

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANDERSON FÉLIX RIBEIRO DE OLIVEIRA

BIANCA ISABELA PEIXOTO FERREIRA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM DENTE ANTERIOR
FRATURADO ATRAVÉS DA COLAGEM DE
FRAGMENTO AUTÓGENO: RELATO DE CASO
CLÍNICO

ARACAJU

2015

ANDERSON FÉLIX RIBEIRO DE OLIVEIRA

BIANCA ISABELA PEIXOTO FERREIRA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM DENTE ANTERIOR
FRATURADO ATRAVÉS DA COLAGEM DE
FRAGMENTO AUTÓGENO: RELATO DE CASO
CLÍNICO

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^a. Dr^a. GIULLIANA PANFIGLIO SOARES

ARACAJU

2015

ANDERSON FÉLIX RIBEIRO DE OLIVEIRA

BIANCA ISABELA PEIXOTO FERREIRA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM DENTE ANTERIOR
FRATURADO ATRAVÉS DA COLAGEM DE FRAGMENTO
AUTÓGENO: RELATO DE CASO CLÍNICO

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: _____

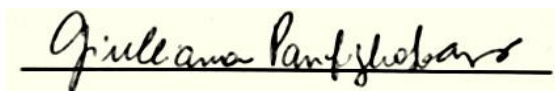
1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Giulliana Panfiglio Soares orientadora dos discentes Anderson Félix Ribeiro de Oliveira e Bianca Isabela Peixoto Ferreira atesto que o trabalho intitulado: “Reabilitação estética em dente anterior fraturado através da colagem de fragmento autógeno: relato de caso clínico” 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,

A handwritten signature in black ink on a light yellow background. The signature reads "Giulliana Panfiglio Soares" in a cursive script.

Giulliana Panfiglio Soares

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

Reabilitação estética em dente anterior fraturado através da colagem de fragmento autógeno: relato de caso clínico

Bianca Isabela Peixoto Ferreira^a, Anderson Félix Ribeiro de Oliveira^a, Sandra Regina Barretto^b, Adriano Augusto Melo de Mendonça^c, Giulliana Panfiglio Soares^b

^(a) *Graduando(a) em Odontologia – Universidade Tiradentes;* ^(b) *Professora Titular I do Curso de Odontologia - Universidade Tiradentes;* ^(c) *Professor Adjunto do Curso de Odontologia - Universidade Federal de Sergipe*

Resumo:

O traumatismo dentário tem se tornado frequente no consultório odontológico e afeta principalmente crianças e adolescentes em idade escolar. O cirurgião-dentista deve recuperar a estética do sorriso, bem como devolver função e características anatômicas ao elemento dentário fraturado, isso acompanhado de um preciso diagnóstico e correta execução do procedimento. A colagem de fragmento autógeno em dente anterior representa uma técnica operatória simples, eficaz e de baixo custo. Fatores como integridade do remanescente coronário e do fragmento, bem como a condição pulpar são importantes na escolha da conduta restauradora. O presente trabalho relata um caso clínico de fratura coronária em incisivo central superior em paciente jovem, no qual foi realizado a colagem de fragmento dental autógeno. Tanto o remanescente quanto o fragmento dentário foram condicionados com ácido e aplicado sistema adesivo. A união entre as duas partes foi promovida por meio de resina composta. O excesso de material foi removido e o acabamento inicial realizado. A presença da linha de fratura foi modificada pela aplicação de resina composta com cores para dentina e esmalte. Decorrido sete dias, nova avaliação e polimento final foram realizados. Levando-se em consideração idade da paciente, estado do fragmento e decisão por uma técnica rápida, pôde-se obter um resultado com estética e função satisfatórias.

Palavras-chaves: Colagem Dentária; Dentística Operatória; Estética Dentária

Abstract:

Dental trauma has become frequently in dental office and mainly affects school-age children and adolescents. The dentist must recover the aesthetics of the smile as well as return function and anatomical characteristics to the fractured tooth, it supported by a correct diagnosis and correct execution of the procedure. The autogenous fragment reattachment in anterior tooth represents a simple surgical technique, effective and low cost. Factors such as remaining coronary and integrity of the fragment, as well as pulp condition are important in the choice of restorative conduct. This paper report a clinical case of coronary fracture in maxillary central incisor in young patient, which was held the dental autogenous fragment reattachment. Both, the tooth than the dental fragment were conditioned with acid and applied adhesive system. The union between the two parties was promoted through composite. The excess material was removed and the finishing carried out. The presence of the fracture line was modified by application of composite resin to dentin and enamel colors. After seven days, new evaluation and final polishing was performed. Considering the age of the patient, the state of the fragment and the decision by a quick technique, it might get a result with satisfactory function and aesthetic.

