

Dayane Jaqueline Gross
Patrícia de Fátima Firek
Luiz Ricardo Marafigo Zander
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Traumatismo dentário infantil: guia para o manejo de situações clínicas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

Reitor

Miguel Sanches Neto

Vice-Reitor

Ivo Mottin Demiate

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Culturais

Maria Salete Marcon Gomes Vaz

Departamento de Odontologia

Stella Kossatz

Programa Saúde Bucal Materno-Infantil

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Autores

Dayane Jaqueline Gross

Patrícia de Fátima Firek

Luiz Ricardo Marafigo Zander

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Colaboradores

Carolina Ruppel

Giovana Carolina Lisboa Candido

Izabelle Millene Semczik

Jessyca Twany Demogalski

Thaís Regina Kummer Ferraz

Dayane Jaqueline Gross
Patrícia de Fátima Firek
Luiz Ricardo Marafigo Zander
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Traumatismo dentário infantil: guia para o manejo de situações clínicas



PROEX UEPG

Equipe Editorial

Revisão de língua portuguesa

Emilson Richard Werner

Arte

Luiz Ricardo Marafigo Zander

Apoio

Editora UEPG

T777

Traumatismo dentário infantil: guia para o manejo de situações clínicas [Livro eletrônico]/ Dayane Jaqueline Gross et al. Ponta Grossa: UEPG/PROEX, 2021.
45p.; E-book PDF

ISBN: 978-65-86967-38-8

DOI: 10.5212/86967-38-8

1. Odontopediatria. 2. Dentição infantil - fratura.
3. Assis-tência odontológica . I. Gross, Dayane Jaqueline
et al. II. T.

CDD: 617.6

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia F. B. dos Santos CRB 9/986

2021

Sumário

1. Apresentação.....	7
2. Anatomia da dentição infantil.....	8
3. Diagnóstico.....	9
4. Anamnese.....	10
4.1 Importante.....	11
5. Exame físico.....	12
5.1 Importante.....	13
6. Exame radiográfico.....	14
6.1 Importante.....	15
7. Padrão das lesões.....	16
8. Fratura coronária.....	16
8.1 Tratamento.....	17
8.2 Importante.....	18
9. Fratura coronariorradicular.....	19
9.1 Importante.....	20
9.2 Tratamento.....	21
10. Fratura radicular.....	22
10.1 Importante.....	22
10.2 Tratamento.....	23
11. Fratura do processo alveolar.....	24
11.1 Tratamento.....	25
11.2 Importante.....	26
12. Concussão.....	27
12.1 Tratamento.....	28

Sumário

- 13. Subluxação.....29**
 - 13.1 Tratamento.....30
- 14. Luxação lateral.....31**
 - 14.1 Tratamento.....32
 - 14.2 Importante.....33
- 15. Extrusão.....34**
 - 15.1 Tratamento.....35
 - 15.2 Importante.....36
- 16. Intrusão.....37**
 - 16.1 Importante.....38
- 17. Avulsão.....39**
 - 17.1 Tratamento.....40
 - 17.2 Importante.....41
- 18. Proservação.....42**
- 19. Orientações finais.....43**
- 20. Referências.....44**
- 21. Sobre os autores.....45**

1. Apresentação

Este *e-book* fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência odontológica é condição fundamental para o sucesso no tratamento frente às situações de traumatismo dentário infantil.

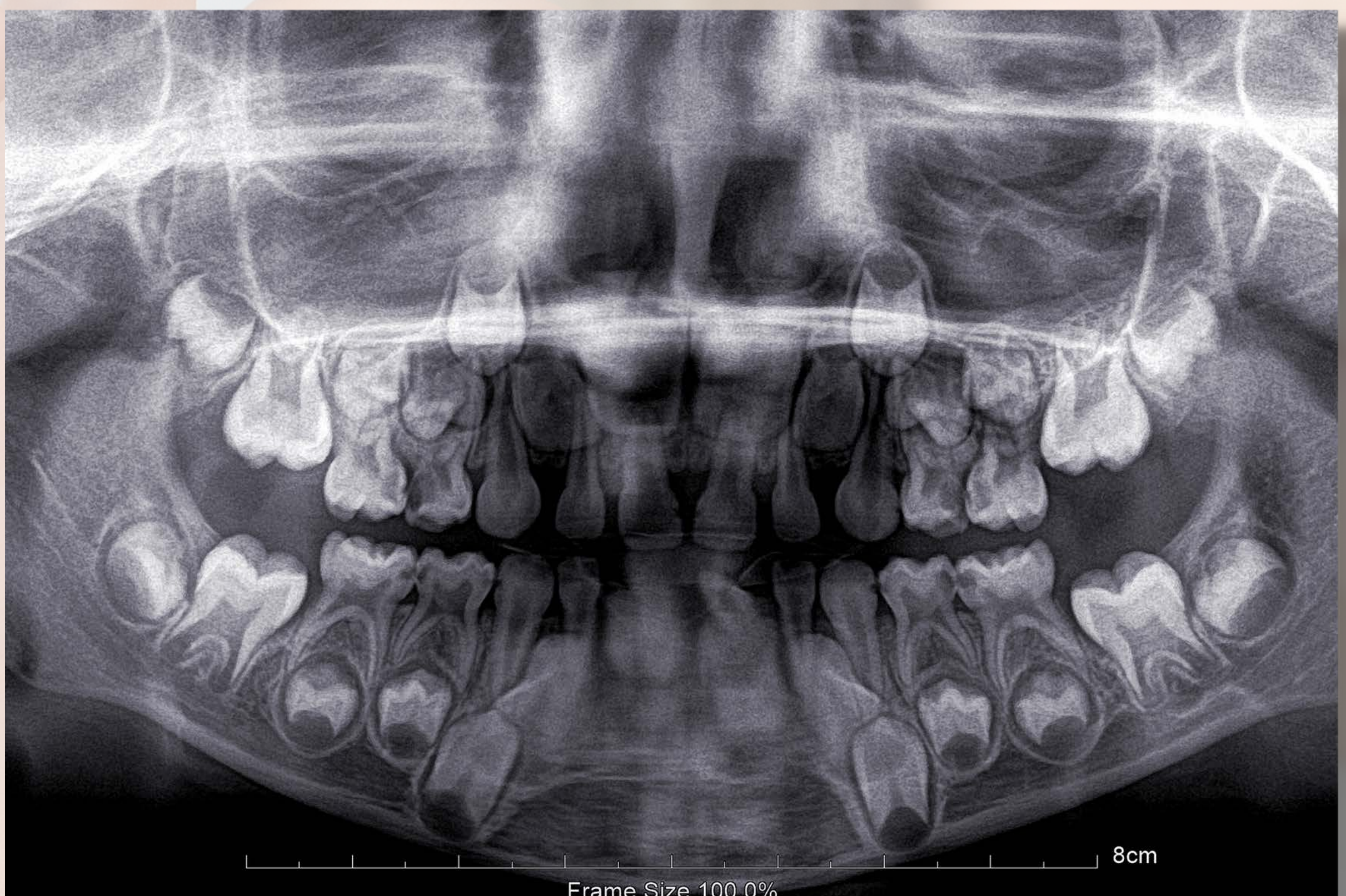
A humanização no atendimento odontológico é garantida por meio da escuta qualificada, do rápido raciocínio clínico, da qualidade técnica ao prestar assistência, da atuação interdisciplinar e do conhecimento de múltiplas opções terapêuticas, garantindo a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, este *e-book* foi idealizado pela equipe do Projeto de Extensão Saúde Bucal Materno-Infantil, com o objetivo de fornecer informação de qualidade para os acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas, funcionando como um guia de acesso rápido ao compilado de informações clássicas presentes na literatura, vistas como essenciais ao sucesso no manejo e prevenção de agravos decorrentes das complexas condições comumente apresentadas por pacientes infantis que apresentam traumatismo dentário. Desejamos a todos boa leitura.

