

UNIVERSIDADE TIRADENTES

LAYONEL PEREIRA DA SILVA

**TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PACIENTE
INFANTIL COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO:
RELATO DE CASO**

Aracaju

2022

LAYONEL PEREIRA DA SILVA

**TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PACIENTE INFANTIL
COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: 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.

ORIENTADORA: PROF^a ME.
CARLA VANIA DE OLIVEIRA
FIGUEIREDO

ARACAJU

2022

LAYONEL PEREIRA DA SILVA

TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PACIENTE INFANTIL
COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: 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: Prof.^a Me. Carla Vânia de Oliveira Figueiredo

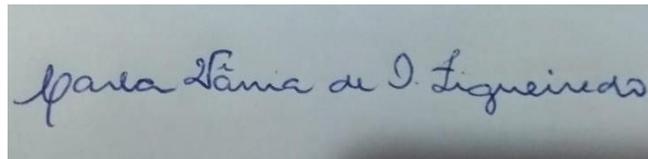
1º Examinador:

2º Examinador:

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Carla Vania de Oliveira Figueiredo, orientadora do discente Layonel Pereira da Silva (1271111826) atesto que o trabalho intitulado: “Traumatismo dentário em paciente infantil com comprometimento sistêmico: 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 Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads "Carla Vania de O. Figueiredo".

Prof.^a Msc. Carla Vania de Oliveira Figueiredo

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo amor e graça dele sobre minha vida, é o que me possibilita avançar ultrapassando os obstáculos. Sou grato a minha família pelo apoio e aos meus amigos pela companhia e aprendizados durante a trajetória odontológica. Todos os professores desse curso foram essenciais para eu chegar até aqui e sou grato por tudo, especialmente a minha orientadora Carla Vânia de Figueiredo pela confiança depositada a mim e pelo encorajamento nesse momento tão importante da minha graduação.

TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PACIENTE INFANTIL COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Layonel Pereira da Silva ^a, Carla Vânia de Oliveira Figueiredo ^b

^(a)Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b) Msc. Professora Titular I do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes - SE

RESUMO

O traumatismo dentário infantil é um problema de saúde pública causado por um impacto externo no tecido dental, o qual se revela mais recorrente em crianças em idade pré-escolar por quedas da própria altura, dentre outros fatores. A luxação intrusiva se caracteriza como uma, dentre as várias lesões traumáticas bucais, representa o deslocamento do dente para o interior do alvéolo, o que pode refletir em sequelas no dente decíduo e permanente. O presente estudo tem como objetivo relatar as etapas de atendimento, diagnóstico e acompanhamento de um caso de luxação intrusiva na dentição decídua em uma criança de 5 anos com comprometimento sistêmico, portadora do HIV por transmissão vertical e da sífilis congênita. Ao correlacionar o caso com o guideline atual da International Association of Dental Traumatology (IADT), o tratamento foi realizado de forma conservadora a fim de preservar a qualidade de vida da criança e a satisfação da paciente e do responsável legal.

PALAVRAS-CHAVE

Traumatismo dentário, Dente decíduo, HIV, Sífilis congênita, Saúde bucal.

ABSTRACT

Child dental trauma is a public health problem caused by an external impact on dental tissue, which is more recurrent in preschool-aged children due to falls from their own height, among other factors. Intrusive dislocation is characterized as one, among several oral traumatic injuries, representing the displacement of the tooth into the alveolus, which may reflect in sequelae in the deciduous and permanent teeth. The present study aims to report the stages of care, diagnosis and follow-up of a case of intrusive dislocation in the primary dentition in a 5-year-old child with systemic involvement, with HIV through vertical transmission and congenital syphilis. By correlating the case with the current guideline of the International Association of Dental Traumatology (IADT), the treatment was carried out in a conservative way in order to preserve the child's quality of life and the satisfaction of the patient and the legal guardian.

KEY WORDS

Dental trauma, Deciduous tooth, HIV, Congenital syphilis, Oral health.