Keywords: Dental Bonding; Dentistry Operative; Esthetics Dental

1. Introdução

O traumatismo dentário tem se tornado uma emergência frequente no consultório odontológico (SANABE et al., 2009). Tal problema acomete mais crianças e adolescentes que estão em idade escolar, e em suas principais

causas estão as quedas, agressões, acidentes automobilísticos e atividades esportivas (DINIZ; ARANHA; GIRO, 2008; BHARGAVA, et al., 2010). Condições anatômicas também predispõem a vulnerabilidade aos

traumas dentários como: a oclusão do tipo Classe II de Angle; que não favorece um selamento labial adequado, mordida aberta, lábio superior curto e pacientes que possuem o hábito da respiração bucal (ALMEIDA et al., 2012).

As fraturas coronárias geralmente resultam de um choque frontal onde a força exercida no dente supera a resistência do esmalte e da dentina. De tal forma, a fratura acompanha a direção dos prismas de esmalte, provocando desde pequenas trincas até uma exposição pulpar (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

A aparência dos dentes anteriores integra, sem dúvidas, a estética facial e pode interferir diretamente no comportamento do indivíduo (NARHI et al., 2003). Quando um trauma atinge a estrutura dentária, principalmente na região anterior, alguns problemas como injúrias aos tecidos, limitação da fala, deslocamento de dentes, alteração da função mastigatória, assim como, introspecção e mudanças de hábitos no convívio social, podem ser desencadeados (BELOTSEKOVETS et al., 2005).

As fraturas coronárias constituem 18 a 22% dos casos de traumatismos dentários. Do total destas fraturas, 96% abrangem os incisivos superiores, onde 80% são incisivos centrais e 16%, incisivos laterais (MAITIN et al., 2013). Por motivo da localização vulnerável na arcada dentária, os incisivos centrais superiores são os dentes mais passíveis de sofrer fraturas (MAIA et al., 2003; MACEDO et al., 2008). A dimensão e gravidade das fraturas estão relacionadas com a natureza, intensidade do trauma e com as características do dente envolvido (REIS et al., 2004; AVELAR et al., 2009).

Algumas alternativas de tratamento foram propostas para a restauração dos dentes fraturados, tais

como: coroas em cerâmica, facetas, restauração em compósito com ou sem pino (ANDREASEN et al., 1995; FREDRIKSSON et al., 1998; GORECKA; SULIBORSKI; BISKUPSKI, 2000). Essas alternativas podem recuperar total ou parcialmente a resistência mecânica dos dentes traumatizados (TORBJORNER; KARLSSON; ODMAN, 1995). Entretanto, segundo estes autores, estas técnicas geralmente exigem desgaste de estrutura dentária sadia para a confecção dos preparos. A colagem de fragmento dentário representa a alternativa mais conservadora e econômica na dentística restauradora (BOZKURT; DEMIR; ERKAN, 2015) objetivando devolver estrutura, aspectos mecânicos e estéticos.

A escolha pela colagem do fragmento, possibilita um tratamento imediato do dente envolvido, exigindo nenhum ou mínimo desgaste na estrutura coronária (MARSON et al., 2006). Quando disponível, o fragmento dentário deve apresentar boa adaptação ao remanescente (YILMAZ et al., 2008). A alteração da cor do fragmento provavelmente está associada à desidratação da dentina (BRUSCHI-ALONSO et al., 2010), o que também pode resultar na diminuição da resistência adesiva entre o fragmento e o remanescente (SILVA et al., 2012).

Afim de se preservar as características ideais do fragmento, recomenda-se conservá-lo em recipiente com solução fisiológica, leite, saliva ou na própria boca, mantendo as condições favoráveis para a reutilização do fragmento e o encaminhando o mais rápido possível para um cirurgião-dentista (ANDREASEN et al., 2012; COSTA et al., 2014).

Todavia, a desidratação tardia pode comprometer o resultado estético da restauração. Na tentativa de desafiar

isto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fratura coronária em incisivo central superior em paciente jovem, no qual foi realizada a colagem de fragmento dental autógeno com acondicionamento tardio.

