



## TRAUMATISMO DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Kellen Aires Silva Viana<sup>1</sup>,  
Nathalia Sampaio de Almeida<sup>2</sup>,  
Niverso Rodrigues Simão<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Science Majors, College of Philadelphia - Pennsylvania/USA, Graduanda em Odontologia no UNIFACIG, [kellyfriends2002@hotmail.com](mailto:kellyfriends2002@hotmail.com)

<sup>2</sup>Mestranda em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Cirurgiã-Dentista, Professora do curso de Odontologia do UNIFACIG, [dra.nathaliasampaio@gmail.com](mailto:dra.nathaliasampaio@gmail.com)

<sup>3</sup>Mestre em Clínica Odontológica pela UFES, Cirurgião-Dentista, Professor do Curso de Odontologia do UNIFACIG, [niversosimao@hotmail.com](mailto:niversosimao@hotmail.com)

**Resumo:** Os traumatismos em dentes decíduos são lesões frequentes em crianças, podendo ocorrer ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, sendo importante seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento em longo prazo. O trauma dentário em pacientes pediátricos representa um desafio ao cirurgião dentista devido a pouca idade do paciente, as condições do atendimento de urgência e a experiência profissional. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *on line*: Medline/PubMed, Google Acadêmico e SCIELO. A busca foi realizada com as palavras chaves “Dentes Decíduos”; “Traumatismo Dentário”; “Trauma Orofacial”. As palavras foram digitadas na língua inglesa e portuguesa. Foram incluídos artigos do ano de 2005 até o ano de 2019. Conclui-se que o traumatismo dentário em pacientes pediátricos é uma situação urgente, que merece atenção do cirurgião-dentista, devendo o seu tratamento ser rapidamente planejado e executado, para evitar danos futuros aos dentes decíduos e a dentição permanente. O profissional deve conhecer muito bem os diferentes tipos de traumatismos dentários, suas consequências para a dentição decídua e permanente, bem como os tratamentos mediatos e imediatos, realizando um acompanhamento adequado em longo prazo para obter-se um prognóstico favorável. Conclui-se também que são situações corriqueiras nos consultórios, e que os familiares dos afetados estão com seu psicológico abalado devido ao trauma; cabe ao profissional ajuda-los a tomarem decisões rápidas que vão favorecer também a um melhor prognóstico. O planejamento e o tratamento devem ser rápidos e eficientes, favorecendo um prognóstico positivo. Deve-se preocupar com a saúde emocional dos pacientes, devolvendo a eles a função e estética dos elementos envolvidos no trauma.

**Palavras-chave:** Dentes Decíduos; Traumatismo Dentário; Trauma Orofacial.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde.

### 1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário na dentição decídua é uma urgência frequente nos consultórios odontológicos. Os profissionais envolvidos devem estar preparados para tomar as decisões corretas frente às diferentes condições que cada paciente pode apresentar (SANABE *et al.*, 2009). A prevalência dessas lesões traumáticas na dentição decídua está entre 11% e 35% e o período de maior ocorrência situa-se entre 1 e 3 anos de idade. Segundo Torriani e colaboradores (2010), nessa fase, a criança está aprendendo a andar, porém existe ainda a falta de coordenação motora, e também um período de grande curiosidade e imprudência (ASSUNÇÃO, 2007). Esse tipo de trauma além de comprometer a cavidade oral, há também um envolvimento emocional da criança e familiares (KAWABATA, 2007). O traumatismo dentoalveolar normalmente envolve três estruturas básicas: dentes, porção alveolar e tecidos moles adjacentes. O tipo de dano, tempo decorrido e as estruturas atingidas irão orientar o tratamento a ser desempenhado (GIANNETTI *et al.*, 2007).

Consideram-se lesões dentárias de origem traumáticas desde uma simples fratura do esmalte, coroa e raiz até a perda definitiva do elemento dentário. Os dentes decíduos podem também sofrer luxações, extrusões ou intrusões. A maior dificuldade enfrentada é a busca imediata de tratamento por

parte dos responsáveis pelo paciente, o diagnóstico correto e condutas acertadas pelo profissional, frente a um momento de tensão para todos os envolvidos. (MALMGREN *et al.*, 2012).

