



VICTOR TALIS BRAGA NUNES

**TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM
DENTES PERMANENTES**

**Porto Velho – RO
2024**

VICTOR TALIS BRAGA NUNES

**TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM
DENTES PERMANENTES**

Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Mestra. Ilza Caixeta e Silva Camargo

**Porto Velho – RO
2024**

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM DENTES PERMANENTES¹

Victor Talis Braga Nunes²

RESUMO: Traumatismos em dentes decíduos podem ter repercussões significativas nos dentes permanentes em desenvolvimento, sendo um tema de grande relevância na odontopediatria. Esses eventos podem ocorrer por uma variedade de razões, desde acidentes domésticos até traumas esportivos, e muitas vezes resultam em danos que ultrapassam a dentição primária. Este estudo tem como objetivo revisar a literatura existente sobre os traumatismos em dentes decíduos e suas implicações nos dentes permanentes. A revisão da literatura foi conduzida utilizando bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, Scielo e Google Scholar, utilizando termos de busca: "traumatismos dentários em crianças", "dentes decíduos", "dentes permanentes" "tratamento" "odontopediatria" e suas combinações. Foram incluídos estudos de revisão, estudo de caso e artigos relevantes para a temática, publicados entre 2010 à 2020, priorizando trabalhos recentes e de qualidade metodológica. A análise da literatura revelou que os traumatismos em dentes decíduos podem levar a uma série de complicações nos dentes permanentes em formação, incluindo alterações na erupção, malformações estruturais, reabsorções e até perda prematura. Estratégias de prevenção, como o uso de protetores bucais durante atividades esportivas e a supervisão dos pais em ambientes domésticos, podem desempenhar um papel crucial na redução da incidência desses traumas e de suas consequências a longo prazo. Esta revisão destaca a importância da atenção precoce e do manejo adequado dos traumatismos dentários em crianças para promover a saúde bucal ao longo da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Dentários. Tratamento. Odontopediatria.

TRAUMA IN DECIDUOUS TEETH AND ITS CONSEQUENCES IN PERMANENT TEETH

Abstract: Trauma to primary teeth can have significant repercussions on developing permanent teeth, being a topic of great relevance in pediatric dentistry. These events can occur for a variety of reasons, from household accidents to sports trauma, and often result in damage beyond the primary dentition. This work aims to review the existing literature on trauma to primary teeth and its implications for permanent teeth. The literature review was conducted using electronic databases, including PubMed, Scielo and Google Scholar, using search terms: "dental trauma in children", "deciduous teeth", "permanent teeth" "treatment" "pediatric dentistry" and their combinations. Review studies, case studies and articles relevant to the topic, published between 2010 and 2020, were included, prioritizing recent works of methodological quality. Literature analysis revealed that trauma to primary teeth can lead to a series of complications in permanent teeth in formation, including changes in eruption, structural malformations, resorption and even premature loss. Prevention strategies, such as the use of mouthguards during sporting activities and parental supervision in home environments, can play a crucial role in reducing the incidence of these traumas and their long-term consequences. This review highlights the importance of early attention and adequate management of dental trauma in children to promote lifelong oral health.

KEYWORDS: Dental trauma in children. Deciduous Teeth. Pediatric Dentistry. Treatment.

¹ Artigo apresentado no Curso de Odontologia, como Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário São Lucas 2024, como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação do Professora Mestra. Ilza Caixeta E Silva Camargo, e-mail: ilza.camargo@saolucas.edu.br

²Victor Talis, graduando em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2024. E-mail: Tales554@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários em crianças representam uma preocupação significativa de saúde pública em todo o mundo, com implicações que vão além do dano imediato aos dentes decíduos. Os dentes decíduos, também conhecidos como dentes de leite, são os primeiros a emergir na cavidade bucal e desempenham um papel crucial no desenvolvimento da dentição permanente (Macari, 2014).

A prevalência de traumatismos na dentição decídua varia significativamente em diferentes populações e regiões geográficas. Estudos epidemiológicos mostram que uma proporção substancial de crianças experimenta algum tipo de trauma dentário durante a infância. Quedas, acidentes esportivos, colisões e outras formas de impacto são as principais causas de traumatismos em dentes decíduos. Além disso, fatores socioeconômicos, como acesso limitado a cuidados odontológicos preventivos e ambientes desfavoráveis, também podem aumentar o risco de ocorrência dessas lesões (Carvalho, 2013).

Dentre as repercussões para o dente permanente pode ocorrer a descoloração branca, amarelada ou amarronzada no esmalte, hipoplasia de esmalte, dilaceração da coroa ou raiz, duplicação ou parada na formação radicular, sequestro do germe do permanente e alteração na erupção (Marques *et. al.*, 2018). Esse trauma pode gerar impactos negativos para a qualidade de vida do indivíduo, conforme sua gravidade ou possíveis sequelas (Aldrigui, 2012).

Dependendo da magnitude do trauma, a lesão pode influenciar não apenas na funcionalidade do sistema estomatognático como também no estado psicossocial da criança, pois as alterações físicas em algum momento acabam afetando o estado emocional do paciente e, portanto, sua qualidade de vida. Desse modo, a abordagem odontológica abrangente e oportuna desse tipo de lesão é especialmente importante para garantir a reabilitação total da criança, evitando ao máximo as sequelas (Anderson & Andreasen, 2012).

Além disso, o tratamento precoce e adequado das lesões traumáticas dos dentes decíduos pode ajudar a preservar a integridade da dentição decídua e facilitar a transição para a dentição permanente. Portanto, é fundamental que os pais estejam atentos a qualquer sinal de lesão traumática nos dentes de seus filhos e busquem atendimento odontológico imediato quando necessário. O cuidado precoce

pode fazer toda a diferença na saúde bucal e no bem-estar das crianças (Wanderley *et.al*, 2014).

Portanto, o presente estudo tem como objetivo revisar a literatura existente sobre os traumatismos em dentes decíduos, onde exploraremos as implicações do traumatismo em dentes decíduos e como essas lesões podem influenciar os dentes permanentes em desenvolvimento. Compreender essas consequências é crucial para garantir uma abordagem eficaz no tratamento e prevenção de lesões dentárias em crianças, bem como para promover a saúde bucal a longo prazo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PREVALÊNCIA DE TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO DECÍDUA

A prevalência de casos de traumatismos na dentição decídua costumam acontecer na primeira infância, dentre 0 a 6 anos de idade, quando é muito comum a prática de atividades, brincadeiras e esportes, e acabam se chocando umas às outras, resultando em traumatismos na dentição (Aldrigui, 2012). O mais frequente é que ocorram em meninos, pois suas brincadeiras costumam ser mais agressivas e agitadas, tendo uma prevalência maior de fraturas, principalmente, no arco superior da maxila, onde os mais acometidos são os incisivos centrais e laterais (Wanderley *et.al*, 2014).

