

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANA PAULA NOBRE DE MATOS ALMEIDA
FLÁVIA ROSALVA XAVIER DA SILVA

LUXAÇÃO INTRUSIVA GRAU II NA DENTIÇÃO
DECÍDUA: RELATO DE CASO

Aracaju

2015

ANA PAULA NOBRE DE MATOS ALMEIDA
FLÁVIA ROSALVA XAVIER DA SILVA

LUXAÇÃO INTRUSIVA GRAU II NA DENTIÇÃO
DECÍDUA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
com parte dos requisitos para obtenção do
grau de Bacharel em odontologia

MSc. ALINE SOARES MONTE SANTO

Aracaju

2015

ANA PAULA NOBRE DE MATOS ALMEIDA
FLÁVIA ROSALVA XAVIER DA SILVA

LUXAÇÃO INTRUSIVA GRAU II NA DENTIÇÃO
DECÍDUA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
com parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em odontologia

Aprovado em ___/___/___
Banca Examinadora

Prof. Orientador: MSc. Aline Soares Monte Santo

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, ALINE SOARES MONTE SANTO orientador(a) dos(as) discentes ANA PAULA NOBRE DE MATOS ALMEIDA e FLÁVIA ROSALVA XAVIER DA SILVA atesto que o trabalho intitulado: “LUXAÇÃO INTRUSIVA GRAU II NA DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

MSc. Aline Soares Monte Santo
Orientador (a)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM TERMO DE
CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador
do C.I n° _____, faço uso deste bastante documento a fim
de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter
científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

Luxação Intrusiva Grau II na Dentição Decídua: Relato de Caso

Ana Paula Nobre de Matos Almeida^a, Flávia Rosalva Xavier da Silva^a, Aline Soares Monte Santo^b

^(a) *Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *MSc. Professor Assistente do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

Resumo

As lesões traumáticas em dentes decíduos são acidentes comuns na primeira infância, fase em que a criança começa a andar, correr, praticar esportes, ocasionando danos funcionais, morfológicos e estéticos, tanto aos dentes decíduos quanto aos permanentes, devendo, portanto, serem diagnosticadas e tratadas de forma correta a fim de evitar danos aos dentes sucessores. A luxação intrusiva é um tipo de traumatismo dentário definido como o deslocamento do dente para o interior do alvéolo, podendo-se observar desde uma posição discreta de infra oclusão até o total desaparecimento do dente intruído no alvéolo. É classificada em três níveis, sendo a intrusão grau II considerada a intrusão parcial moderada, em que menos de 50% da coroa é visível. O objetivo deste trabalho é descrever a conduta clínica em um paciente com luxação intrusiva grau II na unidade 51. R.F.D.S.C, 6 anos de idade, gênero masculino, que compareceu a clínica odontológica da Universidade Tiradentes apresentando lábio superior lesionado, após episódio de traumatismo dental, diagnosticado como luxação intrusiva grau II na unidade 51 com rompimento da tábua óssea vestibular. O tratamento mais indicado foi a exodontia da unidade dentária afetada e acompanhamento até erupção do sucessor permanente. O manejo de traumatismos na dentição decídua difere da dentição permanente devido à íntima relação entre o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma e o germe do seu sucessor permanente, tendo o correto diagnóstico fundamental importância para a prática clínica infantil.

Palavras-chave: traumatismo dentário; luxação intrusiva; dentição decídua.

Abstract

The traumatic injuries in Deciduous Teeth are common accident in early childhood, period when the children begins to walk, run, play sports, causing functional damage, morphological and esthetic, to both the deciduous teeth as the permanent teeth, should, therefore, be diagnosed and treated correctly to avoid damage to successors teeth. The intrusive dislocation is a kind of dental trauma defined as the displacement of the tooth into the alveolar bone, can be observed from a discrete position infra occlusion until the total disappearance of the tooth intruded into the alveolar bone. It is classified into three levels, from level II intrusion considered moderate partial intrusion, wherein less than 50% of the dental crown is visible. The goal of this study is to describe the clinical management in a patient with level II dislocation intrusive in unit 51. R.F.D.S.C, 6 years old, male gender, she attended the dental clinic Tiradentes University presenting upper lip injured, after an episode of dental trauma, diagnosed as intrusive level II dislocation in the unit 51 with disruption of the buccal bone plate. The best treatment was the extraction of the affected tooth and monitoring until the eruption of the permanent successor. The management of trauma in deciduous teeth differ from permanent dentition due to the close relationship between the deciduous tooth apex affected by trauma and the germ of its permanent successor, having the correct diagnosis essential for the experience children's clinic.

