

Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade

Recebido em: fev./2014

Aprovado em: jul./2014

Marcia Turolla Wanderley – Mestre e Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da USP (Fousp) – Professora de Odontopediatria da Fousp e coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da disciplina de Odontopediatria da Fousp

Isabela Capparelli Cadioli Weffort – Mestre e Doutora em Odontopediatria pela Fousp – Colaboradora do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da disciplina de Odontopediatria da Fousp

Juliana Sayuri Kimura – Mestre e Doutoranda em Odontopediatria pela Fousp – Colaboradora do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da disciplina de Odontopediatria da Fousp

Patrícia de Carvalho – Mestre em Odontopediatria pela Fousp – Colaboradora do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da disciplina de Odontopediatria da Fousp

Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente e enviado à Revista

Autor de correspondência:

Marcia Turolla Wanderley

Disciplina de Odontopediatria - Fousp

Av. Professor Lineu Prestes, 2227

Cidade Universitária - São Paulo - SP

05508-000

Brasil

marciatw@usp.br

Trauma in primary teeth: understanding its complexity

RESUMO

Os traumatismos em dentes decíduos são comuns de ocorrer, sendo seu primeiro episódio normalmente nas crianças quando estão aprendendo a andar. Traumas novos ou repetidos podem ocorrer ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo importante seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento quando necessário. Os traumas podem afetar tanto o próprio dente decíduo como o dente permanente que está se formando. O tratamento deve envolver tanto o atendimento logo após o trauma, como o acompanhamento das possíveis sequelas na dentição decídua e permanente. A abordagem do bebê e da criança nem sempre é fácil, devido a pouca idade do paciente, as condições do atendimento de urgência e a falta de experiência profissional. A prevenção é limitada, restringindo-se aos cuidados gerais com as crianças, evitar a falta de selamento labial e a instalação de maloclusões anteriores (mordida aberta e protrusão dos incisivos superiores), associadas aos hábitos de sucção. Independentemente dos desafios e da incerteza perante a evolução de cada caso, devemos estar preparados para atender estas urgências, os traumas tardios e suas repercussões para ambas as dentições, proporcionando saúde bucal para nossos pacientes.

Descritores: traumatismos dentários; dente decíduo; odontopediatria

ABSTRACT

Trauma in primary teeth are likely to occur in childhood, and its first episodes usually happens in children who are learning to walk. New or repeated traumas may occur throughout the growth and development of children, and it is important to diagnosis, to monitor and to treat these traumas when necessary. Trauma can affect the traumatized primary tooth and the permanent tooth germ which is in development. The treatment should involve: dental assistance shortly after the dental trauma and the monitoring of possible sequelae in primary and permanent dentition. The approach in babies and children is not always easy because of their age and the characteristics of urgency and professional lack of experience. Prevention is limited, being restricted to general child care, avoidance of lack of lip seal and installation of malocclusion in anterior teeth (open bite and protrusion) which are associated with sucking habits. Regardless the challenges and uncertainty ahead the evolution of each case, we must be prepared to meet these emergencies, late trauma and its repercussions on both dentitions, providing oral health to our patients.

Descriptors: tooth deciduous; tooth injuries; pediatric dentistry

RELEVÂNCIA CLÍNICA

É importante conhecer os aspectos que envolvem os traumatismos nos dentes decíduos, pois: os traumas são comuns em crianças; o dente decíduo tem características diferentes dos dentes permanentes, oferecendo desafios tanto no diagnóstico como no tratamento; o trauma no dente decíduo pode afetar a formação do dente permanente, tanto no momento do trauma como pelas sequelas em decorrência deste; requer acompanhamento até a erupção do seu sucessor permanente, e o tratamento das sequelas na dentição permanente podem necessitar de várias especialidades odontológicas. A abordagem do paciente requer cuidado e técnica profissional, e a prevenção do trauma é limitada, mas deve ser instruída aos responsáveis desde o nascimento da criança. O entendimento das repercussões para as dentições requer tempo de acompanhamento e raciocínio do profissional, para que este possa oferecer o melhor tratamento para o paciente.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos em dentes decíduos são comuns na infância, sendo sua prevalência agregada de 23% no mundo e de 26% no Brasil, sendo ambas com tendência de aumento.¹ O trauma pode ter impacto negativo na qualidade de vida da criança, dependendo da sua gravidade e de suas sequelas.²