No Brasil, os traumas em dentes decíduos correspondem a uma taxa de 9% a 36%, enquanto que sua prevalência no mundo possui uma taxa semelhante, dentre 16,6% a 35% dos casos. Tem-se que as lesões orofaciais são as mais ocorrentes dentro do desenvolvimento infantil, considerando uma tendência de crescimento mundial (Anderson & Andreasen, 2012).

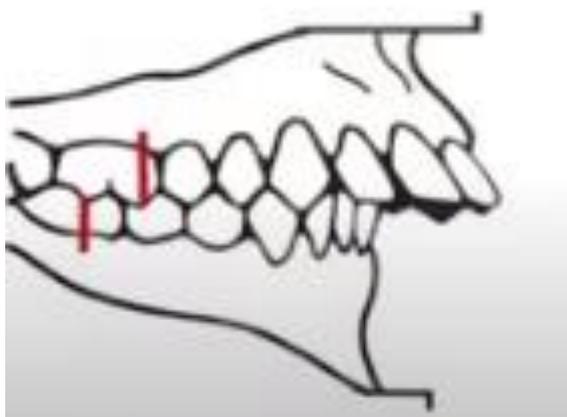
2.2 FATORES DE RISCO E PRÉ-DISPONENTES

Existem alguns fatores pré-disponentes que favorecem a ocorrência de lesões traumáticas nos indivíduos, como nos considerados sistêmicos, que costumam ocorrer nos indivíduos em situação de atraso mental ou epilepsia, onde o risco é ainda maior durante crise convulsiva, bem como nos traumas de fatores de risco

local, onde há a oclusão, ou seja, a forma com que a criança morde, caracterizado por uma mordida fora dos padrões (Vilela, 2015).

No exemplo da Figura 1, onde o arco superior é um pouco mais projetado para frente que o arco inferior, onde existe um trespasse, deixa a criança suscetível a sofrer traumas na dentição em caso de quedas (Fadel, 2015). O mesmo ocorre com pacientes que são respiradores bucais ou que têm hipotonia nos lábios superiores e não conseguem fechar bem os lábios ou não possuem o hábito de selamento labial, ficando com os dentes expostos (Figura 2) (Wanderley *et.al*, 2014).

Figura 1 – Tipo de Oclusão



(Fonte: Wanderley, *et. al*, 2014).

Figura 2 – Falta de Selamento Labial



(Fonte: Wanderley, *et. al*, 2014).

Em casos de queda, são os lábios que amortecem o impacto para não chegar tão forte aos dentes. Portanto, quando não há essa proteção do lábio, o trauma chega de forma mais intensa e as consequências podem ser mais graves (Fadel, 2015).

Outra situação são os pacientes que têm mordida aberta anterior (Figura 3), ou que têm o hábito de sucção de chupeta, muitas vezes possuem os incisivos projetados para frente e acabam suscetíveis ao traumatismo com maior intensidade (Vilela, 2015).

Figura 3 – Paciente com mordida aberta



(Fonte: Wanderley, *et. al*, 2014).

2.3 PREVENÇÃO

De acordo com Weffort (2017), na maioria das vezes tanto a faixa etária quanto o motivo do trauma estão relacionados ao período em que a criança está aprendendo a andar. Nessas condições, o cuidado preventivo é difícil, pois a criança apresenta poucos reflexos defensivos nessa fase do desenvolvimento. Portanto, é fundamental que as crianças sejam monitoradas, já que basta um minuto de descuido para que ocorra algum trauma.

Ao andar de carro, o uso da cadeirinha é indispensável para evitar que ocorra trauma oriundo de acidente automobilístico. Recomenda-se que ao andar a criança esteja sem meias nos pés ou se for usá-los, que sejam meias antiderrapantes, assim como o uso de protetores em móveis onde corra o risco da criança bater a cabeça ou os dentes (Fadel, 2015).

2.4 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE TRAUMATIZADO

O prognóstico, muitas vezes, depende de cuidados imediatos. Por isso, uma abordagem inicial pode ser determinante para o tratamento. Se o profissional tiver a oportunidade de conversar com o paciente ou seu responsável imediatamente após o trauma para orientá-los, ainda que seja através de uma ligação, poderá contribuir para os primeiros cuidados (Bastos *et. al*, 2014).

Ressalte-se a importância do profissional orientar o responsável pela criança ainda em uma consulta inicial, no momento de não trauma, sobre as medidas necessárias para prevenção sem esperar acontecer algum acidente. Embora quando ocorra esse tipo de situação o paciente seja levado diretamente para emergência hospitalar, cabe ao profissional estar apto a realizar uma avaliação inicial de sua situação sistêmica. Mesmo que tenha sofrido algum trauma dental, a questão neurológica deve ser tratada como prioridade (Losso *et. al.*, 2011).

Através de uma abordagem inicial deve ser observado se o paciente possui algum sinal sistêmico de problema neurológico, como dificuldade de locomoção ou equilíbrio, confusão mental, sangramento na orelha ou nariz, náusea, dor de cabeça ou vômito (Bastos *et. al.*, 2014).

2.4.1 Exame subjetivo

Ao chegar no consultório, o cirurgião-dentista deve realizar uma avaliação inicial nesse paciente através de uma anamnese sucinta: verificar se foi apenas um trauma na boca; conhecer qual o estado de saúde do paciente; se está fazendo uso de alguma medicação; se possui algum tipo de alergia (Fadel, 2015).

Assim, através da anamnese rápida com perguntas básicas é possível identificar se será necessário receitar alguma medicação. Quando o indivíduo já é paciente fica mais fácil para o profissional conhecer seus hábitos, conhecer a medicação que toma, tipos de alergias, Contudo, em um paciente novo precisa ser realizado essa anamnese inicial (Weffort, 2017).

De acordo com Bastos *et. al.* (2014), o profissional deve conhecer a situação de seu paciente, através de uma anamnese sucinta de Quando? Onde? Como?

- Quando ocorreu o acidente? Aconteceu há uma hora? Há um dia? Aconteceu na porta do consultório? (Conhecer esse tempo é determinante para definir qual será o tratamento com prognóstico que se espera disso);
- Onde ocorreu o acidente? Na varanda de casa? Em um ambiente limpo? Foi no asfalto? Foi em um local com terra? (Saber a situação do local do acidente vai determinar até mesmo a medicação que será utilizada);
- Como foi o trauma? Foi uma pancada em direção anterior? (Dependendo da direção do trauma pode ser analisada as possíveis fraturas e suas complicações).

2.4.2 Exame objetivo extrabucal

Após a realização da anamnese sobre como foi o trauma, deve ser realizado um exame extrabucal, verificando se houve lesões na face, se ralou braço, cotovelo, testa e como foi esse tipo de contusão, abrasão, lesão, sempre atento ao trauma, pois aproximadamente metade dos pacientes apresentam lesão em tecido mole associado (Weffort, 2017).