O trauma dental lesa os tecidos de suporte do dente, resultando em um nível variável de sangramento das áreas afetadas, normalmente assustando muito a criança e o próprio acompanhante, o que leva a procura rápida por tratamento, porém, em outros casos, pode ocorrer o trauma sem grandes sinais ou sintomatologias, levando os responsáveis a não buscar atendimento. Entretanto o acompanhamento clínico e radiográfico independente do trauma ocorrido é muito importante e não deve ser negligenciado (SILVA *et al.*, 2009).

Os tratamentos odontológicos de dentes traumatizados possuem efeitos biológicos, emocionais e psicossociais para crianças e jovens. Essas crianças estão mais preocupadas com estética do que função (BENDO *et al.*, 2010). Fatores como a idade da criança, estágio de desenvolvimento do dente decíduo ou permanente, intensidade, tipo e duração do impacto são importantes para categorizar o grau da severidade e extensão das lesões. Também é fundamental saber como, quando e onde o traumatismo ocorreu para a escolha do tratamento correto (KAWABATA, 2007). Esse trauma pode resultar em: luxação intrusiva ou extrusiva, fraturas da coroa dentária, radicular e ósseas, com ou sem sequelas a polpa e periápice (TROMBINI; FELDENS; FELDENS, 2008).

O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão bibliográfica atualizada, descrevendo os possíveis traumas na dentição decídua, o diagnóstico e tratamentos realizados pelo cirurgião-dentista.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa, a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *on line*: Medline/PubMed, Google Acadêmico e SCIELO. A busca foi realizada com as palavras chaves “Dentes Decíduos”; “Traumatismo Dentário”; “Trauma Orofacial”. As palavras foram digitadas na língua inglesa e portuguesa. Foram incluídos artigos do ano de 2005 até o ano de 2019.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os altos índices de violência, acidentes de trânsito e uma maior participação das crianças em atividades esportivas têm contribuído para transformar o traumatismo dentário em um problema crescente em saúde pública. O traumatismo dental pode gerar danos irreparáveis, afetando as condições psicológicas, sociais e estéticas do indivíduo. É geralmente uma situação de urgência corriqueira nos consultórios odontológicos, portanto o cirurgião dentista deve estar apto a realizar tal procedimento (NETO *et al.*, 2014; PEREIRA, 2014).

Situações de emergência representam um desafio para os cirurgiões dentistas em todo o mundo. A decisão de um profissional de saúde sobre como tratar e quando, combinada com o consentimento dos pais e o consentimento do paciente, é a maior dificuldade quando se enfrenta emergências pediátricas (BERGER *et al.*, 2009).

O trauma na região oral ocorre comete 5% de todas as lesões para as quais as pessoas procuram tratamento. As lesões de luxação que afetam dentes múltiplos e os tecidos moles circundantes são relatadas principalmente em crianças de 1 a 3 anos de idade e geralmente são resultado de quedas (MALMGREN *et al.*, 2012). De acordo com Porritt, Rodd e Baker (2011) uma em cada duas crianças tenha uma lesão antes de atingir a idade adulta. O traumatismo dentário pediátrico mais comum em crianças é a fratura coronária, sendo os dentes mais afetados os incisivos centrais superiores.

Segundo Neto *et al.* (2014) deve-se observar os seguintes fatores quando houver um traumatismo dental: direção, localização, nível de impacto do trauma e estruturas do ligamento periodontal que foram envolvidas. Ora são frequentes as fraturas coronárias nos incisivos centrais superiores devido sua localização na arcada dentária, podendo ser considerados como fatores predisponentes o tipo de oclusão e o recobrimento labial inadequado, conhecido como uma medida de overjet incisal aumentada do paciente. As lesões traumáticas vão desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário.

