

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANTONIO GABRIEL DANTAS DE MENEZES
LAMARCK DO MONTE ANDRADE

UTILIZAÇÃO DE RESINA COMPOSTA PARA
REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM CRIANÇA COM
DENTE ANTERIOR APRESENTANDO FRATURA
NÃO COMPLICADA DE COROA-RELATO DE CASO

Aracaju
2016

ANTONIO GABRIEL DANTAS DE MENEZES
LAMARCK DO MONTE ANDRADE

UTILIZAÇÃO DE RESINA COMPOSTA PARA
REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM CRIANÇA COM
DENTE ANTERIOR APRESENTANDO FRATURA
NÃO COMPLICADA DE COROA-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.

Prof.PHD. Sandra Regina Barretto

Aracaju

2016

ANTONIO GABRIEL DANTAS DE MENEZES
LAMARCK DO MONTE ANDRADE

UTILIZAÇÃO DE RESINA COMPOSTA PARA
REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM CRIANÇA COM
DENTE ANTERIOR APRESENTANDO FRATURA
NÃO COMPLICADA DE COROA-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 em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: Sandra Regina Barretto

1º Examinador:_____.

2º Examinador:_____

Aracaju

2016

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, SANDRA REGINA BARRETTO orientadora dos discentes: ANTONIO GABRIEL DANTAS DE MENEZES E LAMARCK DO MONTE ANDRADE atesto que o trabalho intitulado: “UTILIZAÇÃO DE RESINA COMPOSTA PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM CRIANÇA COM DENTE ANTERIOR APRESENTANDO FRATURA NÃO COMPLICADA DE COROA-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,

Prof. PHD. Sandra Regina Barretto
Orientadora

“Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos. Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantaçoão que poderá ser vista de longe.”

Padre Fábio de Melo

Utilização de resina composta para reabilitação estética em criança com dente anterior apresentando fratura não complicada de coroa – Relato de caso.

¹Antônio Gabriel Dantas de Menezes; ¹Lamarck do Monte Andrade; ²Aline Soares Monte Santo,
³Sandra Regina Barretto.

¹Graduando em Odontologia-Universidade Tiradentes; ²DDS. MSc. Professora Assistente do Curso de Odontologia-Universidade Tiradentes; ³DDS. MSc. PHD Professora Titular do Curso de Odontologia-Universidade Tiradentes.

Resumo: O traumatismo dental constitui uma situação estressante para a criança e para a família. Uma das sequelas mais importantes das lesões traumáticas de dentes anteriores permanentes é o alto impacto psicossocial causado pelo comprometimento estético, uma vez que os dentes mais afetados, incisivos superiores, desempenham um papel fundamental na aparência da face. As crianças são alvos cada vez mais frequentes desse tipo de injúrias e aparecem com maior frequência nos consultórios para sofrerem intervenções motivadas por traumatismos dentários e a resina composta tem sido utilizada como uma opção extremamente satisfatória para auxiliar na recuperação funcional e estética do sorriso. Sendo assim, o presente trabalho mostrou por meio de um relato de caso clínico uma fratura não complicada de coroa na unidade 21 em uma criança de 08 anos de idade que buscou atendimento no Estágio Supervisionado Infantil I do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, tendo sido encaminhada para o Estágio Supervisionado III, onde foi submetida a uma restauração com resina composta pela técnica da matriz de silicone. Ao final do procedimento, pôde-se observar o resultado estético obtido, bem como a satisfação da paciente e da responsável pela mesma.

Palavras-Chave: Traumatismos dentários, Resinas compostas, Estética dentária.

Abstract: Dental trauma is a stressful situation for a child and his/her family. One of the most important consequences of traumatic lesions of permanent anterior teeth is the high psychosocial impact of the aesthetic effect, since the most affected teeth, upper incisors, play a key role in the appearance of the face. Children are increasingly frequent targets of such injuries and appear increasingly in the offices to undergo interventions motivated by dental trauma and composite resin has been used as an extremely satisfactory option to assist in functional recovery and smile esthetics. Thus, the present study presented a case report of an uncomplicated crown fracture in unit 21 on a 8-year-old child who sought care in the Supervised Internship of Children I of the Dentistry Course at Tiradentes University, who was referred to Supervised Internship III, in which the child was submitted to a composite resin restoration by the technique of silicone matrix. At the end of the procedure, a esthetic result was observed as well as patient and accountable satisfaction.

Key words: Tooth injuries; Composite resins; Dental esthetics.

1. Introdução

Fraturas coronárias de dentes anteriores é um tópico importante para a odontologia estética (OZEL et al., 2011), uma vez que estas unidades confere ao indivíduo um sorriso harmônico fundamental para a aparência da face. O traumatismo dental é um dos grandes responsáveis pela perda de estrutura dental sadia,

principalmente em pacientes jovens do gênero masculino (VIEGAS et al., 2014, KINA et al., 2015).

As lesões traumáticas em crianças e adolescentes são um problema comum e alguns relatos mostram que sua prevalência tem aumentado nas recentes décadas (MARTOS et al., 2013). Crianças que apresentam mordida aberta anterior e sobressaliência acentuada são mais

suscetíveis a traumas do que crianças com oclusão normal (LOSSO et al., 2011, MENDONÇA et al., 2012).

As fraturas coronárias dos incisivos permanentes representam 18% a 22% de todos os traumas dentais nos tecidos duros, dos quais 96% acometem incisivos superiores principalmente na população entre 7 a 14 anos de idade (JESUS et al., 2011).

