

Tópicos da Odontologia
Dentistry Topics

Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua

Dentoalveolar trauma in the primary dentition

Estela Maris Losso¹
Maria Cristina dos Reis Tavares¹
Fernanda Mara de Paiva Bertoli¹
Flares Baratto-Filho¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Estela Maris Losso
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Sousa, 5.300 – Campo Comprido
CEP 81280-330 – Curitiba – PR
E-mail: emlosso@up.edu.br

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Positivo – Curitiba – PR – Brasil.

Palavras-chave:

traumatismo; dentes
decíduos; prevenção.

Resumo

O atendimento a crianças com traumatismos na dentição decídua requer uma abordagem diferente daquela utilizada 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. As possíveis repercussões sobre o dente permanente devem ser consideradas ao se realizar o tratamento imediato, de modo a evitar danos adicionais. Também precisam ser levadas em conta as prováveis sequelas tardias do trauma, tanto para a própria dentição decídua como para a permanente. Diante da importância do assunto, este capítulo procurou abordar tal tema de maneira ampla, desde a anamnese até os exames geral, intrabucal e radiográfico, com vistas a analisar integralmente o paciente. Além da classificação das lesões traumáticas nos tecidos dentários e de sustentação, enfatizam-se o diagnóstico, o tratamento indicado, o prognóstico e a preservação de cada situação clínica. Um tópico sobre lesão em tecido mole foi incluído, pois esta tem grande impacto para a criança e sua família e pode estar associada a outros tipos de traumatismos. Como a análise da situação vacinal da criança é sugerida, ante a existência de casos que exigem que a vacina antitetânica esteja na sua validade, acrescentou-se a recomendação do Ministério da Saúde quanto à imunização antitetânica. Há também um item sobre contenção, orientação aos pais e repercussões do trauma para os dentes decíduos e os permanentes sucessores. Ao

final do capítulo, duas tabelas resumem o tratamento das lesões traumáticas em tecidos dentários e polpa e o tratamento das lesões em tecidos de sustentação na dentição decídua em situações de tratamento imediato e tardio.

Keywords: trauma;
deciduous teeth;
prevention.

Abstract

The treatment of children presenting dental trauma in the primary dentition requires a different approach from that used in the permanent dentition, because there is a very close relation between the apex of the traumatized primary tooth and the successor permanent bud. The possible consequences on the permanent teeth should be considered when performing early treatment in order to prevent further damage. Also, the probable trauma's late sequelae should be taken into account both for primary and permanent dentition. Given the subject's importance, this chapter aimed to report this issue broadly. This comprises the anamnesis, general, intraoral, and radiographic examination and the comprehensive treatment of the patient. Additionally to the classification of dental injuries, we highlighted the diagnosis, required treatment, prognosis, and follow-up of each clinical situation. A topic on soft tissue lesion was included, because it has a great impact on both the child and family. Moreover, it could be associated with other trauma types. Since the analysis of the child's vaccination status is suggested, in face of cases demanding that tetanus vaccine be valid, the recommendation of the Brazilian Ministry of Health was also informed. Furthermore, there is an item on dental splinting, parenting advice, and trauma consequences on primary and successor permanent teeth. At the end of the chapter, two tables summarize the early and delayed treatment of trauma involving primary tooth's enamel, dentin, pulp, and supportive tissues.

Introdução

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 (figura 1).

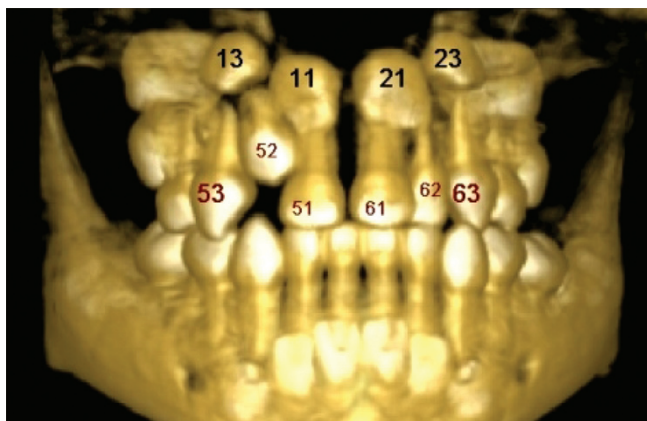


Figura 1 – Tomografia computadorizada em vista frontal evidenciando a proximidade da raiz do dente decíduo com seu sucessor permanente

As possíveis repercussões sobre o dente permanente devem ser consideradas ao se efetuar o tratamento imediato, de modo a evitar danos adicionais. Para a seleção do tratamento precisam ser levadas em conta a maturidade da criança, sua capacidade de cooperação em situação de emergência e a oclusão.

A falta de selamento labial e excessiva sobressaliência são fatores predisponentes ao trauma na dentição decídua (figura 2). Crianças com sobressaliência entre 3 e 6 mm e mais que 6 mm sofrem, respectivamente, duas e três vezes mais traumas em comparação com as que apresentam de 0 a 3 mm de sobressaliência. Nesses casos recomenda-se o uso racional ou a remoção do hábito de sucção não nutritiva.



Figura 2 – Paciente portador de mordida aberta anterior e *overjet* acentuado – fator de risco para a ocorrência de traumas dentais

Existe uma fase predominante de trauma bucal na criança: quando ela começa a levantar-se, andar e correr. Nesse período falta-lhe coordenação motora em virtude da pouca idade (figuras 3 e 4). Em relação ao tipo de traumatismo na dentição decídua, o mais comum é queda da própria altura, que chega a 80% dos casos. Das crianças entre 1 e 3 anos, 11 a 30% têm algum trauma dental, sem diferenciação entre meninos e meninas. Os dentes anteriores superiores são os mais atingidos, geralmente um deles, exceto quando a causa do trauma decorre de esporte ou acidente de carro.



Figura 3 – Paciente com 1 ano de idade explorando o ambiente



Figura 4 – Foto dos incisivos superiores da criança da figura 3. Observa-se fratura de esmalte do dente 51 em decorrência de queda da própria altura

O traumatismo bucal constitui uma situação estressante para a criança e para a família. Por isso, é preciso antes de tudo acalmá-las para dar continuidade ao atendimento.

Consulta

Anamnese

Faz-se importante realizar a anamnese, haja vista que vários fatores vão definir o melhor tratamento a ser executado e que informações

da condição sistêmica da criança garantem um atendimento seguro. Existem situações em que se necessita contatar o médico que a acompanha para obter mais dados. Crianças com cardiopatias ou problemas de coagulação talvez precisem de conduta prévia ao atendimento. O intuito desse procedimento é assegurar-lhes a sua saúde geral.

Em relação ao trauma atual, deve-se considerar:

- **como** aconteceu o trauma dental e bucal e verificar se a história é compatível com a condição clínica, pois em torno de 50 a 65% das lesões provocadas por maus-tratos infantis são na região de cabeça, face e cavidade bucal;
- **quando** se deu o trauma, pois o tempo decorrido definirá a melhor conduta a ser tomada no caso;
- **onde** ocorreu o trauma, a fim de saber se foi em local contaminado. Se for o caso, é

preciso checar se as vacinas estão em dia, principalmente a antitetânica.