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário infantil (TDI), conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado um problema de saúde pública que se apresenta em altos índices de ocorrência, semelhante ao câncer bucal e às lesões cáries (PETTI et al., 2018). Na década de 90, Andreasen alegava que no futuro, o traumatismo dentário seria um problema de maior incidência na Odontopediatria, superando a cárie e os problemas periodontais (ANDREASEN et al., 1990).

A faixa etária de grande ocorrência dos traumatismos dentoalveolares varia de 0-6 anos, e tais lesões bucais correspondem a 18% de todas as lesões físicas, sendo a boca a segunda região do corpo mais afetada (MAGNO et al., 2020) e as quedas da própria altura são indicadas como uma das principais etiologias do trauma na infância (VIEIRA et al., 2022). Uma meta-análise publicada em 2018, informou que, ao analisar 59.436 crianças em todo o mundo, na faixa de 3 a 4 anos, encontrou-se uma taxa de 22,7% de TDI (PETTI et al., 2018). Em virtude dessa alta prevalência, os traumatismos dentários na dentição decídua vêm se tornando um problema de saúde pública gerando um aumento no volume de estudos e pesquisas. (ANTUNES et al., 2012).

Uma das classificações do TDI são as lesões traumáticas que envolvem os tecidos de sustentação, estas podem ser divididas em: concussão, subluxação, luxação lateral, luxação intrusiva ou extrusiva e avulsão (BENTO et al., 2021). Em dentes decíduos, as luxações correspondem a cerca de 21 a 81% das lesões traumáticas, sendo 4 a 22% destas luxações intrusivas (TROMBINI et al., 2008). A suscetibilidade para a ocorrência da luxação intrusiva se deve principalmente a maior maleabilidade do osso alveolar na dentição decídua (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

As luxações intrusivas se caracterizam pelo deslocamento do dente para o interior do alvéolo, podendo seguir em direção a tábua óssea vestibular ou na direção palatina com possibilidade de colidir com o germe do permanente sucessor (MORAES et al., 2018). Dessa forma, pode incorrer em sequelas tanto para o dente traumatizado, afetando a polpa e/ou o periodonto dos dentes decíduos, (WANDERLEY et al., 2014) quanto para o germe do dente permanente em desenvolvimento (FRACASSO et al., 2016). Por isso é imprescindível o acompanhamento periódico de um dente traumatizado, especialmente quando se revela uma alta frequência de sequelas (SOARES et al., 2018).

Ao analisar uma revisão sistemática e meta-análise realizada no Brasil acerca do impacto das lesões dentárias traumáticas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares, constatou-se que as crianças com TDI possuem 24% mais chances de sofrer impactos negativos na qualidade de vida. (BORGES et al., 2017; PIMENTEL et al., 2022). A literatura científica recomenda que o tratamento deverá ser o mais conservador possível para evitar a ocorrência de traumas psicológicos e afirma que geralmente, esse é o motivo para a primeira visita da criança ao dentista. Com isso, é de suma importância reduzir a ansiedade da criança e dos pais/responsáveis neste primeiro atendimento (MELO et al., 2015; MOURA et al., 2022).

O guideline atual da International Association of Dental Traumatology (IADT), publicado em 2020, orienta uma conduta menos invasiva para o tratamento do TDI, de modo especial para o tratamento das luxações intrusivas. O protocolo defende que o tratamento recomendado é aguardar o reposicionamento espontâneo do dente intruído, independente da direção de deslocamento, se para vestibular ou palatina. O que contraria o guideline anterior, que recomendava a exodontia nos casos em que a intrusão ocorria na direção palatina (DAY et al., 2020; FELDENS et al., 2005).

O guideline atual ainda ressalta que, clinicamente é comum observar a melhora espontânea na posição do dente intruído em um período de 6 meses a 1 ano e que para o diagnóstico e acompanhamento radiográfico de intrusão, a orientação é a realização de radiografia oclusal modificada, indicada quando os achados clínicos manifestarem alguma alteração ou resultarem em um prognóstico desfavorável, a fim de minimizar o risco de exposição à radiação (DAY et al., 2020).