2.4.3 Exame objetivo intrabucal

No exame intrabucal deve ser analisado se houve lesões na mucosa, gengiva (Figura 4), ou se há algum sangramento importante, devendo intervir para o controle de quadro hemorrágico (Bastos *et. al.*, 2014).

Figura 4 – Lesão de Mucosa e Gengiva



(Fonte: Bastos *et. al.*, 2014).

Deve-se atentar para higienizar bem a região para evitar a presença de corpos estranhos, como uma fratura em dente anterior e seu fragmento ficar aprisionado no lábio superior, ou de fragmento de asfalto ou de terra na mucosa do paciente (Anderson & Andreasen, 2012). De acordo com o autor, esse processo pode gerar uma reação inflamatória, dificultando ainda mais a cicatrização.

2.5 TRATAMENTO DAS LESÕES TRAUMÁTICAS DOS DENTES DECÍDUOS

O tratamento dos traumatismos causados na dentição decídua devem seguir as recomendações da AAPD - Associação Americana de Odontopediatria e do Manual de Referências adotado pela ABOPED - Associação Brasileira de Odontopediatria (2020. p. 76).

2.5.1 Trinca

A trinca pode ser definida como uma fatura incompleta, restrita ao esmalte do dente, sem a perda de substância macroscópica. Ela pode ser constatada através de exame clínico, onde se coloca a luz indireta na face palatina. O prognóstico é considerado favorável e o tratamento consiste no acompanhamento clínico e radiográfico nas consultas de manutenção (Bastos *et. al*, 2014).

Como não há fratura nem perda de estrutura do dente, a trinca é uma linha na superfície do dente de difícil identificação até mesmo por exame clínico. Torna-se perceptível quando através de uma luz do fotopolimerizador colocada atrás da face palatina do dente (Figura 5), fazendo-se o diagnóstico da linha de fratura (Bastos *et. al.*, 2014).

Figura 5 – Luz indireta do fotopolimerizador



(Fonte: Bastos *et. al*, 2014).

2.5.2 Fratura de esmalte

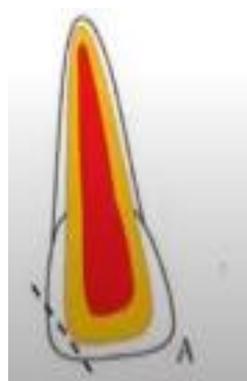
A fratura de esmalte consiste na perda de estrutura da coroa restrita ao esmalte. Seu tratamento consiste no arredondamento ou restauração, monitoramento clínico e radiográfico nas consultas de manutenção. O prognóstico é favorável (Anderson & Andreasen, 2012). Na Figura 6, tem-se uma visão clínica de um elemento 61 que perdeu um pedacinho quase imperceptível do esmalte do dente, sendo no esquema da Figura 7 imagem uma visão frontal da perda do esmalte

Figura 6 – Fratura de Esmalte



(Fonte: Bastos *et. al.*, 2014).

Figura 7 - Visão Frontal



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012)

Segundo Menezes *et. al.* (2013), na dentição decídua “o tratamento consiste no arredondamento das bordas para evitar que o dente machuque o paciente”. Apenas em último caso opta-se por fazer a restauração, pois muitas vezes, para fazer essa restauração o dentista fará o bixel ou algo para melhorar a estética para não parecer a linha e acaba desgastando mais do que a própria fratura em si. Então, recomenda-se restaurar quando houver um incomodo estético ou quando realmente for necessário numa fratura de esmalte.

2.5.3 Fratura de esmalte e dentina

A fratura de esmalte e dentina resulta na perda da estrutura coronária com exposição de túbulos dentinários. Seu tratamento resume-se na restauração ou colagem do fragmento. Inicialmente, deve utilizar cimento ionômero de vidro restaurador. Nesses casos, o prognóstico é favorável. O acompanhamento nas

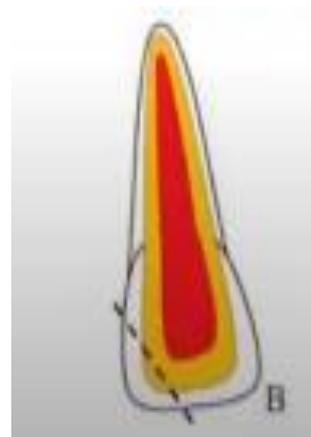
consultas de manutenção e realização de radiografia a cada 6 meses por 1 ano (Anderson & Andreasen, 2012).

A fratura de esmalte e dentina (Figura 8) consiste numa perda de estrutura da coroa que tem a exposição da parte interna e isso gera uma sensibilidade (Figura 9). Nesses casos, recomenda-se a restauração ou até mesmo a colagem do fragmento do dente, embora seja realizado com menor frequência pela dificuldade de se recolocar esse fragmento em dentes decíduos (Vilela, 2015).

Figura 8 – Fratura de Esmalte e Dentina **Figura 9 - Visão Frontal**



https://www.odontopediatras24h.com.br/wp-content/uploads/2018/01/Fraturas_coro1.jpg



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012)

De acordo com Wanderley et al (2014), logo após o trauma o paciente costuma chegar ao consultório agitado, chorando, o que dificulta a realização da restauração com a resina naquele momento. Portanto, utiliza-se o cimento de ionômero de vidro para amenizar a sensibilidade do dente desse paciente, que pode ser realizada de forma mais rápida, o que irá emergencialmente resolver a situação. Assim, em uma consulta seguinte, já com o paciente mais tranquilo e as lesões na mucosa tendo regredido, pode-se realizar a restauração estética, mantendo-se o acompanhamento do mesmo na consulta de manutenção.

2.5.4 Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar

A perda de estrutura dentária com a dilaceração do tecido pulpar e a exposição direta ao meio bucal define a fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar. Seu tratamento deve ser realizado com radiografia, com a proteção pulpar/

pulpotomia, tratamento endodôntico e restauração ou exodontia, conforme as condições do elemento e da maturidade da criança. Seu prognóstico é favorável, onde o monitoramento clínico e radiográfico deve ser realizado a cada 6 meses por 1 ano (Anderson & Andreasen, 2012).

Com a perda da estrutura dentária, a dilaceração do tecido da polpa fica exposta diretamente na boca, o que complica um pouco mais o tratamento de estrutura dentária. Nesses casos, deve ser realizada a radiografia desse paciente para definir qual deve ser o tratamento adequado de proteção pulpar, pulpotomia ou endodontia, de acordo com as condições do dente. Dependendo das condições, altera-se o prognóstico. Nos casos de pacientes jovens com pequenas fraturas (Figura 10), realiza-se a proteção pulpar (Andrade, 2018).

Figura 10 – Fratura de Esmalte e Dentina c/ exposição pulpar



(Fonte: Wanderley et.al, 2014).