Estudos demonstram que quanto maior for o dano e o comprometimento dos tecidos de suporte, pior será o prognóstico e em se considerando a fundamental importância estética e funcional dos dentes supramencionados, devemos inferir sobre o grande impacto emocional e psicológico que existe quando a fratura acomete essas unidades (KINA et al., 2015).

As causas do traumatismo dentário são bem conhecidas, e entre elas podemos citar fatores externos como quedas, colisões, acidentes automobilísticos, práticas esportivas e violência (FAUS et al., 2011, PAIVA et al., 2013, GERARD et al., 2014, VIEGAS et al., 2014).

O dente acometido por fratura mista envolvendo esmalte e dentina pode ser submetido à grande variedade de tratamentos, como colagem de fragmento, restauração direta em resina composta e restaurações indiretas (BARRETO et al., 2012). Clinicamente, esta exposição pode determinar um quadro de sensibilidade dentinária durante a alimentação, a higienização e até mesmo durante a própria respiração, principalmente em pacientes jovens (ALBUQUERQUE et al., 2011).

A escolha por um ou outro procedimento depende de vários fatores, como o volume ocupado pela câmara pulpar, a irrupção parcial dos dentes envolvidos no traumatismo além da presença de múltiplos fragmentos decorrentes do trauma (GONÇALVES et al., 2013).

Dentre as alternativas para fraturas coronárias anteriores está a colagem de fragmento dental autógeno. Esta técnica caracteriza-se por ser conservadora, de fácil execução e por permitir excelente resultado estético. Entretanto, devem-se considerar os princípios de hidratação e boa adaptação como critérios fundamentais para o sucesso (KINA et al., 2015). Porém, quando o fragmento não está disponível ou encontra-se impróprio para a colagem, o tratamento de escolha deverá recair sobre o procedimento mais conservador. Sendo assim, as restaurações diretas realizadas com resinas compostas aparecem como a opção mais indicada (GONÇALVES et al., 2013), especialmente considerando a população infantil.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de fratura coronária em incisivo central superior permanente, ocorrida em criança com idade de 8 anos, tratada com restauração dentária direta realizada com resina composta, auxiliada pela técnica da matriz de silicone, enfatizando os protocolos clínicos.

2. Relato de Caso

Paciente ASA I, gênero feminino, 8 anos de idade, acompanhado de sua responsável, procurou atendimento na Clínica odontológica da Universidade Tiradentes queixando-se de fratura coronária em região anterossuperior. Durante a anamnese, foi relatada fratura por trauma após queda de bicicleta. No exame clínico (Figura 1A) e radiográfico observou-se uma cavidade do tipo classe IV localizada no elemento 21 devido ao trauma provocado, atingindo esmalte e dentina, sem comprometimento pulpar e periodontal, sendo classificada como fratura não complicada (Figura 1B). Após avaliação

acurada, optou-se pela realização de um tratamento restaurador direto com resina composta utilizando a técnica

estratificada natural, auxiliada pela confecção de guia de silicone.



Figura 1. A): Aspecto clínico inicial da região fraturada por vista vestibular da unidade 21 e B): Aspecto radiográfico inicial.

Para tanto, inicialmente foi realizada moldagem com alginato (Jeltrate Dustless - DENTSPLY) do arco superior, com auxílio de moldeira metálica perfurada nº 4 (TECNODENT). Seguiu-se pela obtenção do modelo de estudo, confeccionado com gesso especial tipo IV (Durone - DENTSPLY), vazado com molde apoiado em vibrador (KNEBEL), com o objetivo de evitar a formação de bolhas.

De posse do modelo de estudo, foi realizado o enceramento (New Wax - TECHNEW) (Figura 2A), objetivando recuperar a anatomia perdida com a fratura, servindo de guia para a obtenção da guia de silicone. Para tanto, utilizou-se lamparina à álcool (Para aquecer a cera) e espátulas específicas para auxiliar a escultura do dente.

No dia exato da realização do procedimento restaurador, foi confeccionado o molde de silicone com silicona de adição seguindo as orientações do fabricante (Futura AD - Nova DFL) (Figura 2B). Com o auxílio do bisturi nº 15 (MAXICOR) foi realizado o corte da porção vestibular do molde de maneira a manter somente

a porção palatina que serviria como matriz para a confecção da primeira camada de resina composta equivalente à face palatina, facilitando a determinação de seus contornos, dentro do estabelecido no planejamento inicial.

A fase restauradora propriamente dita iniciou-se pela profilaxia realizada com uma mistura feita com pedra-pomes e água destilada aplicada às superfícies dentárias com o auxílio de taça de borracha adaptada ao contra-ângulo e micro-motor (KAVO). Seguiu-se pela escolha da cor utilizando-se para isso pequenos incrementos diretamente na unidade a ser restaurada (Figura 3A), além da escala de cores Vita (Vitaplan Classical), ficando estabelecidas as seguintes cores para as resinas: VH (Opallis - FGM) para construção da face palatina; A2 para dentina (Amelogen Plus - ULTRADENT); corante para resina (Tetric Color / Ivoclar Vivadent); construção do bordo incisal utilizando resina OW (Opallis - FGM); TG (Amelogen Plus - ULTRADENT) para preenchimento da região incisal; e EN para esmalte (Amelogen Plus - ULTRADENT).

