remoção de focos infecciosos e exodontia dos elementos com prognóstico desfavorável, possibilitando a reabilitação protética posteriormente. Considerando a condição clínica apresentada, optou-se pela realização de exodontias dos elementos 11, 12, 13, 16, 25, 34, 35, 36, 37 e 47 em sessões sequenciais, respeitando a complexidade de cada procedimento e a tolerância do paciente. A conduta terapêutica priorizou o controle da dor, a preservação dos tecidos remanescentes e a preparação do

rebordo alveolar para futura reabilitação por meio de prótese parcial removível (PPR), visando restabelecer função mastigatória, estética e qualidade de vida.

Previamente aos procedimentos cirúrgicos, foram realizadas medidas de adequação do meio bucal, incluindo profilaxia e raspagem periodontal, com o objetivo de reduzir o acúmulo de biofilme e cálculo dentário, controlar processos inflamatórios e promover melhores condições de saúde oral para execução das etapas cirúrgicas subsequentes. Além disso, foram fornecidas orientações de higiene bucal e acompanhamento clínico durante o decorrer do tratamento.

Os procedimentos clínicos foram realizados em duas etapas principais, sendo inicialmente conduzida a fase preventiva e periodontal, seguida da etapa cirúrgica. A fase cirúrgica foi realizada em sete sessões clínicas, sob anestesia local, respeitando a complexidade de cada elemento e a tolerância do paciente. Em todos os atendimentos, foram adotados protocolos de biossegurança, antissepsia, anestesia com cloridrato de articaína 4% associado à epinefrina 1:100.000, descolamento dos tecidos moles quando indicado, sindesmotomia, luxação, remoção dos elementos ou remanescentes radiculares, irrigação com soro fisiológico estéril, inspeção do alvéolo pós-exodontia e sutura quando necessária.

Na primeira sessão, foi realizada a exodontia do elemento 25, utilizando agulha curta e anestesia do nervo alveolar superior médio, complementada por técnica infiltrativa vestibular e palatina. Após anestesia, realizou-se descolamento com descolador de Molt e sindesmotomia, seguida de luxação e remoção com alavanca reta. Devido à presença de lesão periapical associada ao elemento, foi realizada curetagem do alvéolo com remoção do tecido de granulação remanescente. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática no alvéolo, procedendo-se à sutura da região em ponto simples.

Na segunda sessão, foram realizadas as exodontias dos elementos 34 e 35. Utilizou-se agulha longa, com bloqueio do nervo alveolar inferior e anestesia infiltrativa complementar. Foi realizada incisão com lâmina nº 15, seguida de

descolamento mucoperiosteal com descolador de Molt e sindesmótomo. Devido à complexidade cirúrgica, procedeu-se à odontosecção e osteotomia com broca Zecrya, seguida de luxação com alavanca reta e alavanca tipo bandeirinha, finalizando a remoção com fórceps nº 69 (Figura 5). Devido à presença de lesão periapical associada ao elemento 35, foi realizada curetagem do alvéolo. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática no alvéolo, procedendo-se à sutura da região em pontos simples e em X.



Figura 5: Remanescentes radiculares removidos durante os procedimentos cirúrgicos de exodontia.

Na terceira sessão, realizou-se a exodontia do elemento 47, sob anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior com agulha longa. Após descolamento com descolador de Molt, utilizou-se alavanca tipo bandeirinha para luxação e remoção do remanescente. Devido à presença de lesão periapical associada ao elemento, foi realizada curetagem do alvéolo. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática no alvéolo, procedendo-se à sutura da região. Foi informado posteriormente que o próprio paciente realizou a remoção dos pontos em ambiente domiciliar.

Na quarta sessão, foi realizada a exodontia do elemento 37, utilizando agulha longa, bloqueio do nervo alveolar inferior e técnica infiltrativa complementar (Figura 6). Realizou-se incisão com lâmina nº 15, descolamento com descolador de Molt e sindesmótomo (Figura 7), odontosecção e osteotomia com broca Zecrya (Figura 8), seguida de luxação com alavanca reta e alavanca

tipo bandeirinha (Figura 9), finalizando a remoção com fórceps nº 69. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática no alvéolo (Figura 10), procedendo-se à sutura da região (Figura 11).