Além desses dados, é importante saber se houve trauma anterior, pois tal descoberta poderá justificar os achados clínicos e radiográficos referentes a ele. A experiência odontológica anterior fornecerá informações sobre possível comportamento durante o atendimento.

Exame geral

Quando se realiza o exame geral do paciente, devem-se observar:

- Lesões extrabucais (mento, face, cabeça): caso o paciente apresente lesões nessas áreas, encaminhá-lo para avaliação médica. Trauma na região do mento pode resultar em fraturas dentais longitudinais do dente, sendo capaz de restringir a coroa ou envolver coroa e raiz (figura 5);



Figura 5 - A: paciente sofreu trauma na região do mento; B: fratura na cúspide vestibular do dente 85

- Lesões na pele e no rosto: encaminhar paciente para cirurgia plástica.

Exame radiográfico

Ao interpretar uma radiografia, é necessário considerar a idade da criança e o tipo de trauma. Portanto, devem-se verificar:

- Estágio de erupção dentária;
- Grau de rizólise dos dentes decíduos;
- Grau de rizogênese do dente permanente;
- Fragmentos em tecido mole;
- Presença de fraturas ósseas ou dentárias;
- Espessura da dentina remanescente entre a linha de fratura e a polpa coronária (fratura coronária);
- Reabsorções radiculares;

- Tamanho da câmara pulpar;
- Deslocamentos intrusivos e extrusivos;
- Relação entre os deslocamentos intrusivos do dente decíduo e os germes dos sucessores permanentes;
- Presença de outras alterações patológicas na área.

Faz-se importante processar corretamente e guardar as radiografias obtidas a fim de compará-las com as futuras radiografias de controle. Se possível, fotografar o caso para documentação e controle.

Exame clínico intrabucal

Nesta fase, limpam-se e examinam-se os tecidos moles. Deve-se constatar:

- se os tecidos moles estão afetados pelo trauma e qual a sua extensão;
- se os dentes apresentam fratura, mobilidade ou deslocamento;
- se o tecido ósseo contém fratura;
- se a oclusão está normal, pois isso indicará se ocorreram deslocamento dental e fratura óssea;
- a não realização de testes de percussão e vitalidade.

Somente depois desses pontos esclarecidos escolhe-se o tratamento para cada situação, definindo o tratamento imediato recomendado para o tipo de lesão e o possível futuro impacto da terapêutica adotada. Tratamentos heroicos que podem colocar em risco o desenvolvimento do dente permanente são contraindicados.

Recomendação de imunização antitetânica de acordo com o Ministério da Saúde

Diante de quadro de traumatismo dentoalveolar, o Ministério da Saúde recomenda, quanto à profilaxia antitetânica, que se façam limpeza e desinfecção da lesão com soro fisiológico e solução oxidante, bem como debridamento da ferida, quando necessário.

Ferimento com baixo risco de tétano

- Imunização básica completa e último reforço há menos de dez anos: nada.

- Imunização básica completa e último reforço há mais de dez anos: uma dose de reforço da vacina TT (toxóide tetânico).
- Pessoa em estado vacinal incerto, incompleto ou não vacinada: vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche) em crianças com 6 anos de idade ou menos; vacina tetravalente (DTP + Hib [meningite e outras infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B]) ou dT + série de imunização completa em indivíduos com 7 anos ou mais.

Ferimento com alto risco de tétano

- Imunização básica completa e última dose há **cinco anos**: nada.
- Última dose há **mais de cinco e menos de dez anos**: uma dose de reforço da dT.
- Pessoa em estado vacinal incerto, incompleto, não vacinada ou com última dose há **mais de dez anos**: DTP (ou dT) seguida da série de imunização completa + 250 UI de imunoglobulina humana hiperimune antitetânica (IGHAT) via intramuscular em região diferente da que foi aplicada a vacina. Na indisponibilidade de IGHAT, prescrever 5.000 UI de soro antitetânico (SAT – ampola com 5,0 ml) via intramuscular em local distinto de onde se aplicou a vacina, alertando para a prevenção de ocorrência de reação imediata de hipersensibilidade.

Classificação das lesões traumáticas

Tabela I – Lesões traumáticas aos tecidos dentários

Trinca de esmalte	Sem perda de estrutura dental.
Fratura de esmalte	Perda de estrutura dentária restrita ao esmalte.
Fratura de esmalte e dentina	Perda de estrutura dentária restrita ao esmalte e à dentina, sem exposição pulpar.
Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar	Perda de estrutura dentária restrita ao esmalte e à dentina, com exposição pulpar.
Fratura coronorradicular	Solução de continuidade que envolve esmalte, dentina e cimento, sem envolvimento pulpar.
Fratura de raiz	Solução de continuidade que envolve esmalte, dentina, cimento e polpa.

Tabela II - Lesões traumáticas aos tecidos de sustentação

Concussão	Traumatismo de pequena intensidade sobre os tecidos de sustentação, porém sem ruptura de fibras. Não há deslocamento e mobilidade do dente.
Subluxação	Traumatismo de baixa a moderada intensidade nos tecidos de sustentação no qual o dente possui mobilidade mas não está deslocado do alvéolo. Sangramento no sulco gengival pode estar presente.
Luxação lateral	Traumatismo de maior intensidade que leva a deslocamento dentário nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal.
Luxação intrusiva	Deslocamento do dente para o interior do alvéolo.
Luxação extrusiva	Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo.
Avulsão	Deslocamento total do dente para fora do alvéolo.

Tratamento para as lesões traumáticas aos tecidos dentários

Trinca de esmalte, quando não há perda de estrutura

- Exame: exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de observar fissuras na coroa dentária, geralmente perpendiculares ao longo eixo do dente. O exame radiográfico tem de ser realizado sempre que há relato de traumatismo dentário, porém trincas de esmalte não são visíveis em radiografias periapicais;
- Tratamento: fluoroterapia;
- Prognóstico: favorável;
- Proservação: todo dente com relato de traumatismo deve receber acompanhamento clínico e radiográfico, que nesse caso pode ser feito nas consultas de rotina do paciente.

também restaurar o dente devolvendo sua forma anatômica original, caso haja preocupação estética dos responsáveis, no entanto geralmente evitam-se desgastes adicionais;

- Prognóstico: favorável;
- Proservação: nas consultas de manutenção do paciente.