Em pacientes com uma idade um pouquinho mais avançada, com fratura um pouco maior, que não é apenas um pontinho, mas que se vê sangramento, por exemplo, e não obtém sucesso no tratamento, ou seja, quando tempos depois observa-se uma fístula clinicamente, ou na radiografia verificar lesões, opta-se pelo tratamento endodôntico como segunda intervenção. Em alguns casos mais complicados recomenda-se a exodontia, como em pacientes de difícil colaboração que não é possível realizar a proteção pulpar (Vilela, 2015).

2.5.5 Fratura coronorradicular

Esse tipo de fratura envolve o comprometimento dos tecidos da coroa, raiz e ligamento periodontal, associada ou não à exposição pulpar, acometendo em

tratamento indireto. Clinicamente, quando ocorre a exposição pulpar envolve dor ao movimentar o fragmento e ao mastigar. Seu tratamento é realizado através da exodontia ou restauração. O prognóstico é duvidoso e necessita de um acompanhamento clínico e radiográfico trimestral até 1 ano e, posteriormente, nas consultas de manutenção (Anderson & Andreasen, 2012).

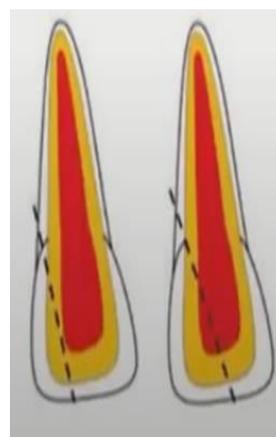
O prognóstico é considerado duvidoso, pela dificuldade em manter o dente, o que demanda um acompanhamento clínico radiográfico desse paciente a cada 3 meses por 1 ano, sendo necessário manter o acompanhamento e manutenção (Andrade, 2018). Na Figura 11, temos uma fratura que provavelmente envolve a coroa e raiz pela direção que encontra-se a fratura. Na Figura 12, são dois esquemas da fratura sem a exposição pulpar e com exposição pulpar, envolvendo a coroa e raiz.

Figura 11 – Fratura coronorradicular



(Fonte: Bastos *et. al*, 2014).

Figura 12 - Visão Frontal



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012)

O tratamento em fratura coronorradicular é determinado pelo limite subgingival de pelo menos 2 mm. Quando a fratura excede essa medida, recomenda-se a extração do dente decíduo, pois dificilmente será possível manter o dente devido à dificuldade em realizar algum procedimento. No entanto, se a fratura envolve até esses 2 mm subgingival, recomenda-se a restauração do dente (Bastos *et. al*, 2014).

2.5.6 Fratura radicular

Na fratura radicular ocorrem lesões que envolvem estruturas de suporte do dente e tecidos mineralizados da raiz. Nesse caso, não envolve nenhum tipo de

fratura de acometimento da coroa. Clinicamente, a fratura radicular gera um dente com ligeira extrusão, com um pouco de deslocamento e mobilidade. Então, não há como fechar diagnóstico de fratura radicular apenas com aspectos clínicos, pois pode ser confundido com algum tipo de luxação. Nesse caso, o diagnóstico é basicamente radiográfico (Anderson & Andreasen, 2012).

Em relação à fratura transversal no terço médio do dente, como por exemplo a radiografia da Figura 13, faz-se uma reaproximação e uma contenção rígida (dentre 14 a 21 dias), com fio 04, ortodôntico para manter a proteção e tentar ao máximo a reparação na região radicular (Wanderley *et.al*, 2014).

Figura 13 – Fratura radicular



(Fonte: Wanderley *et.al*, 2014).

O tipo de tratamento dependerá de como foi a fratura. Quando ocorre uma fratura no dente decíduo, no terço apical, ou seja, a parte mais próxima do ápice radicular, se aproxima e acompanha, a não ser que o dente tenha uma mobilidade muito acentuada, necessitando a realização de uma contenção. Espera-se que essa ponta do ápice que ficou seja reabsorvida (Cidrais, 2018).

Quando se tem a fratura transversal cervical próxima à coroa, fica um pouco difícil devido ao fragmento coronal que geralmente causa uma mobilidade muito grande e difícil de estabilizar, que por ocasião acaba tendo contaminação salivar, complicando o processo de reparo. Por isso, o ideal é optar pela exodontia em dentes decíduos na fratura do terço cervical, com atenção ao remanescente apical (Anderson & Andreasen, 2012).

2.5.7 Concussão

Dentre as lesões por luxação, a concussão pode ser definida como uma lesão restrita às fibras do ligamento periodontal, sem provocar mobilidade anormal ou deslocamento do dente. O tratamento resulta em repouso articular do elemento. Seu prognóstico é favorável, com o acompanhamento clínico e radiográfico devido à possibilidade de alteração de cor e obliteração do canal (Anderson & Andreasen, 2012). De acordo como o autor, ao ser investigado poder ser notado uma alteração de cor na luz do canal, sendo necessário manter esse dente em monitoramento, pois corre o risco de alguma complicação futura (Figura 14).

Figura 14 – Concussão



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012)

A concussão é um trauma tão sutil que muitas vezes passa despercebidamente pelo paciente ou responsáveis e costuma ser descoberto em consulta de manutenção de rotina (Guimarães *et. al*, 2017).

2.5.8 Subluxação

Na subluxação (Figura 15), ocorre a ruptura de alguma fibras do ligamento periodontal, aumentando a mobilidade do elemento. Clinicamente, pode ocorrer comprometimento pulpar pelo estiramento/rompimento do feixe vasculonervoso ou edema. O paciente costuma se queixar de sensibilidade à mastigação. O tratamento para alívio das interferências oclusais pode ser feito com o uso de clorexidina 0,12% sem álcool por uma semana, evitando hábitos de sucção e a adoção de alimentação pastosa. Pode haver alteração de cor e obliteração do canal, pequeno risco de

necrose. Deve haver acompanhamento clínico e radiográfico nas consultas de rotina (Anderson & Andreasen, 2012; Bastos *et. al*, 2014).

Figura 15 – Caso de Subluxação



(Fonte: Bastos *et.al*, 2014).

Nos casos de subluxação costumam haver aumento de mobilidade ocasionando o comprometimento pulpar ao ponto de precisar tratar um canal, ou quando ocorre estiramento e, nos casos mais graves, até mesmo o rompimento do feixe vasculonervoso na região apical, onde o próprio edema comprime ocorrendo estiramento ou rompimento e pode levar o dente à necrose (Guimarães *et. al*, 2017).

2.5.9 Luxação Extrusiva

Na luxação extrusiva ocorre a ruptura do ligamento periodontal e uma ruptura ou estiramento do feixe vasculonervoso apical. O dente sai do alvéolo não completamente, em direção coronal com deslocamento do centro do alvéolo. Em virtude da gravidade, trata-se de fundamental importância o contato com o paciente logo após o acidente, pois esse tempo será determinante para o prognóstico. Se possível, realizar uma orientação por telefone, solicitando para empurrar o dente para dentro e reposicioná-lo através de uma leve pressão, com um paninho ou gaze para que o paciente fique mordendo até chegar ao consultório para que seja realizada a consulta de emergência. Isso minimiza a formação de edema na região apical afetada (Bastos *et. al*, 2014).