Figura 6: Realização da técnica anestésica do nervo alveolar inferior.



Figura 7: Descolamento dos tecidos moles realizado previamente ao procedimento de exodontia.



Figura 8: Realização de odontosecção e osteotomia com broca Zecrya durante o procedimento cirúrgico de exodontia.



Figura 9: Luxação do remanescente radicular com auxílio de alavanca tipo seldin.

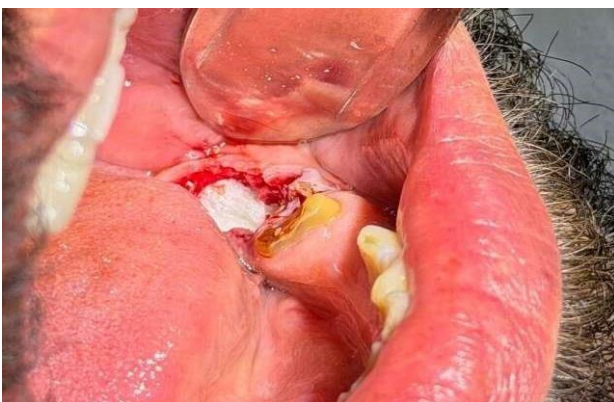


Figura 10: Inserção de esponja hemostática no alvéolo pós-exodontia.



Figura 11: Realização de sutura simples após o procedimento de exodontia.

Na quinta sessão, foi realizada a exodontia do elemento 36 (figura 12) (figura 15), sob anestesia com agulha longa, bloqueio do nervo alveolar inferior e técnica infiltrativa complementar. Foi realizada incisão com lâmina nº 15, descolamento com descolador de Molt e sindesmótomo (figura 13), luxação com alavanca reta e alavanca tipo bandeirinha, seguida de remoção com fórceps nº 69. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática no alvéolo (figura 14), procedendo-se à sutura da região em ponto simples.



Figura 12: Aspecto clínico inicial do elemento 36 com indicação de exodontia devido ao comprometimento estrutural severo.

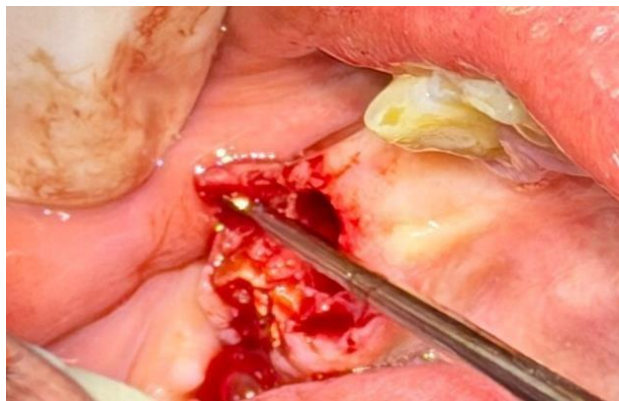


Figura 13: Descolamento do retalho mucoperiosteal durante o procedimento cirúrgico de exodontia.

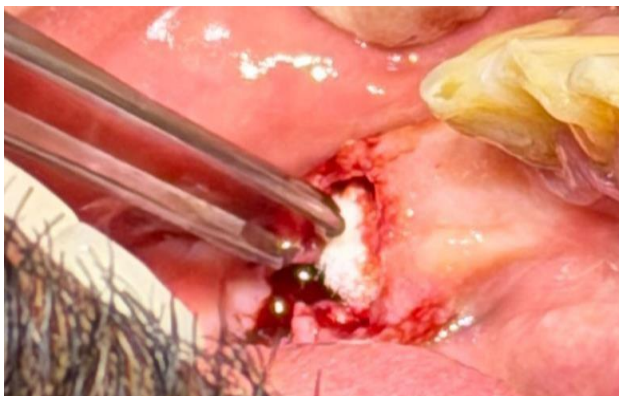


Figura 14: Inserção de esponja hemostática no alvéolo após o procedimento de exodontia.