Figura 6 - Fratura de esmalte no dente 61

Fraturas não complicadas de coroa

Fratura de esmalte: perda de estrutura restrita ao esmalte (figuras 6 e 9A)

- Exame: exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de confirmar perda de estrutura restrita ao esmalte. O exame radiográfico deve ser feito para avaliar a extensão da fratura e servir de parâmetro para os demais exames de controle;
- Tratamento: para fraturas que envolvem apenas esmalte, basta eventual desgaste e polimento do dente com o intuito de evitar lacerações nos tecidos moles (lábio e língua). Indica-se aplicação de flúor no dente fraturado. Pode-se

Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar: perda de estrutura envolvendo esmalte, dentina e polpa preservada (figuras 7, 8 e 9B)

- Exame: exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de confirmar a extensão da perda de estrutura dental e descartar a possibilidade de exposição pulpar. 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;

- b. Tratamento: observa-se radiograficamente a relação da fratura com a câmara pulpar para decidir sobre a necessidade de proteção do complexo dentinopulpar com hidróxido de cálcio. Em crianças colaboradoras, deve-se restaurar tal fratura com resina composta. Já naquelas não colaboradoras pode-se optar

pela restauração provisória com cimento de ionômero de vidro (CIV);

- c. Prognóstico: favorável;
d. Proservação: é importante fazer o acompanhamento clínico após sete dias e o clínico-radiográfico depois de 30 e 90 dias e todos os anos até a esfoliação do elemento dental.



Figura 7 - A: trauma dental levando à fratura de esmalte e dentina nos dentes 51 e 61; B: dentes restaurados com resina composta

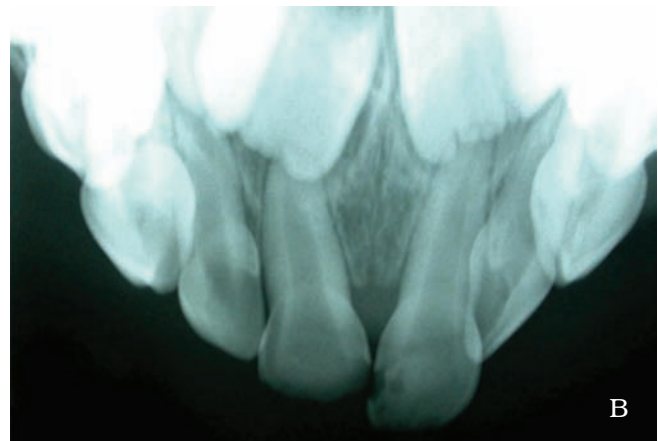


Figura 8 - A: traumatismo nos dentes anteriores superiores com fratura de esmalte e dentina no dente 51; B: radiografia da extensão da perda de estrutura e da ausência de alterações periapical e radicular

Fratura complicada de coroa

Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar: perda de estrutura envolvendo esmalte e dentina com exposição do tecido pulpar (figura 9C)

- a. Exame: exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de confirmar a extensão da perda de estrutura dental e 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;

- b. Tratamento: havendo envolvimento pulpar, o tratamento vai depender de uma série de fatores, tais como extensão da fratura, grau de desenvolvimento dental (grau de rizogênese ou rizólise), momento em que ocorreu o trauma (se a busca pelo tratamento foi imediata ou tardia) e grau de colaboração da criança. Em relação ao grau de desenvolvimento dental, quanto mais jovem for o dente (enquanto a rizogênese estiver incompleta), melhor será a resposta pulpar. Portanto, se a extensão da fratura for pequena e a procura por

tratamento imediato, recomenda-se a proteção pulpar direta seguida de restauração com resina composta ou colagem do fragmento. Em dentes decíduos com raízes completas ou em estágio inicial de rizólise, o tratamento imediato será a pulpotomia, e o tardio, a pulpectomia. Em dentes com rizólise avançada opta-se pela exodontia;

- c. Prognóstico: favorável, se observadas as condições ideais;
- d. Proervação: devem-se fazer o acompanhamento clínico após sete dias e o clínico-radiográfico após 30 e 90 dias e anualmente até a esfoliação do elemento dental.

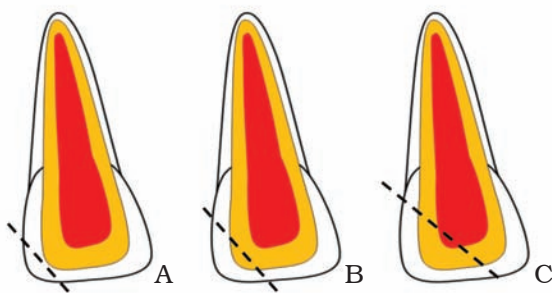


Figura 9 - Desenho esquemático (A: fratura de esmalte; B: fratura de esmalte e dentina; C: fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar)

Fratura coronoradicular (esmalte-dentina-cimento) sem exposição pulpar (figura 10A)

- a. Exame: exame clínico visual, com o propósito de avaliar a extensão subgengival da fratura. Com frequência o fragmento encontra-se preso pelas fibras do ligamento periodontal, portanto deve-se observar a presença de mobilidade do fragmento fraturado. O exame radiológico pode não evidenciar a fratura, já que o traço desta é geralmente perpendicular ao feixe de raios X, mas servirá como parâmetro para futuros exames de controle;
- b. Tratamento: depende de sua extensão subgengival. Remove-se o fragmento para verificar tal extensão. Quando a fratura se estende 2 mm além do limite gengival, a exodontia é o tratamento de escolha. Porém, se a criança colabora e a fratura está aquém do limite gengival, é possível optar por restauração com resina composta;
- c. Prognóstico: favorável, se observadas as indicações e/ou contraindicações da restauração;
- d. Proervação: são importantes o acompanhamento clínico após sete dias e o clínico-radiográfico depois de 60, 90 e 180 dias e todos os anos até a esfoliação do elemento dental.

Fratura coronoradicular (esmalte-dentina-cimento) com exposição pulpar (figuras 10B e 11)

- a. Exame: exame clínico visual, para averiguar a extensão subgengival da fratura. É comum o fragmento estar preso pelas fibras do ligamento periodontal, portanto tem de ser observada a presença de mobilidade do fragmento fraturado. O exame radiológico pode não evidenciar a fratura, pois o traço desta é geralmente perpendicular ao feixe de raios X, mas servirá como parâmetro para futuros exames de controle;
- b. Tratamento: também depende da extensão subgengival e segue os mesmos princípios da fratura coronoradicular sem exposição pulpar, todavia, neste caso, o tratamento pulpar se faz necessário e a abordagem é semelhante à da fratura coronária com envolvimento pulpar;
- c. Prognóstico: favorável, desde que sejam verificadas as indicações ou contraindicações da restauração (2 mm aquém da margem gengival) e da terapia pulpar (estágio de desenvolvimento dentário adequado);
- d. Proervação: devem-se fazer o acompanhamento clínico após sete dias e o clínico-radiográfico depois de 60, 90 e 180 dias e anualmente até a esfoliação do elemento dental.