2. Anatomia da dentição infantil

A anatomia da dentição decídua apresenta íntima relação com a dentição permanente. Nesse sentido, qualquer trauma que acometa um elemento dentário decíduo pode ter consequências mais ou menos graves, a depender da injúria, ao dente permanente em processo de formação (ANDREANSEN; ANDREANSEN, 1991).

Figura 1 - Proximidade entre a dentição decídua e a permanente, visualizada na radiografia panorâmica.



Fonte: Canva - Design Gráfico para Todos, 2022.

3. Diagnóstico

O exame clínico para o diagnóstico adequado frente às situações de traumatismo dentário é composto por:

- Anamnese, que deve ser detalhada;
- Exame físico intra e extrabucal, com especial enfoque para o elemento dentário acometido e suas estruturas adjacentes;
- Exame de imagem, utilizados para visualização interna das estruturas bucais e suas possíveis moléstias provindas do trauma sofrido;

Após essas três etapas, o cirurgião-dentista pode ter subsídio suficiente para elaboração de um plano de tratamento que contemple as particularidades da situação em que a criança se encontra. Importante lembrar que, sempre que possível, esse exame deve contemplar uma equipe multiprofissional de assistência.

4. Anamnese

A anamnese deve conter três perguntas básicas, direcionadas aos pais ou responsáveis, que nortearão o cirurgião-dentista durante a avaliação clínica da criança. São elas:

QUANDO?

Utilizada para saber o tempo decorrido entre o trauma e o primeiro atendimento do paciente.

ONDE?

O local de ocorrência do trauma auxilia a revelar o nível de contaminação da ferida, indicando a necessidade de vacinação antitetânica ou antibioticoterapia.

COMO?

Revela a relação entre o tipo de lesão observada e o seu fator causal.

4.1 Importante

- Quando as informações da anamnese e surgimento da lesão na criança não condisserem, deve-se suspeitar da Síndrome da Criança Espancada. Nesse caso, o paciente deve ser examinado também por médico(a) pediatra;
- Verificar se o paciente apresenta amnésia, cefaleia, náusea, vômito, que são sinais de concussão cerebral, necessitando de atenção médica;
- Verificar se existe distúrbio ao morder, o qual revela luxação do dente, fratura alveolar, fratura mandibular, luxação ou fratura da articulação temporomandibular;
- Verificar se existe alguma reação ao frio ou calor, que indicam exposição de tecido dentinário;
- Verificar presença de possíveis alergias, patologias sanguíneas e traumatismo anterior.

5. Exame físico

O exame físico deve contemplar a avaliação intra e extrabucal do paciente e deve ser iniciado pela inspeção do tecido mole, verificando se há ou não corpos estranhos na ferida apresentada (comum em lesões penetrantes). Em seguida, as estruturas duras devem ser examinadas, a fim de detectar fraturas.

- Em fraturas coronárias, é necessário verificar se há comprometimento pulpar e como está a vascularidade desse tecido;
- Importante realizar o **teste de mobilidade** para verificar o grau de mobilidade, revelando comprometimento vascular ou fratura do processo alveolar;
- Importante realizar o **teste de percussão** para verificar se há comprometimento pulpar e anquilose;
- Realizar o **teste de sensibilidade pulpar**.

5.2 Importante

A região acometida pelo trauma costuma ser extremamente contaminada. Assim, sugere-se lavar o rosto do paciente com sabão suave previamente ao exame físico, a fim de permitir adequada visualização e descontaminação inicial da região lesionada.

Figura 2 - Assepsia do rosto do paciente.



Fonte: os autores, 2022.

6. Exame radiográfico

O exame radiográfico é o exame de imagem mais utilizado para auxílio do diagnóstico destas situações. Durante o exame radiográfico, é necessário observar:

- Se há fratura radicular;
- A relação entre a polpa e traço da fratura;
- O grau de reabsorção da raiz;
- O estágio de desenvolvimento radicular;
- O tamanho da câmara pulpar do dente acometido;
- A relação do dente decíduo com o germe do dente permanente;
- Se há fratura óssea.

Destaca-se que outros exames de imagem podem ser necessários para o diagnóstico, por exemplo a tomografia computadorizada.

- Em lesões penetrantes de tecido mole, pode ser necessário realizar exame radiográfico para localizar eventuais corpos estranhos;
- Recomenda-se realizar registro fotográfico da lesão.

6.1 Importante

As informações a seguir facilitam o raciocínio e as condutas assistenciais ao cirurgião-dentista, possibilitando a expectativa das situações encontradas durante o atendimento à criança com trauma dentário.

- O osso que circunda os dente decíduos é resiliente e, por este motivo, a maioria das lesões são luxações dentárias;
- A força de impacto sofrida pode ser facilmente transmitida aos dentes permanentes, sendo um ponto de fundamental preocupação;
- É necessária confirmação de que o dente decíduo afetado deslocou-se e atingiu o germe do dente permanente. Nesse caso, o dente decíduo deve ser removido;
- É necessário controlar o processo de cicatrização do local, a fim de preservar o dente permanente.

7. Padrão das lesões e tratamento

A seguir, estão apresentadas as principais lesões traumáticas que acometem o paciente pediátrico, bem como os tratamentos propostos.

8. Fratura coronária

São as lesões mais frequentes da dentição permanente. A depender da extensão da fratura, poderá ocorrer exposição e injúria ao tecido pulpar ou comprometimento periodontal.

Figura 3 - Fratura coronária.



Fonte: os autores, 2022.