Portanto, o tratamento dependerá do grau de rizólise, tempo decorrido, magnitude do descolamento, envolvimento da parede alveolar, relação com o germe do permanente, interferência oclusal e colaboração do paciente (Anderson &

Andreasen, 2012). Na Figura 16, temos um exemplo de paciente que sofreu uma extrusão no elemento 61, que saiu um pouco do alvéolo em direção à coronal.

Figura 16 – Luxação Extrusiva



(Fonte: Losso *et. al.*, 2011).

As lesões por luxação que causam traumatismos na dentição primária pode não se limitar aos dentes decíduos, como também afetar o germe dentário sucessor em desenvolvimento, resultando em diversas consequências desfavoráveis (Losso *et. al.*, 2011).

Quando mais próximo o dente estiver do germe do permanente mais difícil conseguir realizar o tratamento, considerando o risco de lesão, dependendo da interferência, oclusão e colaboração do paciente. Muitas vezes, torna-se mais seguro realizar os ajustes no antagonista para não forçar o dente traumatizado, realizando o desgaste com broca. Em casos onde o paciente tem a mordida aberta, por exemplo, não haverá a interferência oclusal e fica mais fácil se comparado ao paciente que não tem condições de colaborar, que dificulta o tratamento (Guimarães *et. al.*, 2017).

Frente a todas essas questões, o tratamento pode ser avaliado entre a exodontia do elemento ou o seu reposicionamento. Não se trata de reposição rígida como na fratura radicular. Nesse caso, realiza-se a contenção semirrígida com fio de nylon. Nesses casos, é comum a ocorrência de sequelas como a necrose ou reabsorção radicular. Por conta disso, seu monitoramento deve ser realizado no mínimo 18 meses, onde o acompanhamento continua clínica e radiograficamente nas consultas de manutenção (Anderson & Andreasen, 2012).

2.5.10 Luxação Lateral

A luxação lateral é um tipo de lesão traumática que afeta os dentes, ocorrendo quando o dente é deslocado sem que haja sua perda total. As luxações laterais podem variar em gravidade, desde casos leves com deslocamento mínimo até situações mais graves com deslocamento acentuado e danos aos tecidos circundantes. Consiste em uma lesão complexa que envolve a ruptura e laceração do ligamento periodontal, lesão de áreas externas da superfície radicular e osso alveolar (Wanderlei *et.al.*, 2014).

A Figura 17 representa suturas nas lacerações gengivais de um paciente de 1 ano e 9 meses de idade que teve luxação lateral nos incisivos superiores. Foi realizada a contenção semirrígida por 3 semanas e protocolo de orientações básicas.

Figura 17 – Suturas nas lacerações gengivais



(Fonte: Wanderlei *et.al.*, 2014).

O tratamento depende do grau de rizólise, tempo decorrido, magnitude do deslocamento, envolvimento da parede alveolar, relação com o germe do permanente, interferência oclusal e colaboração do paciente. A Figura 17 representa suturas nas lacerações gengivais de um paciente de 1 ano e 9 meses de idade que teve luxação lateral nos incisivos superiores. Foi realizada a contenção semirrígida por 3 semanas e protocolo de orientações básicas (Wanderlei *et.al.*, 2014).

A questão da exodontia é uma opção de tratamento quando houver o deslocamento da coroa do dente decíduo para vestibular, onde a raiz desloca-se para a região palatina, onde encontra-se o germe do permanente. Assim, para

minimizar as sequelas, deve-se optar pela exodontia. Realiza-se a preservação clínica e radiográfica, pois é comum nesses casos ocorrer a necrose (Anderson & Andreasen, 2012).

Portanto, o tratamento do paciente que sofre luxação lateral consiste nas mesmas condições de quando ocorre a luxação extrusiva. O profissional deve acompanhar o paciente, realizando ajuste lateral, reposicionamento ou contenção flexível semirrígida por duas ou três semanas (Cardioli, 2019).

2.5.11 Luxação Intrusiva

A luxação intrusiva pode ser acompanhada de fragmentação ou fratura da cavidade alveolar. Trata-se de um dos tipos de trauma mais comuns de ocorrer na dentição decídua, onde os pacientes tem entre 1 e 3 anos de idade (Figura 18), período em que as coroas dos sucessores permanentes estão sendo formadas e o osso alveolar está mais resiliente (Losso *et. al.*, 2011). Na Figura 19, a radiografia de um dente que sofreu uma intrusão no elemento sentido alvéolo.

Figura 18 – Luxação Intrusiva



(Fonte: Losso *et. al.*, 2011).

Figura 19 – Radiografia



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012).

Na luxação intrusiva o dente se desloca no longo eixo em sentido apical, dentro do alvéolo. Clinicamente, nota-se uma infraoclusão e imóbilidade, perda de identidade do ligamento periodontal radiograficamente, capaz de afetar o permanente sucessor, podendo ocorrer alterações de reabsorções e necrose no dente decíduo (Cardioli, 2019).

Durante o tratamento, através da radiografia foi observada a invasão do folículo do permanente ou fratura alveolar, onde não há mais a integridade da linha

que fica ao redor da coroa do permanente, indica-se a exodontia. Se não envolver o germe, pode aguardar a re-erupção desse dente (Caldas, 2020).

2.5.12 Avulsão

A avulsão ou exarticulação do dente é a forma mais grave de lesão por deslocamento em que o dente é completamente arrancado do alvéolo (Losso et al., 2011). Nesses casos, o reimplante é arriscado devido os riscos inflamatórios, de abscesso ou hipoplasia. Deve-se considerar o tempo de permanência extra-alveolar, meio de conservação, em pacientes de até 4 anos, sem comprometimento alveolar, através da contenção e endodontia (Campos *et. al*, 2017).

Na Figura 20 temos a imagem do elemento decíduo que foi avulsionado e na Figura 21 a imagem clínica e radiográfica.

Figura 20 – Alvulsão do dente



(Fonte: Losso *et. al.*, 2011).

Figura 21 – Radiografia



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012).

Em relação ao dente permanente, tenta-se o reimplante considerando uma série de fatores. Contudo, a Associação Brasileira de Odontopediatria (Aboped), em seu manual de referência, recomenda que em caso de avulsão de dente decíduo não se realize o reimplante, considerando os riscos de lesão do permanente. Mas, caso se opte por tentar o reimplante, precisa-se considerar o tempo de permanência extra-alveolar (Caldas, 2020).