1. Introdução

As lesões traumáticas em dentes decíduos são acidentes comuns na primeira infância, sendo inclusive mais predominantes na dentição decídua quando comparadas a dentição permanente, ocasionando danos funcionais e estéticos, sendo que a fase de maior ocorrência destas injúrias é a pré-escolar, onde as crianças estão mais susceptíveis a quedas e acidentes devido ao período de aprendizagem do andar. As quedas ocupam um lugar de destaque na etiologia dos traumas dentais na dentição decídua, provenientes de atividades como correr, brigar, praticar esportes, choques contra objetos, acidentes automobilísticos, entre outros (SCHATZ, JOHO, 1994; WALTER, FERELLE, ISSAO, 1996; NOGUEIRA, NOGUEIRA, GILLET, 1999).

A frequência dos traumatismos dentários varia de acordo com a idade da criança na época do trauma, a localização e com o tipo de trauma. A faixa etária mais atingida varia de 1 a 4 anos. Esta alta frequência é justificada pela imaturidade dos sistemas de coordenação motora e do equilíbrio nesta fase da vida. Os dentes mais acometidos são os incisivos centrais e laterais, visto que, são os dentes mais visíveis durante o sorriso ou a fala, isso em ambas as dentações. Alguns fatores podem aumentar a predisposição dos indivíduos a essas injúrias, como a oclusão do tipo classe II de Angle, overjet maior que 4 mm, mordida aberta anterior, lábio superior curto ou hipotônico e respiração bucal. Somam-se ainda fatores de enfraquecimento das estruturas dentárias, como amplas restaurações, lesões de cárie e dentes tratados endodonticamente. Já a prevalência do traumatismo dentário na dentição decídua varia de 4 a 30% e seu estudo torna-se relevante em função do potencial de gerar sequelas tanto nos dentes decíduos traumatizados quanto

em seus sucessores (ANDREASEN, SUNDSTROM, RAVN, 1971; VON ARX, T, 1993; FRIED, ERICKSON, 1995; BORUM, ANDREASEN, 1998; DIAB, ELBADRAWY, 2000; NICOLAU, MARCENES, SHEIHAM, 2001; BORSSÉN, KALLESTAL, HOLM, 2002; FLORES, 2002; MEIRA, BARCELOS, PRIMO, 2003; CASTRO, MELLO, 2013).

A relação próxima entre os ápices dos dentes decíduos e os sucessores permanentes em desenvolvimento explica porque os traumatismos aos dentes decíduos afetam à dentição permanente, podendo ocasionar anomalia dos sucessores em formação, seja através do contato direto ou da inflamação periapical proveniente do dente decíduo traumatizado. De forma semelhante, as fraturas ósseas localizadas em áreas que contém germes dentais em desenvolvimento podem interferir com a odontogênese posterior. Quanto mais grave for o traumatismo, maior a chance de ocorrer lesão no germe do dente permanente, o qual é mais sensível a lesões durante seus primeiros estágios de desenvolvimento (CAMACHO, 2007).

No que se refere aos traumatismos de luxação, existem cinco tipos diferentes, tais como: concussão, subluxação, extrusão, luxação lateral e intrusão. As luxações representam entre 21 a 81% das lesões traumáticas, dentre as quais 4,4 a 22% estão associadas às luxações intrusivas. A prevalência da sua ocorrência pode estar relacionada à elasticidade do osso alveolar em dentes decíduos (ANDREASEN, RAVN, 1972; GALEA, 1984; GARCIA-GODOY, et al., 1987; VON ARX, 1993; ONETTO, FLORES, GARBARINO, 1994; CABRAL, VALENTIM, LOPES, 1997; BORUM, ANDREASEN, 1998; ANDREASEN, ANDREASEN, 2001; THOR, 2002).