8.1 Tratamento

Fratura do esmalte: realizar desgaste seletivo, restauração estética ou colagem do fragmento;

Fratura do esmalte ou dentina: realizar restauração estética ou colagem do fragmento;

Fratura da coroa com envolvimento pulpar: avaliar a vitalidade pulpar e eleger o tratamento.

- Em caso de polpa vital, decidir entre realizar o capeamento direto, utilizando hidróxido de cálcio e procedendo com a restauração ou colagem de fragmento para recuperação anatômica e estética, ou realizar pulpotomia parcial previamente;
- Em caso de não haver vitalidade pulpar, as seguintes opções podem ser adotadas: *pulpotomia parcial*, quando o ápice encontra-se aberto; realizar *pulpectomia*, preencher o canal com pasta Guedes-Pinto ou realizar a extração dentária.

8.2 Importante

- Os dentes com fratura devem ser preservados para rastrear possíveis complicações pulpares. Assim, recomenda-se acompanhamento de um a dois meses e após um ano do trauma;
- Os sinais de necrose pulpar incluem a perda de sensibilidade no dente, descoloração coronária e radiolucência periapical;
- Restauração provisória com óxido de zinco e eugenol pode ser realizada em caso de tratamento expectante ou de não colaboração do paciente. No entanto, deve-se tomar cuidado para não introduzir o material restaurador provisório para o interior do ligamento periodontal, em caso de haver comprometimento dele;
- O prognóstico da lesão dependerá do tempo entre a exposição do elemento dentário fraturado e o tratamento.

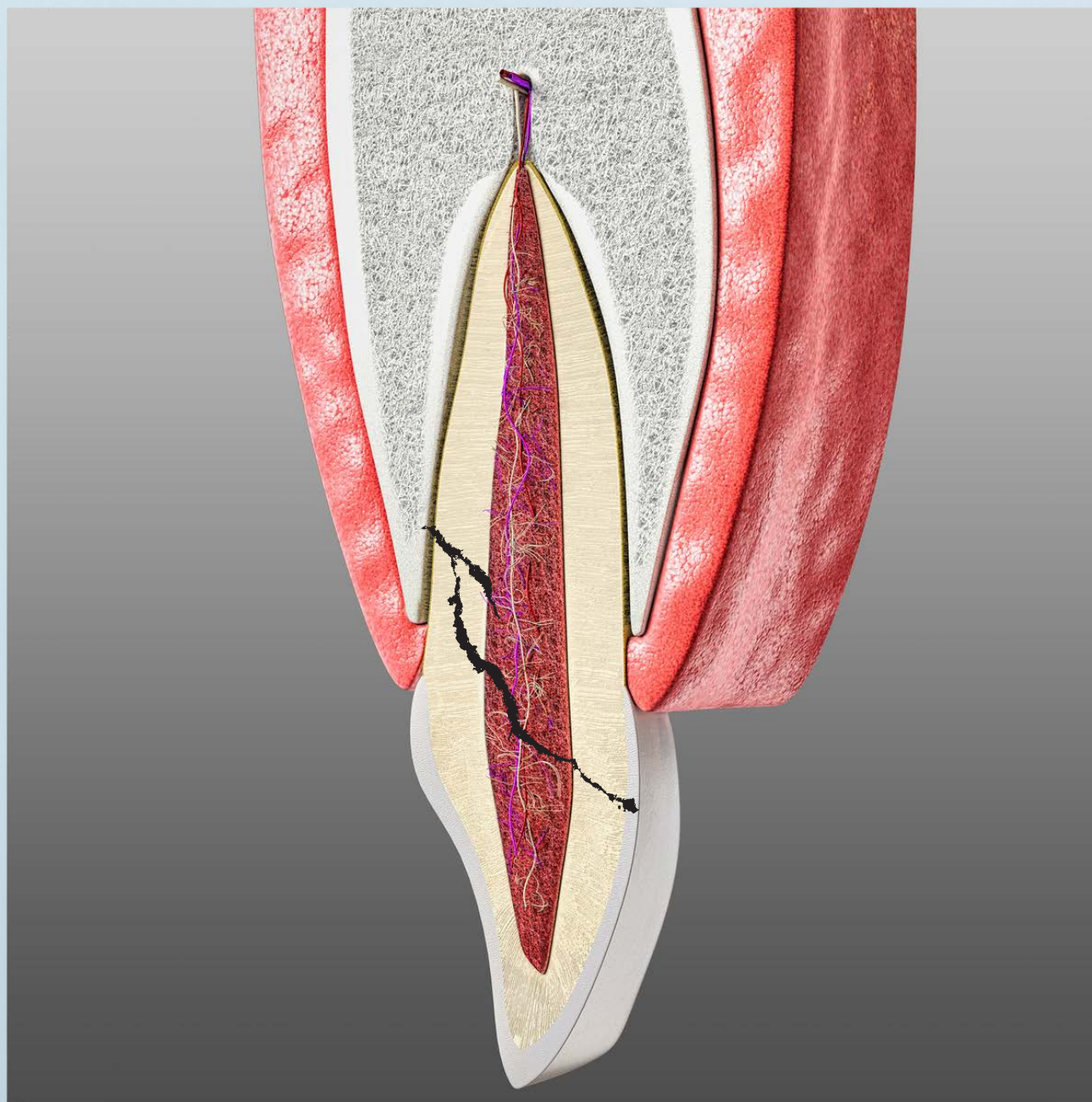
9. Fratura coronariorradicular

Essa lesão é relativamente comum e normalmente ocorre após impacto horizontal.

A linha de fratura costuma ser única e segue o caminho dos prismas de esmalte, podendo ocasionar exposição pulpar em seu percurso através da dentina.

O principal sintoma de uma fratura coronariorradicular não tratada é a sintomatologia dolorosa ao mastigar, ocasionada pela movimentação do fragmento coronário.

Figura 4 - Fratura coronariorradicular.

