

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JULIANA ESPINDOLA SILVA DE MENEZES

ROBERTHA MELO BOMFIM

**INSUCESSO NO TRATAMENTO DE AVULSÃO  
DENTÁRIA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO**

Aracaju

2019

JULIANA ESPINDOLA SILVA DE MENEZES

ROBERTHA MELO BOMFIM

**INSUCESSO NO TRATAMENTO DE AVULSÃO  
DENTÁRIA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

MSc. VANESSA DOS SANTOS VIANA

Aracaju

2019

JULIANA ESPINDOLA SILVA DE MENEZES

ROBERTHA MELO BOMFIM

**INSUCESSO NO TRATAMENTO DE AVULSÃO  
DENTÁRIA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade  
Tiradentes como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Professor Orientador: \_\_\_\_\_

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, VANESSA DOS SANTOS VIANA orientadora das discentes: JULIANA ESPINDOLA SILVA DE MENEZES e ROBERTHA MELO BOMFIM atesto que o trabalho intitulado: **“INSUCESSO NO TRATAMENTO DE AVULSÃO DENTÁRIA NA INFÂNCIA: 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,

  
\_\_\_\_\_

Orientador(a)

“NINGUÉM QUER SABER O QUE FOMOS O QUE POSSUÍAMOS, QUE CARGO OCUPÁVAMOS NO MUNDO; O QUE CONTA É A LUZ QUE CADA UM JÁ TENHA CONSEGUIDO FAZER BRILHAR EM SI MESMO”

CHICO XAVIER

# INSUCESSO NO TRATAMENTO DE AVULSÃO DENTÁRIA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

Juliana Espindola Silva de Menezes<sup>1</sup> Robertha Melo Bomfim<sup>1</sup>  
Vanessa dos Santos Viana<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes*

*<sup>2</sup> Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

---

## RESUMO

O traumatismo dentário é uma injúria que acomete principalmente crianças e adolescentes, o grupo de risco mais propício a esses acidentes é a primeira infância, devido à falta de coordenação motora, podendo ocasionar perdas irreparáveis no momento do acidente ou a longo prazo. Para um correto diagnóstico, é importante conhecer os diferentes tipos que afetam os tecidos duros, de suporte e a polpa. A avulsão dentária é um dos casos mais comuns de traumatismo, sendo esta a expulsão do dente do alvéolo. O prognóstico se dá pela reparação da polpa e dos tecidos de suporte, no entanto, é associado a complicações como problemas funcionais, estéticos e psicológicos, sendo duvidoso e dependente de condutas rápidas. O presente estudo demonstra a abordagem de um traumatismo alvéolo dentário em que foi realizado replante no Sistema Único de Saúde (SUS) e encaminhado para acompanhamento a longo prazo, seguido de uma contenção semi-rígida. Durante o acompanhamento foram observadas as consequências do trauma, como a reabsorção óssea externa tendo como indicação a exodontia da unidade e reabilitação estética. Concluindo assim que, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento para um correto diagnóstico e agilidade no tratamento de urgência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Traumatismo dentário, avulsão dentária, dentição permanente.

## ABSTRACT

Dental trauma is an injury that mainly affects children and adolescents. The most at-risk group for these accidents is early childhood, due to the lack of motor coordination, which can cause irreparable loss at the time of the accident or long term. For a correct diagnosis, it is important to know the different types that affect hard, support and pulp tissues. Tooth removal is one of the most common cases of trauma, which is the removal of the alveolar tooth. The prognosis is due to pulp and support tissue repair, however, it is associated with complications such as functional, aesthetic and psychological problems, being deduced and dependent on the applied conducts. The present study demonstrates a dental trauma approach in which an implant was performed in the Sistema Único de Saúde (SUS) and referred for long-term follow-up, followed by semi-rigid restraint. During follow-up, the consequences of trauma, such as an external bone resorption, with indication of extraction of the unit and aesthetic rehabilitation were observed. In conclusion, the dental surgeon must have knowledge for a correct diagnosis and agility in the treatment of urgency.

**KEYWORDS:** Tooth injuries, tooth avulsion, dentition permanent.

---

## 1 INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários constituem uma das maiores causas de urgências no consultório odontológico. Geralmente ocorrem na infância e adolescência, são prevalentes em jovens com idade escolar, tendo como etiologia quedas, acidentes automobilísticos e motociclísticos, agressões e práticas esportivas (GÓES et al.10 2005; PRATA et al.11 2000). Conseqüentemente os dentes mais atingidos são os incisivos centrais superiores, os incisivos laterais superiores e os incisivos inferiores (ZALECKIENE et al. 2014).