Figura 15: Remanescentes radiculares do elemento 36 após o procedimento de exodontia.

Na sexta sessão, foram realizadas as exodontias dos elementos 11, 12 e 13, utilizando agulha curta e anestesia do nervo alveolar superior anterior e médio, nervo nasopalatino complementada por técnicas infiltrativas vestibular e palatina. Após descolamento com descolador de Molt e sindesmotomia, os elementos foram removidos com as alavancas Seldin direita e esquerda com

auxílio dos fórceps nº 150 (Figura 16). Devido à presença de lesão periapical associada ao elemento 11 e 12, foi realizada curetagem do alvéolo. Em seguida, realizou-se a inserção de esponja hemostática nos alvéolos, procedendo-se à sutura da região em três pontos X e dois pontos simples complementares (Figura 17).

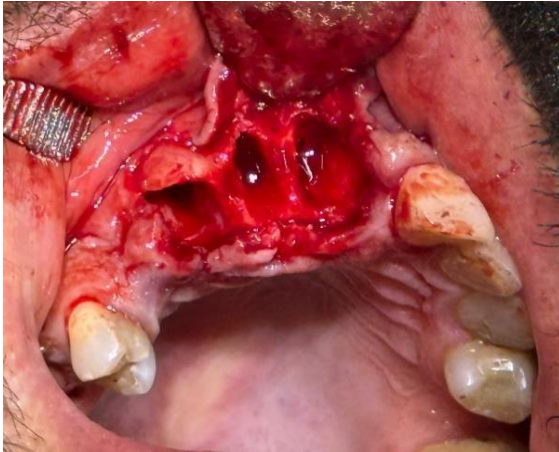


Figura 16: Aspecto clínico da região dos elementos 11, 12 e 13 após exodontia dos remanescentes radiculares, evidenciando extensa perda óssea alveolar decorrente do processo infeccioso crônico.



Figura 17: Aspecto clínico final após exodontia dos elementos 11, 12 e 13, evidenciando a sutura da região cirúrgica com pontos em X e pontos simples.



Figura 18: Elementos dentários e remanescentes radiculares removidos durante o procedimento cirúrgico, incluindo pino de fibra de carbono associado ao elemento 11.

Durante a sétima sessão clínica, procedeu-se à exodontia do elemento dentário 16. Para o controle anestésico, foi utilizada agulha curta associada ao bloqueio dos nervos alveolar superior posterior e alveolar superior médio, complementado por infiltrações anestésicas nas regiões vestibular e palatina. Após a obtenção da anestesia adequada, realizou-se o descolamento dos tecidos

moles por meio do descolador de Molt, seguido da sindesmotomia para rompimento das fibras periodontais. Na sequência, empregaram-se alavancas retas e alavancas de Seldin direita e esquerda para promover a luxação do elemento, sendo a remoção final executada com o auxílio do fórceps nº 69. Concluída a exodontia, procedeu-se à colocação de esponja hemostática nos alvéolos, seguida da estabilização dos tecidos por meio de suturas em ponto cruzado (X) e pontos simples.

Ao término dos procedimentos cirúrgicos, foram fornecidas orientações pós-operatórias detalhadas, contemplando recomendações referentes à manutenção da higiene bucal, adoção de dieta fria e de consistência pastosa nas primeiras 48 horas, repouso relativo e comparecimento às consultas de acompanhamento para avaliação da cicatrização e remoção das suturas quando necessária. Na primeira intervenção cirúrgica, instituiu-se protocolo medicamentoso composto por Amoxicilina 875 mg associada ao Clavulanato de Potássio 125 mg, além de Ibuprofeno Arginina (Spidufen®) 600 mg e Dipirona 1 g, com a finalidade de prevenir infecções e controlar a dor e o processo inflamatório. Nas exodontias subsequentes, considerando a evolução clínica favorável e o curto intervalo entre os procedimentos, optou-se pela prescrição exclusiva de Ibuprofeno Arginina 600 mg e Dipirona 1g, administrados conforme a necessidade clínica apresentada pelo paciente. Entretanto, em virtude da maior complexidade observada durante a sexta sessão cirúrgica, foi indicada antibioticoterapia complementar com Amoxicilina 500 mg.