2. Relato de Caso Clínico

Paciente sexo feminino, 11 anos, apresentou-se à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, tendo como queixa principal fratura envolvendo o terço médio da unidade 21 (Figura 1). A fratura foi resultado de um acidente em ambiente escolar, ocorrido 05 semanas antes do atendimento odontológico. Apesar disto, o fragmento dentário somente foi acondicionado em soro fisiológico 30 dias depois do acidente, permanecendo por uma semana antes da cimentação. Após exame clínico foi constatado não haver exposição da polpa (Figura 2), bem como ausência de mobilidade e dor, e ao exame radiográfico não foi observada nenhuma alteração periapical (Figura 3). Teste de vitalidade pulpar foi realizado na unidade dentária com spray refrigerado à -50°C (Endo Ice/Maquira) aplicado em bolinha de algodão, tendo resposta positiva. A partir dos dados obtidos, o tratamento de escolha foi a colagem do fragmento, devido a sua integridade e adaptação ao remanescente coronário.



Figura 1. **A:** Aspecto clínico inicial. **B:** Vista frontal da fratura coronária da unidade 21.

O procedimento restaurador foi iniciado com profilaxia da unidade 21 e do fragmento com uma mistura de pedra



Figura 2. Vista incisal mostrando não haver exposição da polpa.

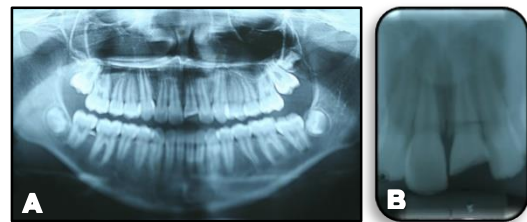


Figura 3. **A:** Radiografia panorâmica. **B:** Radiografia periapical da unidade fraturada.

pomes e água aplicada com taça de borracha em baixa rotação. Em seguida, a seleção de cor da resina composta foi realizada com o auxílio da escala Vita. Para correta inserção e adaptação do fragmento dentário, um guia confeccionado em resina acrílica foi preparado com o fragmento em posição e a unidade adjacente sob isolamento absoluto do campo, com o objetivo de facilitar o manuseio e servir de orientação do fragmento no longo eixo do dente (Figura 4). Para promover uma melhor retenção do compósito nessa região, um bisel interno em dentina foi realizado no fragmento com ponta diamantada nº1012 (KG SORENSEN).

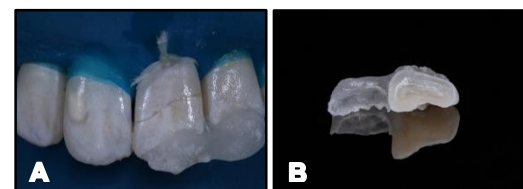


Figura 4. **A:** Confeção da guia acrílica para correta adaptação do fragmento ao remanescente dentário. **B:** Fragmento adaptado na guia acrílica.

Foi feito condicionamento com ácido fosfórico 37% (Gel Alpha Etch/DFL) aplicado no fragmento e no remanescente coronário com 15 e 30 segundos em dentina e esmalte, respectivamente. Em seguida, lavado em abundância e secado com bolinhas de algodão estéril seguido da aplicação do sistema adesivo (Âmbar/FGM). A evaporação do solvente foi promovida pela secagem com jato de ar à distância, e o adesivo reaplicado e fotopolimerizado por 20 segundos (Figuras 5, 6 e 7).

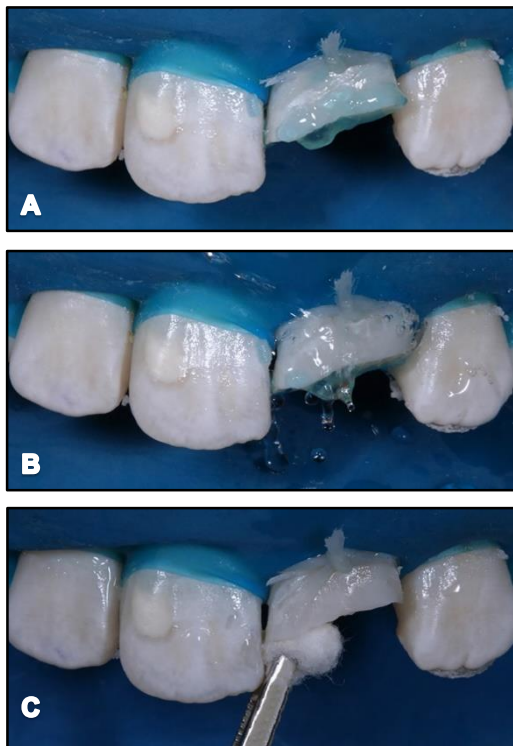


Figura 5. **A:** Condicionamento com ácido fosfórico 37% do remanescente dental. **B:** Lavagem abundante. **C:** Secagem com bolinha de algodão estéril.