A despeito de fatores que podem desafiar o tratamento de TDI, se destaca a ocorrência em crianças com algum comprometimento sistêmico e/ou emocional. Nesse estudo, serão destacadas a transmissão vertical do HIV e a sífilis congênita como alterações que podem promover comprometimento sistêmico e/ou emocional a serem consideradas. Mesmo com inúmeras iniciativas da OMS e do Ministério da Saúde, ainda são diagnosticados muitos casos dessas duas patologias (GARBIN et al., 2019, MANDLATE et al., 2020; MEDEIROS, 2016).

Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar um relato de caso de luxação intrusiva na dentição decídua em criança HIV positiva e com sífilis congênita. Envolvendo o acompanhamento e o desfecho junto às dentições decídua e permanente.

2 RELATO DE CASO

Este relato de caso foi descrito de acordo com as diretrizes estabelecidas no CARE. A responsável legal da paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a realização do tratamento e a divulgação de informações e imagens referentes ao caso clínico para fins acadêmicos, como também para apresentação dos resultados deste estudo em eventos e publicações científicas.

A paciente J.D.J.S. 5 anos, feoderma, compareceu ao SAE (Serviço de Atendimento Especializado), do SUS Aracaju, responsável pelo atendimento de usuários portadores de HIV no dia 09/03/2021, acompanhada de sua mãe adotiva, com a seguinte queixa " caiu enquanto estava brincando, bateu a boca e o dente entrou " SIC. A cirurgiã-dentista da unidade realizou uma anamnese e exames clínicos intra e extra orais. Durante a avaliação do histórico de atendimentos e consultas da paciente no referido serviço, foi observado que a mesma era portadora do HIV adquirido através de transmissão vertical e da sífilis congênita, ambas descobertas no momento do parto. Ao consultar o prontuário médico foi observado que a paciente fazia uso de terapia combinada com Lamivudina + Zidovudina + Raltegravir por via oral.

Ao exame clínico intra-oral foi observado, a partir de manobras semiotécnicas, uma boa higiene oral, ausência de lacerações e hematomas em mucosa e ausência de manifestação oral da sífilis congênita. Entretanto, na unidade 51 foi observado desalinhamento oclusal no sentido axial com ausência de mobilidade, o que caracterizou a intrusão clinicamente, coincidindo com a queixa principal da mãe e da paciente que ainda relataram um desconforto estético. Diante desse fato, foi então solicitada radiografia oclusal modificada para avaliação da extensão do trauma dentoalveolar e a situação do germe do permanente sucessor.

Após realização da avaliação radiográfica observou-se encurtamento da imagem na unidade 51 sendo possível analisar o distanciamento do germe dentário do permanente e confirmando o diagnóstico de intrusão da unidade 51. Dadas as circunstâncias e seguindo as recomendações da literatura, especialmente dos guidelines da Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) 2020, referência internacional em Traumatismos dentários, optou-se, portanto, pelo acompanhamento para reavaliação de reposicionamento espontâneo da unidade em

questão, sendo todas as anotações registradas no PEC- prontuário eletrônico do cidadão.

Seis meses após o trauma foi possível avaliar uma leve erupção do 51, muita mobilidade da unidade 61, como também erupção das unidades 31 e 41 (Figura 1). Em uma nova radiografia oclusal da região, a unidade 61 estava em processo final de rizólise, a unidade 21 em estágio 6 de nolla e a unidade 11 com direção de erupção modificada e ausência de rizólise em 51 (Figura 2).

Figura 1 – Registro fotográfico de acompanhamento evidenciando a situação clínica da região de incisivos superiores. Intrusão da unidade 51, erupção das unidades 31 e 41.



Fonte: Acervo próprio

Figura 2- Radiografia de acompanhamento. Traumatismo intrusivo dentoalveolar, ausência de rizólise com modificação de erupção da unidade 11.



Fonte: Acervo próprio

Em consulta de retorno 10 meses após o trauma, foi observada esfoliação da unidade 61, com o permanente correspondente em processo de erupção sem

alterações clínicas. A mãe relatou que o processo ocorreu de forma tranquila em casa há 15 dias. Já a unidade 51 apresentava-se com pouca mobilidade e leve alteração de cor, foi solicitada uma nova radiografia periapical para analisar o estado de reabsorção da raiz da unidade 51 e estágio de Nolla do sucessor.