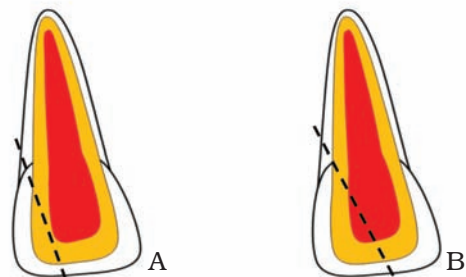


Figura 10 - Desenho esquemático da fratura coronoradicular (A: sem exposição pulpar; B: com exposição pulpar)



Figura 11 - Fotografia do dente 61, que apresenta fratura coronoradicular

Fratura radicular

- a. Exame: exame clínico visual, quando poderá ser observado ligeiro deslocamento da coroa associado a pequena extrusão. Apalpa-se a área afetada para verificar se há dor ao toque e/ou presença de mobilidade e 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 12). Em tais caso, sugerem-se tomadas radiográficas adicionais com diferentes angulações;



Figura 12 – A: fratura da raiz do dente 61; B: rizólise fisiológica e reabsorção do fragmento radicular após um ano e quatro meses

- b. Tratamento: depende da localização (terços apical, médio ou cervical) e direção da linha de fratura (orientação transversal ou longitudinal):
- Fraturas transversais nos terços apical e médio: reposicionamento por pressão digital para aproximação dos fragmentos, quando o tratamento é imediato. Se for tardio ocorre interposição do coágulo, o que dificulta essa manobra. Fraturas de terço apical normalmente se recuperam sem tratamento, no entanto, nas fraturas de terço médio e sobretudo naquelas com mobilidade do dente envolvido, faz-se necessária contenção rígida por um período de 90 a 120 dias. Acompanha-se radiograficamente a formação do reparo para a remoção da contenção;
 - Fraturas transversais no terço cervical: exodontia, uma vez que a mobilidade do fragmento coronário inviabiliza a contenção. A literatura aponta a não necessidade de remover o fragmento radicular, pois ele deverá passar pelo processo de rizólise fisiológica;
 - Fraturas longitudinais ou oblíquas: exodontia é o tratamento de escolha.
- c. Prognóstico: as fraturas transversais no terço apical têm prognóstico mais favorável que as demais;
- d. Proservação: acompanhamento clínico e radiográfico durante um, três, quatro e seis meses e todos os anos até a esfoliação.

Lesões traumáticas aos tecidos de sustentação

As lesões aos tecidos de sustentação estão envolvidas na maioria dos traumatismos que ocorre na dentição decídua, pois há alta prevalência de deslocamentos dentários em razão da maior resiliência do osso alveolar em crianças de baixa idade e da anatomia da raiz, que é menor e cuneiforme.

Concussão

Trata-se de traumatismo de pequena intensidade que envolve hemorragia e edema do ligamento periodontal, porém sem ruptura de fibras. Não provoca deslocamento, mobilidade dentária ou sangramento do sulco gengival. Também é denominada comoção.

- a. Exame: exame clínico visual. Clinicamente o dente afetado não revela alterações, contudo pode apresentar sensibilidade ao toque e causar desconforto à mastigação. O dentista quase nunca é solicitado em atendimentos de emergência nesses casos; há apenas relatos em consultas de rotina posteriores. 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;
- b. Tratamento: orientação dietética. Oferece-se uma dieta mais pastosa e líquida, sobretudo nas primeiras 48 horas, e restringe-se o uso de chupetas e mamadeiras. Os pais deverão ser orientados para levarem a criança ao consultório novamente caso observem algo que lhes cause estranhamento, como edema local ou presença de fístula;
- c. Prognóstico: favorável, com possibilidade de alteração de cor transitória ou permanente por hemorragia pulpar. A mudança de cor, quando tardia, tem de ser acompanhada mais de perto para descartar necrose pulpar;
- d. Proservação: sete dias após o trauma e depois nas consultas de rotina do paciente.

Subluxação

Traumatismo de intensidade baixa a moderada que provoca ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal e leva à mobilidade sem, contudo, provocar deslocamento dentário. Sangramento no sulco gengival pode estar presente.

- a. Exame: clínico visual. Embora o dente subluxado não apresente deslocamento, é possível ocorrer mobilidade horizontal (leve a 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. Como dito anteriormente, não se recomendam os testes térmicos ou de percussão. Tal qual na concussão, o exame radiográfico, apesar de não revelar alterações, é importante para avaliações futuras;
- b. Tratamento: assim como na concussão, é seguida orientação dietética e restringe-se o uso de chupetas e mamadeiras. Caso a mobilidade seja acentuada, uma contenção flexível ou semirrígida deverá ser usada por dez a 14 dias;
- c. Prognóstico: favorável, porém com possibilidade de alteração de cor e calcificação pulpar;

- d. Proservação: avaliação clínica depois de sete dias e controle clínico-radiográfico após 30 e 120 dias. Posteriormente a isso, fazem-se consultas de rotina.

Luxação lateral

Trata-se de traumatismo de maior intensidade que leva a deslocamentos dentários nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal (figura 13).

- a. Exame: 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;
- b. Tratamento: vai depender de uma série de fatores, tais como magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, procura por tratamento imediata ou tardia e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto. Deslocamentos muito pequenos sem interferência oclusal, a musculatura da língua e do lábio tendem a reposicionar o dente sem qualquer outra intervenção. No caso de deslocamentos não muito extensos, em condições favoráveis, ou seja, dentes em estágio inicial de rizólise (menos de 1/3 de reabsorção), sentido do deslocamento contrário ao dente permanente (coroa para palatino – raiz para vestibular), busca por tratamento nas primeiras horas após o trauma e criança colaboradora, faz-se a reposição sob anestesia local, pressionando bidigitalmente o dente. Caso haja mobilidade, está indicada contenção flexível ou semirrígida por dez a 14 dias. Persistindo a interferência oclusal, ocorre o desgaste incisal. Se os deslocamentos forem de grande intensidade ou em direção ao germe do permanente, a extração é o tratamento de escolha. Em todas as situações os responsáveis devem ser orientados quanto à dieta leve, restrição ao uso de chupetas e mamadeiras e

ao controle mecânico e químico (digluconato de clorexidina a 0,12% com cotonete) de biofilmes bucais;

- c. Prognóstico: favorável para o permanente, porém com possibilidade de necrose do dente afetado;
- d. Proservação: avaliação clínica e remoção da contenção após 15 dias, controle clínico radiográfico depois de 30, 60 e 120 dias e anualmente até a esfoliação do dente.

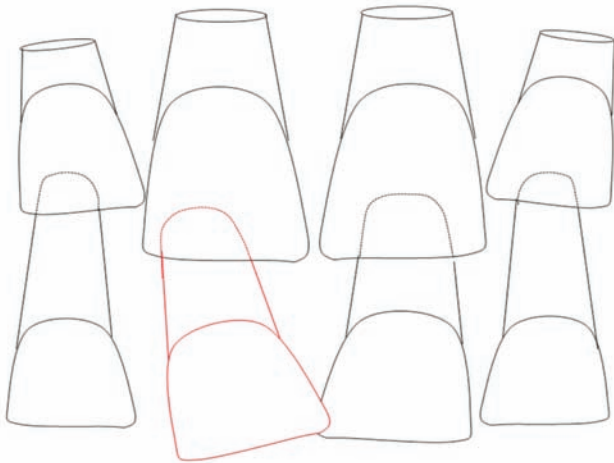


Figura 13 – Desenho esquemático de luxação lateral do dente 51

Luxação intrusiva

Também denominada intrusão, é o deslocamento dentário para o interior do seu alvéolo. É considerada grau I (suave) quando mais de 50% da coroa fica visível, grau II (moderada) quando menos de 50% da coroa pode ser vista e grau III (severa) quando há intrusão total da coroa. Geralmente se dá por vestibular em relação ao germe do dente permanente, mas é possível acontecer em sua direção.