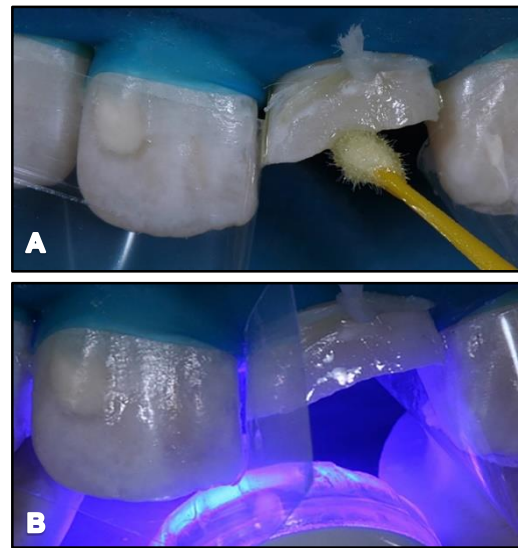


Figura 6. **A:** Aplicação do sistema adesivo no remanescente dental. **B:** Fotopolimerização do sistema adesivo.

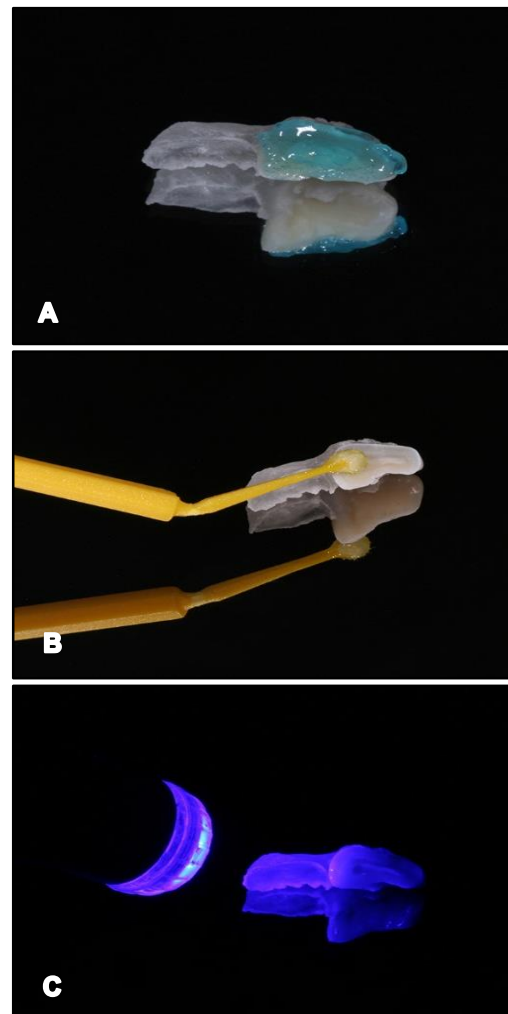


Figura 7. **A:** Condicionamento com ácido fosfórico 37% no fragmento adaptado à guia acrílica. **B:** Aplicação do sistema adesivo. **C:** Fotopolimerização do sistema adesivo.

Uma fina camada de resina composta na cor DA1 (Opallis/FGM) foi inserida na parte interna do fragmento, e com o auxílio da guia de resina acrílica, o fragmento foi reposicionado (Figura 8). Após a remoção dos excessos, o material restaurador foi fotopolimerizado por 40 segundos e o isolamento absoluto foi removido (Figura 9). Seguiu-se do ajuste oclusal com o posicionamento mandibular em máxima intercuspidação habitual, protusão e lateralidade, identificando os contatos com tiras de papel carbono (AccuFilm II/Parkell).

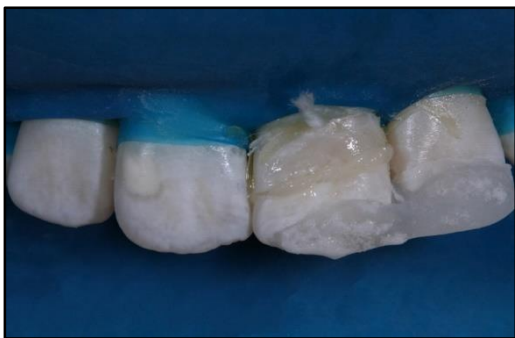


Figura 8. Adaptação do fragmento ao remanescente coronário



Figura 9. Aspecto clínico logo após a colagem do fragmento e remoção do isolamento absoluto.

Na sessão seguinte, afim de mascarar a linha de fratura, um pequeno desgaste foi realizado com ponta diamantada nº1012 (KG SORENSEN) (Figuras 10 e 11).



Figura 10. Realização de bisel vestibular com ponta diamantada esférica.



Figura 11. Bisel confeccionado no remanescente dental e no fragmento.