Na primeira infância, entre 1 a 8 anos, esses danos podem afetar seu comportamento e progresso escolar, além de influenciar na qualidade de vida não só das crianças, como na de seus pais ou cuidadores. As injúrias dentais afetam mais frequentemente o sexo masculino, pelo fato de participarem de atividades mais agressivas e desportos de contato (ZALECKIENE et al. 2014).

Diante da complexidade para a abordagem de pacientes com trauma dentário, é de suma importância uma anamnese bem detalhada para determinar o plano de tratamento e prognóstico adequado. Assim como, o cirurgião-dentista não está presente na hora do trauma, o responsável pela criança é a pessoa ideal para tomar os devidos cuidados, como por exemplo: reservar o dente ou seu fragmento em um recipiente com leite ou saliva, procurar atendimento de urgência; não deixando de lado a importância do profissional ser capacitado para atendimentos de urgências. Sendo assim, a adoção de medidas educativas, tais como palestras e cursos, bem como a elaboração de protocolo-guia, são alternativas viáveis a fim de orientar a classe odontológica e favorecer o sucesso do pronto atendimento ao paciente vítima de avulsão dentária (CAMPOS et al. 2006; POI et al.8 1999; WESTPHALEN et al.1999; TROPE et al. 2002).

O traumatismo alvéolo-dentário corresponde a um conjunto de impactos que afetam os dentes e suas estruturas de suporte. Classifica-se em: lesões dos tecidos duros e lesões dos tecidos de suporte. As lesões dos tecidos duros são divididas em: fissura de esmalte; fratura de esmalte; fratura de esmalte-dentina, com ou sem exposição pulpar; fratura coronaradicular, sem exposição ou com exposição pulpar e fratura

radicular. Já as lesões dos tecidos de suporte são: concussão; subluxação; luxação extrusiva; luxação intrusiva; luxação lateral e avulsão.

As lesões mais frequentes na dentição decídua são as luxações e a avulsão, e na dentição permanente as fraturas de coroa. A diminuição das consequências é ligada ao conhecimento e competências do cirurgião-dentista, quando se utiliza perguntas iniciais que podem facilitar o diagnóstico tais como “onde?”, “como?”, “quando?” ocorreu o traumatismo (TRAUMATIC DENTAL INJURIES, 2011).

A avulsão é o tipo de trauma mais comum na dentição decídua, pode ser definida como uma injúria de gravidade, intensidade e extensão variável. Corresponde a uma expulsão completa do dente para fora do alvéolo, este se apresenta vazio ou cheio de coágulo sanguíneo (SANABE et al. 2009). Neste traumatismo, o ligamento periodontal é seccionado com presença ou não de fratura do osso alveolar, está caracterizado como o traumatismo dentário mais grave e as medidas a tomar após o acidente vão determinar o prognóstico do traumatismo (ANDERSSON et al. 2012).

O tempo em que o elemento dentário permanece fora da boca, processo de armazenamento após o traumatismo e o estado de desenvolvimento da raiz vão estabelecer diferentes opções terapêuticas (VON et al. 2005). Todo o tratamento visa a revascularização do dente e manutenção da viabilidade das células do ligamento periodontal (ANDERSSON et al.2012).

Em relação à conduta no caso de avulsão, se o dente estiver com o ápice fechado e armazenado em meio adequado com o tempo menor que 60 minutos, deve-se limpar a superfície dentária com solução salina, verificar a integridade das paredes alveolares e reimplantar o dente com ligeira pressão digital, colocar uma contenção semi-rígida por 2 semanas, administrar antibióticos, realizar o tratamento endodôntico e controle clínico e radiográfico periódico. Se o dente estiver com o ápice fechado e armazenado em meio não adequado, deve-se remover o ligamento periodontal, realizar o tratamento endodôntico antes de reimplantar o dente, submergir o dente numa solução antibiótica durante 20 minutos, examinar o alvéolo e verificar a integridade das paredes alveolares, reimplantar o dente com ligeira pressão digital, colocar uma contenção semi-rígida por 4 semanas, administrar antibióticos e controle

clínico e radiográfico periódico. Se o dente estiver com o ápice aberto e for reimplantado antes do paciente chegar ao consultório deve-se deixar o dente no alvéolo, limpar a área com solução salina, suturar lacerações gengivais se houver, verificar clínica e radiograficamente a posição do dente reimplantado, colocar uma contenção semi-rígida durante 2 semanas e administrar antibióticos sistêmicos (ANDERSSON et al. 2012; ZOUITEN et al. 2013).