Após a finalização de todas as intervenções cirúrgicas e transcorrido o período necessário para reparação tecidual, verificou-se evolução clínica satisfatória, caracterizada pela adequada cicatrização dos tecidos, ausência de sinais infecciosos e melhora expressiva das condições gerais da cavidade oral decorrente da eliminação dos focos infecciosos previamente existentes (Figuras 18, 19 e 20). Complementarmente, foi realizada uma radiografia panorâmica de controle com o objetivo de avaliar os resultados obtidos e monitorar as áreas submetidas às exodontias (Figura 21).

O tratamento desenvolvido teve como principal finalidade promover a adequação do meio bucal e restabelecer condições favoráveis de saúde oral, criando bases adequadas para uma futura reabilitação protética. Contudo, em razão das limitações relacionadas ao período acadêmico disponível para acompanhamento do caso, não foi possível concluir a etapa reabilitadora durante o semestre letivo em questão. Dessa forma, o paciente foi encaminhado para continuidade do tratamento junto à turma subsequente da clínica-escola, com o propósito de dar seguimento ao planejamento terapêutico e viabilizar a futura confecção de uma prótese parcial removível.



Figura 19: Aspecto clínico final da arcada superior após conclusão do tratamento.



Figura 20: Aspecto clínico final da arcada superior após conclusão do tratamento.



Figura 21: Aspecto clínico final da arcada inferior após conclusão do tratamento.



Figura 22: Radiografia panorâmica final evidenciando remoção dos remanescentes radiculares e dos focos infecciosos.

DISCUSSÃO

A análise do caso clínico permite compreender que a autoextração dentária transcende a concepção de um simples ato de mutilação oral, configurando-se como uma manifestação complexa associada à interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, a prática autolesiva observada pode ser interpretada como resultado de um processo prolongado de sofrimento, marcado pela presença de dor persistente, fragilidades emocionais, vulnerabilidade socioeconômica e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa compreensão encontra respaldo nos achados de Gilbert, Duncan e Earls (1998), que descrevem a autoextração como uma resposta extrema diante da ausência de assistência profissional adequada. De maneira semelhante, Slade et al. (2013) destacam o impacto expressivo da dor orofacial sobre a qualidade de vida dos indivíduos, evidenciando seu potencial incapacitante. Complementarmente, Teotônio *et al.* (2021) ressaltam a influência do uso de substâncias psicoativas no agravamento das condições bucais, enquanto Costa, Conceição e Moreira (2025) enfatizam a relação entre perda dentária e

desigualdades sociais. Embora abordem perspectivas distintas, os autores convergem ao reconhecer o caráter multifatorial dos agravos que comprometem a saúde bucal.

Os achados observados no presente relato corroboram essa perspectiva abrangente. O paciente apresentava múltiplos remanescentes radiculares, focos infecciosos ativos, episódios recorrentes de dor, prejuízo mastigatório, comprometimento estético e histórico de remoção dentária realizada por iniciativa própria em ambiente domiciliar. Tais características são compatíveis com as descrições apresentadas por Gilbert, Duncan e Earls (1998), que associam a autoextração à tentativa de aliviar sintomas dolorosos em situações de ausência de tratamento odontológico. Entretanto, o caso analisado amplia essa discussão ao evidenciar que a prática autolesiva não pode ser atribuída exclusivamente à dor física. Aspectos relacionados à vulnerabilidade social, à interrupção dos cuidados em saúde e ao desgaste emocional decorrente do sofrimento prolongado parecem ter desempenhado papel igualmente relevante na evolução do quadro clínico.