Foi aplicado ácido fosfórico 37% (Gel Alpha Etch/DFL), por 30 segundos e o gel removido com lavagem em abundância. As superfícies foram secas com bolinhas de algodão estéril, seguida da aplicação do sistema adesivo (Âmbar/FGM). O solvente foi evaporado com aplicação de jato de ar à distância, e uma segunda camada de adesivo foi reaplicada e fotopolimerizada por 20 segundos (Figura 12 e 13).

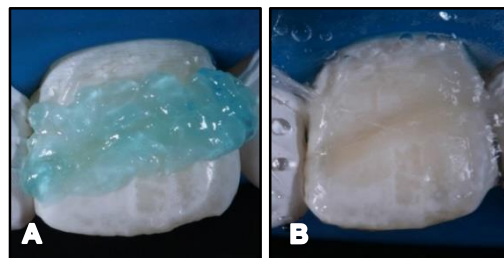


Figura 12. **A:** Condicionamento com ácido fosfórico 37%. **B:** Lavagem

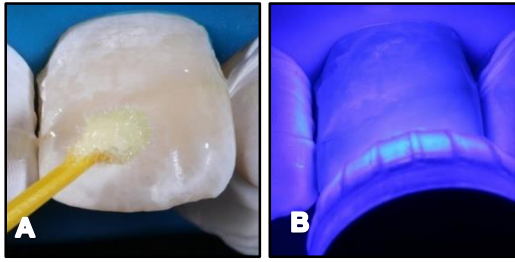


Figura 13. **A:** Aplicação do sistema adesivo. **B:** Fotopolimerização do sistema adesivo.

Uma camada de resina composta na cor DA1 (Opallis/FGM) foi inserida para cobrir a linha de união entre o dente e o fragmento, e fotopolimerizado por 40 segundos (Figura 14A). A paciente apresentava típicas manchas brancas de fluorose e houve a necessidade de reproduzi-las com pequenos incrementos da resina de efeito na cor Weiss (Tetric Color/Ivoclar Vivadent) seguido da sua fotoativação por 40 segundos (Figura 14B).

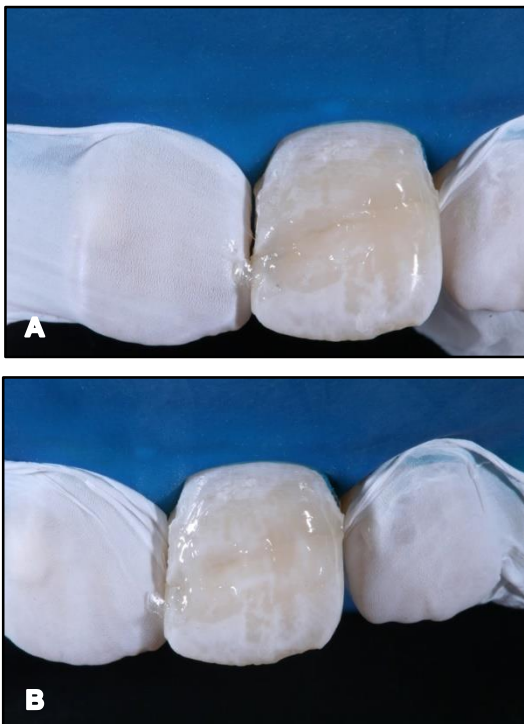


Figura 14. **A:** Cobertura da linha de fratura com resina composta na cor DA1 (Opallis/FGM). **B:** Incrementos de resina de efeito na cor Weiss (Tetric Color/Ivoclar Vivadent).

Para garantir maior naturalidade e fidelidade ao esmalte foi também utilizada a resina translúcida Pearl Frost (Vit-l-escence), seguido da sua fotoativação por 40 segundos (Figura 15). Foram confeccionados sulcos de desenvolvimento na face vestibular com ponta diamantada n° 2200FF (KG SORENSEN) (Figura 16).



Figura 15. Inserção de resina composta na cor Pearl Frost (Vit-l-escence).



Figura 16. Confeção dos sulcos de desenvolvimento com ponta diamantada n° 2200FF.

O acabamento foi obtido com ponta diamantada n°2200FF (KG SORENSEN) e discos de lixa (Figura 17A). O polimento do material foi realizado com escovas de carbeto de silício (Ivoclar Vivadent) (Figura 17B) e pasta de polimento (Enamelize e Porcelize/Cosmedent) aplicada com disco de feltro, alcançando melhor lisura superficial. Nas regiões proximais foram

realizados acabamentos com tiras de lixa (3M/ESPE) (Figura 17C).