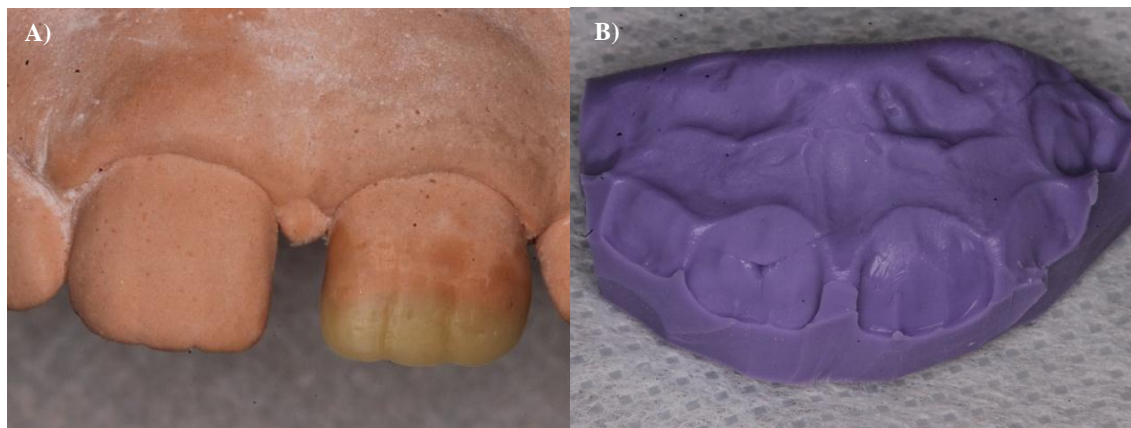


Figura 2. A): Modelo em gesso especial tipo IV após enceramento da unidade 21 e B): Guia de silicone (porção palatina).

Prosseguiu-se com o preparo mecânico no ângulo cavo-superficial na forma de bisel, realizadas com pontas diamantadas série F, nº 2200 (KG SORENSEN) (Figura 3B), adaptadas à turbina (Extra Torque 605C - KAVO) sob refrigeração. Todo o procedimento restaurador foi realizado sob isolamento relativo realizado com afastador de

lábio e bochecha (Afastador Labial Arc Flex - FGM). A opção por esse tipo de isolamento do campo operatório deveu-se ao fato de a paciente apresentar dificuldade respiratória (Respirador bucal), o que dificulta a colocação do lençol de borracha, dificultando o isolamento absoluto do campo operatório.

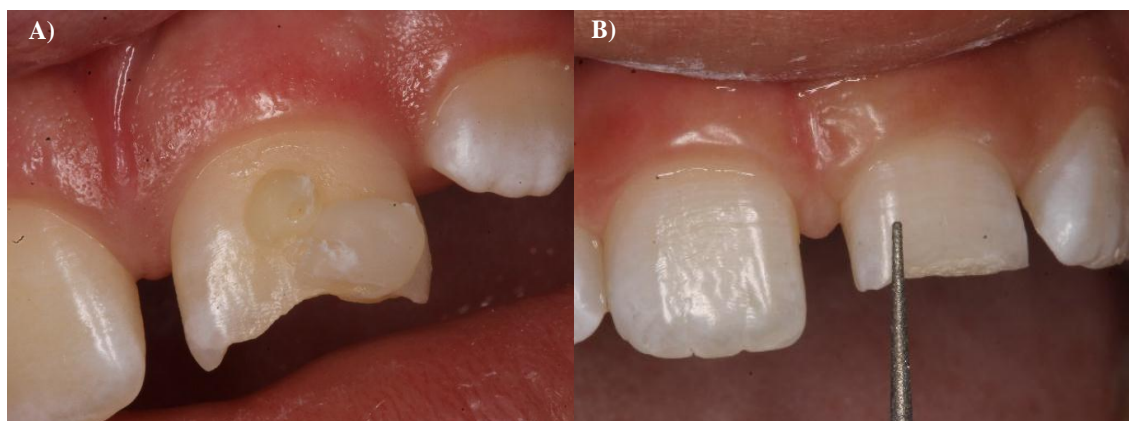


Figura 3. A): Incrementos de resina na unidade 21 para escolha da cor a ser empregada na restauração e B): Preparo mecânico do ângulo cavo-superficial (bisel) com ponta diamantada 2200 série F.

sendo assim, com o campo devidamente isolado, procedeu-se o condicionamento ácido da superfície dental a ser restaurada, realizado com ácido fosfórico a 37% por 30 segundos (Figura 4A); seguido da lavagem com spray de ar / água, por 20 segundos (Figura 4B) e da secagem da área. Em seguida, foi colocado em posição o guia de silicone na unidade a ser restaurada (Figura 4C). Com o auxílio do microbrush (3M/ESPE) fez a aplicação

do sistema adesivo (Gluma/2 Bond – Heraeus Kulzer), de forma ativa por 30 segundos (Figura 4D); aplicando-se em seguida, um suave jato de ar por 5 segundos, a uma distância de cerca de 10 cm, a fim de facilitar a volatilização do solvente contido no adesivo e, só então, realizou-se a fotoativação por 20 segundos (Fotopolimerizador - GNATUS).

Na sequência, para reconstrução do esmalte palatal, foi inserida na guia

de silicone uma fina camada de resina composta VH (Opallis - FGM) translúcida (Figura 5A), com o auxílio de espátula para resina referência (GOLGRAM), levando-se, em seguida, o conjunto: matriz/resina em posição junto ao dente, para desta forma, ser

fotopolimerizada pelo período de 20 segundos. Finalizado o período de fotoativação a guia de silicone foi removida, mantendo a resina polimerizada aderida ao dente (Figura 5B).