O traumatismo pode envolver estrutura dental, periodontal, óssea e tecido mole. Os traumas podem ocorrer nos dentes decíduos desde sua erupção ou ainda, mais precocemente, através do trauma no rebordo alveolar do bebê. Este último é raro de ocorrer, mas pode alterar a formação do germe do dente decíduo, dificultando ou impossibilitando sua erupção.

Os pais nem sempre sabem que ocorreu o trauma ou não sabem relatar com exatidão os detalhes, pois traumas de pequena intensidade podem ocorrer e passar despercebidos ou não terem importância para os responsáveis. No entanto, estes traumas também podem causar sequelas tanto na dentição decídua como na permanente. Às vezes estas alterações são diagnosticadas pelo Cirurgião-Dentista na consulta de rotina, durante o exame clínico ou radiográfico.

O trauma repetido pode ocorrer dificultando a reposta biológica de reparação e/ou cicatrização do dente decíduo e das estruturas envolvidas. É possível que o paciente não se lembre de ter sofrido um trauma anterior e, no exame radiográfico, observam-se sequelas que podem se somar a este novo trauma, tornando o prognóstico menos favorável.

O objetivo deste artigo é ajudar o clínico a entender a complexidade do traumatismo em dentes decíduos e auxiliar na escolha do tratamento para o paciente.

Tipos de trauma dental e atendimento

Os tipos de trauma são divididos em trauma de tecido dental (trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar, fratura coronorradicular sem e com exposição pulpar, fratura radicular) e trauma de tecido periodontal ou de suporte (concussão, subluxação, luxação lateral (com e sem deslocamento; com ou sem mobi-

lidade), luxação intrusiva, luxação extrusiva e avulsão).³⁻⁶

Os traumatismos dentários podem afetar a estrutura óssea alveolar, levando muitas vezes à necessidade de exodontia do dente afetado, devido à perda de estrutura para manter o dente com saúde na cavidade bucal. Assim como os traumas podem atingir tecidos moles, com cortes, lacerações e hematomas, que também necessitam de tratamento, mas que não iremos abordar neste artigo.

O tratamento dos traumas de tecido dental normalmente é mais fácil de solucionar, pois envolve técnicas que o Cirurgião-Dentista domina. Na fratura de esmalte pode-se restaurar com resina composta ou apenas alisar as bordas cortantes com tiras de lixa ou brocas de acabamento. Na fratura de esmalte e dentina pode-se restaurar com resina composta ou fazer colagem de fragmento se assim for possível. Em caso de exposição dentinária deve-se protegê-la com restauração de resina composta ou cimento de ionômero de vidro. Nos casos de exposição pulpar indica-se tratamento endodôntico. Na fratura coronorradicular subgingival, dependendo da sua extensão, normalmente realiza-se a exodontia (às vezes, indica-se gengivectomia, endodontia e restauração). Na fratura radicular, dependendo da localização desta (altura da fratura), pode ser indicado a exodontia ou a estabilização dos dentes através de contenção semirrígida.⁵⁻⁷

Quando a força do trauma incide no dente causando uma fratura, sabemos que a maior parte desta força dissipou-se no dente promovendo a fratura, mas alguma parte desta força também é transmitida para o tecido periodontal. Portanto, quando o dente tem uma fratura dental, o periodonto também pode ser atingido.