A relevância da dor como elemento central na trajetória do paciente também encontra suporte nos estudos de Slade *et al.* (2013), os quais demonstram que a dor orofacial repercute de forma significativa sobre funções cotidianas e sobre o bem-estar psicológico e social dos indivíduos. No caso em questão, os impactos da dor extrapolaram a dimensão estritamente biológica, influenciando negativamente a alimentação, a mastigação, a aparência estética e a qualidade de vida de maneira geral. Conseqüentemente, a persistência dos sintomas favoreceu o desenvolvimento de comportamentos potencialmente prejudiciais, culminando na remoção dos próprios dentes. Diferentemente de investigações que abordam a dor orofacial em contextos mais amplos, o presente relato evidencia uma manifestação extrema decorrente da ausência de controle adequado da sintomatologia, ressaltando a importância de uma avaliação integral do paciente por parte do cirurgião-dentista.

Outro aspecto relevante refere-se à influência do histórico de uso de substâncias psicoativas sobre as condições bucais observadas. Conforme apontado por Teotônio *et al.* (2021), o consumo dessas substâncias está frequentemente associado ao aumento da incidência de doenças periodontais, lesões de cárie, xerostomia, negligência com os cuidados de higiene oral e maior suscetibilidade às perdas dentárias. Os achados clínicos observados apresentam forte correspondência com essas evidências, uma vez que o paciente relatou uso prévio de cocaína, interrupção recente do tabagismo e apresentava acúmulo significativo de biofilme, extensa destruição coronária e diversos focos infecciosos. Todavia, tanto a literatura quanto a análise do caso indicam que tais condições resultam da interação entre múltiplos determinantes, não sendo possível atribuir exclusivamente ao uso de substâncias a gravidade do quadro clínico encontrado.

Sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, as contribuições de Costa, Conceição e Moreira (2025) mostram-se particularmente relevantes para a interpretação do caso. Os autores defendem que a perda dentária deve ser compreendida para além de seus aspectos biológicos, considerando-se também as condições socioeconômicas que influenciam o acesso aos cuidados em saúde. Essa abordagem encontra correspondência direta com o histórico do paciente, marcado por situação de rua e ausência de acompanhamento odontológico regular. Dessa forma, o comprometimento bucal observado pode ser entendido como consequência de um processo contínuo de exclusão social, dificuldades de acesso aos serviços assistenciais e interrupção dos cuidados preventivos e terapêuticos. Tal compreensão reforça a necessidade de abordar a saúde bucal como componente inseparável das condições sociais que permeiam a vida dos indivíduos.

Em relação ao manejo clínico adotado, a realização de procedimentos de adequação do meio bucal, incluindo profilaxia, raspagem periodontal e exodontias seriadas, mostrou-se compatível com as necessidades apresentadas pelo paciente. Conforme defendem Lindhe *et al.* (2017) e Lang, Lindhe e Meyle

(2017), o controle dos processos inflamatórios e a eliminação de focos infecciosos constituem etapas fundamentais para a estabilização da condição periodontal e para o planejamento de futuras intervenções reabilitadoras. Os resultados obtidos no presente caso corroboram essa perspectiva, uma vez que a remoção dos elementos dentários comprometidos favoreceu a cicatrização adequada dos tecidos, a eliminação dos sinais infecciosos e a melhora global das condições de saúde bucal. Entretanto, em razão da severidade do comprometimento dentário encontrado, abordagens conservadoras, como tratamentos restauradores ou endodônticos, não apresentavam viabilidade clínica.

Nesse contexto, torna-se pertinente discutir a aparente divergência em relação aos princípios da literatura periodontal clássica. Hamp, Nyman e Lindhe (1975) enfatizam estratégias voltadas à preservação de dentes comprometidos, sobretudo em situações envolvendo lesões de furca e dentes multirradiculares. Contudo, as condições clínicas observadas neste caso diferiam substancialmente dos cenários descritos por esses autores, uma vez que havia extensa destruição coronária, presença de raízes residuais e múltiplos focos infecciosos sem possibilidade de recuperação previsível. Assim, a indicação das exodontias não representa oposição aos princípios conservadores da periodontia, mas sim uma adaptação terapêutica necessária diante da ausência de prognóstico favorável para manutenção dos elementos dentários.