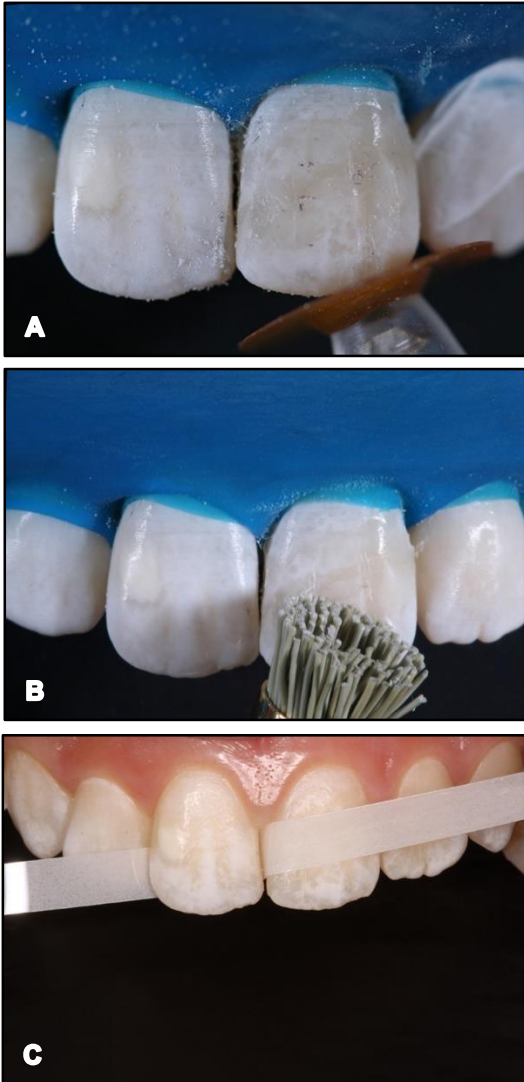


Figura 17. **A:** Acabamento com discos de lixa. **B:** Polimento da superfície dentária com escova de carbeto de silício. **C:** Acabamento nas proximais com tiras de lixa.

A paciente recebeu orientações a respeito dos cuidados com o dente reabilitado, e sobre as avaliações periódicas para preservação das condições estéticas e funcionais do mesmo (Figura 18). Após 45 dias da colagem do fragmento foi feita nova reavaliação radiográfica (Figura 19) e clínica (Figura 20) da unidade 21, que apresentou-se estética e funcionalmente satisfatória.



Figura 18. Aspecto clínico após 45 dias da colagem do fragmento.



Figura 19. Aspecto radiográfico após 45 dias da colagem do fragmento.



Figura 20. Aspecto clínico final.

3. Discussão

Considera-se traumatismo dentário as injúrias causadas por força mecânica, agressão química ou térmica provocadas ao dente e suas estruturas de suporte, onde a proporção da injúria excede a resistência dos ossos adjacentes e do dente afetado (ZAGO, 2012). O trauma dentário deve ser considerado um problema de saúde pública. Isso pode ser afirmado através de uma ampla revisão da epidemiologia das lesões dentais traumáticas (GLENDOR, 2008).

Para as lesões causadas por trauma dentário, diferentes classificações são citadas. Abordando as lesões coronárias, estas podem ser divididas em não-complicadas, quando há envolvimento apenas de dentina e esmalte; e complicadas, quando a polpa também é exposta pela lesão (FLORES et al., 2007).

Há várias alternativas de tratamento para a reabilitação de um dente fraturado (ANDREASEN et al., 1995; FREDRIKSSON et al., 1998; GORECKA; SULIBORSKI; BISKUPSKI, 2000), porém o tratamento mais conservador, quando se pode optar, é a colagem de fragmento (BOZKURT; DEMIR; ERKAN, 2015). O primeiro caso publicado utilizando esta técnica foi realizado por Chosak & Eidelman (1964), onde reabilitaram um dente fraturado com a própria estrutura que havia sido desagregada do remanescente dental.

Para que se obtenha um bom resultado na colagem de fragmento, a forma como este foi acondicionado pode interferir no sucesso do procedimento. Quando mantido desidratado por tempo prolongado, a predisposição à novas fraturas será maior (BABAJI et al., 2014). No entanto, caso seja acondicionado de forma indicada como em solução salina, saliva, leite ou na

boca, sob a língua, a resistência poderá ser restituída (SILVA et al., 2012; ANDREASEN et al., 2012; PUGLIESI et al., 2004), sabendo-se que a maioria dos sistemas adesivos são hidrofílicos e necessitam de dentina hidratada (DEMOGALSKI et al., 2006).