O tratamento do trauma envolvendo periodonto é mais complexo, pois o Cirurgião-Dentista não é capaz de repor esta estrutura. Portanto, o direcionamento para a cicatrização e reparação adequadas destas estruturas é de fundamental importância. Para que isso ocorra, o atendimento inicial deve ser realizado logo após o trauma, aumentando a chance de recuperação do periodonto. Deve-se instituir o protocolo de orientações básicas nos 7 a 10 primeiros dias:⁵⁻⁷

1) limpeza dos dentes traumatizados com gaze umedecida em água oxigenada 10 volumes pelo menos 3 vezes ao dia, durante 1 semana, ou solução a base de clorexidina (0,12%) 2 vezes ao dia, durante 1 semana. Assim que possível, voltar a higienização convencional com escovação. Os outros dentes devem ser escovados normalmente; (Figuras 1 e 2)

2) repouso da região: alimentação líquida e pastosa, não morder na região dos dentes traumatizados e remoção dos hábitos de sucção (chupeta, dedo e mamadeira). Se necessário: tirar o dente de oclusão (desgaste) e, dependendo da mobilidade (média ou grande), fazer contenção semirrígida por 21 dias; (Figura 3)

3) prescrição medicamentosa se necessário: analgésico em caso de dor, avaliar a necessidade de anti-inflamatório ou antibiótico, e checar se o paciente está em dia com a vacina antitetânica (na dúvida encaminhe para o médico);

4) acompanhamento: clínico e radiográfico para avaliar possíveis sequelas no dente decíduo traumatizado e seu sucessor permanente. Os retornos devem ser realizados até a erupção do sucessor permanente.



FIGURA 1

Orientações básicas: limpeza com gaze e solução antisséptica e repouso da área (alimentação pastosa e remoção dos hábitos de sucção)



FIGURA 2

Higienização dos dentes traumatizados com escova dental macia assim que possível



FIGURA 3

Paciente de 1 ano e 9 meses de idade que teve luxação lateral dos 4 incisivos superiores, com deslocamento para vestibular e mobilidade média/grande. Sutures nas lacerações gengivais. Confeção de contenção semirrígida por 3 semanas e protocolo de orientações básicas



FIGURA 4

Dente 51 com alteração de cor acinzentada; dente 61 sem alteração de cor, mas apresentando sinal clínico de necrose pulpar: fistula. Tratamento: endodontia do 61 e acompanhamento do 51

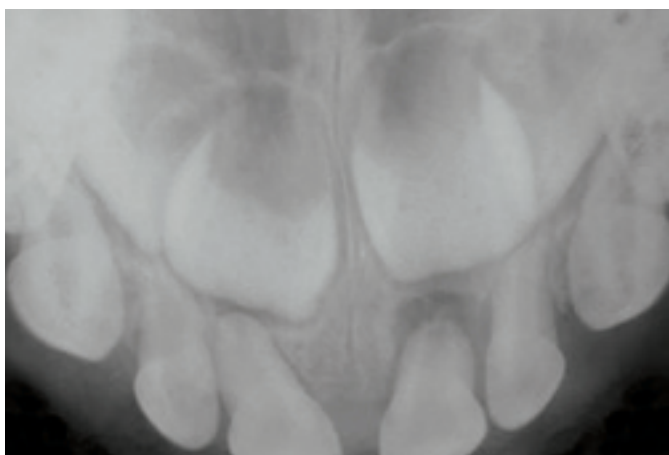


FIGURA 5

Radiografia periapical modificada ou oclusal modificada: observar imagem sugestiva de lesão apical por necrose pulpar do dente 61. Tratamento: endodontia



FIGURA 6

Radiografia periapical modificada ou oclusal modificada: observar imagem sugestiva de cisto radicular nos dentes 51 e 62. Notar que o germe do dente permanente 11 está deslocado para apical, provavelmente com dilatação. A pressão cística pode causar esta alteração. Tratamento: exodontia do 51 e 62, e acompanhamento da formação e erupção do 11

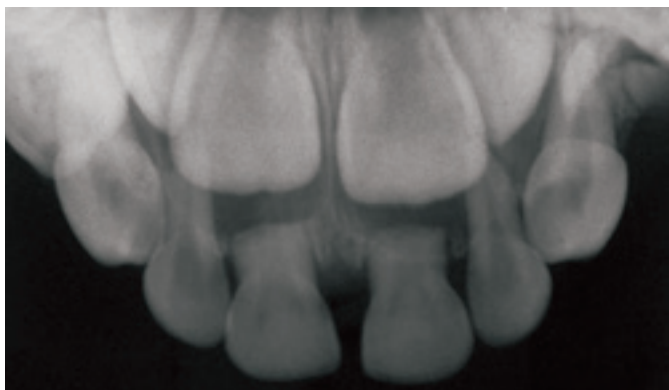


FIGURA 7

Radiografia periapical modificada ou oclusal modificada: observar imagem sugestiva de aumento do folículo dentário do 11 e 21, provocando respectivamente reabsorção radicular dos dentes 51 e 61. Tratamento: acompanhamento. Normalmente ocorre a esfoliação dos decíduos e erupção dos permanentes sem necessidade de tratamento