As consequências pós-traumáticas são frequentes e diversas podendo ser pulpares, como hiperemia, hemorragia, calcificação, necrose e reabsorção interna; ou periodontais, como reabsorção radicular externa, aumento do espaço pericementário, alveólise e retenção prolongada.

O objetivo deste presente trabalho é relatar um caso clínico de avulsão dentária em paciente infantil de 07 anos de idade, que foi atendido na Clínica Odontológica da Unit na disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I e II.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente T.C.S., sexo masculino, 07 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da UNIT no dia 07 de agosto de 2018, após 07 dias do trauma de avulsão com a queixa principal: “dente saiu da boca depois de um acidente de bicicleta” SIC. O responsável pela criança relatou que o paciente foi levado ao Hospital de Urgências de Sergipe para atendimento após 02 horas do ocorrido, onde foi realizado um reimplante da unidade 11 com suturas na região e encaminhamento para tratamento especializado e em longo prazo. O responsável se dirigiu à Clínica Odontológica da Unit com a criança para que fosse realizado o tratamento necessário, durante a anamnese o mesmo relatou que a criança não possuía patologias de base e nenhuma sensibilidade alérgica; nos exames intra e extra orais foi visualizado o reimplante da unidade 11 em que se apresentava com coloração rósea, mobilidade grau III e fora do plano oclusal. Na radiografia periapical havia presença de espessamento do ligamento periodontal e rizogênese incompleta na unidade 11 e 21.

Figura 1. Unidade 11 com presença de mobilidade grau III, coloração rósea, fora do plano oclusal e presença de sutura no fundo de vestibulo.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 2. Radiografia periapical das unidades 11 e 21 com rizogênese incompleta e espessamento do ligamento periodontal da unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

Após análise destes dados, foi discutido com profissionais da área da endodontia e foi decidido pela preservação da unidade 11, devido à presença da rizogênese incompleta e idade da criança. Além disso, foi orientado o afastamento das atividades escolares por um período de 15 dias para que não houvesse um novo trauma, e o consumo de alimentos pastosos e líquidos.

Na segunda sessão ocorrida no dia 08 de agosto de 2018, foi realizada a contenção semi-rígida com fio de aço ortodôntico 0.7mm e resina composta escolhida através da seleção de cor, foi colocada de primeiro molar decíduo lado direito (54) à primeiro molar decíduo lado esquerdo (64) devido a mobilidade grau III; em seguida foi realizada a remoção das suturas com anestésico tópico, além de prescrição medicamentosa de Amoxicilina 250mg/5ml de 8 em 8 horas durante 5 dias já que havia fístula no fundo de vestibulo, onde se encontravam as suturas. Para o acompanhamento do caso com retorno a cada 15 dias, foi decidido que a contenção semi-rígida deveria continuar instalada, pois a unidade 11 ainda apresentava mobilidade.

Figura 3. Contenção semi-rígida na unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

A cada retorno para acompanhamento do trauma dentário eram realizadas radiografias periapicais, além de discussão com outros especialistas que continuavam a optar pela preservação do elemento dentário. Demais procedimentos foram realizados durante esses intervalos, como profilaxia, controle do biofilme dental, aplicação tópica de flúor, aplicação de selantes nas unidades posteriores devido ao alto risco à lesão cáriosa, restaurações atraumáticas com ionômero de vidro (ART) e exodontia. A contenção semi-rígida permaneceu instalada durante 3 meses, sendo removida em novembro de 2018 onde foi observado que a mobilidade da unidade 11 passou a ser grau II e apresentava coloração normal.

Figura 4. Radiografia periapical das unidades 11 e 21 com contenção semi-rígida e rizogênese incompleta.



Fonte: Caso clínico realizado

Em fevereiro de 2019, o paciente retornou para acompanhamento e foi verificado radiograficamente que a unidade 11 ainda se encontrava em processo de rizogênese incompleta e grau II de mobilidade, mediante orientação foi decidido continuar com a preservação desta unidade e acompanhamento da mesma.

Figura 5. Radiografia periapical das unidades 11 e 21 com rizogênese incompleta.