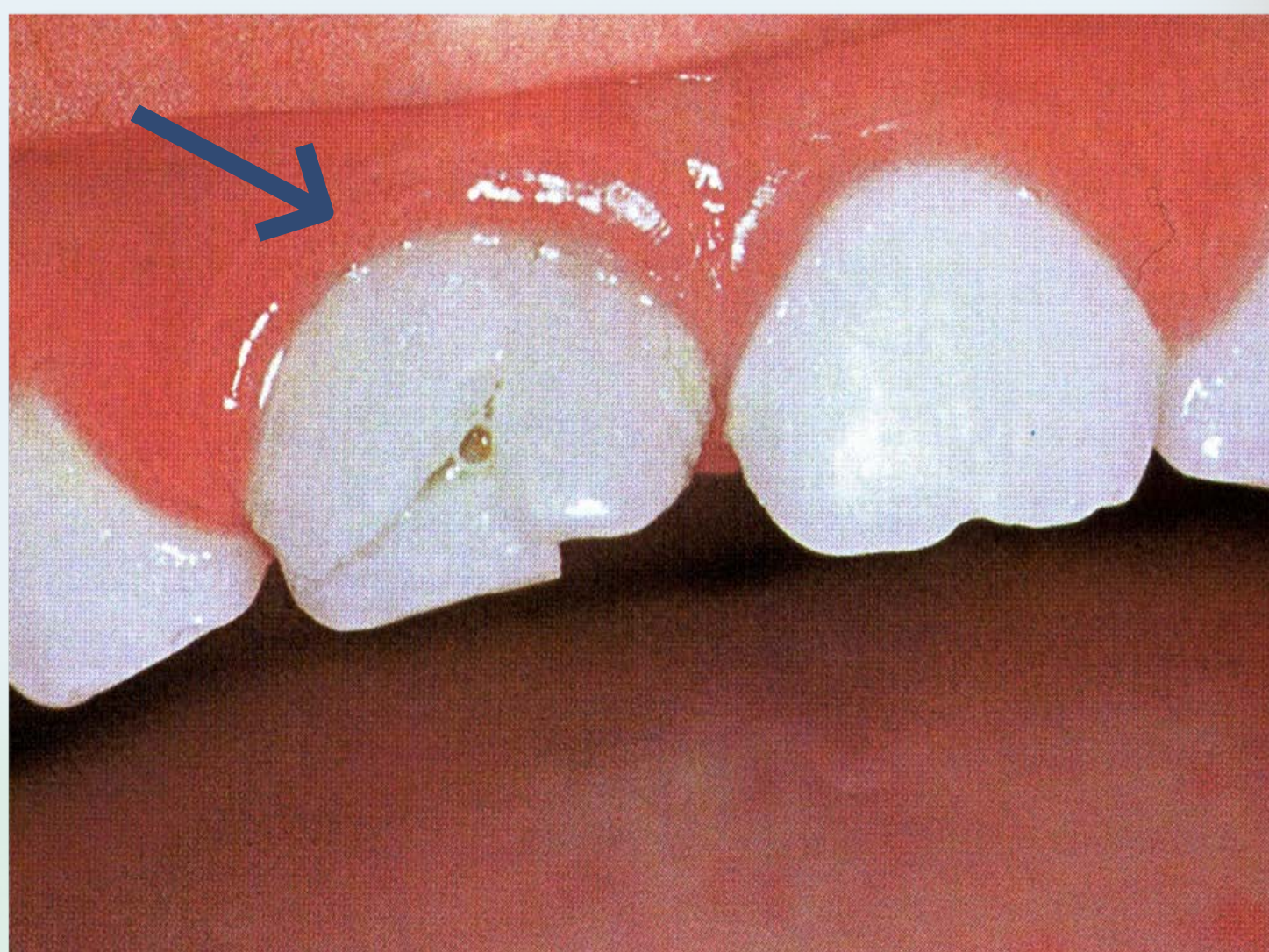


Fonte: Canva - Design Gráfico para Todos, 2022.

9.1 Importante

- As principais complicações do não tratamento da fratura coronariorradicular incluem alterações inflamatórias no ligamento periodontal devido ao acúmulo de biofilme na linha de fratura;
- A realização de radiografia periapical auxilia no diagnóstico, por permitir a visualização de linha de fratura oblíqua;
- Visando preservar o germe permanente, não é recomendado insistir na remoção de fragmentos de fratura com extensão radicular.

Figura 5 - Exame clínico de fratura coronariorradicular.



Fonte: os autores, 2022.

9.2 Tratamento

A maioria das fraturas coronariorradiculares podem ser salvas, existindo diversas possibilidades de tratamento para essas lesões. Entre as opções terapêuticas, podemos citar:

- Remoção do fragmento coronário, com subsequente restauração acima do nível gengival, permitindo a cicatrização da porção subgengival da fratura. É indicada para fraturas superficiais que não envolvam a polpa;
- Remoção do fragmento coronário e realização de gengivectomia e osteotomia, com subsequente reconstrução coronária. É indicada em situações nas quais a técnica cirúrgica não comprometa a estética;
- Remoção do fragmento coronário e extrusão radicular (cirúrgica ou ortodôntica). É indicada quando a porção radicular for suficientemente longa para suportar uma nova coroa.

10. Fratura radicular

As fraturas radiculares são menos comuns e apresentam um padrão de cicatrização complexo, devido à possibilidade de envolvimento simultâneo da polpa, ligamento periodontal, dentina e cimento.

10.1 Importante

- A gravidade da lesão irá depender do envolvimento pulpar e da infiltração desse tecido por micro-organismos;
- É necessário realizar radiografias de vários ângulos para diagnosticar o tipo e a localização da fratura da raiz.

Figura 6 - Exame radiográfico de fratura radicular.



Fonte: os autores, 2022.

10.2 Tratamento

Entre as principais opções de tratamento para as fraturas radiculares, destacam-se:

- Imobilizar o fragmento coronário utilizando fio de aço e resina composta (*splinting*) por três meses. Nessas situações, é necessário informar aos pais ou responsáveis da possibilidade de perda coronária precoce, antes do período fisiológico;
- Em caso de contaminação e necrose pulpar, recomenda-se extirpar a polpa ao nível da fratura e realizar o sepultamento do fragmento radicular com hidróxido de cálcio, permitindo a reabsorção fisiológica. Em caso de dente permanente, o fragmento pode ser obturado com guta percha de seis a 12 meses após o sepultamento.

Figura 7 - Realização do *splinting*.



Fonte: os autores, 2022.

11. Fratura do processo alveolar

- Trata-se de uma fratura que engloba todo o processo alveolar, afetando dois ou mais dentes.
- Radiograficamente, apresenta diagnóstico complexo, sendo necessárias várias angulações de raios-x para observar com clareza a linha de fratura. Ademais, apresenta como diagnóstico diferencial as fraturas radiculares.
- Clinicamente, ocorre de mobilidade em vários dentes, hematoma e possível descontinuidade na gengiva adjacente e mucosa. Essas características auxiliam no correto diagnóstico.

Figuras 8 - Fratura do processo alveolar (seta).



Fonte: os autores, 2022.

11.1 Tratamento

O tratamento para as fraturas alveolares consiste no reposicionamento dos elementos dentários e do osso alveolar fraturado, associado à imobilização mecânica dos dentes (*splinting*), pelo período de 3 a 4 semanas.

Decorrido esse período, a imobilização mecânica pode ser acrescida por mais duas ou três semanas. Se, ainda assim, a estabilização dentária não for alcançada, recomenda-se a extração dentária.