É importante ter em mente que existe uma relação próxima entre o ápice da raiz do dente decíduo lesionado e o dente permanente subjacente. Malformação dentária, dentes impactados e distúrbios de erupção na dentição permanente em desenvolvimento são algumas das consequências que podem ocorrer após lesões graves nos dentes decíduos ou osso alveolar (MALMGREN *et al.*, 2012). O traumatismo dentário necessita de um tratamento complexo, envolvendo diversas áreas da

odontologia, e seu prognóstico é muitas vezes duvidoso. Diversas formas de tratamento são propostas para este fim (NETO *et al.*, 2014).

As habilidades por parte do cirurgião dentista e experiências com pacientes pediátricos são de extrema importância para o gerenciamento tanto da criança que sofreu o trauma, quanto dos responsáveis na situação de emergência. Após um diagnóstico preciso e explicação para os responsáveis de várias opções de tratamento e possíveis consequências delas, o profissional e o responsável devem decidir juntos o melhor tratamento para criança (ANDERSSON *et al.*, 2012). O tratamento do traumatismo dentário se torna um desafio, uma vez que o paciente e sua família encontram-se psicologicamente afetados pelo trauma (GIANNETTI *et al.*, 2007).

O manejo dos traumas na dentição decídua é diferente daquele na dentição permanente, isso porque existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma e o germe do dente permanente sucessor (LOSSO *et al.*, 2011).

Neto *et al.* (2014) relata que o traumatismo dentário necessita de um tratamento complexo, envolvendo diversas áreas da odontologia, e seu prognóstico é muitas vezes duvidoso. Para Sanabe *et al.* (2009) o atendimento de urgência nos traumatismos dentários considerados agudos garante melhor prognóstico do caso, evitando que ocorra necrose pulpar ou perda precoce do elemento dentário. Em qualquer caso considerado agudo, o paciente deve ser imediatamente encaminhado a um cirurgião dentista para que sejam realizados os procedimentos necessários e com materiais adequados.

Para determinar com eficiência a extensão da lesão e diagnosticá-la corretamente nos dentes, periodonto e estruturas associadas, é fundamental uma conduta sistemática, por meio de anamnese e exame clínico adequado (FLORES *et al.*, 2007). A avaliação inclui o histórico do caso, exame visual e radiográfico, e testes adicionais tais como palpação, percussão e mobilidade. O plano de tratamento leva em consideração o estado de saúde do paciente e o estado de desenvolvimento, bem como a extensão das lesões (GONDIM; MOREIRA NETO, 2005).

Os traumatismos dentários podem ser classificados de acordo com a estrutura lesionada e envolvida no trauma.

As fraturas dentárias do esmalte se caracterizam ao exame clínico por somente uma fratura em esmalte, radiograficamente não há anormalidades, é uma perda parcial do esmalte (MALMGREN *et al.*, 2012; SANABE *et al.*, 2009). Exame radiográfico deve ser feito para avaliar a extensão da fratura e servir de parâmetro para os demais exames de controle (LOSSO *et al.*, 2011).

Fraturas de esmalte e dentina sem exposição pulpar é uma perda parcial de esmalte e dentina, sem envolvimento direto da polpa (SANABE *et al.*, 2009). O exame radiográfico precisa ser feito para avaliar a relação da fratura com a câmara pulpar e o estágio de rizogênese ou rizólise do dente afetado, além de servir de parâmetro para os demais exames de controle (LOSSO *et al.*, 2011).

Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar: É uma fratura que envolve, esmalte, dentina e há exposição pulpar (Figura 1). Recomenda-se uma radiografia periapical para analisar e determinar o estágio de desenvolvimento da raiz, o tamanho da câmara pulpar e o grau de reabsorção radicular (FLORES, 2002; MALMGREN *et al.*, 2012). O atendimento de urgência deve ocorrer em até três horas após o trauma, com intervenções menos invasivas e melhor prognóstico (SANABE *et al.*, 2009). Para o exame clínico visual, a superfície dentária deverá se encontrar limpa, seca e bem iluminada, a fim de confirmar a extensão da perda de estrutura dental e a presença de pequena hemorragia ou áreas vermelhas puntiformes indicando comprometimento pulpar. O exame radiográfico deve ser realizado para avaliar a câmara pulpar e o estágio de rizogênese ou rizólise do dente afetado, além de servir de parâmetro para os demais exames de controle (LOSSO *et al.*, 2011).