Fonte: Caso clínico realizado

Em abril de 2019, uma nova radiografia periapical revelou uma reabsorção externa extensa e presença de mobilidade grau II. Juntamente com um profissional da especialidade Endodontia decidiu-se pela exodontia da referida unidade dentária visto que não era mais viável a presença da mesma na cavidade oral pelas causas supracitadas.

Figura 6. Radiografia periapical das unidades 11 e 21 com presença de reabsorção radicular externa extensa na unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 7. Unidade 11 fora do plano oclusal e presença de fístula.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 8. Unidade 11 extruída.



Fonte: Caso clínico realizado

Na mesma sessão foi conversado com o responsável da criança e explicado o porquê de optarmos pela exodontia, orientamos também sobre o uso do aparelho ortodôntico mantenedor de espaço estético, que seria necessária a troca do mesmo à medida que a criança fosse crescendo. Foi realizada uma moldagem anatômica antes da exodontia para a confecção do mantenedor de espaço estético com dente de estoque, onde foi feita a quebra da unidade 11 no próprio modelo de gesso. Em seguida, realizamos a exodontia da unidade 11 sob técnica fechada, anestesia tópica e

anestesia infiltrativa com 01 tubete de Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000, prescrição medicamentosa de Ibuprofeno 50mg/ml suspensão oral.

Figura 9. Sutura após a exodontia da unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 10. Unidade 11 face vestibular após a exodontia com reabsorção radicular.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 11. Unidade 11 face palatina após a exodontia com reabsorção radicular.



Fonte: Caso clínico realizado

Na sessão posterior, foi realizada a remoção da sutura e instalação do aparelho ortodôntico com mantenedor de espaço estético com dente de estoque, seguido de orientações para o uso do mesmo e reforço da necessidade de troca futura. Conversamos também com o responsável sobre a possibilidade da instalação de implante dentário, quando o paciente estivesse com aproximadamente 17 anos.

Figura 12. Instalação do aparelho ortodôntico com mantenedor de espaço estético com dente de estoque na unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 13. Aparelho ortodôntico com mantenedor de espaço estético com dente de estoque na unidade 11.



Fonte: Caso clínico realizado

O paciente retornou para acompanhamento do caso em setembro de 2019, onde foi visualizada a necessidade de troca do aparelho com dente de estoque, pois o mesmo estava pequeno e já não encaixava na cavidade oral. Foi realizado um encaminhamento do mesmo para as turmas de Estágio Supervisionado Infantil, onde será confeccionado um novo aparelho para fins estéticos e funcionais.

### 3 DISCUSSÃO

O atendimento emergencial, o tratamento e a preservação dos pacientes acometidos por traumatismos dentários geralmente são realizados em um mesmo local (QIN et al. 2002). Entretanto, no presente caso clínico descrito, o paciente foi atendido em uma unidade de urgência e só após uma semana procurou atendimento especializado na clínica odontológica da Universidade Tiradentes, o que contribuiu para um ruim prognóstico deste caso.

O conhecimento acerca dos processos histopatológicos após o traumatismo dento-alveolar tem despertado a constante busca por manobras que minimizem as sequelas causadas pelo mesmo. O prognóstico dos dentes envolvidos no trauma é de caráter multifatorial. Um dos aspectos que mais se destacam no tratamento dos dentes traumatizados é o atendimento emergencial. Quando este for executado no tempo apropriado e de forma correta, pode levar a uma diminuição dos danos sofridos, bem como limitar o surgimento de possíveis complicações (ANDREASEN, 2007).

Durante o primeiro atendimento devem ser avaliados pontos como: o diagnóstico preciso; o tempo decorrido do trauma até o atendimento; as condições em que se encontram os tecidos de suporte; a medicação sistêmica adotada; a redução e a imobilização nos processos de luxação e na avulsão (ANDREASEN, 2007).

Após luxações traumáticas ou avulsões de dentes permanentes, como foi demonstrado neste caso clínico, os mesmos devem ser reposicionados e reimplantados, passando posteriormente pelo processo de imobilização. Segundo CAMPOS et al. em 2006, quando deixados em função, os dentes traumatizados apresentaram menor frequência de reabsorções, fibras periodontais mais organizadas e proliferação de vasos sanguíneos dentro do ligamento periodontal.

O estímulo mastigatório normal previne ou mesmo elimina pequenas áreas de reabsorção externa da superfície radicular, mas não previne a anquilose em dentes reimplantados tardiamente e em um dente não funcional, pode ocorrer atrofia das fibras e aumentar a chance de anquilose (ANDREASEN, 1975).