Figura 9 - Realização de *splinting* após o reposicionamento da fratura do processo alveolar.



Fonte: os autores, 2022.

11.2 Importante

- Quando a linha de fratura envolve o ápice radicular, a irrigação pulpar fica comprometida e a necrose da polpa é iminente;
- Frequentemente, o ápice radicular fica "travado no osso", impossibilitando seu reposicionamento. Nessas situações, preconiza-se extrair levemente o dente antes de realizar o reposicionamento.
- Quanto mais tardia for a reposição dos dentes e do fragmento ósseo, pior o prognóstico para a polpa que sofreu injúria.

Figura 10 - Visualização clínica após 2 meses de reposicionamento.



Fonte: os autores, 2022.

12. Concussão

A concussão representa uma lesão ao ligamento periodontal e à polpa causada por um impacto agudo. Este impacto pode resultar em hemorragia e edema intraligamentar, tornando o dente sensível à percussão e à mastigação. Entre as características da concussão, destacam-se:

- As fibras do ligamento periodontal encontram-se intactas e consequentemente o dente não apresenta mobilidade;
- Não há presença de sangramento no interior do sulco gengival e radiograficamente não se mostra nenhuma alteração.

Figura 11 - Exame clínico do elemento dentário que sofreu concussão.



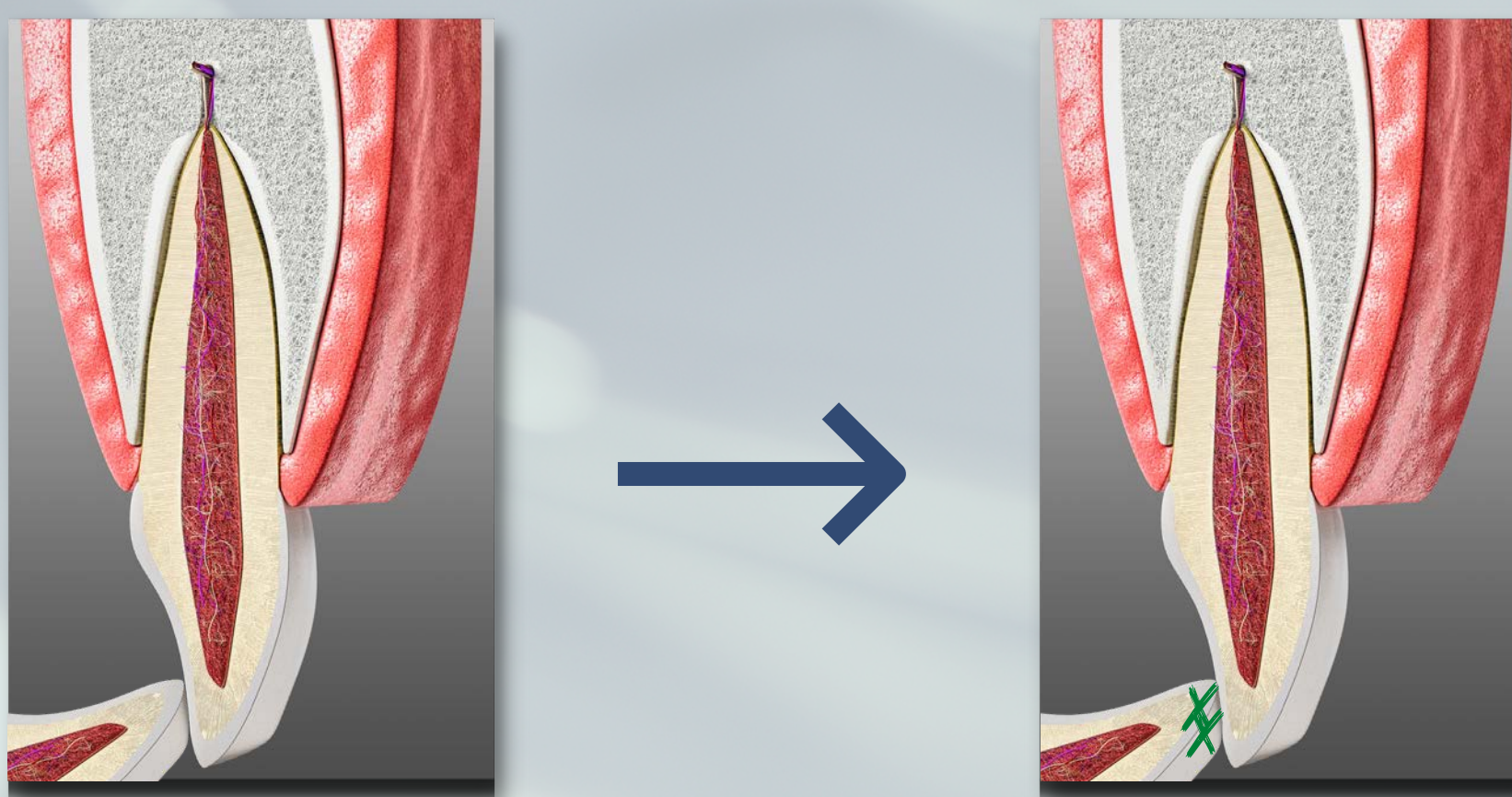
Fonte: os autores, 2022.

12.1 Tratamento

O tratamento da concussão consiste no alívio de interferências oclusais e na prescrição de dieta com alimentos tenros e líquidos por aproximadamente duas semanas. A imobilização do dente afetado não é necessária, mas pode ser realizada para conforto do paciente. Nestes casos, não deve ultrapassar o período de duas semanas.

- Destaca-se que o teste de sensibilidade pulpar deve ser realizado na ocasião do trauma, após 1 mês e também após dois meses da lesão, devido ao risco de necrose pulpar;
- Quando a necrose pulpar for confirmada, deve-se realizar o tratamento endodôntico.

Figuras 12 e 13 - Alívio das interferências oclusais.