Fratura radicular é caracterizada pelo envolvimento da dentina, cemento e polpa, com presença de mobilidade dental. A fratura pode ocorrer na parede óssea do alvéolo envolvendo ou não o elemento dental (SANABE *et al.*, 2009). Pode ocorrer também mobilidade do fragmento da coroa e até deslocamento. Radiograficamente a fratura é geralmente localizada no terço médio ou no terço apical (MALMGREN *et al.*, 2012). Pode ocorrer um deslocamento dentário moderado. Recomenda-se uma radiografia periapical, aonde poderá ver uma linha radiolúcida ao redor da coroa e da raiz (ANDERSSON *et al.*, 2012). No exame clínico visual será observado um ligeiro deslocamento da coroa associado a uma pequena extrusão. Apalpa-se a área afetada para verificar se há dor ao toque e/ou presença de mobilidade para descartar fratura óssea. Comumente, a mobilidade por fratura alveolar acontece em bloco, ou seja, ao testar um dente, os elementos adjacentes também apresentam mobilidade. O exame radiográfico determinará se a mobilidade dentária acontece em virtude de luxação ou da presença de fratura radicular (Figura 2). Em tais casos, sugerem-se tomadas radiográficas adicionais com diferentes angulações (LOSSO *et al.*, 2011).

Figura 1: Fratura de Esmalte e Dentina com exposição pulpar.



Fonte: Arquivo Pessoal, Profa. Nathália Sampaio de Almeida, 2019

Figura 2 Radiografia periapical nota-se fratura radicular do dente 51.



Fonte: Arquivo Pessoal, Profa. Nathália Sampaio de Almeida, 2019

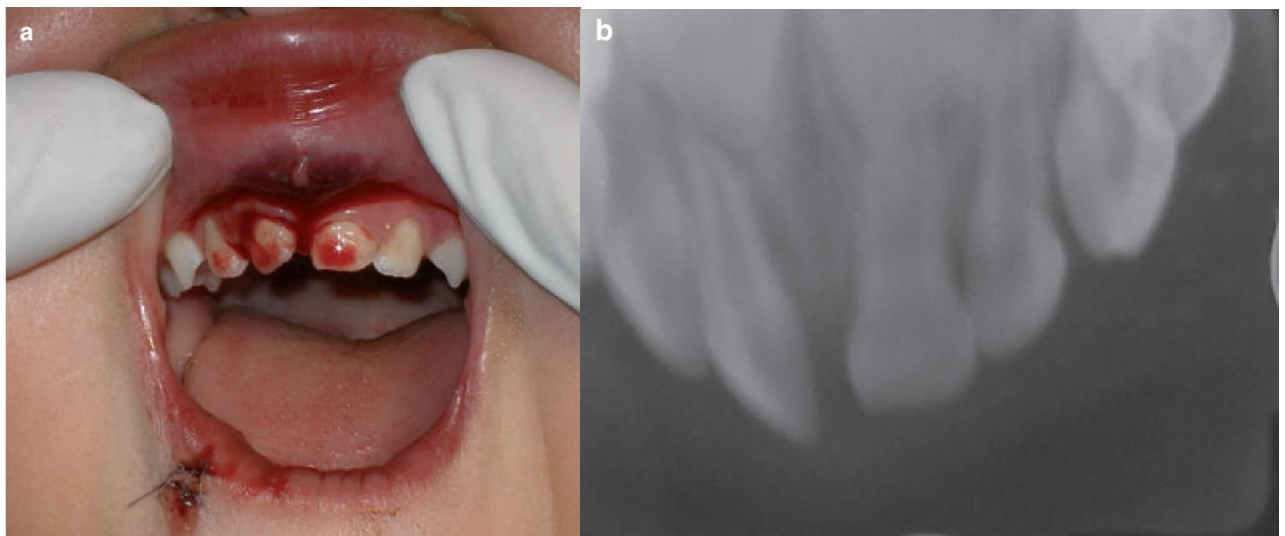
Na Concussão dentária o dente não apresenta mobilidade, tampouco sangramento sulcular e radiograficamente não apresenta anormalidades e espessamento do ligamento normal. É uma lesão de tecidos de suporte sem perda ou deslocamento do elemento dental (MALMGREN *et al.*, 2012; SANABE *et al.*, 2009). Geralmente, os pais não se lembram de um trauma e, posteriormente, procuram atendimento por causa da coloração dos dentes (FLORES *et al.*, 2007). Ao exame clínico visual o dente afetado não revela alterações, contudo pode apresentar sensibilidade ao toque e causar desconforto à mastigação. Não estão indicados testes de percussão ou térmicos em crianças, já que o resultado não é fidedigno, além de poder suscitar comportamento não colaborativo. Um exame radiográfico deve ser realizado como parâmetro para futuras consultas de controle, entretanto alterações não são observadas (LOSSO *et al.*, 2011).