2.6 SEQUELAS NOS DENTES DECÍDUOS TRAUMATIZADOS

Existem algumas sequelas nos dentes decíduos que são comuns em pacientes que têm o dente traumatizado. Em relação à polpa dental, pode ocorrer a hiperemia, hemorragia, calcificação, necrose, reabsorção interna na coroa ou raiz e uma série de situações que podem comprometer também o dente permanente. Há ainda os danos decorrentes do ligamento periodontal, como por exemplo a reabsorção radicular externa (Losso *et. al.*, 2011).

A descoloração da coroa também é muito comum nos dentes decíduos. Ocorrem casos em que logo após o trauma o paciente fica com a coroa escurecida, mas ao longo do tempo volta à cor original ou tem a cor reduzida. Portanto, não é apenas por ter escurecido a cor do dente que vai realizar um canal. Pode permanecer assintomático clínica e radiograficamente ou desenvolver lesão apical. Existe associação com necrose, porém a endodontia só é indicada quando houver infecções (Aldrigui, 2012). Nas imagens, alguns exemplos de sequelas nos dentes decíduos. Na Figura 22 apresenta a radiografia de um dente avulsionado e na Figura 23, onde encontra-se a seta maior (elemento 51).

Figura 22 – Radiografia avulsão



(Fonte: Aldrigui, 2012).

Figura 23 – Radiografia



(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012).

Uma reabsorção externa perceptível no ápice da raiz e com a outra seta menor, no ápice da raiz existe a formação de uma lesão e logo abaixo um pouco de calcificação do canal (Campos *et. al.*, 2017). Na Figura 24, pode ser observado elemento escurecido, sendo que na Figura 25 a imagem radiográfica do mesmo dente escurecido, sem nenhuma lesão apical ou algum tipo de complicação.

Figura 24 – Elemento escurecido

(Fonte: Losso *et. al.*, 2011).

Figura 25 – Radiografia

(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012).

2.7 REPERCUSSÕES NOS GERMES DOS PERMANETES APÓS TRAUMA NOS DENTES DECÍDUOS

O impacto de lesões pode não ser apenas limitado aos dentes decíduos, mas também ter efeitos adversos no desenvolvimento do broto dentário sucessor, resultando em várias consequências desfavoráveis para os dentes permanentes, envolvendo não apenas a estrutura dental, como também periodontal, óssea e o tecido mole, podendo ocasionar a hipomineralização, hipoplasia, dilaceração radicular, distúrbios na erupção dentária e impacção dentária (Campos *et. al.*, 2017).

Na Figura 26, um elemento clínico e radiograficamente onde se observa hipoplasia do dente com perda estrutural. Na Figura 27 temos o exemplo numa radiografia oclusal dilatação radicular, que provavelmente configure trauma no dente decíduo (Aldrigui, 2012).

Figura 26 – Hipoplasia dental

(Fonte: Aldrigui, 2012).

Figura 27 – Radiografia Oclusal

(Fonte: Anderson & Andreasen, 2012).

2.8 ORIENTAÇÕES PÓS-TRAUMA

Como a região onde ocorreu o trauma fica dolorida, é normal que a criança fique incomodada com a região do pós-trauma e com dificuldades de realizar a higienização bucal na região. O ideal é que a higienização da área afetada seja realizada com uma escova macia (Figura 28) (Losso *et. al.*, 2011).

Figura 28 – Higienização com escova macia



(Fonte: Losso *et.al.*, 2011).

Contudo, caso seja difícil a escovação, recomenda-se o uso de gluconato de clorexidina 0,12%, sem álcool, que deve ser aplicada com cotonete pelo menos duas vezes ao dia no decorrer de uma semana. A criança precisa adotar uma dieta leve por 10 dias e restrição ao uso de chupeta ou de dedo para evitar qualquer hábito de sucção (Guimarães *et. al.*, 2017).

Deve-se informar aos responsáveis pelas possíveis complicações que podem ocorrer após o trauma, como um edema, aumento da mobilidade ou sinais de infecção, além de ressaltar as complicações tardias no desenvolvimento dos dentes permanentes e documentar (Bastos *et. al.*, 2014).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi elaborado através de um levantamento bibliográfico dos *sites* de busca científicos a seguir descritos: PubMed, Scielo, Google Acadêmico, biblioteca virtual do Centro Universitário São Lucas entre outros, publicados dentro o período de 2010 a 2020, priorizando trabalhos recentes e de qualidade

metodológica, utilizando como linha de raciocínio os traumatismos em dentes decíduos, sua etiologia, modalidades de tratamento, resultados e sequelas em dentes permanentes.

Para esta revisão da literatura foram adotados alguns critérios de inclusão, sendo eles: 1) ter sido publicado em plataformas de conhecimento nos últimos dez anos; 2) o assunto descrito ser pertinente ao objeto do estudo; 3) objetivo claro e ser fiel ao estudo realizado. Nas bases consultadas foram encontrados um total de 36 artigos. Os artigos incluídos nesta revisão de literatura foram selecionados após a adoção dos critérios de inclusão citados, sendo que após a análise metodológica, foram utilizados o total de 28 trabalhos.

4 DISCUSSÃO

O traumatismo em dentes decíduos pode ter consequências significativas nos dentes permanentes em desenvolvimento, afetando sua posição, forma e estrutura. É essencial que os profissionais de saúde bucal estejam cientes dessas consequências e ofereçam avaliação precoce e manejo adequado de traumatismos dentários em crianças para mitigar os riscos para a saúde bucal a longo prazo. Além disso, a conscientização dos pais e cuidadores sobre a prevenção de lesões dentárias e a importância do cuidado odontológico precoce é fundamental para promover a saúde bucal infantil (Lourenço Neto *et. al*, 2013).

Os traumas nos dentes decíduos muitas vezes passam despercebidos ou são negligenciados pelos pais principalmente devido à percepção de que os dentes decíduos são eventualmente substituídos pelos permanentes e, portanto, nem sempre é dada muita atenção (Jabbar, 2012). Essas lesões geralmente são observadas em crianças de 2 a 3 anos, pois tendem a ser fisicamente mais ativas, mas sem coordenação motora totalmente amadurecida (Aldrigui, 2012).

No entanto, estudos como o de Anderson & Andreasen (2012) demonstram que as lesões nos dentes decíduos podem ter impactos duradouros nos dentes permanentes, especialmente quando ocorrem durante estágios críticos de desenvolvimento. Portanto, é crucial educar os pais sobre a importância de monitorar e tratar adequadamente os traumatismos em dentes decíduos, a fim de prevenir complicações futuras nos dentes permanentes.

De acordo com Macari (2014), o trauma dentário em dentes decíduos está associado a um aumento do risco de complicações nos dentes permanentes, incluindo anomalias de desenvolvimento, necessidade de tratamento ortodôntico e custos odontológicos adicionais. Além disso, evidências clínicas destacam a importância da avaliação precoce e do manejo adequado de traumatismos dentários em crianças para minimizar o impacto nos dentes permanentes.