Após 1 ano do trauma, a paciente retornou com o exame radiográfico e foi possível visualizar mais de $\frac{2}{3}$ de raiz da unidade 51 (Figura 3). Ao exame clínico intra-oral observou-se discreta mobilidade da mesma e erupção dos primeiros molares permanentes. Após avaliação clínica e radiográfica a unidade 51 foi diagnosticada como retenção prolongada e assim com indicação de exodontia. Dessa forma, iniciou-se o processo de manejo psicológico da paciente para a exodontia da unidade, em sessão posterior agendada para 04/04/2022. O manejo psicológico prévio foi de extrema importância, tendo em vista que embora a criança se mostrasse cooperativa durante as consultas, apresentava-se um pouco receosa para o procedimento da exodontia e chorou quando foi informada sobre a necessidade do procedimento. Ao final das estratégias de condicionamento a criança ficou mais tranquila.

Figura 3- Exame radiográfico de acompanhamento. Unidade 51 Apresenta $\frac{2}{3}$ terços de raiz caracterizando retenção prolongada.



Fonte: Acervo próprio

No dia 11/04/2022 a responsável pela criança compareceu ao SAE para remarcar consulta, pois por problemas pessoais não pôde comparecer no dia 04/04/2022. Realizou-se então o reagendamento para o dia 26/04/2022 e a paciente não compareceu novamente. Com 1 ano e cinco meses após o trauma, em atendimento por demanda espontânea, a criança retornou ao consultório acompanhada do seu pai, que levou o dente na mão para a dentista avaliar (Figura 4). O mesmo chegou

relatando que a mãe havia conseguido retirar o dente em casa, realizando movimentos luxativos no sentido horizontal, com a própria mão, seguido de tracionamento, isso ocorreu durante 4 dias consecutivos e sempre de maneira muito tranquila. Ao realizar o exame clínico intra-oral foi observado a ausência da unidade 51 e seu sucessor em processo de erupção. O pai relatou que fazendo isso o dente foi extruindo de forma gradativa e a criança apresentou uma grande aceitação à conduta. Observando a unidade 11 foi possível notar um discreto ponto de hipoplasia na região vestibular próximo a incisal levantando a suspeita de uma possível sequela do traumatismo dental (Figura 5).

Figura 4- Registro fotográfico da unidade 51 após retirada.



Fonte: Acervo próprio

Figura 5- Imagem fotográfica de acompanhamento da região de incisivos superiores evidenciando o processo de erupção das unidades 11 e 21 e leve ponto hipoplásico na unidade 11.



Fonte: Acervo próprio

Passado 1 ano e 8 meses desde a primeira consulta, a paciente compareceu a clínica odontológica da Universidade Tiradentes para acompanhamento, clinicamente foi possível observar unidade 11 em processo final de erupção e a confirmação da mancha hipoplásica (Figura 6). Após avaliação radiográfica, foi possível observar raízes em estágio 9 de Nolla sem alterações no periodonto e no periápice (Figura 7).

Figura 6- Imagem fotográfica de acompanhamento da região de incisivos superiores. Confirmação da mancha de hipoplasia em região incisal da unidade 11.



Fonte: Acervo próprio

Figura 7- Exame radiográfico periapical de acompanhamento da região de incisivos superior. Raízes com ápice aberto, sem alterações no periodonto e no periápice.



Fonte: Acervo próprio

3 DISCUSSÃO

A etiologia do traumatismo dentário tem sido frequentemente pauta das investigações científicas, como aclarado por Soares et al. (2018). A Organização Mundial de Saúde compara os altos índices de ocorrência do TDI ao câncer bucal e às lesões cariosas. Diante do fato do TDI se configurar um problema de saúde pública, o acompanhamento desses casos é tão fundamental quanto o tratamento.