- a. Exame: exame clínico visual. Verificam-se eventuais aumentos de volume na região vestibular indicando a direção da intrusão. A região de fundo de vestibulo deverá ser palpada para constatar se a intrusão não 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 extraorais. Para radiografias intraorais utilizam-se as técnicas periapicais ou oclusais modificadas para a odontopediatria (figuras 14 e 16). Nessas tomadas, se a imagem da raiz do dente decíduo intruído ficar encurtada

em relação ao homólogo, ele se desviou do germe do permanente; se alongada, foi em sua direção. As tomadas extraorais podem ser realizadas com filmes oclusais (película 5 x 7) ou periapicais (película 3 x 4), colocados de perfil, perpendiculares à comissura labial do paciente (figura 15). Caso o dente decíduo tenha se desviado do permanente, observa-se o ápice radicular vestibularizado;



Figura 14 – Tomada radiográfica periapical anterior modificada

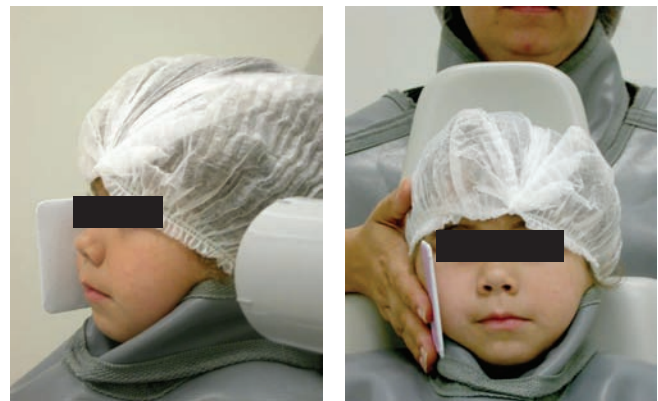


Figura 15 – Tomada radiográfica extraoral com película 5 x 7, utilizada em casos de intrusão dental



Figura 16 – Radiografia periapical anterior da intrusão dos dentes 51 e 61

- b. Tratamento: depende da direção de intrusão e da associação ou não com fratura da tábua óssea. Para dentes intruídos em direção ao sucessor permanente (imagem radiográfica do dente intruído alongada em relação ao homólogo), a extração é o tratamento de escolha, a fim de aliviar a pressão sobre o germe do permanente. Caso contrário, ou seja, imagem radiográfica encurtada do dente intruído sugerindo direção vestibular da intrusão, é preciso aguardar a reerupção do dente decíduo, o que tem de acontecer em até seis meses. Avalia-se nas consultas de controle a ocorrência de infecção; nesse caso deve ser instituída antibioticoterapia. Quando há fratura da tábua óssea associada, o processo de reerupção dificilmente ocorre, o que aponta para a necessidade da exodontia. Para prevenir maiores danos ao sucessor permanente, procura-se evitar o uso de elevadores apicais. A luxação dentária deve ser feita com o fórceps, cujos mordentes apreendem o dente no sentido mesiodistal. As recomendações quanto à dieta, ao uso de chupetas e mamadeiras e controle mecânico e químico de biofilmes seguem os mesmos princípios da luxação lateral;
- c. Prognóstico: para o dente decíduo torna-se favorável quando a direção do deslocamento é vestibular e a reerupção se inicia em até dois meses (figura 17). Pode ser sombrio quando a direção do deslocamento é palatina ou quando o processo de reerupção não começa em até dois meses. Já para o sucessor permanente, é o tipo de traumatismo que mais provoca danos a ele. Quanto mais jovem a criança, ou seja, quanto menor o estágio de Nolla do permanente, maior a probabilidade de sequelas;
- d. Proservação: avaliação clínica e radiográfica após sete, 30, 60 e 120 dias e anualmente até a esfoliação.