A opção por realizar as exodontias em sessões sucessivas demonstrou-se adequada do ponto de vista clínico e estratégico. Essa conduta permitiu respeitar os limites físicos e emocionais do paciente, além de possibilitar acompanhamento contínuo da evolução pós-operatória. Ademais, o fracionamento dos procedimentos favoreceu melhor controle da dor, redução do risco de complicações e monitoramento mais eficiente do processo de cicatrização. Considerando o histórico de sofrimento prolongado, vulnerabilidade social e episódios prévios de automutilação, o planejamento individualizado mostrou-se fundamental para a obtenção de resultados satisfatórios e para o fortalecimento do vínculo terapêutico.

Embora os resultados alcançados tenham sido positivos no que se refere ao controle infeccioso e à recuperação das condições bucais, a impossibilidade de concluir a etapa reabilitadora constitui uma limitação importante do caso. A literatura demonstra que a eliminação dos focos infecciosos representa apenas uma das fases do processo terapêutico, sendo necessária a continuidade do cuidado para promover a recuperação funcional, estética e psicossocial dos pacientes. Nesse sentido, a futura confecção de uma prótese parcial removível assume papel fundamental para o restabelecimento da mastigação, da autoestima, da aparência facial e da integração social do indivíduo. Portanto, a reabilitação deve ser compreendida como parte essencial do tratamento global e não apenas como uma etapa complementar.

Por fim, a análise do caso evidencia a importância de uma abordagem multiprofissional no cuidado de pacientes com histórico de autoextração dentária. Embora a atuação odontológica tenha sido determinante para o controle da dor e das infecções, fatores como vulnerabilidade social, uso prévio de substâncias psicoativas e sofrimento emocional indicam a necessidade de integração com outras áreas da saúde e da assistência social. Nesse cenário, a participação conjunta de profissionais da psicologia, medicina, serviço social e demais setores da rede de atenção torna-se indispensável para oferecer cuidado integral e contínuo. Assim, o caso demonstra que o enfrentamento de situações complexas de adoecimento bucal exige não apenas competência técnico-científica, mas também sensibilidade humanizada e compreensão ampliada dos determinantes biopsicossociais envolvidos.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo relatar o manejo clínico de um paciente com comprometimento severo da saúde bucal, associado à presença de múltiplos remanescentes radiculares, histórico de autoextração dentária e fatores de vulnerabilidade social. A análise do caso permitiu compreender que o

comprometimento severo da saúde bucal pode estar diretamente relacionado a fatores biopsicossociais capazes de intensificar o sofrimento físico e emocional do indivíduo. Além disso, verificou-se que a condução clínica baseada na adequação do meio bucal, remoção de focos infecciosos e planejamento terapêutico individualizado contribuiu significativamente para a melhora das condições de saúde oral e para estabilização do quadro clínico apresentado. Dessa forma, evidencia-se a relevância de abordagens humanizadas e integradas no manejo de pacientes com condições complexas, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento. Por fim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de novos estudos sobre estratégias multiprofissionais voltadas ao cuidado integral de pacientes com histórico de automutilação dentária e vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

1. COSTA, B. T.; CONCEIÇÃO, V. S.; MOREIRA, M. B. A. Perda dentária sob influência dos determinantes sociais da saúde: relato de experiência. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, Aracaju*, v. 6, e18838, 2025.
2. GILBERT, G. H.; DUNCAN, R. P.; EARLS, J. L. Taking dental self-care to the extreme: dental self-extractions in the Florida Dental Care Study. *Journal of Public Health Dentistry, Hoboken*, v. 58, n. 2, p. 131-136, 1998.
3. HAMP, B.; NYMAN, S.; LINDHE, J. Periodontal treatment of multirooted teeth: results after 5 years. *Journal of Clinical Periodontology, Copenhagen*, v. 2, n. 3, p. 126-135, 1975.
4. LANG, N. P.; LINDHE, J. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 6. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015.
5. TEOTÔNIO, M. H. L. F.; LIMA, V. S.; ANDRADE, K. S.; COSTA, B. M. M.; HONORATO, M. C. T. M. O impacto do uso de substâncias psicoativas e suas repercussões na cavidade bucal: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural, Natal*, v. 7, n. 2, p. 239-252, 2021.