De acordo com os estudos de Vieira et al (2022), a maior incidência de TDI é por queda da própria altura, e os estudos de Magno et al. (2020), afirmam que a maior prevalência acomete a faixa etária de 0-6 anos de idade e que os dentes mais acometidos são os incisivos centrais superiores (Lopes e Siqueira Jr.,2015). O presente relato de caso está de acordo com esses estudos, pois revela um traumatismo que atinge a unidade dentária 51, por queda da própria altura, em uma criança de 5 anos.

Segundo Moraes et al., (2018), a luxação intrusiva pode provocar o deslocamento de dente em direção vestibular ou platina e pode acarretar sequelas tanto para o dente decíduo quanto para o dente permanente. De acordo com Wanderley et al., (2014), as sequelas na dentição decídua podem ser tanto relacionadas à polpa (hiperemia pulpar, hemorragia pulpar, necrose pulpar, calcificação pulpar, reabsorção radicular interna da coroa e/ou da raiz, alteração de cor, pólipos pulpar) como ao periodonto (reabsorção radicular externa sem e com infecção, aumento do espaço pericementário, mobilidade dentária, deslocamento, anquilose, alveólise e retenção prolongada.

Ao longo do acompanhamento foram observadas na paciente, a nível de periodonto, reabsorção radicular sem infecção e retenção prolongada, já a nível coronário foi possível observar uma leve alteração de cor, além do deslocamento axial. Esses tipos de alteração comprometem a estética e, conseqüentemente, a qualidade de vida do paciente, sendo que as crianças possuem 24% mais chances de sofrer com os impactos negativos que acompanham as sequelas como afirmou Borges et al., (2017).

Fracasso et al., (2016) descrevem que é possível observar sequelas na dentição permanente, a exemplo de hipoplasia e hipocalcificação. No presente relato ao analisar o sucessor permanente, foi possível observar a presença de uma área

hipoplásica na região incisal da unidade 11 o que corrobora com esse estudo. Soares et al., (2018) ressaltam que acompanhar periodicamente a unidade traumatizada é indispensável diante da frequência das sequelas, seja alta ou baixa, como no caso da paciente deste relato, que está sendo avaliada em consultas periódicas, sendo possível observar até o momento a erupção parcial do sucessor permanente e uma sequela relativamente leve que é a mancha hipoplásica discreta. Em se tratando do diagnóstico da intrusão dentária, tanto o protocolo antigo quanto o atual da International Association of Dental Traumatology (IADT) recomendam que seja feita uma radiografia oclusal para avaliar a posição do dente intruído. Ao observar que o ápice está deslocado em direção à tábua óssea vestibular o dente pode parecer mais curto em relação ao contralateral, de outro modo, quando o ápice está deslocado em direção ao germe do dente permanente, o dente intruído aparece alongado. A partir da realização da radiografia oclusal neste caso relatado foi possível constatar a unidade 51 mais curta em relação ao seu contralateral. O diagnóstico obtido foi o de luxação intrusiva, na qual a unidade se deslocou em direção contrária ao germe do permanente.

Ambos os protocolos recomendam que nesses casos de luxação intrusiva é apenas necessário realizar um acompanhamento da unidade. Porém, existe uma divergência quanto ao tempo de reerupção entre dois protocolos. Para o protocolo antigo, a reerupção do dente decíduo deverá ocorrer de 2 semanas a 4 meses, e, se os sinais de reerupção não aparecerem em até 2 meses após o traumatismo, o prognóstico torna-se desfavorável. Já para o protocolo atual, o processo de reerupção espontânea no dente intruído ocorre de 6 meses a 1 ano, sendo que nada é relatado quanto a prognóstico desfavorável e necessidade de exodontia.

Um outro ponto de divergência é quando o deslocamento se direcionar ao germe do permanente, para o protocolo antigo a recomendação era realizar a exodontia da unidade, mas o protocolo atual recomenda manter a unidade e realizar acompanhamento independente da direção de deslocamento. O protocolo atual da IADT, busca uma conduta menos invasiva nos tratamentos neste caso, em concordância com o protocolo atual da IADT, optou-se pelo acompanhamento para a reavaliação de reposicionamento espontâneo da unidade em questão. Após 6 meses foi possível observar uma leve reerupção da unidade 51, e o acompanhamento foi mantido até a erupção do seu sucessor como recomendam os estudos.