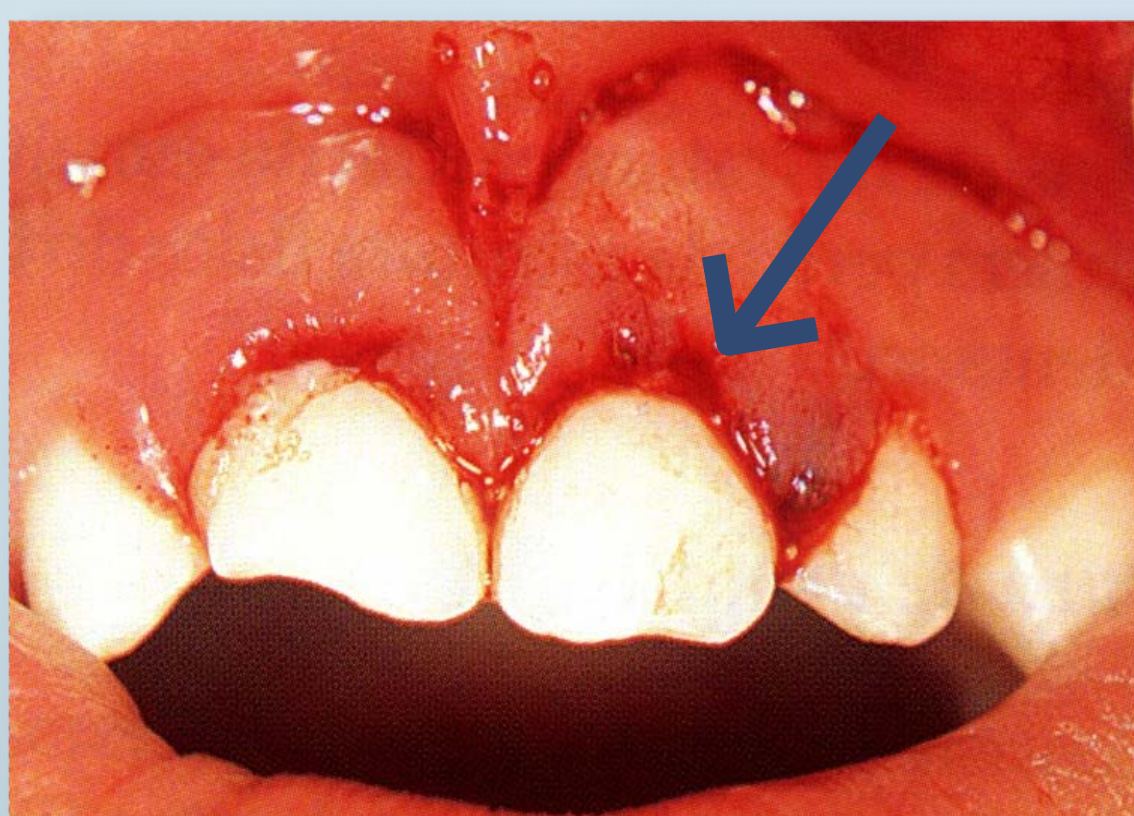
Fonte: Canva - Design Gráfico para Todos, 2022.

13. Subluxação

A subluxação representa uma lesão maior ao ligamento periodontal e à polpa, causada por um impacto agudo mais intenso. Esse impacto resulta no rompimento de algumas fibras do ligamento periodontal e afrouxamento do dente, mas sem deslocamento. Entre as características da subluxação, destacam-se:

- Frequentemente há presença de ligeiro sangramento no sulco gengival;
- O dente é sensível à percussão e à mastigação;
- Radiograficamente, não há alterações.

Figura 14 - Leve sangramento gengival no elemento dentário com subluxação.



Fonte: os autores, 2022.

13.1 Tratamento

O tratamento da subluxação consiste no alívio de interferências oclusais e na prescrição de dieta com alimentos tenros e líquidos por aproximadamente duas semanas. A imobilização do dente afetado não é necessária, mas pode ser realizada para conforto do paciente. Nesses casos, não deve ultrapassar o período de duas semanas.

- Destaca-se que o teste de sensibilidade pulpar deve ser realizado na ocasião do trauma, após 1 mês e também após dois meses da lesão, devido ao risco de necrose pulpar;
- Quando a necrose pulpar for confirmada, deve-se realizar o tratamento endodôntico;
- A boa higiene bucal deve ser mantida para evitar o risco de infecção do ligamento periodontal, com consequente edema gengival e aumento da mobilidade dental.

14. Luxação lateral

Na luxação lateral, ocorre uma lesão periodontal, pulpar e alveolar combinada. Essa lesão é decorrente de um impacto horizontal que força a coroa do dente palatinamente ou lingualmente e o ápice radicular para vestibular, resultando em contusão ou fratura das paredes alveolares.

- Clinicamente, o dente encontra-se deslocado para horizontal, firmemente preso a uma nova posição;
- A realização de radiografia periapical, com incidência ortorradial, combinada à radiografia oclusal, permite o diagnóstico preciso.
- A lesão poderá resultar em reparo tecidual ou necrose pulpar e reabsorção radicular externa, a depender de sua gravidade.

Figuras 15 - Luxação lateral observada clinicamente.



Fonte: os autores, 2022.

14.1 Tratamento

O tratamento da luxação lateral consiste no cauteloso reposicionamento dentário, aplicando o mínimo de força possível. É importante destacar que é necessário liberar o travamento vestibular da raiz, extruindo levemente o dente, antes de realizar o reposicionamento. Ademais, o reposicionamento deve ser confirmado por meio de nova radiografia.

- Após a confirmação do reposicionamento, deve-se realizar imobilização dentária (*splinting*) pelo período de 3 semanas;
- Decorrido o período, é necessário realizar nova radiografia, a fim de confirmar o reparo tecidual e verificar se há presença de reabsorção radicular inflamatória externa (se confirmada, realizar tratamento endodôntico);
- O teste de sensibilidade pulpar também deve ser realizado, esperando-se resultado positivo até 12 meses após a lesão.

14.2 Importante

Em luxações laterais de maior gravidade, a atividade osteoclástica pode resultar em colapso do periodonto marginal. Radiograficamente, observa-se uma linha de rarefação óssea. Nessas condições, é recomendado manter a imobilização dentária pelo período de dois meses. Após esse período, deve-se realizar nova radiografia para confirmar a ausência da radiolucência periapical e colapso do osso marginal;

- Destaca-se que a perfeita higiene bucal deve ser mantida, a fim de evitar complicações periodontais pelo acúmulo de biofilme.

Figura 16 - Linha de rarefação óssea decorrente da luxação lateral.



Fonte: os autores, 2022.

15. Extrusão

Na extrusão, ocorre uma lesão periodontal e pulpar combinada. Esta lesão é decorrente de um impacto horizontal que força a coroa do dente para fora do seu alvéolo, enquanto as fibras palatinas ou linguais do ligamento periodontal impedem a avulsão total.

- Clinicamente, o dente encontra-se deslocado axialmente para fora de seu alvéolo, ficando preocupantemente frouxo;
- Radiograficamente, observa-se presença de deslocamento coronário do dente.

Figura 17 - Verificação clínica da extrusão.



Fonte: os autores. 2022.

15.1 Tratamento

O tratamento da extrusão depende da gravidade da lesão e do nível de esfoliação dentária.

- **Extrusão em dente distante da completa esfoliação fisiológica:** realizar o cuidadoso reposicionamento dentário e imobilização (*splinting*) de dez dias a três semanas. Após esse período, realizar nova radiografia para verificar o reparo tecidual;
- **Extrusão com grau acentuado em dente próximo à completa esfoliação fisiológica:** realizar a exodontia do dente.