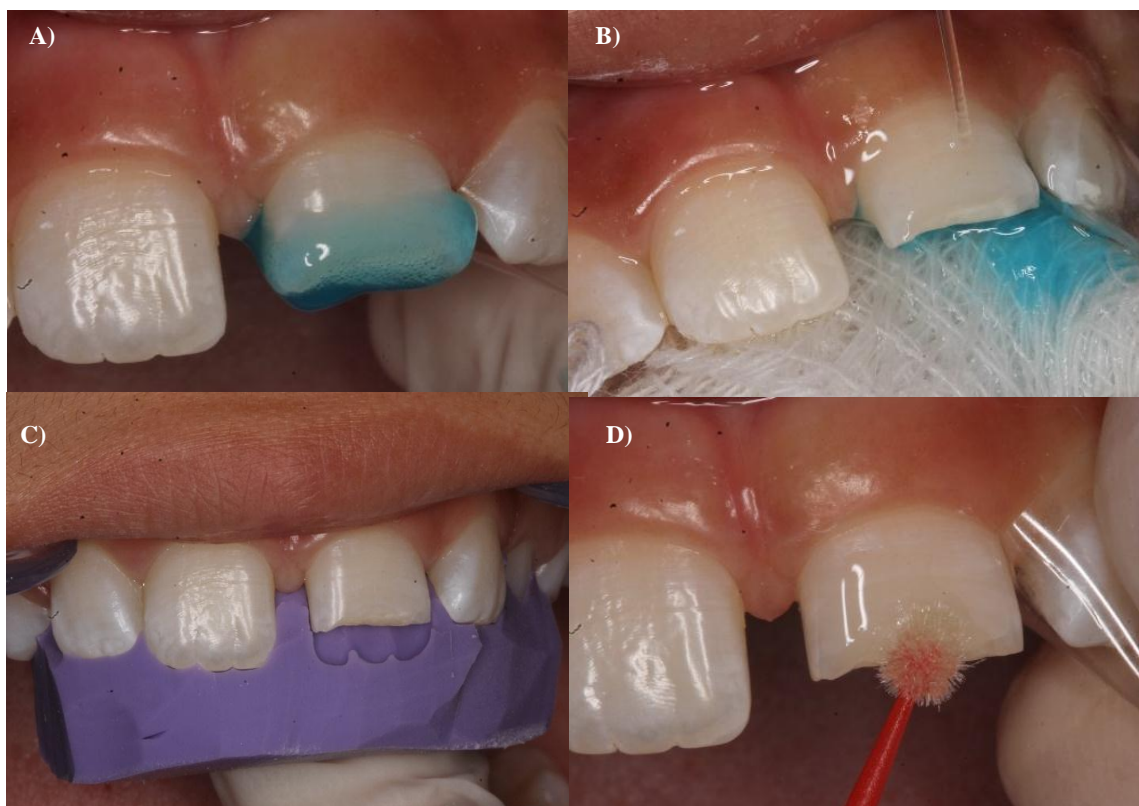


Figura 4. A): Condicionamento ácido por 30 segundos da região a ser restaurada , B): Lavagem abundante para remoção do ácido fosfórico, C): Guia de silicone em posição da unidade a ser restaurada e D): Aplicação do sistema adesivo com microbrush.

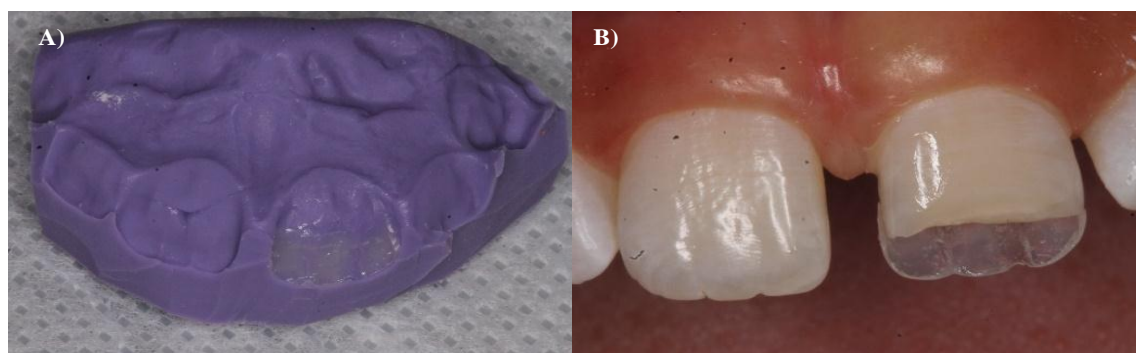


Figura 5. A): Inserção de fina camada de resina na face palatal do guia de silicone e B): Face palatina confeccionada após fotopolimerização com a resina sobre o guia de silicone.

Assim iniciamos a inserção dos incrementos do material restaurador, obedecendo à técnica incremental, a fim de controlar os efeitos da contração de

polimerização do material. Obedecendo a sequência, uma camada do compósito na cor A2 para a reconstrução da dentina foi inserida (Figura 6A). Após

isso, foram utilizadas as resinas TG da Amelogen Plus para reconstrução do bordo incisal, entre as reentrâncias desenhadas com a resina de dentina nessa área e a resina OW da Opallis para a caracterização do bordo esbranquiçado na extremidade do bordo incisal (Figura 6B). E para reconstrução do esmalte vestibular, foi inserida uma camada de resina composta EN da Amelogen Plus com o auxílio de espátulas para resina composta (Figura 6C) e pincéis n°4A / KOTA;

KOLINSKY / CHATO 4A e KOLINSKY / CHATO 4B facilitando a obtenção de lisura superficial e adaptação adequadas. Realizada ativação da polimerização desta camada (Figura 6D), foi aplicado sobre a mesma um gel lubrificante à base de glicerina aquosa (KY – Jonhson & Jonhson), como bloqueador de oxigênio (Figura 7A), para fotoativação final da resina por um período de 60 segundos em ambas as faces do dente (vestibular e palatina) (Figura 7B).