FIGURA 8

Trauma nos decíduos e repercussão para permanentes: 11 com mancha amarela e hipoplasia de esmalte e 21 com falta de formação coronária. Devido a sensibilidade no 21 foi colocado cimento de ionômero de vidro. Ver radiografia do caso na figura 9



FIGURA 9

Radiografia periapical: observar imagem sugestiva de dilaceração radicular e falta de formação coronária do 21. Tratamento: manutenção do dente através de gengivectomia, endodontia, tração e reabilitação estética funcional com pino intrarradicular e coroa



FIGURA 10

Mordida aberta anterior: fator predisponente para trauma nos dentes decíduos



FIGURA 11

Protrusão dos incisivos superiores: fator predisponente para trauma nos dentes decíduos (vista incisal)



FIGURA 12
Protrusão dos incisivos superiores: fator
predisponente para trauma nos dentes decíduos (vista lateral)

No tratamento do trauma que envolva deslocamentos do dente deve-se sempre lembrar que reposicionar este dente pode causar novos traumas no ligamento periodontal e acima de tudo analisar a relação da raiz do dente decíduo com o germe do dente permanente (nos incisivos decíduos superiores os germes dos permanentes estão por palatina), para que não cause alterações de formação nestes dentes.

No atendimento inicial é recomendado realizar o exame radiográfico (radiografia oclusal modificada ou periapical modificada e, em caso de intrusão, fazer também a radiografia lateral modificada⁵⁻⁷) para auxiliar no diagnóstico do trauma e de sequelas de traumas anteriores. Além disso, esta radiografia inicial também é importante para obtenção de parâmetros para calcular o tempo de controle, pensando no que pode acontecer de acordo com a gravidade do trauma, tipo de trauma e idade da criança (formação radicular do decíduo e permanente).

Abordagem do paciente

O atendimento da criança que sofreu traumatismo dental pode ser difícil, pois os pais muitas vezes chegam assustados, pode ser o primeiro contato da criança com o Cirurgião-Dentista ou esta já chegar de um atendimento traumático. Nem sempre é possível



FIGURA 13
Falta de selamento labial
(falta de proteção para os incisivos superiores):
fator predisponente para trauma nos dentes decíduos

realizar um condicionamento psicológico efetivo, pois a criança pode necessitar de alguma intervenção mais invasiva na primeira consulta. Além disso, o profissional deve estar preparado para os desafios inerentes no atendimento de bebês, onde o profissional precisará de técnica e experiência para atuar.⁸

O tipo de tratamento proposto depende da situação apresentada, tempo decorrido do trauma, presença de trauma repetido, possibilidades do profissional (quanto à sua capacitação e disponibilidade de material) e qual solução é possível e o que os pais querem para o caso.^{4,6}

Repercussões para os dentes decíduos

O traumatismo dental pode provocar sequelas nos dentes decíduos, tanto relacionadas à polpa (hiperemia pulpar, hemorragia pulpar, necrose pulpar, calcificação pulpar, reabsorção radicular interna da coroa e/ou da raiz, alteração de cor, pólipos pulpar) como ao periodonto (reabsorção radicular externa sem e com infecção, aumento do espaço pericementário, mobilidade dentária, deslocamento, anquilose, alveólise e retenção prolongada).^{5-7,9,10-15}

Destas repercussões, a necrose pulpar é a que mais causa dificuldade de diagnóstico, pois nem sempre a lesão apical é fácil de ser visualizada no exame radiográfico devido à sobreposição do ápice do dente decíduo com o germe do dente permanente. Além disso, é importante o diagnóstico diferencial e indicação de seus respectivos tratamentos: necrose pulpar/lesão apical indica-se a endodontia, cisto radicular a exodontia e aumento do folículo dentário o acompanhamento.¹⁴⁻¹⁷