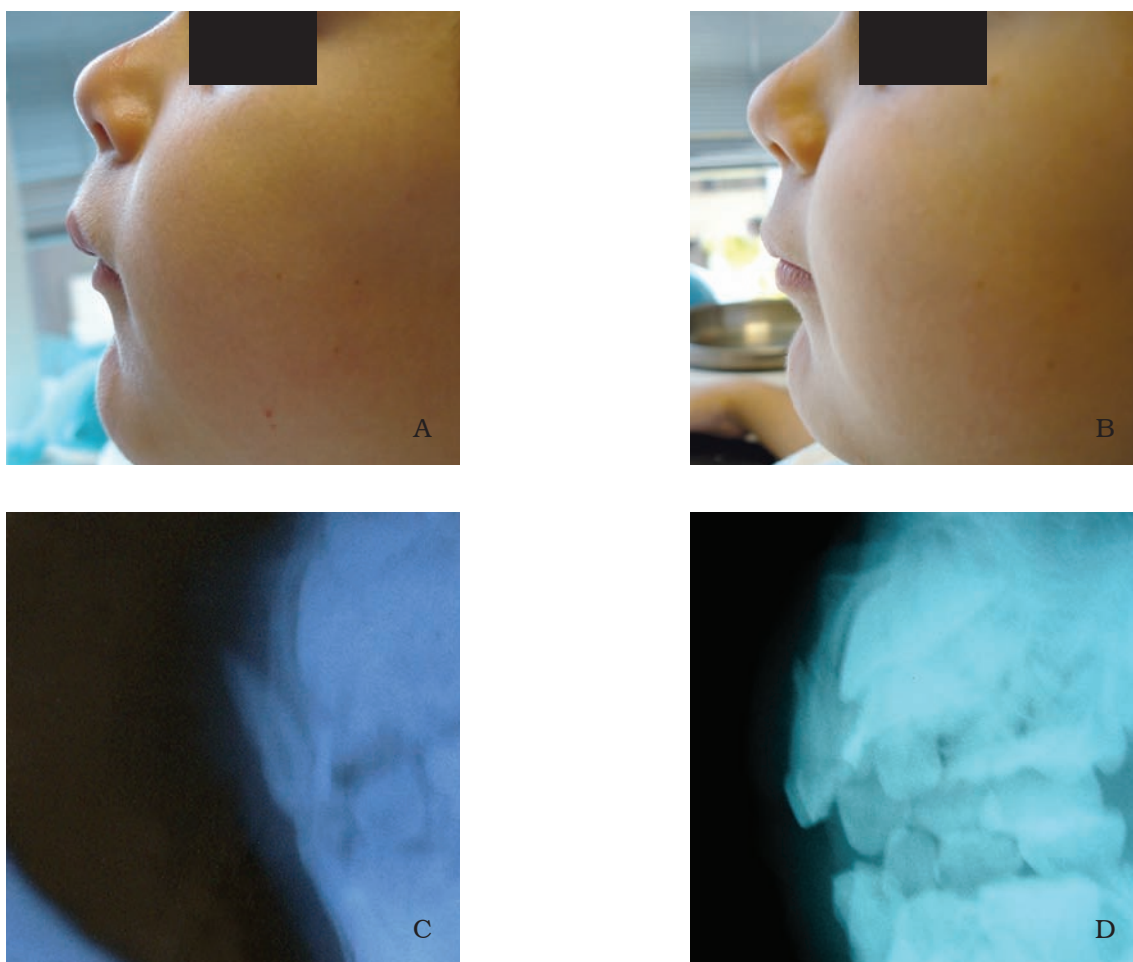


Figura 17 – A: fotografia lateral evidenciando edema labial causado pela intrusão dos dentes 51 e 61; B: redução do edema após uma semana; C: radiografia lateral da intrusão dos dentes 51 e 61; D: depois de um mês, reerupção do dente intruído (gentileza da Dra. Sheila C. Stroppa)

Luxação extrusiva

Também denominada extrusão, é o deslocamento parcial do dente para fora de seu alvéolo (figura 18).

- Exame: clinicamente o dente parece estar alongado em relação ao seu homólogo e com hemorragia local. 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;
- Tratamento: depende dos mesmos fatores analisados na luxação lateral, como magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, procura por tratamento imediata ou tardia e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto. Em casos de pequenos deslocamentos deve-se observar se interferências oclusais não foram ocasionadas pela nova posição dental, pois, se isso ocorrer, pequenos desgastes são indicados. Com tratamento imediato pode-se tentar o reposicionamento. Se o atendimento for tardio, acontecem diminuição da mobilidade e formação do coágulo; em tal caso a melhor opção é deixá-los nessa nova posição. Em graus de mobilidade excessivos e extrusões severas (geralmente mais que 3 mm) a exodontia é a alternativa mais recomendada;
- Prognóstico: desfavorável, pois parece ser o tipo de lesão que mais leva à perda dental. Como em outros deslocamentos, a possibilidade de necrose pulpar é elevada, e o acompanhamento, necessário;
- Proservação: a conduta de preservação deve ser feita por meio de exame clínico após duas ou três semanas, exame clínico e radiográfico depois de seis a oito semanas e exame clínico e radiográfico posteriormente a um ano.

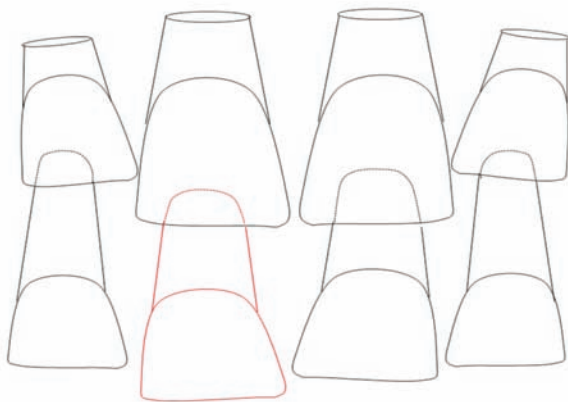


Figura 18 – Desenho esquemático de luxação extrusiva do dente 51

Avulsão

Também denominada luxação total, é o deslocamento completo do dente para fora de seu alvéolo.

- Exame: clinicamente se constata ausência do dente que sofreu o trauma (figura 19A) e com frequência lesões nos tecidos moles ao redor. A tomada radiográfica periapical deve ser realizada para se certificar de que o dente não está intruído e de que não há presença de corpo estranho no local (figura 19B);
- Tratamento: diferentemente do que ocorre na dentição permanente, o reimplante não está indicado na dentição decídua por ser um procedimento que envolve condições muito específicas para o seu sucesso e pela possibilidade de lesão do germe do permanente, pois é possível que o coágulo seja forçado para o interior da região do folículo. A melhor opção é a reabilitação protética, que pode ser complicada em crianças de baixa idade, mas importante por questões estéticas e funcionais;
- Prognóstico: para o dente permanente sucessor é desfavorável. Os achados mais comuns são hipocalcificações e hipoplasias;
- Proservação: exame clínico após uma semana e exame clínico e radiográfico a cada seis meses até erupção do dente permanente.



Figura 19 – A: fotografia da ausência do dente 61; B: radiografia da avulsão do dente 61 e calcificação do dente 51 como consequência do trauma (gentileza da Dra. Sheila C. Stroppa)

Fratura alveolar

Este tipo de fratura envolve o osso alveolar, e os dentes contidos no fragmento geralmente apresentam mobilidade.

- a. Exame: durante o exame clínico, 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 palatino;
- b. Tratamento: o reposicionamento da região fraturada precisa ocorrer com pressão bidigital. Em função da rápida cicatrização, em algumas situações a imobilização não é necessária, mas em casos de fraturas de grande extensão a contenção dental é feita para alcançar estabilidade; além disso, alguns dentes também poderão ser extraídos com esse propósito. Tais procedimentos devem ser realizados sob anestesia local ou, em grandes traumatismos, geral. Normalmente a contenção é removida após quatro semanas. Verifica-se aparecimento de fístula ou mobilidade nas consultas de acompanhamento;

- c. Prognóstico: a cicatrização óssea em crianças comumente ocorre sem complicações, porém durante o acompanhamento reabsorções radiculares podem ser vistas;
- d. Proservação: o controle deve ser realizado por meio de exame clínico e radiográfico após quatro, seis e oito semanas e depois de um ano. O controle radiográfico anual precisa acontecer até a esfoliação do dente decíduo e erupção do permanente.

Contenção

É um auxílio a fim de que os dentes fiquem em posição de repouso para ajudar no reparo do feixe vasculonervoso e das fibras periodontais. Faz-se necessário manter a integridade dos tecidos e proporcionar condições adequadas de higiene para evitar o acúmulo de placa bacteriana. Quando a contenção é recomendada, deve ser colocada no terço médio da face vestibular dos dentes traumatizados e adjacentes envolvendo dois dentes de suporte de cada lado.

As contenções mais usadas são as que empregam fios de náilon ou de aço fixados aos dentes com resina composta (figura 20). Podem ser flexíveis, com fios de náilon que variam do n.º 70 ao 80, e geralmente são utilizadas quando há lesões nos tecidos de sustentação; semirrígidas, com fios ortodônticos 0,2 mm ou 0,4 mm ou *twist flex*, indicadas a fraturas de tecido ósseo; e rígidas, com fios ortodônticos de 0,5 mm, quando ocorrem fraturas radiculares.



Figura 20 – Modelo de contenções utilizadas em casos de trauma (A: fio *twist flex*; B: fio de aço 0,5 mm; C: fio de náilon n.º 70)

Lesões de tecido mole

Os traumatismos em crianças são frequentemente acompanhados de lesões em tecidos moles como gengiva, mucosa alveolar, freios e bridas, lábios e pele. Esses tipos de lesões podem ser classificados em:

- Laceração: perfuração por objetos cortantes que mostra solução de continuidade;
- Contusão: hematoma provocado por impactos com objetos rombos que leva a hemorragias e

edemas com mucosas íntegras (figura 21);

- Abrasão: ferimento em que há remoção de camada superficial de tecido, deixando a gengiva áspera e sangrante.