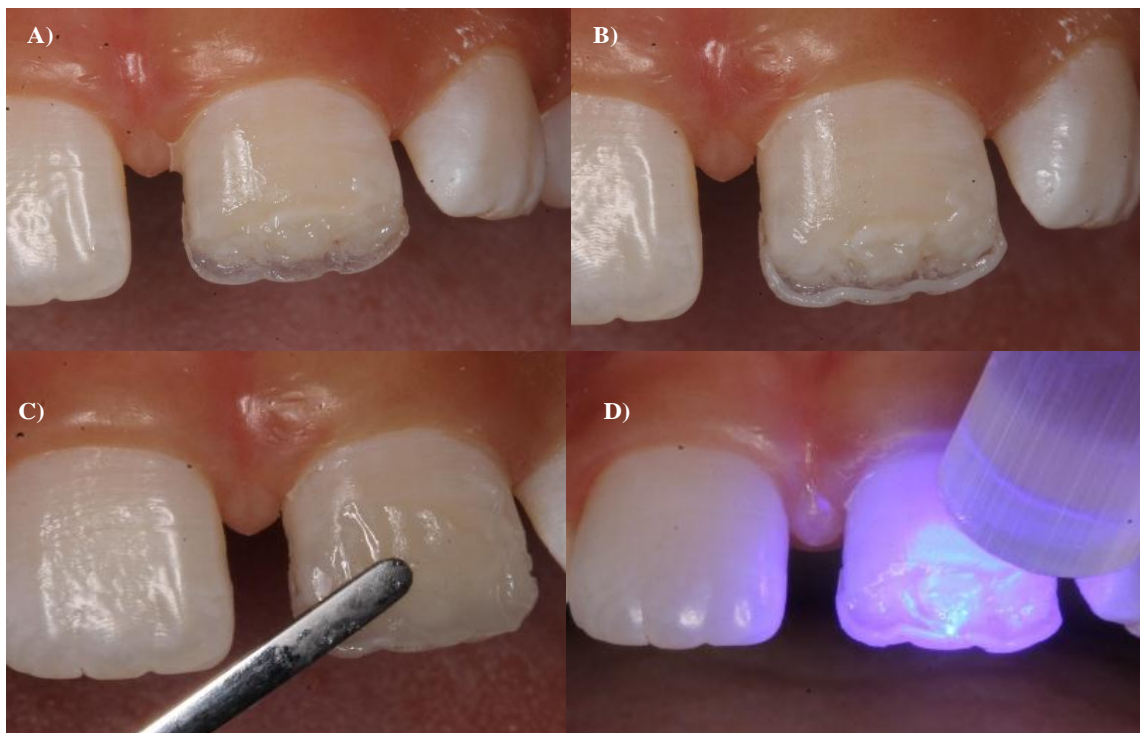


Figura 6. A): Inserção de incrementos de resina para dentina na cor A2, B): Confecção do halo radiopaco na extremidade do bordo incisal com a resina OW da Opallis, C): Confecção do esmalte vestibular com resina EN da Amelogen Plus com auxílio de espátula para resina e D): Fotopolimerização da face vestibular por 30 segundos.

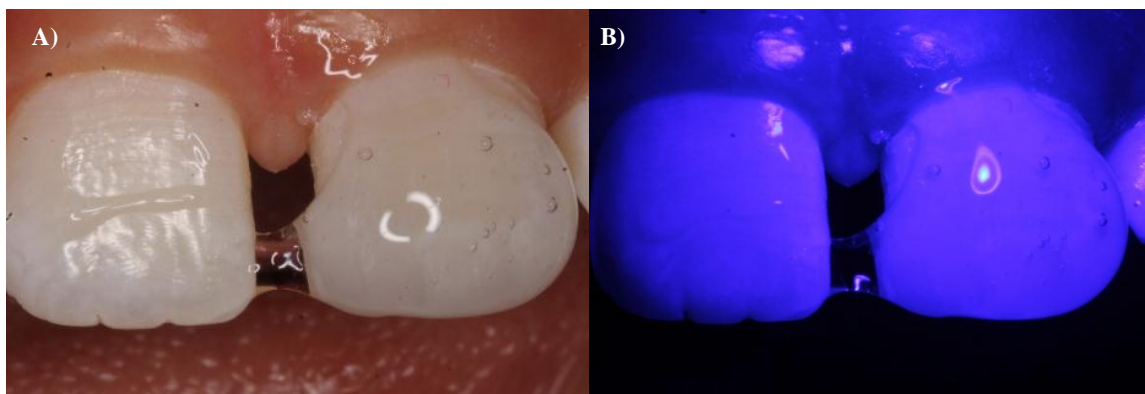


Figura 7. A): Aplicação de gel lubrificante a base de glicerina (KY – Johnson & Johnson) e B): Fotoativação final por 60 segundos.

Anterior a finalização da sessão restauradora, realizou-se o acabamento imediato para caracterização e texturização da resina composta. Essa etapa foi executada com pontas diamantadas de diferentes tamanhos e formatos na granulação fina (Kit KG Sorensen / UNIT, série F) utilizada em alta rotação e com as pontas Optimize (Kit TDV / UNIT) utilizadas em baixa rotação para refinamento das formas, anatomia e texturização superficial.