O diagnóstico da necrose pulpar é feito pelo exame clínico quando o dente apresentar fístula e/ou abscesso, e no exame radiográfico lesão apical e/ou reabsorção apical irregular com perda óssea. Ou seja, para ser realizado o diagnóstico clínico, o dente deve apresentar um quadro agudo ou já ter sofrido uma perda de

estrutura dental ou óssea para ser diagnóstico. Portanto, o controle radiográfico é fundamental.

Nos casos em que se demora muito para fazer o diagnóstico de necrose pulpar, pode já ter ocorrido grande reabsorção dental ou óssea, contraindicando a endodontia. Em casos de cistos, quando estes estão no início, podem ser confundidos com lesão apical por necrose pulpar. Se realizada a endodontia, com o passar do tempo, o cisto continuará a se desenvolver e, no acompanhamento radiográfico, será feito o diagnóstico diferencial, indicando a exodontia.^{7,17} (Figuras 4 a 7)

Não é recomendado o uso de testes de vitalidade pulpar que usem a dor como resposta (exemplo: testes com frio), por não serem objetivos e por causarem dor na criança. Além de que, em casos de trauma recente, a polpa não responderá corretamente. O Fluxômetro laser doppler é um aparelho de laser que consegue diferenciar, com relativo grau de confiabilidade, uma polpa vitalizada de uma polpa necrosada. No entanto, seu preço é elevado e atualmente é utilizado em pesquisas para auxiliarem o profissional a confirmar indicativos clínicos: dente decíduo calcificado responde como vitalizado; dente decíduo com alteração de cor cinza, sem sinais clínicos e radiográficos de necrose, responde como vitalizado; assim como o dente decíduo com aumento do folículo dentário do germe do permanente.^{18-20,21}

Controles

Os controles, retornos de acompanhamento, dependem do tempo que pode ocorrer a repercussão esperada para cada caso e idade da criança para a troca da dentição (rizogênese do germe do dente permanente e rizólise do decíduo). No início, a radiografia fornece informações para o diagnóstico e depois é necessária para o acompanhamento das sequelas no dente decíduo e permanente. Na dúvida, se desconfiar de lesão apical por necrose pulpar, pode ser realizado o controle de 2 meses para outra tomada radiográfica, se ainda continuar em dúvida aumentar o controle para mais 2 meses, não confirmando o diagnóstico pode estender o controle para mais 4 meses e assim por diante.⁷ Precisa de cerca de 45 dias a 60 dias para mudança visível na imagem radiográfica.

Sempre alertar os responsáveis que caso apareça fistula, abscesso, tenha sintomatologia dolorosa ou novo episódio de trauma na criança antes do retorno programado, procure o profissional novamente.

Perto do período de esfoliação do dente decíduo deve-se realizar controles mais próximos, pois podemos ter retenção prolongada que prejudicaria a erupção do dente permanente. Além de observar se o sucessor permanente está se formando semelhante ao seu homólogo.

Repercussões para os dentes permanentes

As consequências para a dentição permanente podem existir devido à proximidade do ápice do dente decíduo com o germe do permanente, tanto na ação do trauma em si, como por decorrência de infecções, cistos e retenção prolongada do dente decíduo.

As repercussões para o dente permanente variam desde descoloração branca, amarela ou marrom no esmalte, hipoplasia de esmalte (mais leves até alterações maiores na coroa), dilaceração

da coroa ou da raiz, lesão tipo odontoma, duplicação radicular, parada da formação radicular, sequestro do germe do permanente e alteração na erupção. Além do aumento do folículo do germe do permanente e perda de espaço.²² Estas sequelas devem ser explicadas para os responsáveis na primeira consulta da criança, de forma bem clara, pois assim aumentamos as chances dos pais entenderem e se motivarem a retornar nos controles até a troca da dentição.²³ (Figuras 8 e 9)