Na Subluxação o dente apresenta-se com mobilidade aumentada, mas não foi deslocado e um sangramento gengival pode ser notado. Radiograficamente anormalidades geralmente não são encontradas (FLORES *et al.*, 2007; LOSSO *et al.*, 2011; MALMGREN *et al.*, 2012; SANABE *et al.*, 2009). É um traumatismo de intensidade baixa a moderada que provoca ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal e leva à mobilidade sem, contudo, provocar deslocamento dentário. Ao exame clínico visual, embora o dente subluxado não apresente deslocamento, é possível ocorrer mobilidade horizontal (leve à severa). Quando o exame é imediato ao trauma, percebe-se sangramento no sulco gengival. Há relato de sensibilidade ao toque e à mastigação do dente traumatizado. Não recomenda-se os testes térmicos ou de percussão. Tal qual na concussão, o exame radiográfico, apesar de não revelar alterações, é importante para avaliações futuras (LOSSO *et al.*, 2011).

Na Luxação Lateral o dente é deslocado lateralmente com a coroa, geralmente em uma direção palatal (Figura 3a e 3b). É um deslocamento irregular do elemento dental no alvéolo, que pode ser acompanhado por fratura ou esmagamento do osso alveolar (FLORES, 2002; RODRIGUES *et al.*, 2017; SANABE *et al.*, 2009). Trata-se de traumatismo de maior intensidade que leva a deslocamentos dentários nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal. No exame clínico visual nota-se deslocamento dentário, com presença ou não de mobilidade, sangramento e laceração gengival. A palpação dos tecidos adjacentes é necessária a fim de perceber abaulamentos correspondentes aos ápices radiculares. Deve-se verificar a oclusão, pois eventuais contatos prematuros podem existir em virtude da nova posição assumida pelo dente na arcada. O exame radiográfico evidencia o deslocamento dentário pelo aumento do espaço do ligamento periodontal. É muito importante avaliar a relação do dente decíduo afetado com o germe do permanente sucessor e comparar tal germe com seu homólogo para diagnosticar possível deslocamento dele (LOSSO *et al.*, 2011).

Figura 3. A – Luxação lateral do dente 51. B – Radiografia oclusal de maxila nota-se dente 52 deslocado lateralmente e espessamento do ligamento periodontal.





Fonte: FLORES *et al.*, 2007, p. 198.