A luxação intrusiva é definida como o deslocamento apical do dente para o interior do alvéolo no sentido axial. É

caracterizada pelo esmagamento e ruptura das fibras do ligamento periodontal e do feixe vasculonervoso, o que pode comprometer o suprimento neurovascular da polpa. Este tipo de traumatismo é classificado em três níveis: Grau I (intrusão parcial suave), Grau II (intrusão parcial moderada) e Grau III (intrusão total). Clinicamente, pode-se observar desde uma posição discreta de infra-oclusão até o total desaparecimento do dente intruído no alvéolo. O exame radiográfico é fundamental na determinação da direção do deslocamento. Se a imagem do dente intruído for “alongada” em relação ao dente homólogo, sugere-se que há aproximação com o dente sucessor. Entretanto, quando se observa uma imagem “encurtada”, acredita-se que o dente intruído esteja distante de seu sucessor (BELOTOSKY, SCHWARTZ, SOSKOLNE, 1986; HOLAN, RAM, 1999; VON ARX, 2000; HOLAN, RAM, FUKS, 2002; GONDIM, MOREIRA, 2005; KRAMER, FELDENS, 2005).

As lesões de intrusão em dentes decíduos são as mais frequentemente associadas à presença de alterações nos dentes permanentes sucessores, que vão desde uma simples alteração na mineralização do esmalte em formação até reabsorções radiculares externas do germe do dente permanente, devendo, portanto, serem estudadas criteriosamente. A idade da criança na época do trauma, a direção, a severidade da intrusão e a presença de fratura do osso alveolar, são variáveis importantes que irão influenciar a melhor conduta de tratamento para cada caso (DIAB, ELBADRAWY, 2000).

Com base no exposto, o objetivo deste trabalho é descrever a conduta clínica em um paciente com luxação intrusiva grau II na unidade 51, onde o lábio superior encontrava-se lesionado devido ao rompimento da tábua óssea vestibular e fricção contínua da unidade dentária sob o tecido mole.

2. Relato de Caso

Paciente R.F.D.S.C, sexo masculino, seis anos de idade, nascido em Aracaju - SE, ASA I, que apresentou como queixa principal: “Meu dente está machucando o meu lábio” S.I.C. Durante a anamnese constatou-se que a criança caiu da escada de sua residência enquanto brincava, sofrendo então, lesões na região bucofacial. No momento do acidente, os pais levaram a criança ao hospital com um corte superficial na cabeça e sangramento na boca. Após o exame físico, a criança foi encaminhada para um dentista, onde o mesmo pediu para que os pais do paciente esperassem a reerupção dentária. A procura a clínica odontológica na Universidade Tiradentes, porém, só ocorreu dois anos após o trauma, devido ao rompimento do osso vestibular que provocou uma lesão no lábio superior do paciente.

No exame clínico extra-oral, o menor não apresentou alteração da normalidade. Já no exame clínico intra-oral, verificou-se a intrusão parcial do incisivo central superior direito (51), fratura óssea da tábua vestibular e laceração do lábio superior devido a fricção do ápice do dente no tecido mole (Figura 1). Também houve uma fratura de esmalte na borda incisal da unidade 61. Radiograficamente, a unidade 51 encontrava-se encurtada em relação ao seu sucessor, o que indicou que os dois não estavam em íntimo contato (Figura 2). Assim, optou-se por um plano de tratamento radical, a exodontia da unidade intruída.

Durante o transoperatório foi realizada a anestesia infiltrativa local (Figura 3), descolamento do tecido gengival ao redor do dente para fazer a desinserção das fibras gengivais, luxação da unidade dentária com elevador seldin provocando expansão e dilatação do alvéolo, além do rompimento do ligamento periodontal (Figura 4). Foi feita ainda a luxação do dente com o fórceps nº 1 de forma cuidadosa (Figura 5). Após a remoção do dente (Figuras 6A e 6B), o local foi irrigado com o soro fisiológico e uma gaze foi colocada no local para ajudar na hemostasia.