Uma semana é o tempo suficiente para a formação de suporte periodontal a fim de manter um elemento dentário avulsionado em posição. A imobilização pode então ser removida dentro de uma a duas semanas após o acidente, segundo o protocolo da Associação Internacional de Trauma Dentário (IADT, 2007). Este dado não corrobora

com o caso clínico citado, visto que a unidade avulsionada permaneceu com mobilidade uma semana após o acidente.

Um aspecto desfavorável ocorrido no presente caso foi a longa permanência da unidade 11 fora da boca, uma vez que o recomendado é de no máximo 30 minutos, para um bom prognóstico. Porém, apenas este fator não foi suficiente para levar o caso ao insucesso, pois outros fatores, como a permanência do dente em um meio de armazenamento inadequado, a imobilização realizada tardiamente e o manejo não especializado para a manutenção do ligamento periodontal, também contribuíram para o fracasso do tratamento.

Segundo a Associação Americana de Endodontia (1994), a reabsorção radicular é uma condição associada a processos fisiológicos e patológicos, que resultam na perda de dentina, cemento e osso alveolar e, de acordo com o mecanismo de ocorrência, pode ser classificada em inflamatória e por substituição, são as complicações mais sérias após um traumatismo dentário levando muitas vezes a perda do elemento dental. Assim como foi observado no caso clínico citado, onde ocorreu uma reabsorção radicular externa, e logo em seguida a perda da unidade dentária.

Muitos profissionais relutam em reimplantar dentes avulsionados, acreditando que se trata de um tratamento temporário, devido à possibilidade do desenvolvimento da reabsorção radicular. Outros, entretanto, não realizam tal procedimento devido ao desconhecimento técnico (VASCONCELOS et al. 2001).

Além das reabsorções, apresentam-se como as principais sequelas dos reimplantes dentários a necrose pulpar, obliteração do canal radicular, alteração cromática e infra-posição dentária. (SOARES et al. 2008). No caso clínico relatado não foram observadas outras sequelas além da reabsorção radicular externa.

A idade do paciente e o grau de rizogênese do dente também são fatores importantes a serem considerados no momento do reimplante. Em pacientes jovens (8 – 16 anos), os dentes reimplantados são perdidos entre 3 a 7 anos, pois os túbulos dentinários são mais largos, o que permite maior acesso aos microrganismos. Além disso, esses pacientes apresentam uma maior atividade de remodelação óssea, o que favorece o início mais rápido do processo de reabsorção (ANDERSSON et al. 1989).

A necessidade de terapia endodôntica depende do tempo extraoral e do estágio de desenvolvimento radicular (American Association of Endodontics 2004). O sucesso ou o fracasso do prognóstico está dependente de condutas rápidas e imediatas ainda no local do acidente, o que raramente acontece devido à falta de conhecimento por parte dos responsáveis pela criança, como foi observado neste caso. É de salientar a necessidade de desenvolver programas educativos que destaquem a importância da prevenção e benefícios de um tratamento imediato. O uso de protetores bucais/capacetes na prática desportiva uso de cinto de segurança e a intervenção ortodôntica precoce são os principais métodos de prevenção (ANDREASEN et al. 2007).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O sucesso do tratamento no trauma de avulsão depende do tempo em que o dente fica fora do alvéolo até o reimplante, a imobilização também é bastante significativa para que haja a formação de suporte periodontal a fim de manter o dente em posição. É de suma importância que o cirurgião-dentista tenha um bom conhecimento geral, para enfrentar casos inesperados de traumas dentários. Uma boa anamnese e exame clínico, também são essenciais para um bom diagnóstico seguido de um bom plano de tratamento. O prognóstico é muitas vezes duvidoso independente se houver reimplante e imobilização, por exemplo, ainda existe um risco de insucesso. Pode envolver várias especialidades odontológicas e torna-se mais favorável quando o profissional tem conhecimento, agilidade no tratamento de urgência e faz um encaminhamento correto do paciente quando for necessário.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ANDREASEN, J.O., ANDREASEN, F.M., ANDERSSON, L. **Textbook and Color Atlas of Traumatic injuries to the teeth**. 4th edition. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.
2. ANDREASEN, J.O. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1.298 cases. **Scand J Dent Res**. 1970; 78(5): 329-42.
3. ANTONIAZZI, J.H., LAGE-MARQUES, J.L.S. Quando a medicação intracanal é fundamental para o sucesso da terapia endodôntica. In: Feller C, Gorab R. **Atualização na clínica odontológica: Módulos de atualização**. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 59-89.
4. ANTUNES, L.A.A., LEÃO, A.T., MAIA, L.C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12):3417-3424, 2012.
5. CAMPOS, M.I.C.C., HENRIQUES, K.A.M., CAMPOS, C.N. Nível de Informação Sobre a Conduta de Urgência Frente ao Traumatismo Dental com Avulsão. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, vol. 6, núm. 2, maio-setembro, 2006, pp. 155-159.
6. GOMES, A.M.M., DADALTO, E.C.V., VALLE, M.A.S., SANGLARD, L.F., AZEVEDO, C.C., GOMES, A.A. Atendimento de urgência na Clínica de Odontopediatria. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 10 (4) 367-371, out./dez., 2011.
7. LIMA, T.F.R. **Avaliação das sequelas clínicas e radiográficas em dentes traumatizados: estudo retrospectivo**. Piracicaba, SP. 2012. 74p. Dissertação (Mestrado em Endodontia). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
8. MOURA, L.F.A.D., FERREIRA, D.L.A., MELO, C.P., SADY, M.C.L.M., MOURA, M.S., MENDES, R.F., MOURA, W.L. Prevalência de Injúrias Traumáticas em Crianças Assistidas na Clínica Odontológica Infantil da Universidade Federal do Piauí, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 8(3):341-345, set./dez. 2008.
9. PIVA, F., POTTER, I.G., SARI, G.T., KLEIN-JÚNIOR, C. A., SOUZA, F.H.C. Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário - relato de caso clínico. **VER ASSOC PAUL CIR DENT**. 2013;67(3):224-8.