Procedeu-se a remoção do isolamento do campo operatório e a checagem da oclusão com papel acculfilm II preso a pinça de Miller. Para o polimento inicial, foram utilizados discos sequenciais Soft Lex (3M Espe), borrachas abrasivas e escova de carbeto de silício, e o polimento final foi realizado com o auxílio do disco de feltro montado em baixa rotação e pasta para polimento de resina composta (Figura 8).



Figura 8. Aspecto clínico final da restauração após acabamento e polimento.

3. Discussão

A prevalência de fraturas coronárias é relativamente alta especialmente em crianças e adolescentes (VIEGAS et al., 2014, KINA et al., 2015). Os dentes anteriores, especialmente os superiores, são considerados fatores de grande relevância na estética do sorriso e, devido a sua anatomia e posição na arcada, estes são os dentes mais afetados em casos de acidentes (FORCELLI; NUNES, 2015).

Os traumatismos em dentes permanentes constituem um problema grave, podendo ser considerado verdadeiramente uma situação de urgência, não só pelos problemas

dentários e suas repercussões futuras, mas também pelo envolvimento emocional da criança e de seus acompanhantes (JESUS et al., 2011).

Independente da etiologia ou da faixa etária, o tratamento restaurador em pacientes com dentes anteriores fraturados visa devolver a beleza do sorriso, recuperar a autoestima do paciente e muitas vezes restituir seu convívio social e qualidade de vida, o que faz com que esse tipo de procedimento nessas circunstâncias seja um grande desafio clínico para o cirurgião-dentista (KRSTL et al., 2011, KINA et al., 2015).

Como observado, alguns autores colocam como prioritário a necessidade de atendimento ao paciente pediátrico devido ao fato de buscar restabelecer de forma rápida as funções afetadas pelo

traumatismo, sejam elas funcional, estética e fonética, no intuito de melhorar o convívio social deste paciente com o meio em que vive através das relações interpessoais. Como exemplo, podemos citar a relação com outras crianças no ambiente escolar, que se consolidado o tratamento de forma adequada, exclui a possibilidade de brincadeiras por parte dos colegas que possam comprometer sua interação social (JESUS et al., 2011, KINA et al., 2015).

Atualmente, as resinas compostas em dentes anteriores vêm sendo cada vez mais utilizadas na prática clínica diária, devido à melhoria da resistência de união dos sistemas adesivos às estruturas dentais envolvidas, além das ópticas que possibilitam restaurações naturais e estéticas (MARTINS et al., 2011, GONDO, 2013). Assim, diversas estratégias de tratamento podem ser indicadas para dentes traumatizados e, o uso desse material em fraturas de esmalte-dentina permite menor tempo clínico e, por conseguinte, menor custo, com maior preservação de estrutura em pacientes jovens (BARRETO et al., 2012, SILVA et al., 2012).

De fato, a utilização de resinas compostas em restaurações estéticas diretas apresentam menor custo a depender do compósito utilizado e, menor tempo clínico quando se comparado a restaurações indiretas que requer fase laboratorial, aumentando além do tempo clínico, o custo da restauração (BARRETO et al., 2012, LISE et al., 2012). Já quando se refere a idade do paciente, a técnica preconizada, deverá incorrer sobre aquela que possibilite um menor desgaste possível da estrutura dental, uma vez que a mesma já se encontra com grande parte perdida.

No presente caso clínico, optou-se pela reconstrução com a resina composta, inicialmente pela ausência do fragmento dentário, que por certo se presente e em boas condições seria a primeira opção, devido ao fato de ser mais conservador e econômico na dentística restauradora (FERREIRA et al., 2015). Depois, por ser uma criança

em fase de dentadura mista, com a face ainda em desenvolvimento.

A técnica escolhida (técnica da matriz de silicone), apesar de ter exigido dois tempos clínicos, proporcionou um resultado técnico excelente com tempo de consultório reduzido, o que em se tratando de criança é vantajoso, pois possibilita a sua cooperação durante o procedimento clínico (ANCHIETA et al., 2011).

Para a obtenção da matriz de silicone, foi realizado um estudo prévio do caso que possibilitasse durante a realização do procedimento restaurador, um guia para direcionar a restauração durante sua confecção, buscando reproduzir o máximo de detalhes através do dente vizinho (UD. 11), de maneira mais rápida e precisa.

Para alcançar bons resultados, esta técnica exige conhecimento sobre o material restaurador, anatomia dentária, além de habilidades manuais para reproduzir todas as características do dente em cera no modelo (ANCHIETA et al., 2011, LOPES NETO; WERNECK, 2011).

Em odontologia, a adesão é o processo representado pela interação micromecânica em que todos os tecidos dentais, parcialmente desmineralizados por componentes ácidos, são hibridizados com resinas fluidas (adesivos); dando origem à camada híbrida; estrutura responsável pela ancoragem do material restaurador resinoso (SOUSA; MORO, 2014). Sendo assim, é importante salientar que o condicionamento ácido propicia porosidade adequada em tempo clínico aceitável que, juntamente com o sistema adesivo, aplicado sobre a superfície condicionada pelo ácido fosfórico a 37%, como feito no processo restaurador do caso, penetra nos túbulos abertos promovendo a adesão com ótimos resultados de retenção, preservando assim uma maior quantidade de estrutura dentária característica de um preparo conservador. Para que o processo adesivo aconteça de maneira satisfatória, todos os passos deverão ser realizados de maneira minuciosa proporcionando ao final uma ligação duradoura entre dente e restauração.