Após a extração, a mãe foi orientada em relação aos cuidados pós-operatórios, como: a importância da criança manter uma dieta líquida e pastosa nos primeiros dias, não fazer bochechos e realizar uma higienização oral adequada. Não houve prescrição medicamentosa, mas a responsável ficou de sobreaviso caso a criança tivesse febre ou edema. Após uma semana, o paciente retornou com o seu responsável e constatou-se a completa cicatrização do lábio e da área onde o dente foi removido (Figura 7). Um ano após o tratamento de intrusão do dente comprovou-se o sucesso clínico (Figura 8) e radiográfico (Figura 9), pois, a unidade permanente não apresentou indícios de alterações.



Figura 1- Intrusão parcial moderada da unidade 51, com rompimento da tábua óssea e lesão no lábio superior. A unidade 61 apresentou fratura de esmalte na unidade no terço incisal

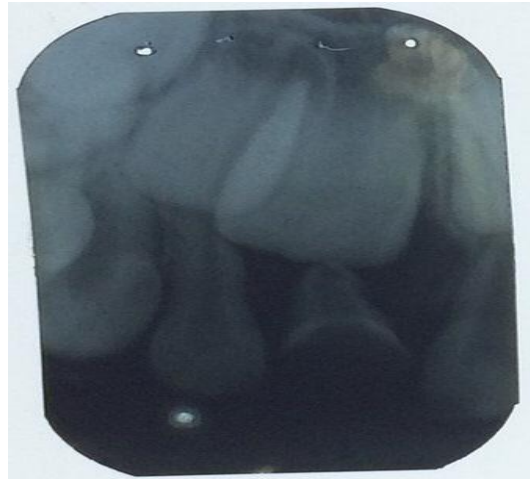


Figura 2 - Radiografia periapical da unidade 51.



Figura 3 - Anestesia Infiltrativa na unidade 51.



Figura 4 - Luxação da unidade dentária 51 com elevador seldin.



Figura 5 - Luxação da unidade dentária com o fórceps nº 1.



Figura 7 - Completa cicatrização após uma semana.



Figura 6A - Após a remoção da unidade dentária.



Figura 8 - Aspecto clínico da unidade 11, 1 ano após o tratamento de intrusão do dente.



Figura 6B - Fragmento dentário removido.



Figura 9 - Aspecto radiográfico da unidade dentária 11, 1 ano após o tratamento de intrusão do dente.

3. Discussão

O traumatismo na dentição decídua é um problema grave e deve ser considerado uma situação de urgência, uma vez que além dos problemas dentários e suas consequências, ainda envolve emocionalmente a criança e seus pais, o que nem sempre favorece o tratamento imediato, devido a ameaça à estética representada pelo traumatismo e o desvio de comportamento da criança em ocorrência da sua maturidade e percepção. O traumatismo na dentição decídua pode gerar danos aos permanentes devido a relação de íntimo contato entre os dois, podendo causar complicações clínicas ocorridas no momento do trauma ou a médio e longo prazo, como consequências das reações pós-traumática. A razão dos traumatismos decíduos afetarem seus sucessores deve-se às características particulares desta dentição, como: a grande elasticidade do osso alveolar, as raízes curtas dos dentes e o grande volume de dente para osso tanto na dentição decídua como na mista. O traumatismo dentário na dentição decídua pode causar escurecimento da coroa, necrose pulpar, obliteração do canal, reabsorção radicular patológica e perda precoce do elemento dentário. Além disso, também causa danos aos tecidos ósseo, mole e de sustentação (DUARTE, MOTTA, PINTO, 1998; SANCHEZ, FARINHAS, DE SOUZA, 2002; CHELOTTI, et al., 2003; KRAMER, FELDENS, 2005; ARENAS, et al., 2006; OLIVEIRA, 2007; ROCHA, et al., 2008).

As quedas são os acidentes mais comuns durante os primeiros anos de vida da criança, porque é a fase em que elas começam a andar, mesmo que ainda apresentem insegurança. À medida que as crianças aprendem a engatinhar, andar e interagir com o meio externo, o trauma pode tornar-se mais frequente, sendo que os acidentes com crianças andando de bicicleta são os que mais ocorrem (DUARTE, MOTA, PINTO, 1998; ANDREASEN,

ANDREASEN, 2001; CAMPOS, ZUANON, PANSANI, 2001; SANCHEZ, FARINHAS, DE SOUZA, 2002; CHELOTTI, et al., 2003; POMARICO, DE SOUZA, PRIMO, 2005; SILVA, et al., 2005).