10. RIBEIRO, J.A.J. **Motivos de extracção em Odontopediatria**. Porto, 2014. 61p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.
11. RODRIGUES, A.G., PINTO, A.D., MATOS, J.D.M., LOPES, G.R.S., NISHIOKA, R.S., ANDRADE, V.C. Abordagem quanto ao diagnóstico e ao tratamento da avulsão dentária: uma revisão de literatura. **RFO UPF.**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 242-246, maio/ago. 2018.
12. RODRIGUES, T.L.C., RODRIGUES, F.G., ROCHA, J.F. Avulsão dentária: Proposta de tratamento e revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2010; 22(2): 147-53, mai-ago.
13. SAMPAIO, A.A.F. **Importância dos mantenedores e recuperadores de espaço na criança**. Gandra, 2017. 36p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
14. SANABE, M.E., CAVALCANTE, L.B., COLDEBELLA, C.R., LIMA, F.C.A. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Rev Paul Pediatr**, 2009;27(4):447-51.
15. SANTOS, C.A.O., CALDAS, A.T.L., SOUZA, R.L.F., SIEWES, M., CARVALHO, M.M.P., CAMPOS, F.A.T. Traumatismos dentários: conhecimento dos cirurgiões dentistas da atenção básica à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 2018, 6(2), ISSN: 2318-8413.
16. SCHEIBEL, P.C., PAVAN, N.N., QUEIROZ, A.F. Ocorrência e relatos de casos de fraturas radiculares do Projeto Centro Especializado Maringaense de Traumatismo em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. **Revista Odonto** • v. 17, n. 33, jan. jun. 2009.
17. SEIGNEURGENS, C. **As complicações pós-traumáticas na dentição permanente**. Porto, 2017. 33p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.
18. SILVA, A.G.B.F. **Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores**. Gandra, 2017. 40p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
19. TRAEBERT, J., ALMEIDA, I.C.S., GARGHETTI, C., MARCENES, W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):403-410, mar- a b r, 2004.

20. VICTORINO, F.R., GOTTARDO, V.D., ZADETTO, J.R.R., MORESCHI, E., ZAMPONI, M., TRENTO, C.L. Reimplante dentário para o tratamento de Avulsão Dentária: relato de caso clínico. **REV ASSOC PAUL CIR DENT.** 2013;67(3):202-6.
21. WANDERLEY, M.T., WEFFORT, I.C.C., KIMURA, J.S., CARVALHO, P. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. **REV ASSOC PAUL CIR DENT** 2014;68(3):194-200.

## ANEXO 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Valéria Silva Venâncio, portador do C.I  
nº 2.041.676-8, 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,

Valéria Silva Venâncio