As consequências dos traumatismos na dentição decídua podem ser significativas e variam desde lesões simples, como fraturas de esmalte, até lesões mais graves, como avulsão ou intrusão dentária. Além do dano físico aos dentes, os traumatismos também podem causar dor, desconforto e ansiedade nas crianças, afetando sua qualidade de vida e bem-estar emocional. Além disso, essas lesões podem ter impacto no desenvolvimento normal dos dentes permanentes, podendo resultar em complicações ortodônticas, anomalias de erupção e necessidade de intervenção odontológica precoce (Carvalho, 2013).

A prevenção de traumatismos na dentição decídua é fundamental para minimizar seu impacto na saúde bucal das crianças. Estratégias de prevenção incluem o uso de equipamentos de proteção adequados durante atividades esportivas, a supervisão atenta de crianças durante o brincar e a implementação de medidas de segurança em ambientes domésticos e escolares. Além disso, a educação dos pais e cuidadores sobre os riscos de traumatismos dentários e a importância de cuidados odontológicos regulares pode ajudar a reduzir a incidência dessas lesões (Macari, 2014).

O fato da raiz do dente decíduo e o germe do dente permanente estarem tão próximos, a longo prazo, poderá haver complicações como infecção dos dentes decíduos ou prejudicar o desenvolvimento do dente sucessor. Por isso é de extrema importância determinar o prognóstico nos dentes decíduos lesionados, podendo assim avaliar as chances de possíveis complicações futuras antes de selecionar o plano de tratamento para preservar ou extrair (Wanderley, 2014)

Para isso, é necessário identificar fatores como: a idade do paciente, a gravidade da lesão, a proximidade do ápice o dente afetado com o germe do dente substituto, a conservação do quadro alveolar, a presença de abscessos, entre outros, que são determinantes importantes para sua evolução e posterior tratamento, o que pode contribuir para melhorar as taxas de sucesso a nível terapêutico e/ou nível restaurador (Aldrigui, 2012).

O impacto direto ou indireto nos dentes também podem resultar em lesões dentárias traumáticas, causando vários fatores como força e direção do impacto, forma e resiliência e direção do objeto impactante, bem como a reação dos tecidos ao redor do dente capazes de determinar a extensão do dano (Bastos *et. al*, 2014).

Esse impacto pode levar ao dano do feixe apical neurovascular levando à necrose da polpa, que pode ser diagnosticada com sinais clínicos como sinusite ou fístula e apresentação radiográfica de rarefação óssea periapical. Hiperemia pulpar e hemorragia pulpar após o trauma, liberam hemoglobina e eritrócitos, o que subsequentemente resulta em descoloração da coroa. Um fenômeno de calcificação amorfa pode ser visto especialmente em dentes subluxados e intruídos devido à formação de um coágulo de tecidos apicais levando a estimulação odontoblástica (Anderson & Andreasen, 2012).

De todo modo, o monitoramento da saúde pulpar envolve a avaliação de qualquer sinais ou sintomas clínicos de dor, sensibilidade à pressão, alterações de cor e desenvolvimento de um seio ou inchaço e também radiografias em cada consulta de acompanhamento por pelo menos 12 meses (Losso *et. al.*, 2011).

Para Cidrais (2018), o entendimento da importância dos traumatismos em dentes decíduos e suas implicações nos dentes permanentes é essencial para uma abordagem clínica eficaz. No entanto, algumas percepções comuns sobre o assunto precisam ser questionadas e reavaliadas à luz da evidência científica disponível.

4.1 PROGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO

O tratamento das lesões traumáticas nos dentes decíduos é de suma importância para garantir a saúde bucal adequada das crianças e prevenir complicações futuras. As lesões traumáticas podem incluir desde pequenos ferimentos no esmalte até fraturas mais graves e até mesmo avulsões completas dos dentes decíduos (Macari, 2014).

Wanderley *et. al.* (2014) ressalta a importância de determinar o prognóstico nos dentes decíduos lesionados para orientar o planejamento de tratamento. O primeiro passo no tratamento das lesões traumáticas dos dentes decíduos é uma avaliação clínica detalhada realizada por um profissional de odontologia. Isso inclui uma inspeção visual dos dentes afetados, exames radiográficos, se necessário, e uma análise da extensão do dano (Caldas, 2020).

Bastos et al. (2014) discutem os diversos fatores que podem influenciar a extensão do dano causado por lesões traumáticas nos dentes. No entanto, é importante destacar que a complexidade das lesões requer uma abordagem multidisciplinar e individualizada, levando em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos e emocionais das crianças.

O autor explica ainda que nos casos de lesões menores, como fraturas de esmalte, restaurações dentárias diretas podem ser suficientes para reparar o dano e restaurar a forma e a função do dente. Isso geralmente envolve o uso de resinas compostas ou outros materiais restauradores para preencher a área danificada. Para lesões mais graves que afetam a polpa dentária podem exigir tratamento endodôntico para preservar o dente decíduo. Isso envolve a remoção do tecido pulpar danificado, a limpeza e desinfecção dos canais radiculares e o preenchimento com um material obturador adequado (Bastos et al., 2014).

Em casos de deslocamento dentário, como intrusões ou extrusões, pode ser necessário realizar procedimentos para reposicionar o dente na posição correta. Isso pode incluir a aplicação de força ortodôntica suave ou a extração do dente se não houver possibilidade de recuperação (Anderson & Andreasen, 2012).

De acordo com Cidrais (2018), a abordagem de traumatismos em dentes decíduos e seus efeitos nos dentes permanentes deve ser baseada em evidências científicas sólidas e considerar uma variedade de fatores para garantir o melhor prognóstico e qualidade de vida para as crianças afetadas. Após o tratamento inicial, é essencial realizar um acompanhamento regular para avaliar a resposta do dente ao tratamento e monitorar qualquer sinal de complicações. Isso pode incluir exames clínicos e radiográficos periódicos para garantir a saúde contínua do dente afetado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os traumatismos em dentes decíduos envolvem uma complexidade de fatores capazes de definir em um prognóstico favorável ou não, onde as lesões podem causar traumatismos na dentição primária e não se limitar aos dentes decíduos, como também afetar o germe dentário sucessor em desenvolvimento, resultando em diversas consequências desfavoráveis.

O atendimento a crianças que sofreram o trauma na dentição decídua necessita de uma abordagem diferente daquela realizada no tratamento da dentição permanente, onde a repercussão sobre o dente permanente devem ser observadas devido sua relação muito próxima ao germe do dente permanente sucessor e o ápice do dente afetado, de modo a evitar danos adicionais. Em última análise, ao compreender as consequências do traumatismo em dentes decíduos e seu impacto nos dentes permanentes, podemos adotar medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes para promover a saúde bucal infantil e garantir um desenvolvimento dental adequado ao longo da vida.