Segundo Guedes-Pinto (2003), uma criança não aprende a andar sem cair, e a minoria chega aos 4 anos de idade sem sofrer pancada na boca (TROMBINI, FELDENS, FELDENS, 2008).

Em relação ao gênero, o traumatismo dentário na dentição decídua é mais frequente nos meninos do que nas meninas. Mas para (Ousuji, 1999), (Mestrinho, 1998), e (Hargreaves, 1998), não existe diferença entre meninos e meninas. A faixa etária mais atingida varia de 1 a 4 anos. Esta alta frequência é justificada pela imaturidade dos sistemas de coordenação motora e do equilíbrio nesta fase da vida (BORUM, ANDREASEN, 1998; OLIVEIRA, 2007; ROCHA, et al., 2008).

A luxação intrusiva é um tipo de trauma comum tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente. Ela também é denominada de intrusão e tem sido definida como deslocamento do dente para o interior do alvéolo, seguindo uma direção axial. Este tipo de lesão causa problemas severos no dente afetado, onde a polpa é danificada o máximo possível, além da ocorrência de rupturas às estruturas de sustentação (GARCIA - GODOY, GARCIA - GODOY, GARCIA - GODOY, 1987; VON ARX, 1993; ONETTO, FLORES, GARBARINO, 1994; ANDREASEN, ANDREASEN, 2001).

O grau de intrusão está relacionado à profundidade de penetração no alvéolo. Existem três níveis: Grau I- ocorre a intrusão parcial suave, em que mais de 50% da coroa dentária é visível. Grau II- ocorre a intrusão parcial moderada, em que menos de 50% da coroa é visível. Grau III- ocorre a intrusão total ou severa da coroa (VON ARX, 2000).

As luxações representam cerca de 21 a 81% das lesões traumáticas, onde de 4,4 a 22% estão associadas às

luxações intrusivas. Este tipo de trauma é um tipo severo de ferimento de luxação que envolve extensamente à polpa, tecidos periodontais, e possível fratura do osso alveolar. Crianças com menos de 4 anos de idade estão mais susceptíveis a sofrer luxação intrusiva (ANDREASEN, RAVN, 1972; BORUM, ANDREASEN, 1998; THOR, 2002; CAMACHO, 2007; LOPES, 2009).

Achados clínicos revelam que o dente pode estar encurtado em suas dimensões, ou em casos mais severos, pode estar totalmente ausente. Normalmente, o ápice do dente é deslocado em direção vestibular e é introduzido para o interior do processo alveolar nos dentes permanentes. Durante o exame clínico, o dente não apresenta mobilidade ou sensibilidade ao toque. Já radiograficamente, o dente aparece deslocado apicalmente e o espaço do ligamento periodontal não se encontra de forma contínua. Quando o dente é deslocado para vestibular, ele aparece de forma alongada. O elemento dentário encontra-se encurtado quando o dente intruído não está em contato com o germe permanente (PERCINOTO, et al., 2009).

Quando há luxação intrusiva parcial ou total do dente decíduo, a possibilidade de verificação da relação espacial entre o elemento intruído e o seu sucessor aumenta aproximadamente 80% quando apenas uma radiografia oclusal é realizada. Quando as radiografias oclusal e extra-oral lateral são realizadas, a porcentagem é de 91%, não devendo ser esta última de realização rotineira. O exame radiográfico de controle deverá ser realizado periodicamente, de acordo com a gravidade do caso, no decorrer de no mínimo 12 meses após o traumatismo, repetindo a técnica radiográfica anteriormente utilizada para possibilitar a comparação entre as imagens obtidas (ROCHA, et al., 2008).

Em relação ao tratamento, os métodos são muito variados, e alguns fatores são levados em consideração, tais como o tipo, a severidade, a maturidade e o tempo de ocorrência do

trauma, além da presença ou não da fratura alveolar. O tratamento da intrusão em dentes decíduos visa permitir a reerupção espontânea. Quando ocorre a fratura da tábua óssea, a unidade dentária apresenta dificuldade de reerupção, favorecendo, então, o risco de infecção dos tecidos adjacentes e, desta forma, a exodontia é indicada (VASCONCELLOS, 2003).