Uma situação que merece destaque no presente caso é a condição da paciente ser portadora do HIV por transmissão vertical e da sífilis congênita, o que pode promover comprometimento sistêmico e/ou emocional a serem consideradas. Conforme Garbin et al., (2019) o HIV possibilita a instalação de infecções oportunistas que podem ser bucais, mas o uso da terapia antirretroviral reduz tais manifestações. O que foi observado na paciente desse estudo condiz com a literatura, uma vez que não foram encontradas alterações bucais e que a mesma faz uso de terapia combinada com Lamivudina + Zidovudina + Raltegravir por via oral. Da Rosa et al., (2014) afirmam que o risco da transmissão vertical ainda é alto, ainda que o Brasil tenha sido o primeiro país emergente a oferecer a terapia antirretroviral para pessoas soropositivas a partir da aprovação da lei nº 9313 em 1996.

Em relação a sífilis congênita, a pesquisa de Magalhães et al., (2013) destaca que o Ministério da Saúde do Brasil iniciou o projeto de eliminação da sífilis congênita em 1993, com a meta de reduzir sua incidência. Porém, o estudo de Medeiros (2016) indica que ainda existe uma alta prevalência de transmissão vertical, em 2004 a taxa de infecção era de 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos, em 2013 essa taxa aumentou para 4,7, ou seja, houve um aumento de mais de 270%, em menos de dez anos. A Autora ressalta que a efetividade pré-natal é o melhor meio para identificação e redução dos riscos.

Já em relação as manifestações orais Medeiros (2016) aponta que podem ocorrer tanto nos primeiros molares permanentes, conhecida na literatura como molares Moon ou molares em amora – que se caracteriza por projeções bulbosas na superfície do dente e estreitamento do terço oclusal – quanto nos incisivos superiores, podendo apresentar um aumento do diâmetro mésio-distal no terço médio e ausência do lóbulo central de desenvolvimento, de forma que se assemelhem a um barril ou a uma chave de fenda, sendo denominados incisivos de Hutchinson. Mas para Mandlate et al., (2022) as manifestações bucais não são uma regra. Em concordância com este último autor, a paciente acompanhada neste caso, portadora de sífilis congênita, não revelou nenhuma manifestação bucal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é importante destacar que os casos de luxação intrusiva de traumatismo dentário infantil independente da direção de deslocamento do dente decíduo, e a conduta atual de aguardar a reerupção da unidade tem se mostrado eficaz. O cirurgião-dentista deve acompanhar a criança no desenvolvimento e erupção do sucessor permanente analisando possíveis sequelas e tratamento. Estabelecer um diagnóstico correto e uma abordagem clínica prudente, é de suma importância para um bom prognóstico. É importante destacar que a conduta frente ao TDI, especialmente da luxação intrusiva, independe da condição sistêmica da paciente. Contudo, devido a mudança de protocolos ser recente, enfatizamos a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema.

5 REFERÊNCIAS

1. Andreasen JO, Andreasen FM. **Dental Traumatology: quo vadis.** Endod Dent Traumatol. 1990 Apr; 6 (2):78-80.
2. Antunes, Lívia Azeredo Alves; LEO, Anna Thereza and MAIA, Lucianne Cople. **Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012; 17(12): 3417-3424.
3. Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF, Feldens CA. **Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis.** PLoS One. 2017 Feb 28;12(2):e0172235. doi: 10.1371/journal.pone.0172235. PMID: 28245226; PMCID: PMC5330474.
4. da Rosa MC, Lobato RC, Gonçalves CV, Silva NM, Barral MF, Martinez AM, et al. **Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission.** J Pediatr (Rio J). 2015; 91:523-8.
5. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, Hicks L, Andreasen JO, Cehreli ZC, Harlamb S, Kahler B, Oginni A, Semper M, Levin L. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition.** Dent