A princípio, todos os tipos de trauma para o dente decíduo podem ter risco para o germe do dente permanente que está se formando. No entanto, quanto menos formado estiver o germe do permanente maior é a chance deste ser afetado pelo trauma do decíduo (crianças menores de 2 e 3 anos). Os traumas que, normalmente, mais preocupam são aqueles nos quais ocorrem deslocamentos da raiz do dente decíduo que pode atingir o germe do permanente, citando: intrusões (principalmente quando estas vão para palatino, pois o dente decíduo entra no alvéolo podendo atingir o germe do dente permanente que está por palatino em relação ao ápice do dente decíduo); luxações laterais e avulsões, assim como fraturas ósseas que atingem a região do germe do permanente. E posterior ao trauma, às infecções apicais, cistos e retenções prolongadas.

Alguns profissionais podem estranhar o fato de que a avulsão seja um trauma que tem risco de lesar o germe do dente permanente. Isto pode ser explicado, pois o dente na avulsão não sai do alvéolo como se fosse uma exodontia. A raiz do dente pode intruir, palatinizar e então sair do alvéolo. Portanto, a avulsão pode causar sequelas nos dentes permanentes.

Não temos como garantir se o dente permanente terá alteração, precisamos acompanhar radiograficamente a sua formação. Algumas sequelas só serão observadas clinicamente após sua erupção. Portanto, o importante é acompanhar o desenvolvimento do germe do dente permanente para minimizar suas sequelas e ainda, preparar a boca do paciente para os tratamentos devidos.

Prevenção

O primeiro episódio de trauma nos dentes decíduos ocorre normalmente nos primeiros 2 anos de vida, quando a criança está começando a descobrir o mundo e aprendendo a andar. Ela não apresenta coordenação motora suficiente e as quedas são muito comuns nestas idades, pois as crianças não têm o reflexo de proteção do rosto e consequentemente da região da boca. Traumas novos ou repetidos podem ocorrer em outras idades durante o crescimento e desenvolvimento da criança, na ânsia de interagir com o ambiente e com as pessoas. Portanto, a prevenção do trauma em dentes decíduos é limitada, basicamente se resumindo aos cuidados gerais com a criança: não deixando ela sozinha e adequando o ambiente para sua segurança, brinquedos e utensílios de acordo com as diferentes idades da criança. Além disso, devemos evitar situações ou condições que facilitem que a criança caia e bata a boca: não andar de meia, é preferível andar descalça, usar meia com solado de borracha ou sapatos; não usar macacões e calças maiores que a criança, cuidado em chão escorregadio

ou molhado, entre outros.^{5,8}

Os andadores, que já não são recomendados pelos médicos pediatras, devem ser evitados, pois normalmente a criança pode cair com estes andadores e a projeção deles aumenta a força do impacto da boca/dentes na queda.

Em relação à parte odontológica é observado que crianças que apresentam mordida aberta anterior, protrusão dos incisivos superiores e falta de selamento labial tem mais propensão a traumatizar os dentes, pois estes ficam numa região mais anterior da face e sem proteção labial e acabam sendo atingidos.^{1,24} Portanto, a prevenção do trauma nos dentes decíduos começa desde o nascimento da criança, com orientações para evitar o desenvolvimento da maloclusão na infância, através do incentivo ao aleitamento materno e, quando necessário, o uso racional da mamadeira e chupeta (evitar a sucção de dedo que é mais difícil de remover). (Figuras 10 a 13)

CONCLUSÃO

O importante é evitar que os traumas na dentição decídua ocorram principalmente em crianças menores de 2 a 3 anos. Caso isso não seja possível, o atendimento de urgência é fundamental para aumentar a chance de manter o dente decíduo na cavidade

bucal. Assim como o manejo adequado desta criança, o tratamento para sua reabilitação e acompanhamento das repercussões para a dentição decídua e permanente também são importantes.

Todos queremos que nada tenha ocorrido. Enquanto não podemos garantir isso, o papel do profissional é fazer o diagnóstico correto e tratar o que for possível e necessário para minimizar os danos tanto na dentição decídua quanto na permanente.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Alertar o Cirurgião-Dentista em relação a alguns aspectos relacionados aos traumas em dentes decíduos, mostrando a importância da prevenção, diagnóstico, tratamento e repercussões para as dentições.