Figura 18 - Realização de *splinting* para imobilização dentária, após reposicionamento.



Fonte: os autores, 2022.

15.2 Importante

- O sucesso do tratamento de extrusões depende do adequado posicionamento dentário;
- Recomenda-se realizar o teste de sensibilidade pulpar e nova radiografia prévia à remoção da contenção, revelando ausência ou presença de necrose pulpar;
- Quando há reabsorção radicular patogênica, deve-se realizar imediatamente a terapia endodôntica.
- Destaca-se que a perfeita higiene bucal deve ser mantida, a fim de evitar complicações periodontais pelo acúmulo de biofilme;
- O prognóstico geral de reparo pulpar, tanto para extrusão quanto para luxação lateral, depende do estágio de desenvolvimento radicular na ocasião da lesão, tendo pior prognóstico às raízes com ápice desenvolvido.

16. Intrusão

A intrusão ocorre quando o dente é deslocado apicalmente, apresentando dano máximo ao ligamento periodontal, osso alveolar e polpa.

O diagnóstico clínico dependerá da dentição:

- Em dentição decídua e permanente, o diagnóstico consiste na comparação da altura entre o dente afetado e os adjacentes não afetados;
- Na dentição mista, o diagnóstico é mais complexo, assemelhando-se a um dente em processo de irrompimento;
- Radiograficamente, o dente encontra-se encurtado em relação ao contralateral ou alongado e com ápice radicular não visualizável, devido à sobreposição ou invasão do germe do dente permanente.

Figuras 19 e 20 - Visualização clínica e radiográfica da intrusão.



Fonte: os autores, 2022.

16.1 Importante

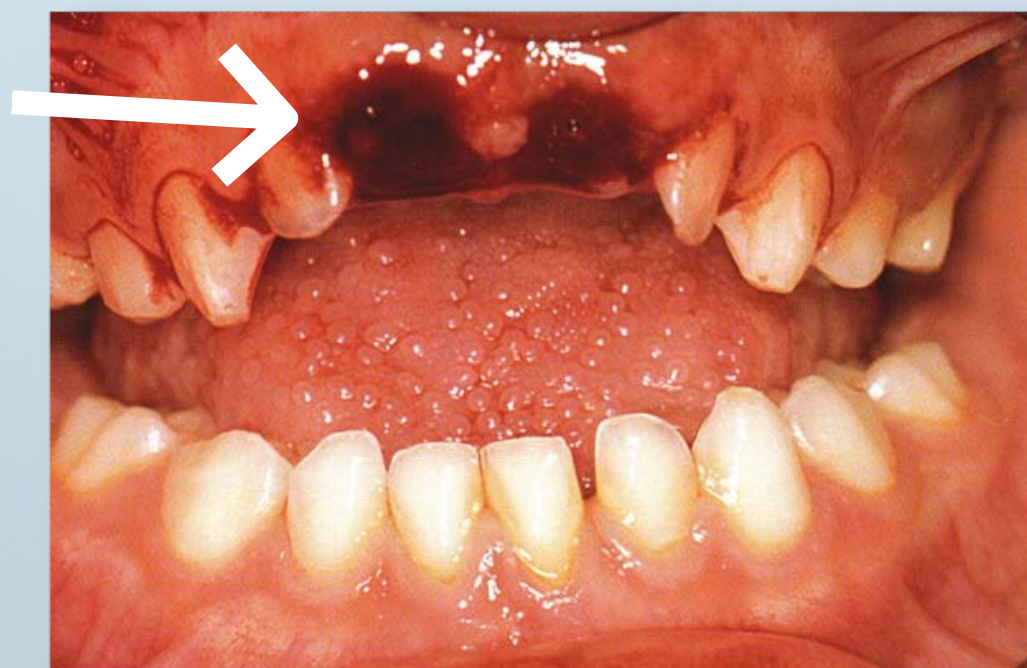
- Quando for indicada a extração do dente decíduo, deve-se tomar cuidado para não causar dano ao dente dente sucessor permanente. Assim, preconiza-se a utilização de fórceps para a realização da exodontia, em substituição aos instrumentais elevadores.
- É necessário fazer o acompanhamento contínuo do caso, uma vez que a existência de necrose pulpar, reabsorção radicular externa ou complicações periodontais são frequentes;
- Os dentes permanentes, com a raiz completamente desenvolvida, apresentam pior prognóstico para necrose pulpar e reabsorção radicular externa;
- Nas situações em que a necrose pulpar for confirmada, é necessário proceder com a terapia endodôntica.

17. Avulsão

A avulsão ocorre quando o dente é completamente deslocado para fora de seu alvéolo devido a um impacto externo. Destaca-se que dentes permanentes jovens apresentam periodonto resiliente associado à raiz parcialmente desenvolvida, facilitando a sua avulsão.

- Clinicamente, observa-se a falta do dente no interior do alvéolo;
- Radiograficamente, observa-se a falta do dente no interior do alvéolo.
- A tomada radiográfica permite confirmar se o dente clinicamente ausente não se encontra intruído.

Figuras 21 - Visualização clínica da avulsão de elemento dentário decíduo.