Em conclusão, a prevalência de traumatismos na dentição decídua é uma preocupação significativa de saúde pública que requer atenção e intervenção adequadas. Compreender os fatores de risco associados a essas lesões e implementar estratégias eficazes de prevenção e tratamento são passos essenciais para promover a saúde bucal infantil e garantir um desenvolvimento dental adequado ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

ALDRIGUI, J.M. **Prevalência de traumatismo em dentes decíduos e fatores associados**: revisão sistemática e meta-análise [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-16012013-114820/pt-br.php>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ALDRIGUI, J.M. **Fatores relacionados à ocorrência de necrose pulpar em incisivos decíduos traumatizados** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-22032010-105452/pt-br.php>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Prevenção e Controle da Cárie Dentária. Orientações de Higiene Bucal em Odontopediatria. (p. 76–83)**. In: Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos, 2020.

ANDERSSON, L.; ANDREASEN, J.O. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3a ed. Tradução Gabriela Soares, Cristiano Boschetto e Ilson José Soares. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012.

ANDRADE, M. T. V.; KATZ, C. R. T. **Relação entre a erupção dos dentes decíduos e manifestações locais e/ou sistêmicas**: revisão integrativa. Arquivos

Em Odontologia, 54; 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.7308/aodontol/2018.54.e12>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Secretaria de Vigilância Sanitária. SB Brasil; 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BASTOS, J.V.; CORTES, M.L.S; PERCINOTO, C.; TOVO, M.F. **Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens**. Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2014.

CAMPOS, V.; LENZI, M.M.; MARÇA, S.L.M.; ANDRADE, M.R.T.; MARSILLAC, M.W.S. **Traumatismo nos dentes decíduos anteriores: Estudo retrospectivo do Projeto de Extensão em Traumatologia Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. ISSN: 1519-8847 | E-ISSN: 2236-4447, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pc/Desktop/Talis/20022-90135-1-PB.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2023.

CALDAS, A, G. **Luxação intrusiva de dentes decíduos**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent ; 54(3): 215, maio; 2020. Disponível em:
<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-281438>>. Acesso em: 03 mai. 2023.

CARDIOLI, IC. **Avaliação do tamanho da imagem radiográfica do folículo do germe de incisivos centrais superiores permanentes** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-08052012-170100/pt-br.php>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

CARVALHO, P. **Cistos radiculares em incisivos decíduos traumatizados: série de casos**. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2013. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=14&Itemid=161&lang=pt-br&id=07A1CA4B9CC0>. Acesso em: 22 set. 2022.

CIDRAIS, S.S. **Traumatismo na dentição decídua e consequências na dentição permanente**. Rev. *Cespu Repository*, 2018. Disponível em:
<<http://hdl.handle.net/20.500.11816/3011>>. Acesso em: 22 set. 2022.

FADEL, M.A.V. **A Importância da manutenção dos dentes decíduos na prevenção do agravamento das más oclusões**. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/9438336>>. Acessado em: 23 mar. 2023.

GONDIM, J. O; MOREIRA NETO, J.J.S. **Avaliação de incisivos decíduos intruídos**. Publicado em 06 mai. 2010. Disponível em: <<https://sci-hub.se/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-9657.2005.00288.x>>. Acessado em: 05 mar. 2023.

GUIMARÃES, C.A; OLIVEIRA, R.C.G; **Perda precoce de dentes decíduos relato de caso clínico**. Revista UNINGÁ Review. Vol.29, n.2, pp.28-33 (2017). Disponível

em: <file:///Users/Pc/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+16%20(1).pdf>.
Acessado em: 02 mar. 2023.

JABBAR, NSA. **Fatores associados à necessidade de exodontia de incisivos centrais superiores decíduos traumatizados** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-11092012-124728/pt-br.php>>. Acesso em: 22 ago. 2023

LOURENÇO NETO, N.; FERNANDES, A. P.; MARQUES, N.C.T., SAKAI, V.T.; MORETTI, A.B.S.; MACHADO, M.A.A. **Terapia pulpar em dentes decíduos: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências**. Rev Odontol UNESP. 2013 Mar-Apr; 42(2): 130-137. 2013 - ISSN 1807-2577. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/DT9TkSyT9X7hnhVq3GPXPc/?lang=pt>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; BERTOLI, F.M.P. **Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua**. RSBO (Online) vol.8 no.1 Joinville Jan. 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852011000100019>. Acesso em: 05 abr. 2023.

MACARI, K.S.M. **Avaliação de dentes decíduos e permanentes traumatizados**. Publicado em 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Pc/Desktop/Talis/macari_ksm_dr_araca.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

MARQUES, R.S; GIRO, E.M.A.; HEBLING, J. **Tratamento de traumatismo em dentes decíduos e de suas consequências em dentes permanentes jovens** Rev Odontol UNESP. 2018; 47(N Especial):12. 2018 - ISSN 1807-2577. Disponível em: <<https://www.revodontolunesp.com.br/article/5c644cc20e8825b459d4e49c/pdf/rou-47-Especial-5c644cc20e8825b459d4e49c.pdf>>. Acessado em: 23 mar. 2023.

MENEZES, J.V.N.B. de; ULIANA, G. **Perfil de crianças com dentes decíduos perdidos precocemente**. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.6, n.31, p.196-200, maio/jun. 2013. Disponível em: <<https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Perfi-l-de-Crian%C3%A7as-com-Dentes-Dec%C3%ADduos-Perdidos-Precocemente.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

PATRIANOVA, M. E; KROLL, C. D.; BÉRZIN, F. **Sequência e cronologia de erupção dos dentes decíduos em crianças do município de Itajaí (SC)**. RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia, vol. 7, núm. 4, outubro-diciembre; 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1530/153017397005.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

VILELA, L.O. **Traumatismo Dentário na População Pediátrica entre 6 e 15 anos de idade dos conselhos de Pinhão e Alijó**. 2015. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4754/1/PPG_30515.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

WANDERLEY, M. T., WEFFORT, I. C. C., Kimura, J. S. & Carvalho, P. (2014). **Traumatismos nos dentes decíduos**: entendendo sua complexidade. Rev. Assoc Paul Cir Dent 2014;68(3):194-200. Disponível em: <<http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v68n3/a03v68n3.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

WEFFORT, I.C.C. **Avaliação da fluxometria laser doppler em dentes decíduos traumatizados necrosados antes e após tratamento endodôntico** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-22042008-163821/pt-br.php>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

ANEXO - TERMO DE ACEITE

SÃO LUCAS
PORTO VELHO - RO

Afya



CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 19 de Março de 2024

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas

Assunto: **Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).**

Eu, Dr. Vitor Cavata e Silva Camargo, professor

(a) docente/ou pesquisador (a) do UNISL, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno (a/os/as)

Andressa Tábata B. Nunes

regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação. O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

7

Dr. Vitor Cavata e Silva Camargo
Assinatura do Orientador
Coordenador do Curso de Odontologia
Centro Universitário São Lucas