Na paciente em questão a adesão era crucial para que a restauração fosse bem sucedida uma vez que, a fratura foi considerada extensa e o preparo cavitário acontecerá as expensas somente da realização do bisel, que agiu também como um elemento de transição estética entre material/dente, criando volume de material e escondendo a linha de união dente/restauração modelo (ANCHIETA et al., 2011).

Vale ressaltar que, quando se fala em estética, é indiscutível a função dos dentes, pois a harmonia do sorriso transforma a face de um indivíduo. No entanto, além desta função, os dentes também atuam na mastigação e na fonação, uma vez que para pronunciar corretamente as palavras, a língua precisa do apoio deles. Sendo assim, muitos pacientes procuram atendimento odontológico com o objetivo de recuperar essas funções, como no caso da paciente tratada neste artigo, que além de buscar estética, procurava também função mastigatória e fonética segundo genitora durante as consultas.

Outro aspecto de fundamental importância para a longevidade do tratamento é a conscientização do paciente sobre o prognóstico do mesmo que, embora a técnica adesiva restabeleça a estética, a forma e a função das estruturas dentais comprometidas, a resistência à fratura de dentes traumatizados reduz-se em cerca de 50% quando comparada a de dentes hígidos (KINA et al., 2015). Desta forma, faz-se necessária, especialmente, nessa fase da vida estabelecer os limites da restauração, a fim de prevenir falhas no procedimento por imprevidência.

Se de um modo geral a média de durabilidade do tratamento gira em torno de 1 a 5 anos, sendo a reincidência de novos traumas um dos maiores responsáveis pela perda precoce dessas restaurações (OLDIN et al., 2015) é conveniente que orientações sobre a utilização de proteção bucal no momento das atividades esportivas, bem como orientações em relação ao uso fisiológico dessas restaurações e de promoção de saúde se faz necessária para prolongar a longevidade das mesmas (SOARES; RISSO; MAIA,

2014). Deste modo, a preservação do caso apresentado com radiografias e reavaliações clínicas, mostra-se necessária para a manutenção do sucesso do tratamento restaurador.

Vale ressaltar que a paciente em questão sentiu-se imensamente satisfeita com os resultados obtidos, uma vez que foram restabelecidas suas funções estética, fonética e mastigatória, resultando assim num procedimento clínico satisfatório.

4. Considerações Finais

As fraturas dentárias decorrentes de traumas aparecem como urgências comuns e frequentes nos consultórios odontológicos e, por serem de ocorrência inesperada, principalmente em pacientes pediátricos, exige do odontólogo um bom preparo técnico a fim de restabelecer a função e estética perdidas, auxiliando à recuperação da beleza do sorriso ao paciente, e por conseguinte, da sua autoestima.

Nesse ínterim, a utilização da resina composta para a restauração de dentes anteriores fraturados em crianças tem contribuído substancialmente para a obtenção de resultados rápidos, satisfatórios, sob o ponto de vista estético e funcional, favorecendo o retorno ao convívio social salutar.

Contudo, devemos salientar que a ocorrência cada vez maior de traumatismos dentários na faixa etária infantil aumenta o compromisso dos educadores em acompanhar, conhecer e ensinar, a fim de que, desde que possível, possam ser criadas medidas preventivas para evitar que números maiores de dentes sejam acometidos por esses tipos de problemas, com repercussões muitas vezes, tardias.

Referências

- 1- ALBUQUERQUE R.C., MORGAN L.F.S.A., CORTES M.I.S., BASTOS J.V., LANZA L.D., POLETTI L.T.A. Restoration of traumatized teeth. *Arq Odontol BH*. v.47, n.2, p.97-100, 2011.
- 2- ANCHIETA R.B., ROCHA E.P., WATANABE M.U., ALMEIDA E.O., JÚNIOR A.C.F., MARTINI A.P., BARIONI S.R.P. Recovering the function and esthetics of fractured teeth