O prognóstico desta luxação é desfavorável quando o deslocamento radicular vai em direção ao folículo do dente permanente sucessor, por isso, a técnica exodôntica deve ser realizada, caso contrário, aguarda-se a reerupção do decíduo, que poderá ocorrer entre duas semanas ou quatro meses (LOPES, 2009).

A luxação intrusiva é um dos traumatismos que mais ocasionam danos aos dentes permanentes sucessores, então, o seu prognóstico dependerá da idade da criança e do grau de severidade da intrusão. É de fundamental importância manter o controle radiográfico pós-traumatismo. Recomenda-se a avaliação na primeira semana e após 30, 60 e 120 dias. Alterações de cor, reabsorções, anquilose e necrose pulpar são sequelas frequentes em dentes decíduos intruídos (LOPES, 2009).

Na dentição decídua, as lesões traumáticas tem uma maior prevalência na arcada superior, independentemente se ocorre do lado direito ou esquerdo (ROSENBLATT, 1998; GUEDES - PINTO, 2003). Segundo Rodríguez (2007), o lado direito é mais afetado (52.2%) do que o lado esquerdo (43.1%), mas (Kramer, et al., 2003), afirma que não há diferença significativa entre os quadrantes. Os dentes superiores são os dentes mais acometidos com cerca de 75 a 90% dos casos. A maioria dos trabalhos relatam que o traumatismo dentário afeta apenas um dente (LOPES, 2009).

Os incisivos centrais superiores são os mais afetados, seguido dos incisivos laterais superiores e posteriormente os incisivos mandibulares. Estes últimos apresentam uma prevalência menor. Os incisivos centrais superiores são os

dentos mais acometidos durante o traumatismo devido a sua posição na região frontal da face, tendendo a receber um maior impacto do que os incisivos laterais. Eles também são os primeiros a irromper na arcada, expondo-os a riscos na incidência de traumatismo. Além disso, estão mais vestibularizados do que os incisivos centrais inferiores, apresentando maior possibilidade de serem os primeiros a receberem o impacto do choque. Algumas alterações patológicas podem ser resultantes das intrusões nos dentes decíduos, sendo elas, dilaceração radicular, dilaceração coronária, interrupção parcial ou total da formação radicular e a mais comum, a hipoplasia (OLIVEIRA, 2007; LOPES, 2009).

4. Conclusão

Diante das informações descritas neste relato de caso, é possível reafirmar que os traumatismos dentários são comuns na infância, especialmente as luxações intrusivas, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais acometidos, podendo comprometer ainda o germe do sucessor permanente se não houver um correto diagnóstico e um tratamento adequado. Para tanto, se faz necessário a realização de uma anamnese competente e de um exame radiográfico criterioso, permitindo então a execução do tratamento de forma segura.

Referências

1. ANDREASEN, F.M., ANDREASEN, J.O. Traumatismos de Luxação. **Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 315-82.
2. ANDREASEN, F.M., ANDREASEN, J.O. Traumatismos de Luxação. **Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 457-90.
3. ANDREASEN, J.O., RAVN, J.J. Epidemiology of traumatic injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. **Int J Oral Surg.**, v.1, n.5, p.235-40, 1972.
4. ANDREASEN J.O., SUNDSTROM, B., RAVN, J.J. The effects of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successor I. A clinical histologic study of 117 injured permanent teeth. **Scand J Dent Res.**, n.79, p.219-83, 1971.
5. ARENAS, M., BARBERÍA E., LUCAVECHI T., MAROTO, M. Severe Trauma in the primary dentition - diagnosis and treatment of sequelae in permanent dentition. **Dent Traumatol.**, n.22, p. 226-30, 2006.
6. BELOTOSKY L., SCHWARTZ Z., SOSKOLNE, W.A. Undiagnosed intrusion of a maxillary primary incisor tooth: 15-year follow up. **Pediatr Dent.**, v.8, n.4, p.294-6, 1986.
7. BORSSÉN, E., KALLESTAL C., HOLM, A.K. Treatment time of traumatic dental injuries in a cohort of 16-year-olds in northern Sweden. **Acta Odontol Scand.**, n.60, p.265-70, 2002.
8. BORTOLI, D., BRUSCO, L. C., KRAMER, P. F., FELDENS, E. G. FERREIRA, S. H. Luxação intrusiva na dentição decídua – dois anos de acompanhamento. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 65-69, janeiro/abril 2008.
9. BORUM, M.K., ANDREASEN, J.O. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. Complications in the primary