No caso clínico relatado no presente trabalho, optou-se por realizar a colagem de fragmento, após a constatação de excelente coloração do fragmento, da boa adaptação ao remanescente, por ser um procedimento de rápida execução e baixo custo, além de devolver as características estéticas e anatômicas do dente, assim como, ser um material psicologicamente mais aceito e satisfatório ao paciente (NARHI et al., 2003; BELOTSERKOVETS et al., 2005).

Apesar do fragmento ter sido mantido desidratado durante 30 dias, o fato da paciente ter apenas 11 anos de idade e o acondicionamento em solução fisiológica ter sido realizado sete dias antes do procedimento restaurador, foram de fundamental importância para a decisão do tratamento a ser realizado, pois esta reidratação visa devolver o resultado estético nas colagens de fragmentos. Em alguns casos, o fragmento volta a se hidratar na primeira semana após a colagem, em outros, isso só ocorre meses depois ou pode não vir a acontecer completamente (MOURA et al., 2013). Recomenda-se ao paciente, visitas periódicas ao cirurgião-dentista para que se faça checagem da oclusão, verificação da adesão e alteração cromática do dente.

4. Considerações Finais

A técnica de colagem do fragmento dentário, desde que corretamente planejada e realizada, é uma opção de tratamento simples e conservadora, principalmente em pacientes jovens, faixa etária esta, com

maior prevalência de trauma na região anterior. Diante do exposto, pode-se considerar que a colagem de fragmento é um tratamento viável no que diz respeito aos resultados estéticos e funcionais, necessitando, entretanto, sempre do acompanhamento rigoroso do paciente e de cuidados após a reabilitação para o sucesso do procedimento restaurador.

Referências

1. ALMEIDA CM, LOPES LGS, VASCONCELOS WA, VAZ RR, BARROS VM. Recuperação estética através de colagem de fragmentos dentários e afastamento mecânico: caso clínico. **Revista Científica do SOMGE**. Vol.1, No 1, 2012.
2. ANDREASEN FM, NORÉN JG, ANDREASEN JO, ENGELHARDTSEN S, LINDH-STRÖMBERG U. Long term survival of fragment bonding in the treatment of fractured crowns. **Quintessence Int**. 26(10):669-81, Oct., 1995.
3. ANDREASEN JO, ANDREASEN FM. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 2001.
4. ANDREASEN JO, LAURIDSEN E, GERDS TA, AHRENSBURG SS. Dental trauma guide: a source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. **Dent Traumatol**. 28(5): 345-50, Oct., 2012.
5. AVELAR FM, PENIDO CVSR, CRUZ RA, PENIDO SMMO. Colagem homogênea de fragmento dentário em incisivo central superior permanente-relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**., v. 14, n. 1, p. 66-70, jan-abr., 2009.
6. BABAJI, P; KHANNA, P; SHANKAR, S; CHAURASIA, V. R; MASAMATTI, V. S. Biologic Restoration: A Treatment Option for Reconstruction of Anterior Teeth. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v. 8. n. 11. p. 11 – 13. Nov. 2014.
7. BELOTSEKOVETS LR, RODRIGUES JA, CAMPOS IT, MARCHI GM. Restabelecimento da estética através da colagem de fragmento dentário. **Rev ABO Nac**. 13(1):41-4., 2005.
8. BHARGAVA, M; PANDIT, I. K; SRIVASTAVA, N; GUGNANI, N; GUPTA, M. An evaluation of various materials and tooth preparation designs used for reattachment of fractured incisors. **Dental Traumatology**. v. 26. p. 409 – 412. May. 2010.
9. BOZKURT FO, DEMIR B, ERKAN E. Reattachment of dehydrated tooth fragments: Two case reports. **Niger J Clin Pract**. 18:140-3., 2015.
10. BRUSCHI-ALONSO RC, ALONSO RC, CORRER GM, ALVES MC, LEWGOY HR, SINHORETI MA, PUPPIN-RONTANI RM, CORRER-SOBRINHO L. Reattachment of anterior fractured teeth: effect of materials and techniques on impact strength. **Dent Traumatol**. 26(4):315-22; 2010.
11. CHOSACK ABDS, EIDELMAN EDO. Rehabilitation of a fractured incisor using the patient's natural crown - case report. **J Dent Child**. 31:19-21; 1964.
12. COSTA LED, QUEIROZ FS, NÓBREGA CBC, LEITE MS, NÓBREGA WFS, ALMEIDA ER. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. **Rev Odontol UNESP**. 43(6): 402-408; Nov-Dez; 2014.
13. DEMOGALSKI G, HILGENBERG SP, SILVA HA, DA,CHIBINSKI ACR, WAMBIER DS. Colagem autógena em dentes anteriores fraturados: um recurso válido na odontopediatria. **J Bras Clin Odontol Int** - Edição Especial: 01-05; 2006.
14. DINIZ MB, ARANHA AMF, GIRO EMA. Reabilitação de dentes anteriores traumatizados pela técnica da colagem de fragmentos. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 26(3):366-71; 2008.