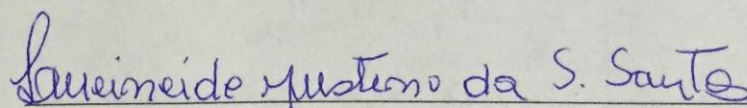
- using several restorative cosmetic approaches. Three clinical cases: case report. **Dental Traumatology**. p.1-7, 2011.
- 3- BARRETO B.C.F., SILVA G.R., BERTAGLIA P.C., SANTOS-CALDEIRA M.M.P., MARTINS L.R.M., SOARES C.J. Dental traumatism in hebiatry: a clinical case report. **Odontol Bras Central**, v.21, n.56, p.510-514, 2012.
 - 4- FAUS D.M., ALEGRE D.T., FAUS M.I., FAUS M.V., FAUS L.V.J. Traumatic dental injuries among schoolchildren in Valencia, Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v.16, n.2, p.292-295, 2011.
 - 5- FERREIRA B.I.P., OLIVEIRA A.F.R., BARRETO S.R., MENDONÇA A.U.M., SOARES G.P. Esthetic rehabilitation in fractured anterior teeth by autogenous fragment reattachment: clinical case report. **Arch Health Invest**. v.4, n.4, p.13-20, 2015.
 - 6- FORCELLI A.P., NUNES M.C.P. Clinical evaluation of direct restorations of type class IV in composite resin performed in traumatized anterior teeth. **Cient Ciênc Biol Saúde**. v.17, n.2, p.81-86, 2015.
 - 7- GERARD L.N., MARTOS J., BALDISSERRA R.A., LUND R.G. Aesthetic rehabilitation in an extensive anterior tooth crown fracture: a case report. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**. v.24, n.1, p.58-63, 2014.
 - 8- GONÇALVES L.B., MEEREIS C.T.W.M., BASSO G.R., MARTOS J., BONA A.D. Esthetic rehabilitation in traumatized anterior tooth – Case Report. **Odonto**. v.21, n.41-42, p.77-83, 2013.
 - 9- GONDO R. Restauração de dente anterior: Relato de caso clínico. **Clin Int J Braz Dent**. v.9, n.1, p.42-47, 2013.
 - 10- JESUS M.A., FARINHAS J.A., COSTA M.C., RISSO P.A., KUCHLER E.C. Multidisciplinary approach to treat a pediatric patient with dental trauma. **Revista Fluminense de Odontologia**. v.17, n.36, p.39-43, 2011.
 - 11- KINA M., SANTOS A.R., KINA J., MARTIN O.C.L., PIRES H.C., BOER N.P., FABRE A.F. Anterior fractured tooth: diagnosis, prognosis and clinical case retreatment. **Arch Health Invest**. v.4, n.1, p.20-25, 2015.
 - 12- KRASTL G., FILIPPI A., ZITZMANN N.U., WALTER C., WEIGER R. Currnt aspects of restoring traumatically fractured teeth. **Eur J Esthet Dent**. v.6, n.2, p.124-141, 2011.
 - 13- LISE D.P., VIEIRA L.C.C., ARAÚJO E., LOPES G.C. Tooth fragment reattachment: the natural restoration. **Oper Dent**. v.37, n.6, p.584-590, 2012.
 - 14- LOSSO E.M., TAVARES M.C.R., BERTOLI F.M.P., FILHO F.B., Dentoalveolar trauma in the primary dentition. **RSBO**. v.8, n.1, p.1-20, 2011.
 - 15- MARTINS P.W.D., SILVA M.G.S., TORRE E.N., BALDISSERA R.A., SILVEIRA L.F.M., CRUZ L.E.R.C. Reabilitação estética em dentes anteriores com lesões de cárie proximais: relato de caso. **Odontol Clín - Cient**. v.10, n.3, p.293-295, 2011.
 - 16- MARTOS J., NASCIMENTO C.N., COLLARES K.F., SILVEIRA L.F.M. Trauma in permanent central incisor with crown fracture treated by direct restoration. **Journal of Pediatric Dentistry**. v.1, n.1, p.24-26, 2013.
 - 17- MENDONÇA D.H.S., AZEVEDO M.L.C., LEANDRINI J.C.D.S., GABRIEL A.E.S. Functional-aesthetic treatment of crown fracture in anterior teeth with severe crowding. **RSBO**. v.9, n.3, p.328-333, 2012.
 - 18- NETTO L.C., WERNECK D. Resolução estética de dentes anteriores em única sessão com uso da matriz de silicone: relato de caso clínico. **Ver Dent**. v.1, n.22, p.5-8, 2011.
 - 19- OLDIN A., LUNDGREN J., NILSSON M., NOREN J.G., ROBERTSON A. Traumatic dental injuries among children aged 0-17 years in the BITA study – A longitudinal Swedish multicenter study. **Dental Traumatology**. v. 31, n.1, p.9-17, 2015.
 - 20- OZEL E., KARAPINAR-KAZANDAG M., SOYMAN M., BAYIRLI G. Resin composite restorations of permanent incisors with crown fractures: a case report with a six-year follow-up. **Operative Dentistry**. v.36. n.1, p.112-115, 2011.
 - 21- PAIVA P.C.P., PAIVA H.N., JORGE K.O., FILHO P.M.O. Cross-sectional study on treatment needs, etiology and occurrence of traumatic dental injuries among 12-year-old schoolchildren in Montes Claros, Brazil. **Arq Odontol, Belo Horizonte**. v.49, n.1, p.19-25, 2013.
 - 22- SILVA G.R., WAECHTER D.M., MARTINS L.R.M., BARRETO B.C.F., SOARES C.J. Restorative Techniques for Anterior Coronal Fractured Teeth. **Cient Ciênc Biol Saúde**. v.14, n.4, p.251-256, 2012.
 - 23- SOARES T.R.C., RISSO P.A., MAIA L.C. **Traumatic dental injury in permanent teeth of Young patients attended at the federal University Rio de Janeiro, Brazil**. v.20, n.2, p.312-316, 2014.
 - 24- SOUSA J.H.P., MORO A.F.V. Solventes do primer: revisão de literatura. **Rev. Bras. Odontol**. v.71, n.1, p.80-84, 2014.

- 25- VIEGAS M.V., PAIVA S.M., CARVALHO A.C., SCARPELLI A.C., FERREIRA F.M., PORDEUS I.A. Influence of traumatic dental injury on quality of life Brazilian preschool children and their families. **Dental Traumatology**. v.30, n.5, p.338-347, 2014.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGENS/EXAMES

Eu **Lucineide Justino da Silva** portadora da **C.I. nº 1.202.314 SSP/SE** concordo em ceder os direitos aos alunos: **Lamarck do Monte Andrade** e **Antônio Gabriel Dantas de Menezes** para que possam utilizar as imagens (ou substituir por **exames**) para a realização do trabalho de conclusão do curso de Odontologia (TCC), bem como para apresentação em congressos ou revistas com finalidades científicas.

Atesto e subscrevo,


Lucineide Justino da Silva