- dentition. **Endod Dent Traumatol.**, n.14, p.31-44, 1998.
10. BORUM, M.K., ANDREASEN, J.O. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. Part I. Complications in the primary dentition. **Endod Dent Traumatol.**, v.14, n.1, p.31-44, 1998.
 11. CABRAL, A.C.R., VALENTIM, C., LOPES, N.R. Intrusão de incisivo central e incisivo lateral decíduo. Relato de caso clínico. **Rev Odontol UNICID.**, v.9, n.2, p.141-7, 1997.
 12. CAMACHO, C.G. **Traumatismo dental na dentição decídua e suas conseqüências na dentição permanente.** I Cristiane Giacomini Camacho.- Piracicaba, SP: [s.n.], 2007.
 13. CAMPOS, J.A.D.B., ZUANON, A.C.C., PANSANI, C.A. Traumatismo na dentição decídua e suas conseqüências na dentição permanente - Revisão de Literatura. **ROBRAC.**, v.10, n.30, p.26-28, 2001.
 14. CASTRO, R.G., SCHAEFER, A. L., MELLO, F. Eventos agudos na atenção básica: trauma dental. **Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.**, 2013.
 15. CHELOTTI, A., VALENTIN, C., PROKOPOWITSCH, I., WANDERLEY, M.T. **Lesões Traumáticas em dentes Decíduos e Permanentes Jovens.** In: Pinto ACG. **Odontopediatria.** 7. ed. São Paulo: Santos; p. 650-88, 2003.
 16. DIAB, M., ELBADRAWY, H.E. Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. **Quintessence Int.**, n.31, p.327-34, 2000.
 17. DUARTE, D.A, MOTA, L.F.G., PINTO, A.C.G. Traumatoterapia em Dentes Decíduos. In:Pinto ACG. **Odontopediatria Clínica.**, São Paulo: EAP-APCD; v.11, p.150-65, 1998.
 18. FLORES. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dent Traumatol.**, n.18, p.287-98, 2002.
 19. FRIED, I., ERICKSON, P. Anterior tooth trauma in the primary dentition: incidence, classification, treatment methods and sequelae: a review of the literature. **Pediatr Dent.**, n.61, p.256-61, 1995.
 20. GALEA, H. An investigation of dental injuries treated in an acute general hospital. **J Am Dent Assoc.**, n.109, p.434-8, 1984.
 21. GARCIA-GODOY, F., GARCIA-GODOY, F., GARCIA-GODOY, F.M. Primary teeth traumatic injuries at a private pediatric dental center. **Endod Dent Traumatol.**, v.3, n.3, p.126-9, 1987.
 22. GONDIM, J.O., MOREIRA, N.J.J.S. Evaluation of intruded primary incisors. **Dent Traumatol.**, v.21, n.3, p.131-3, 2005.
 23. GUEDES – PINTO, A.C. **Odontopediatria.** 7ª edição. Editora Santos: São Paulo, 2003.
 24. HOLAN, G., RAM, D., FUKS, A.B. The diagnostic value of lateral extraoral radiography for intruded maxillary primary incisors. **Pediatr Dent.**, v.24, n.1, p.38-42, 2002.
 25. HOLAN, G., RAM, D. Sequelae and prognosis of intruded