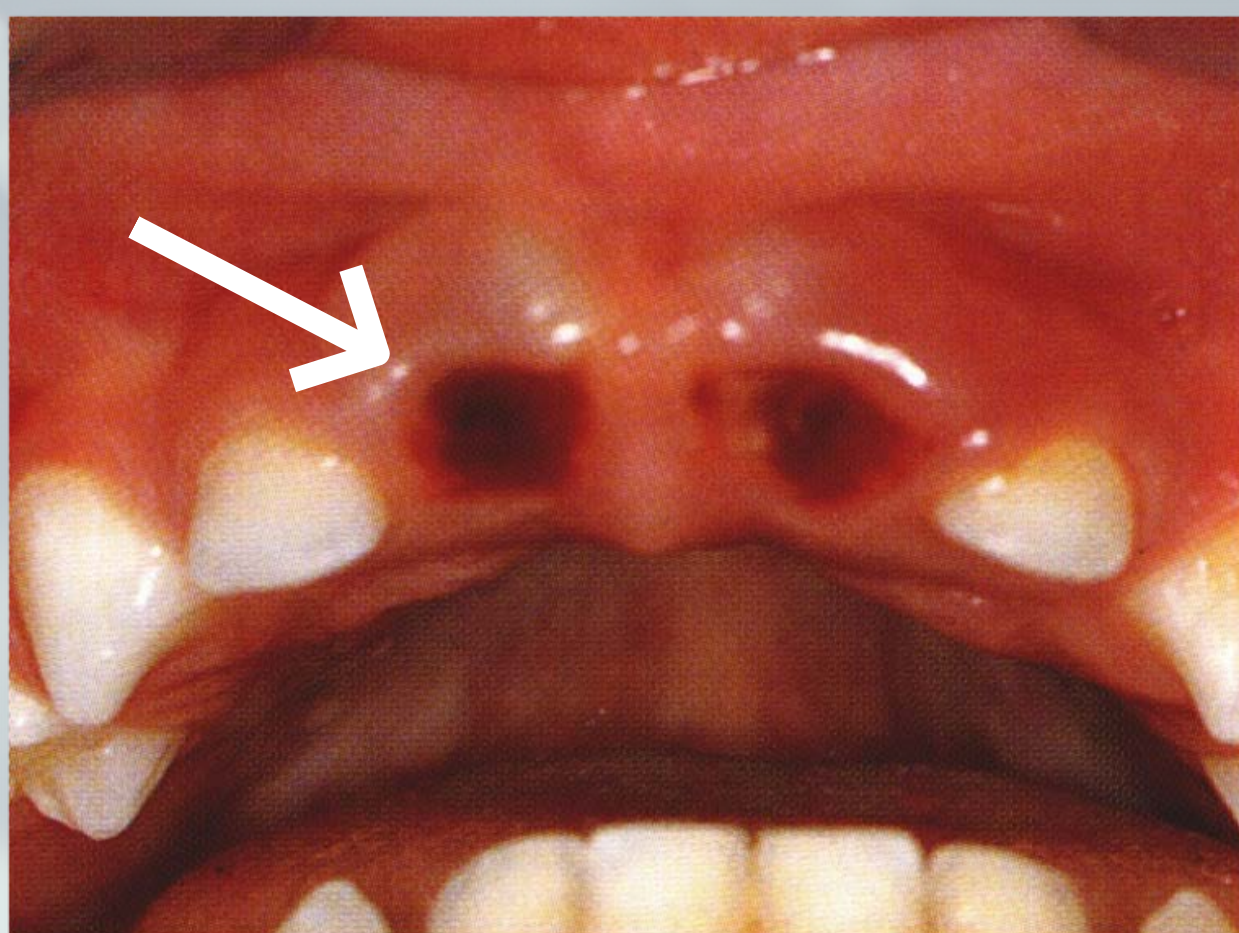
Fonte: os autores, 2022.

17.1 Tratamento

O sucesso do tratamento da avulsão depende da dentição, do tempo decorrido entre a lesão e o tratamento, do estágio de desenvolvimento radicular e da preservação do dente avulsionado.

- **Dente permanente:** lavar o dente cuidadosamente em solução fisiológica e reimplantá-lo com cautela. Em seguida, realizar contenção do dente pelo período de uma semana;
- **Dente decíduo:** o reimplante não é indicado, devido ao risco de necrose pulpar e infecção do germe permanente.

Figura 22 - Não reimplante de elemento dentário decíduo.



Fonte: os autores, 2022.

17.2 Importante

- Quanto maior o tempo decorrido entre a avulsão e o reimplante dentário, pior o prognóstico clínico para necrose pulpar e reabsorção patológica;
- Diversos meios podem ser utilizados para a preservação do dente avulsionado, a exemplo do leite e da saliva;
- Dentes permanentes, com completa formação radicular e que sofrem avulsão, apresentam pior prognóstico, devido à dificuldade de revascularização pulpar;
- A contenção deve ser removida após uma semana, para permitir a movimentação fisiológica do dente no interior do alvéolo, impedindo a sua anquilose. Assim, contenções semirrígidas podem ser preferidas em substituição à imobilização rígida do dente avulsionado.

18. Proservação

Todos os traumatismos em dentes decíduos devem ser acompanhados pelo risco de necrose pulpar no dente afetado, complicações periodontais e consequências ao dente permanente sucessor.

Assim, para a preservação dos casos de trauma, nossa equipe orienta a realização de exame clínico e radiográfico de um a dois meses após a ocorrência da lesão, a fim de determinar possíveis complicações pulpares iniciais e reerupção.

Após um ano do trauma, é recomendada a realização de nova avaliação clínica e radiográfica, a fim de diagnosticar complicações pulpares e periodontais posteriores, além de eventuais malformações do elemento sucessor permanente.

- Importante lembrar que todos os exames radiográficos do paciente devem ser armazenados, permitindo comparação entre os períodos e estabelecimento da evolução do caso.

19. Orientações finais

Preconiza-se que, devido à complexidade dos traumas dentários, as avaliações e condutas sejam realizadas por uma equipe interprofissional, garantindo o sucesso no tratamento.

Ademais, nossa equipe recomenda:

- Ingerir dieta branda pelo período de 15 dias;
- Realizar a adequada higiene bucal com escova dental de cerdas macias, fio dental e dentifrício fluoretado (>1000 ppmF);
- Realizar o bochecho de clorexidina a 0,12% pelo período de sete dias após o trauma;
- Orientar a busca de atendimento odontológico em caso de fístula ou alterações na coloração do(s) dente(s) traumatizado(s);
- Evitar o uso de chupetas e mamadeiras, especialmente em caso de intrusão.

20. Referências

ABOPED. **Diretrizes para procedimentos clínicos em Odontopediatria.** 3. ed. São Paulo: Santos Pub, 2020.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. Exame do paciente com traumatismo. In: ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. **Traumatismo dentário.** São Paulo: Panamericana, 1991, p. 9-19.

BORTOLI, D. *et al.* Luxação intrusiva na dentição decídua—dois anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 1, p. 64-68, 2008.

ENGELMANN, J. L. Traumatismo em Dentes Decíduos. **Blog Schuster.** 17 jul. 2018. Disponível em: <<https://blog.schuster.ind.br/traumatismo-em-dentes-decíduos>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

VASCONCELLOS, R.J.H. et al. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. **Rev. Cir. e Traum.** Buco-Maxilo-Facial. p. 17-24, 2003.

21. Sobre os autores

Dayane Jaqueline Gross

Cirurgiã-Dentista

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - HU/UEPG

Mestre em Anatomia - FOP/UNICAMP

Doutoranda em Anatomia - FOP/UNICAMP

Patrícia de Fátima Firek

Cirurgiã-Dentista

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - HU/UEPG

Luiz Ricardo Marafigo Zander

Cirurgião-Dentista

Especialista em Neonatologia - HU/UEPG

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UEPG

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Odontopediatra

Mestre em Odontopediatria - UFSC

Doutora em Ciências Odontológicas - Área de concentração: Odontopediatria - FOU SP

Professora adjunta do Departamento de Odontologia - UEPG

Coordenadora de Odontologia do HU/UEPG e HUMAI-UEPG

Diretora Acadêmica do HU/UEPG