O tratamento dessas lesões deve seguir uma sequência de procedimentos que se inicia pela avaliação da gravidade do trauma e da possibilidade de contaminação do local para verificar o estado vacinal e a necessidade de indicação de antibioticoterapia. Mais tarde são realizados limpeza e debridamento do ferimento

com o objetivo de remover corpos estranhos, microrganismos e tecidos contundidos. Com tal finalidade, utiliza-se solução fisiológica com seringa sob alta pressão ou embebida em gaze. Se houver tecidos gravemente contundidos, isquêmicos ou necróticos, estes devem ser retirados com o auxílio de lâminas de bisturi (n.º 11 ou 15) ou curetas, pois propiciam a instalação de infecções. Estando devidamente limpo o local do ferimento, avalia-se a necessidade de sutura, que precisa ser feita em tecidos intrabuciais com fios de seda ou polivícril 4,0 ou 5,0 e permanecer no local por três a quatro dias.



Figura 21 – Fotografia da região anterior, em que se observa acentuado edema de lábio superior (gentileza da Dra. Sheila C. Stroppa)



Figura 22 – A: edema gengival ocasionado por trauma; B: controle clínico após 60 dias

Orientações aos pais

- Deve-se recomendar higiene local para melhor cicatrização. Tal higiene precisa ser feita com escova macia e aplicação de solução de clorexidina 0,12% com cotonete na área lesada duas vezes ao dia por uma semana para prevenir acúmulo de placa;
- Se houve injúria aos lábios, faz-se necessário usar protetor labial durante o processo de cicatrização a fim de evitar ressecamento;
- Manter a região em repouso com dieta leve, alimentação pastosa e morna por sete a dez dias para melhor recuperação dos tecidos de sustentação;
- Evita-se uso de mamadeiras e chupetas, principalmente em casos de intrusão, para facilitar a reerupção espontânea;
- Alerta-se sobre eventuais alterações nos dentes decíduos, como retenção prolongada, escurecimento, edema, aumento de mobilidade do dente afetado

e possibilidade de aparecimento de fístula vestibular;

- Possíveis sequelas aos dentes permanentes associadas a traumatismo dental no decíduo também deverão ser informadas, sobretudo em casos de intrusão, avulsão e fratura alveolar em crianças menores de 4 anos de idade;
- São importantes exames de controle de acordo com o trauma;
- Registram-se no prontuário todos os dados e avisa-se aos pais de que devem ser realizadas consultas de controle. Sugerimos que estes assinem confirmação das informações recebidas.

Repercussões do trauma para dentes decíduos

Várias sequelas podem acometer a dentição decídua após um traumatismo, podendo variar de acordo com a intensidade e o tipo de trauma ocorrido.

A hiperemia pulpar é a primeira reação da polpa em resposta ao trauma sofrido e está presente mesmo em traumatismos de pequena intensidade. Visualiza-se com frequência durante o exame clínico a congestão de sangue no interior da câmara pulpar.

A descoloração coronária é a seqüela mais comum na dentição decídua e pode ser transitória ou acompanhar o dente até a esfoliação. Tons amarelados ou brancos opacos geralmente estão relacionados a obliterações (calcificações) do canal pulpar, caracterizadas

pela deposição de tecido mineralizado no interior do canal radicular. Apesar da obliteração do canal radicular, é normal esses dentes sofrerem rizólise. Já as colorações acinzentadas ou azuladas que ocorrem logo depois do traumatismo são decorrentes de hemorragia pulpar, causada por ruptura dos capilares, o que leva ao extravasamento de eritrócitos e, por consequência, à pigmentação (figura 23). Entretanto, se essa coloração se der meses ou anos após o trauma, é possível que tal hemorragia tenha evoluído para necrose pulpar.



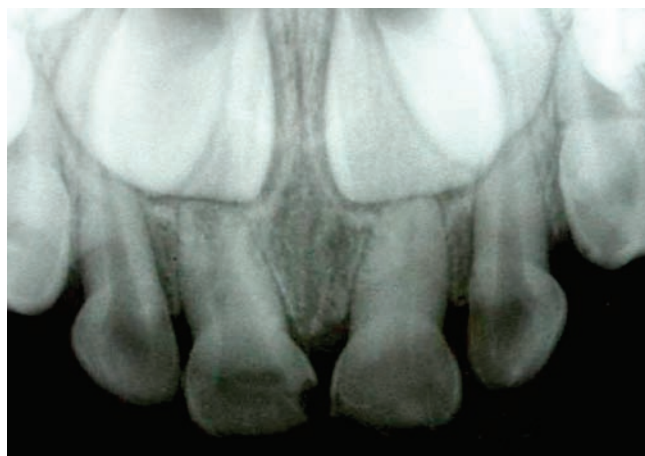
Figura 23 - Alteração de cor do dente 51 em decorrência de trauma dental

Outro achado clínico em virtude do traumatismo é a retenção prolongada, em que não acontece o processo fisiológico de rizólise na raiz do decíduo; aqui a exodontia deve ser realizada (figura 24).



Figura 24 - Paciente com retenção prolongada e escurecimento do dente 51 em função de trauma sofrido na região

A descoloração, se isolada de outros sinais, não sugere tratamento endodôntico, que só será feito em casos de necrose pulpar ou infecções associadas.



As reabsorções dentárias são divididas em internas ou externas (figura 25) e estão ou não ligadas a outras alterações, como a necrose pulpar. Em casos de reabsorções leves, apenas o acompanhamento radiográfico está indicado. Em situações mais severas a exodontia é o tratamento de eleição.



Figura 25 - Reabsorção externa patológica dos incisivos centrais decíduos

A anquilose dental (reabsorção substitutiva) também pode ocorrer em razão da progressiva substituição de tecido dentário por tecido ósseo. Clinicamente o dente aparece em infraoclusão em relação aos seus adjacentes. Radiograficamente pode haver ausência de continuidade do ligamento periodontal ao osso alveolar na área de fusão do cimento. Na maioria dos casos tem-se a necessidade de exodontia, pois não acontecerá reabsorção fisiológica desse dente, causando erupção retardada ou ectópica do permanente.

Repercussões do trauma para dentes permanentes sucessores

Em virtude da proximidade anatômica da raiz do dente decíduo com a coroa do germe do permanente, o traumatismo na dentição decídua pode lesionar o germe dentário em formação. Isso leva a alterações que variam de acordo com o tipo de trauma e o estágio de desenvolvimento do dente permanente, sendo os estágios iniciais de mineralização mais suscetíveis a sequelas.

A hipoplasia do esmalte apresenta-se clinicamente como um defeito estrutural associado à descoloração branca ou amarelo-marrom, evidência da destruição de ameloblastos antes da deposição de esmalte (figura 26).