- primary incisors: a retrospective study. **Pediatr Dent.**, v.21, n.4, p.242-7, 1999.
26. KRAMER, P.F., FELDENS, C.A. **Traumatismos na dentição decídua.** São Paulo: Santos; 2005.
 27. KRAMER, P.F, ZEMBRUSKI, C., FERREIRA, S.H., FELDENS, C. A. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Dental Traumatology.**, n.19, p. 299-303, 2003.
 28. LOPES, C.G.S. **Luxações intrusivas em dentes decíduos e permanentes jovens.** Monografia apresentada a Universidade de Fernando Pessoa. Porto, 2009.
 29. MEIRA, R., BARCELOS, R., PRIMO, L.G. Respostas do complexo dentino-pulpar aos traumatismos em dentes decíduos. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.**, n.29, p.50-5, 2003.
 30. NICOLAU, B., MARCENES, W., SHEIHAM, A. Prevalence, causes and correlates of traumatic dental injuries among 13-year-olds in Brazil. **Dent Traumatol.**, n.17, p.213-7, 2001.
 31. NOGUEIRA, A. J., NOGUEIRA, R., GILLET, A. Aspectos clínicos dos traumas dentais na primeira infância. **JBP.**, v.2, n.6, p.92-95, 1999.
 32. OLIVEIRA, A. V. **Consequências do traumatismo anterior na dentição decídua em crianças atendidas na Bebê Clínica da UNIGRANRIO.** Duque de Caxias, RJ, 2007.
 33. ONETTO, J.E., FLORES, M.T., GARBARINO, M.L. Dental trauma in children and adolescents in Valparaiso. Chile. **Endod Dent Traumatol.**, v.10, n.5, p.223-227, 1994.
 34. PERCINOTO, C., CORTÊS, M.I.S., BASTOS, J.V., TOVO, M.F. Abordagem do traumatismo dentário. **Abo – odontopediatria.**, 2009.
 35. POMARICO, L., DE SOUZA, I.P.R., PRIMO, L.G. Multidisciplinary therapy for treating sequelae of trauma in primary teeth: 11 years of follow-up and maintenance. **Quintessence Jnt.**, v.36, n.1, p.71-75, 2005.
 36. ROCHA V. G., JACOMO, D. R. E. S., CAMPOS, V., MOLITERNO, L. F. M. Frequência dos traumatismos na dentição decídua: Estudo longitudinal descritivo. Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Arq bras odontol.**, v.4, n.1, p.3-10, 2008.
 37. RODRÍGUEZ, J.G. Traumatic anterior dental injuries in Cuban preschool children. **Dental Traumatology.**, n. 23, p. 241-242, 2007.
 38. ROSENBLATT, A. **Clínica odontopediátrica – Uma abordagem preventiva.** Editora da Universidade de Pernambuco, 1998.
 39. SANCHEZ, A.L.S.F., FARINHAS, J.A., DE SOUZA, I.P.R. Intrusão e Avulsão em dentes decíduos- Relato de Caso. **Rev Bras Odontol.**, v.59, n.1, p.54-56, 2002.
 40. SCHATZ, J. P., JOHO, J. P. A retrospective study of dentoalveolar injuries. **Endod. Dent. Traumatol.**, v.10, n.1, p.233-237, 1994.

41. SILVA, R.C, DUQUE, C., ZUANON, A.C.C., PANSANI, C.A. Má formação na dentição permanente. Porto Alegre: **Rev Gaucha Odontol.**, v.53, n.3, p.198-200, 2005.
42. THOR, A.L.I. Remoção tardia de uma intrusão completa de um incisivo decíduo através da cavidade nasal: um relato de caso. **Dent Traumatol.**, n.18, p.227-30, 2002.
43. TROMBINI, C.S., FELDENS, E.G, FELDENS, C.A. Luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de caso. **Stomatos.**, v.14, n.27, jul./dez. 2008.
44. VASCONCELLOS, R. J. H. **Trauma na dentição decídua: enfoque atual.**, v.3, n.2, abr/jun – 2003.
45. VON ARX, T. Deciduous tooth intrusions and odontogenesis of the permanent teeth. Developmental disorder of the deciduous teeth (1995) apud Diab M, Elbadrawy HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part III: Effects on the permanent successors. **Quintessence Int.**, v.31, n.6, p.377-84, 2000.
46. VON ARX, T. Developmental disturbances of permanent teeth following trauma to the primary dentition. **Aust Dent J.**, n.38, p.1-10, 1993.
47. WALTER, L. R. F., FERELLE, A., ISSAO, M. **Traumatismo na dentição decídua. Odontologia para o bebê.** São Paulo: Artes Médicas, p.155-181, 1996.