AGRADECIMENTOS

A todos os colaboradores e estagiários, Cirurgiões-Dentistas e alunos de graduação, que participam ou participaram do atendimento dos pacientes do Centro de Pesquisa e Atendimento de Traumatismo em Dentes Decíduos da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

REFERÊNCIAS

- Aldrigui JM. 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>
- Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:78.
- Andreasen JO. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3a ed. Tradução Gabriela Soares, Cristiano Boschetto e Ilson José Soares. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001:457-94.
- Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2012;28(3):174-82.
- Wanderley MT, Mello-Moura ACV, Moura Netto C de, Bonini GAVC, Cadioli IC, Prokopowitsch I. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 8a ed. São Paulo: Santos, 2010:707-57.
- Wanderley MT, Oliveira LB. Lesões Traumáticas na Dentição Decídua. In: Guedes-Pinto et al. *Odontopediatria - Fundamentos em Odontologia*. 1a ed. São Paulo: Santos-GEN, 2009:301-28.
- Wanderley MT, Guedes CC, Bussadori SK. Traumatismo em dentes decíduos. In: Fernandes KPS et al. *Traumatismo Dentoalveolar - Passo a passo permanentes e decíduos*. 1a ed. São Paulo: Livraria Santos editora, 2009:159-214.
- Corrêa MSNP, Wanderley MT. Considerações psicológicas associadas às lesões traumáticas. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no tratamento odontopediátrico: aspectos psicológicos*. 2a ed. São Paulo: Santos, 2002:461-74.
- Wanderley MT, Guedes-Pinto AC. Traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. In: Issão M, Guedes-Pinto AC. *Manual de Odontopediatria*. 12a ed. São Paulo: Santos, 2006:268-90.
- Kimura JS. Alveólise 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
- Abdel Jabbar NS, Aldrigui JM, Braga MM, Wanderley MT. Pulp polyp in traumatized primary teeth - a case-control study. *Dent Traumatol* 2013;29(5):360-4.
- 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>
- Mello-Moura AC, Bonini GA, Zardetto CG, Rodrigues CR, Wanderley MT. Pulp calcification in traumatized primary teeth: prevalence and associated factors. *J Clin Pediatr Dent* 2011;35(4):383-7.
- Aldrigui JM. 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>
- Aldrigui JM, Cadioli IC, Mendes FM, Antunes JL, Wanderley MT. Predictive factors for pulp necrosis in traumatized primary incisors: a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent* 2013;23(6):460-9.
- Cadioli 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; 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-08052012-170100/pt-br.php>
- 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
- Wanderley MT. Avaliação dos métodos de diagnóstico pulpar em dentes decíduos traumatizados. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.
- Weffort ICC. 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; 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-22042008-163821/pt-br.php>
- Cadioli IC, Rodrigues CRMD, Nogueira GEC, Wanderley MT. Uso da fluxometria laser doppler em dentes decíduos traumatizados. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre 2010;58(2):263-68.
- Aldrigui JM, Cadioli IC, Jabbar NSA, Wanderley MT. Alteração de cor em dentes decíduos traumatizados. In: *Imparato JCP. Anuário de Odontopediatria Clínica - Integrada e Atual*. 1a ed. São Paulo: Napoleão, 2013: 135-49.
- Wanderley MT, Coutinho L, Lage-Marques JL. Traumatismos dentários na criança e no adolescente. In: Coutinho L; Bonecker M. *Odontopediatria para o Pediatra*. 1a ed. São Paulo: Atheneu, 2013:369- 93.
- Bonini GC, Bönecker M, Braga MM, Mendes FM. Combined effect of anterior malocclusion and inadequate lip coverage on dental trauma in primary teeth. *Dent Traumatol* 2012;28(6):437-40.
- Wanderley MT, Trindade CP, Corrêa MSNP. Recursos protéticos em odontopediatria. In: Corrêa, MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 3a ed. São Paulo: Gen-Santos; 2010:637-58.