Na Luxação Intrusiva ocorre o deslocamento do elemento dental em relação ao osso do processo alveolar. Clinicamente, a coroa apresenta-se encurtada e existe sangramento gengival. Pode ocorrer a reerupção dental ou então necessidade de tração ortodôntica do elemento (SANABE *et al.*, 2009) (Figura 4a e 4b). Geralmente se dá por vestibular em relação ao germe do dente permanente, mas é possível acontecer em sua direção. No exame clínico visual verificam-se eventuais aumentos de volume na região vestibular indicando a direção da intrusão (LOSSO *et al.*, 2011; SANABE *et al.*, 2009). A região de fundo de vestibulo deverá ser palpada para constatar se a intrusão foi tão severa a ponto de romper o osso alveolar. Se isso ocorreu, durante o pressionamento do local o dente se moverá. Para avaliação radiográfica são sugeridas tomadas intra e extra orais (ANDERSSON *et al.*, 2012; LOSSO *et al.*, 2011; MALMGREN *et al.*, 2012).

Figura 4. A – Luxação Intrusiva dos dentes 51 e 61. B – Radiografia oclusal de maxila mostrando a intrusão dos dentes 51 e 61.



Fonte: Trombini; Feldens e Feldens, 2008, p. 76-77.

Na Luxação Extrusiva acontece o deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo. O dente aparenta estar alongado e pode estar com mobilidade excessiva. Radiograficamente apresenta espessamento do ligamento periodontal a nível apical (MALMGREN *et al.*, 2012). Durante o exame radiográfico verifica-se aumento do espaço periodontal apical. O traumatismo geralmente atinge mais que um dente, e os dentes afetados apresentam elevado grau de mobilidade (LOSSO *et al.*, 2011).

A Avulsão é definida como o deslocamento completo do dente para fora do alvéolo, na qual o ligamento periodontal é rompido e pode ocorrer fratura do osso alveolar. O dente está completamente fora do alvéolo. Um exame radiográfico é essencial para garantir que os dentes não estão intruídos (ANDERSSON *et al.*, 2012; FLORES, 2002). É a perda total do elemento dental, clinicamente o alvéolo dental fica vazio ou preenchido com coágulo sanguíneo (SANABE *et al.*, 2009). Também denominada luxação total. Ao exame clínico se constatam ausência do dente que sofreu o trauma e com frequência,

lesões nos tecidos moles ao redor. A tomada radiográfica periapical deve ser realizada para certificar que não haja presença de corpo estranho no local (LOSSO *et al.*, 2011).

Fratura dentoalveolar é uma fratura que envolve o osso alveolar e pode estender ao osso adjacente. Mobilidade e deslocamento são achados comuns, e interferências oclusais são frequentemente notadas. O dente no segmento afetado pode ter mobilidade e estar deslocado. Geralmente, há uma descontinuidade na mucosa oral circundante. Este tipo de fratura envolve o osso alveolar, e os dentes contidos no fragmento geralmente apresentam mobilidade. Durante o exame clínico, observa-se que os dentes presentes no fragmento com frequência estão deslocados e com elevada mobilidade. Sendo assim, há necessidade de verificar se existem interferências oclusais. A mucosa da região pode apresentar descontinuidade. Radiograficamente a fratura horizontal passa pelo ápice do dente decíduo e observa-se o germe do permanente. É possível que uma radiografia lateral informe a relação entre as duas dentições e se o segmento está deslocado para vestibular ou palatina (LOSSO *et al.*, 2011). A radiografia lateral pode dar informação sobre a relação entre as duas dentições e se o segmento foi deslocado em direção labial. A radiografia periapical também pode ser solicitada nesses casos. (FLORES *et al.*, 2007).

O tratamento do trauma dentário nos pacientes pediátricos variam de acordo com a extensão do dano ao tecido dental e estruturas de suporte. Os tratamentos estão representados nas tabelas I e II.