Figura 26 - Hipoplasia do esmalte no dente 11 causada por intrusão do dente 51 ocorrida em paciente por volta dos 2 anos de idade

Algumas vezes o trauma é severo, a ponto de remover a camada de esmalte em formação e fazer com que os odontoblastos adjacentes produzam um tipo de dentina reparadora.



Figura 27 - Fotografias da região anterior em dois momentos nas quais se observa dente 11 com dilaceração coronária em decorrência de intrusão do dente 51 em criança com menos de 1 ano de idade (gentileza da Dra. Sheila C. Stroppa)



A dilaceração, outro tipo de consequência, ocorre quando a porção já formada do dente é torcida ou dobrada sobre si mesma e continua seu desenvolvimento nessa nova

posição. Pode acontecer na porção coronária (figura 27), quando se dá em estágios mais precoces da formação dentária ou radicular (figura 28).

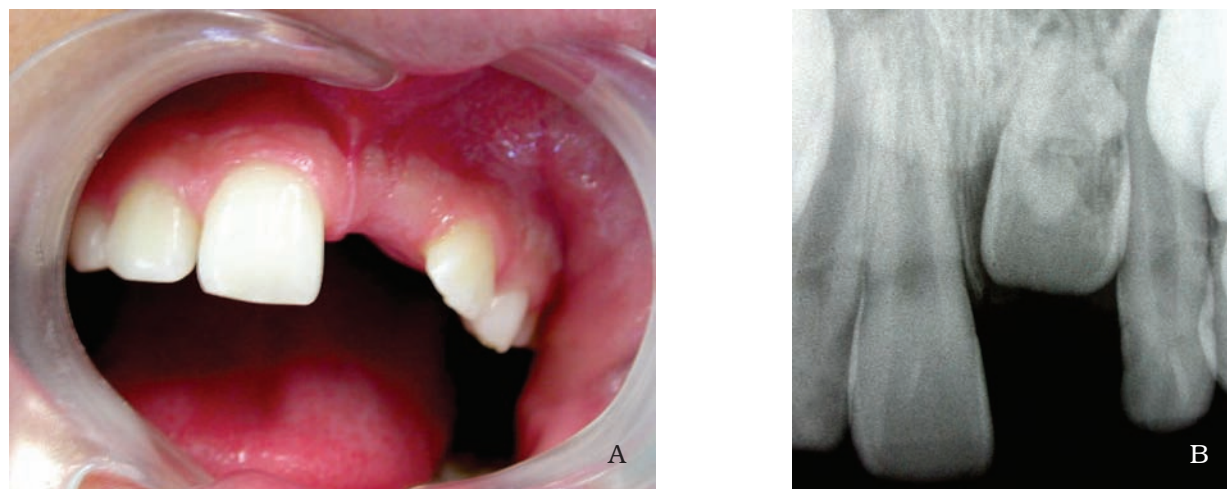


Figura 28 - A: ausência do dente 21 na cavidade bucal em decorrência da sua dilaceração, como consequência de trauma ocorrido durante a dentição decídua; B: imagem radiográfica da dilaceração do dente 21

Tabela III - Tratamento das lesões traumáticas aos tecidos dentários e da polpa: dentição decídua

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

Tabela IV – Tratamento das lesões aos tecidos de sustentação: dentição decídua

Tipo de trauma	Tratamento imediato	Tratamento tardio
Concussão	Raio X + observação + acompanhamento + remoção de hábitos de sucção + orientação para dieta leve	Raio X + observação + acompanhamento + remoção de hábitos de sucção + orientação da alimentação
Subluxação	Raio X + contenção semirrígida + remoção de hábitos de sucção + orientação para dieta leve	Com mobilidade: raio X + contenção semirrígida Sem mobilidade: raio X + observação
Luxação intrusiva	Dente decíduo intruído contra o germe do permanente ou ruptura da tábua óssea com exposição da raiz por vestibular: raio X (lateral de nariz) + exodontia Dente decíduo intruído em direção vestibular, porém sem ruptura da tábua óssea ou exposição da raiz: raio X + acompanhamento da reerupção + medicação	Dente decíduo intruído contra o germe do permanente ou ruptura da tábua óssea com exposição da raiz por vestibular: raio X (lateral de nariz) + exodontia Dente decíduo intruído em direção vestibular, porém sem ruptura da tábua óssea ou exposição da raiz: raio X + acompanhamento da reerupção + medicação (se necessário)
Luxação extrusiva	Até 2 mm: raio X + reposição do dente + contenção + medicação Mais de 2 mm: raio X + exodontia	Raio X + exodontia
Luxação lateral	Raio X + reposição do dente + contenção + medicação	Raio X + exodontia
Avulsão	Raio X + sutura (se necessário) NÃO REIMPLANTAR	Raio X + avaliação da necessidade de mantenedor de espaço
Fratura alveolar	Raio X + reposição + contenção + medicação	Raio X + exodontia (dentes com reabsorção radicular severa)

Obs.: Sempre avaliar o estado vacinal do paciente

Referências

- Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura. Publicatio UEPG. Ciências biológicas e da saúde. 2003;9(3/4):29-35.
- Andreasen JO, Andreasen FM. Fundamentos de traumatismo dental: guia de tratamento passo a passo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. 772 p.
- Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos traumatismos e suas seqüelas na dentição decídua: uma revisão da literatura. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr. 2007 May-Aug; 7(2):173-9.
- Bezerra ACB, Toledo OA. Traumatismo em dentes anteriores. In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a clínica. São Paulo: Premier; 2005. p. 267-91.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 320 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Costa LRRS, Correa MSNP, Ribeiro RA. Traumatismo na dentição decídua. In: Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 2001. p. 527-47.
- Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. Dent Traumatol. 2007 Aug;23(4):196-202.
- Funasa – Fundação Nacional da Saúde. Procedimentos para a administração de soros [cited 2009 Aug 3]. Available from: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/procedimentos_soros.pdf.
- Jacobsen I, Modeér T. Lesões traumáticas. In: Koch G, Modeér T, Poulsen S, Rasmussen P.

Odontopediatria: uma abordagem clínica. São Paulo: Santos; 1995. p. 225-49.

10. Kramer PF, Feldens CA. Traumatismos na dentição decídua. São Paulo: Santos; 2005. 311 p.

11. McDonald RE, Avery DR. Abordagem dos traumatismos nos dentes e tecidos de suporte. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 353-95.

12. Simões FG, Leonardi DP, Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF, Sayão SMA. Fatores etiológicos relacionados ao traumatismo alvéolo-

dentário de pacientes atendidos no pronto-socorro odontológico do Hospital Universitário Cajuru. RSBO. 2004;1(1):50-5.

13. Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Nogueira RVB, Maciel AP, Cordeiro MC. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2003 Apr-Jun;3(2):17-24.

14. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Traumatismos dentários na dentição decídua. In: Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 153-82.

Como citar este artigo:

Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto-Filho F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua RSBO. 2011 Jan-Mar;8(1):e1-20.