- Traumatol. 2020 Aug;36(4):343-359. doi: 10.1111/edt.12576. PMID: 32458553.
6. Feldens CA, Junior Faraco IM, Kramer PF. Consequências na dentição permanente. In: Kramer PF, Feldens CA. **Traumatismos na dentição decídua. Prevenção, diagnóstico e tratamento**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2005. p.180
 7. Fracasso, Marina de Lourdes Calvo. Et al. **Injúrias dentárias em dentes decíduos: estudo longitudinal**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 3, p. 461-471, set./dez. 2016 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206.
 8. Garbin, C. A. S. et al. **The dentist's role in syphilis prevention and control**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 52, p. 1-2, 2019.
 9. Petti S, Glendor U, Andersson L. **World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries**. Dent Traumatol. 2018 Apr;34(2):71-86.
 10. Lopes HP, Siqueira-Júnior JF. **Endodontia: biologia e técnica**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
 11. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias AI, Calderon IMP. **SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA: AINDA UM DESAFIO**. Cad. De Saúde Pública 2013.
 12. Melo, José Rodolfo Tavares de. Et al. **Reabilitação oral pós-traumatismo dental: uma proposta estética, funcional e psicológica para o tratamento conservador**. Ciências biológicas e da saúde, Recife, v. 2, n. 3, p. 99-108, Jul 2015, 2316-3151.
 13. Magno MB, Nadelman P, Leite KLF, Ferreira DM, Pithon MM, Maia LC. **Associations and risk factors for dental trauma: A systematic review of systematic reviews**. Community Dent Oral Epidemiol. 2020 Dec;48(6):447-463. doi: 10.1111/cdoe.12574. Epub 2020 Sep 6. PMID: 32893395.
 14. Mandlate, D., Chirindza, N., & Chavane, L. (2022). **Percepção da saúde oral e Satisfação em Relação aos cuidados estomatológicos de Pacientes Soropositivos para HIV**. *Arquivos Em Odontologia*, 58, 151–159
 15. Medeiros, Mildred Ferreira. **Manifestações bucais da sífilis adquirida e congênita: revisão sistemática para avaliação de educação em saúde**. Revista Eletrônica Estácio Saúde - Volume 5, Número 2, 2016.

16. Moraes VG, Baião IA, Pinheiro LHM, Antunes LS, Antunes LAA. **Conduta mediata frente à luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de caso.** Revista Brasileira de Odontologia 2018; 75(2):83.
17. Moura, J. A. de; SILVA, A. K. X. G. da; CAMPOS, T.H.G.; ALENCAR FILHO, A. V. **Pediatric dental care focused on trauma in children's dentition.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e9511830564, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.30564
18. Petti S, Glendor U, Andersson L. **World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries.** Dent Traumatol. 2018 Apr;34(2):71-86. doi: 10.1111/edt.12389. PMID: 29455471.
19. Pimentel, K. L. G. et al. **Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura.** Diálogos & Ciência, V. 1, N. 2, p. 122-133, Número Temático 2022.
20. Soares TRC, Silva LP, Salazar SLA, Luiz RR, Risso PA, Maia LC. **Profile of intrusive luxation and healing complications in deciduous and permanent teeth - a retrospective study.** Acta Odontol Scand. 2018 Nov;76(8):567-571. doi: 10.1080/00016357.2018.1481226. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909718.
21. Trombini, Carolina Silva; FELDENS, Eliane Gerson; FELDENS, Carlos Alberto. **Luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de casos.** Stomatos, v.14, n.27, jul./dez. 2008.
22. Vieira, Thais da Silva. Et al. **Prevalência e etiologia do traumatismo dental entre crianças e adolescentes: revisão de literatura.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.4, p.27164-27172, apr., 2022
23. Wanderley, Marcia Turolla. Et al. **Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2014;68(3):194-200.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, [redacted] residente à rua/avenida [redacted] RG nº [redacted] [redacted] na cidade de [redacted] estado de [redacted] por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTIMENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENC [redacted] idade [redacted] CPF [redacted] que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores [redacted]

[redacted] Consinto que essas imagens, bem como a informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, [redacted] de [redacted] de 20 [redacted]

[redacted]
Assinatura do responsável pelo paciente.
CPF: [redacted]
RG: [redacted]

[redacted]
Assinatura do profissional responsável
CPF: [redacted]
RG: [redacted]