Tabela 1. Tratamento das lesões aos tecidos de sustentação: dentição decídua.

| TIPO DE TRAUMA    | TRATAMENTO IMEDIATO  | TRATAMENTO TARDIO  |
|-------------------|--|--|
| Concussão         | Raios-X + observação+ acompanhamento + remoção de hábitos de sucção + orientação para dieta leve.  | Raios-X + observação+ acompanhamento + remoção de hábitos de sucção + orientação para dieta leve.  |
| Subluxação        | Raios-X + contenção semirrígida + remoção de hábitos de sucção + orientação para dieta leve.   | Com mobilidade: raios- X + contenção semirrígida.<br>Sem mobilidade: raios-X + observação.   |
| Luxação Intrusiva | Dente decíduo intruído contra o germe do permanente ou ruptura da tábua óssea com exposição da raiz por vestibular: raios X (lateral de nariz) + exodontia.<br>Dente decíduo intruído por vestibular, porém sem ruptura da tábua óssea e sem exposição da raiz: raios X + acompanhamento de reerupção + medicação. | Dente decíduo intruído contra o germe do permanente ou ruptura da tábua óssea com exposição da raiz por vestibular: raios X (lateral de nariz) + exodontia.<br>Dente decíduo intruído por vestibular, porém sem ruptura da tábua óssea e sem exposição da raiz: raios X + acompanhamento de reerupção + medicação (se necessário). |
| Luxação Extrusiva | Até 2 mm; raios X + reposição do dente + contenção + medicação.<br>Mais de 2 mm: raios X + exodontia.  | Raios X + exodontia.   |
| Luxação Lateral   | Raios X + reposição do dente + contenção + medicação.  | Raios X + exodontia  |
| Avulsão           | Raios X + sutura se necessário.<br>NÃO REIMPLANTAR.  | Raios X + avaliação de necessidade de mantenedor de espaço.  |
| Fratura Alveolar  | Raios X + reposição + contenção + medicação.   | Raios X + exodontia (dentes com reabsorção radicular severa).  |

\*Observação: avaliar sempre o estado vacinal do paciente.

Fonte: Adaptado de Losso *et al.* (2011)

Tabela 2. Tratamento das lesões traumáticas aos tecidos dentários da polpa: dentição decídua.

| Tipo de trauma                                 | Tratamento imediato  | Tratamento tardio   |
|--|--|---|
| Trinca de esmalte                              | Profilaxia + flúor + raios X (se possível).  | Profilaxia + flúor + raios X (se possível).   |
| Fratura de esmalte                             | Pequena: Profilaxia + flúor + raios X (se possível).<br>Maior: restauração.  | Pequena: Profilaxia + flúor + raios X (se possível).<br>Maior: restauração.   |
| Fratura de esmalte + dentina                   | Raios X + proteção dentinária (quando necessário) + restauração + preservação.   | Sem dor: Raios X + proteção dentinária (quando necessário) + restauração + preservação.<br>Com dor: pulpectomia + restauração.            |
| Fratura de esmalte + dentina+ polpa            | Ápice aberto: raios X + pulpotomia + restauração.<br>Ápice fechado: raios X + pulpectomia + restauração.   | Raios X + pulpectomia + restauração.  |
| Fratura de esmalte + dentina + cimento         | Remanescente recuperável: raios X + pulpectomia (se houver comprometimento pulpar) + restauração.<br>Remanescente irrecuperável: raios X + exodontia + avaliação da necessidade de mantenedor de espaço. | Remanescente recuperável: raios X + pulpectomia + restauração.<br>Remanescente irrecuperável: raios X + exodontia + mantenedor de espaço. |
| Fratura de esmalte + dentina + polpa + cimento | Remanescente recuperável: raios X + pulpectomia + restauração.<br>Remanescente irrecuperável: raios X + exodontia + mantenedor de espaço.  | Remanescente recuperável: raios X + pulpectomia + restauração.<br>Remanescente irrecuperável: raios X + exodontia + mantenedor de espaço. |
| Fratura radicular                              | 1/3 apical ou 1/3 médio: contenção rígida.<br>1/3 cervical: exodontia  | Pouca mobilidade: raios X + contenção rígida.<br>Muita mobilidade: raios X+ exodontia.  |

\*Observação: avaliar sempre o estado vacinal do paciente.