15. FLORES MT, ANDERSSON L, ANDREASEN JO, BAKLAND LK, MALMGREN B, BARNETT F, BOURGUIGNON C, DIANGELIS A, HICKS L, SIGURDSSON A, TROPE M, TSUKIBOSHI M, VON ARX T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dent Traumatol.** 23(2):66-71, Apr; 2007.
16. FREDRIKSSON M, ASTBACK J, PAMENIUS M, ARVIDSON K. A retrospective study of 236 patients with teeth restored by carbon fiber-reinforced epoxy resin posts. **J Prosthet Dent.** 80(2): 151-7; 1998.
17. GLENDOR U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12 year review of the literature. **Dent Traumatol.** 24(6):603-11, Dec; 2008.
18. GORECKA V, SULIBORSKI S, BISKUPSKI T. Direct pulp capping with a dentin adhesive resin system in children's permanent teeth after traumatic injuries: case reports. **Quintessence Int.** 31(4): 241-8; 2000.
19. MACEDO GV, DIAZ PI, FERNANDES CAO, RITTER AV. Reattachment of Anterior Teeth Fragments: A Conservative Approach. **J Esthet Restor Dent.** 20:5-20; 2008.
20. MAIA EA, BARATIERI LN, ANDRADA MA, MONTEIRO JR. S, ARAÚJO JR EM. Tooth fragment reattachment: fundamentals of the technique and two case reports. **Quintessence Int.** 34(2):99-107; 2003.
21. MAITIN N, MAITIN SN, RASTOGI K, BHUSHAN R. Fracture tooth fragment reattachment. **BMJ Case Rep.** 12, Jul; 2013.
22. MARSON FC, SENSI LG, BELLI R, MONTEIRO JÚNIOR S, ARAÚJO E. Colagem transcirúrgica de fragmento dental: relato de caso clínico. **Clin Int J Braz Dent.** 2(3): 258-66; 2006.
23. MOURA LFA, LIMA MDM, LEOPOLDINO VD, MOURA MS, SIMPLICIO AHM, MARTINS JFM. Homogenous bonding- case report and 18-year follow up. **Dent Traumatol.** v.29:161-164; 2013.
24. NARHI TO, TANNER J, OSTELA I, NARVA K, NOHRSTROM T, TIRRI T, VALLITTU PK. Anterior Z250 resin composite restorations: one-year evaluation of clinical performance. **Clin Oral Investig.** 7(4):241-3; 2003.
25. PUGLIESI DM, CUNHA RF, DELBEM AC, SUNDEFELD ML. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0-3 years. **Dent Traumatol.** 20(3): 139-42; 2004.
26. REIS A, LOUGUERCIO AD, KRAUL A, MATSON E. Reattachment of fracture teeth: A review of literature regarding techniques and materials. **Oper Dent.** 2(29):226-33; 2004.
27. SANABE ME, CAVALCANTE LB, COLDEBELLA CR, ABREU-E-LIMA FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Rev Paul Pediatr.** 27(4):447-51; 2009.
28. SILVA RG, SOUSA CR, MARTINS LRM, BARRETO BCF, OLIVEIRA MAVC, SOARES CJ, FERNANDES-NETO AJ. Colagem de Fragmento Dentário: Revisão Sistemática da Literatura Associada a Relato de Caso Clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central.** v. 21, n. 58, p. 564-569; 2012.
29. TORBJORNER A, KARLSSON S, ODMAN PA. Survival rate and failure 0-3 years. **Dent Traumatol.** 20(3): 139-42; 2004.
30. YILMAZ Y, ZEHIR C, EYUBOGLU O, BELDUZ N. Evaluation of success in the reattachment of coronal fractures. **Dent Traumatol.** 24(2):151-8; 2008.
31. ZAGO TM. **Prevalência e tratamento de fraturas coronárias decorrentes de traumatismos dentários** / Thaís Martins Zago. Trabalho de conclusão do curso de graduação em odontologia da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba—Piracicaba, SP: [s.n.], 2012.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, **MARIA DE FÁTIMA FREIRE**, portador da C.I nº **600.405 SSP/SE**, faço uso deste document a fim de garantir o uso das imagens de **VICTÓRIA FÁTIMA FREIRE BRAGA** (Minha Filha) em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

Aracaju, 01 de outubro de 2015



Maria de Fátima Freire