Fonte: Adaptado de Losso *et al.* (2011)

#### 4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o traumatismo dentário em pacientes pediátricos é uma situação urgente, que merece atenção do cirurgião-dentista, devendo o seu tratamento ser rapidamente planejado e executado, para evitar danos futuros aos dentes decíduos e a dentição permanente. O profissional deve conhecer muito bem os diferentes tipos de traumatismos dentários, suas consequências para a dentição decídua e permanente, bem como os tratamentos mediatos e imediatos, realizando um acompanhamento adequado em longo prazo para obter-se um prognóstico favorável. Conclui-se também que são situações corriqueiras nos consultórios, e que os familiares dos afetados estão com seu psicológico abalado devido ao trauma; cabe ao profissional ajuda-los a tomarem decisões rápidas que vão favorecer também a um melhor prognóstico. O planejamento e o tratamento devem ser rápidos e eficientes, favorecendo um prognóstico positivo. Deve-se preocupar com a saúde emocional dos pacientes, devolvendo a eles a função e estética dos elementos envolvidos no trauma.

#### 5 REFERÊNCIAS



ANDERSSON, L. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 2, p. 88–96, abr. 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x>>.

ASSUNÇÃO, L. R. da S. Análise dos Traumatismos e suas Seqüelas na Dentição Decídua: Uma Revisão da Literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 2, p. 173–179, 2007.

BENDO, C. B. et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, p. 1–8, 2010.

BERGER, T. D. et al. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 5, p. 462–469, 2009.

FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. **Dental Traumatology**, v. 23, n. 4, p. 196–202, 2007.

\_\_\_\_\_. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, v. 18, n. 6, p. 287–298, 2002.

GIANNETTI, L. et al. Dental avulsion: therapeutic protocols and oral health-related quality of life. **European journal of paediatric dentistry**, v. 8, n. 2, p. 69–75, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17571930>>.

GONDIM, J. O.; MOREIRA NETO, J. J. S. Evaluation of intruded primary incisors. **Dental Traumatology**, v. 21, n. 3, p. 131–133, 2005.

KAWABATA, C. M. Estudo de Injúrias Traumáticas em Crianças na Faixa Etária de 1 a 3 Anos no Município de Barueri, São Paulo, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 3, p. 229–233, 2007.

LOSSO, E. M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua TT - Dentoalveolar trauma in the primary dentition. **RSBO (Impr.)**, v. 8, n. 1, 2011. Disponível em: <[http://vdisk.univille.edu.br/community/depto\\_odontologia/get/ODONTOLOGIA/RSBO/RSBO\\_v8\\_n1\\_janeiro-marco2011/v8n01a17online.pdf](http://vdisk.univille.edu.br/community/depto_odontologia/get/ODONTOLOGIA/RSBO/RSBO_v8_n1_janeiro-marco2011/v8n01a17online.pdf)>.

MALMGREN, B. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 3, p. 174–182, 2012.

NETO, V. J. L. et al. Traumatismo Dental – Relato De Caso Clínico. **Revista UNINGÁ Review**, v. 19, n. 3, p. 37–40, 2014. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140902\\_151317.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140902_151317.pdf)>.

PEREIRA, A. D. Traumatismo na dentição decídua – diagnóstico , prognóstico e acompanhamento de um caso. v. 3, p. 14–19, 2014.

PORRITT, J. M.; RODD, H. D.; BAKER, S. R. Quality of life impacts following childhood dento-alveolar trauma. **Dental Traumatology**, v. 27, n. 1, p. 2–9, 2011.

RODRIGUES, I. et al. Tratamento Da Luxação Lateral Em Dentes Decíduos - Importância Da Prosevação Treatment of Side Luxation in Decided Teeth - Importance of Preservation. v. 19, p. 90–95, 2017.

SANABE, M. E. et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 447–451, 2009.

SILVA, M. B. et al. Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 1, p. 65–74, 2009.

TROMBINI, C. S.; FELDENS, E. G.; FELDENS, C. A. Luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de casos Intrusive luxation of primary teeth: case reports. **Stomatos**, v. 14, n. 27, 2008.