

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JHOSEPHY FONSÊCA NOVAIS FLORENTINO BATISTA

LEANDRO DE OLIVEIRA VALENÇA

INTRUSÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO DECORRENTE  
DE TRAUMA EM PACIENTE INFANTIL: RELATO DE  
CASO.

Aracaju

2019

JHOSEPHY FONSÊCA NOVAIS FLORENTINO BATISTA  
LEANDRO DE OLIVEIRA VALENÇA

INTRUSÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO DECORRENTE  
DE TRAUMA EM PACIENTE INFANTIL: 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.

PROFA. DRA. SUZANA  
PAPILE MACIEL.

Aracaju

2019

JHOSEPHY FONSÊCA NOVAIS FLORENTINO BATISTA  
LEANDRO DE OLIVEIRA VALENÇA

INTRUSÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO DECORRENTE  
DE TRAUMA EM PACIENTE INFANTIL: 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:* Suzana Papile Maciel.

---

---

*1º Examinador:* \_\_\_\_\_

---

*2º Examinador:* \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Suzana Papile Maciel, orientadora dos discentes Jhosephy Fonsêca Novais Florentino Batista e Leandro de Oliveira Valença atesto que o trabalho intitulado: “Intrusão de elemento dentário decorrente de trauma em paciente infantil: 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,

---

**Orientadora**

“Entender a vontade de Deus nem sempre é fácil, mas crer que ele está no comando e tem um plano para nossa vida, faz a caminhada valer a pena.”

**JAÍLSON GALEGÃO**

# **INTRUSÃO DE ELEMENTO DENTÁRIO DECORRENTE DE TRAUMA EM PACIENTE INFANTIL: RELATO DE CASO.**

Jhosephy Fonsêca Novais Florentino Batista<sup>1</sup>, Leandro de Oliveira Valença<sup>2</sup>, **Suzana Papile Maciel<sup>3</sup>**.

*<sup>1</sup>Graduando em Odontologia- Universidade Tiradentes; <sup>2</sup>Graduando em Odontologia- Universidade Tiradentes; <sup>3</sup>Perita dos Institutos Médico Legais de Euclides da Cunha, SSP/BA e Sergipe, SSP/SE e professora Titular da Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.*

## **RESUMO**

Os traumatismos dentários são ocorrências comuns na odontopediatria e se caracterizam como lesões causadas por algum fator externo, resultando em injúrias aos dentes e aos tecidos adjacentes. Os traumas podem variar desde uma trinca a nível de esmalte até a completa avulsão do dente para fora do alvéolo. Um dos tipos mais preocupantes é a luxação intrusiva, caracterizado pelo deslocamento axial do dente em direção ao alvéolo, causando grandes danos à polpa e às estruturas de sustentação do dente afetado. Acomete geralmente as regiões anterossuperiores e inferiores, podendo levar a um quadro de retenção prolongada da unidade. O tratamento depende do estágio de desenvolvimento do dente e o dano às suas estruturas de suporte. Por tanto, o objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um paciente do gênero masculino, de 8 anos de idade, com intrusão do incisivo central superior em decorrência de um traumatismo dental, no qual se optou por um tratamento conservador, preservando o mesmo até sua revascularização e reerupção passiva.

**PALAVRAS- CHAVE:** Endodontia. Odontopediatria. Traumatismos dentários. Avulsão dentária.

## **ABSTRACT**

Dental traumatism are common occurrences in pediatric dentistry and are characterized as lesions caused by some external factor, resulting in injuries to adjacent teeth and tissues. Traumas can range from a crack to enamel level, to complete avulsion of the tooth out of the socket. One of the most worrisome types is the intrusive dislocation, characterized by axial displacement of the tooth towards the

alveolus, causing great damage to the pulp and the supporting structures of the affected tooth. It usually affects the anterior and inferior regions and can lead to a prolonged retention of the unit. Treatment depends on the stage of development of the tooth and the damage to its supporting structures. Therefore, the objective of this study is to report the clinical case of a 8-year-old male patient with intrusion of the upper central incisor due to a dental trauma, in which a conservative treatment was adopted, even until its revascularization and passive reeruption.

**KEYWORDS:** Endodontics. Pediatric dentistry. Tooth injuries. Tooth avulsion.



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Rodrigues et al (2015), o trauma dentário é caracterizado como um dos mais sérios contratemplos de saúde bucal, pois geralmente origina situação de urgência odontológica e requer intervenção imediata do profissional. Esse tipo de dano acomete uma parte considerável da população, podendo causar graves perdas funcionais. Suas repercussões atingem não só a esfera física, mas também o âmbito psicológico e estético. Mais ainda, mobiliza toda a organização familiar, com impactos inclusive sobre os pais das crianças. Os estudos epidemiológicos mostraram que a cada duas crianças, uma sofre traumatismo dentário, ocorrendo com maior frequência entre 07 e 12 anos, com prevalência um pouco maior no sexo masculino, como apontam Corrêa, (2011) e Guedes-Pinto (2016). Pesquisas realizadas no Brasil sobre trauma dentário apontaram que 20% a 31% dos escolares são acometidos por esse incidente. Segundo as buscas, as unidades dentárias mais envolvidas são os incisivos centrais superiores, seguidos pelos incisivos laterais superiores e centrais inferiores de acordo com Mota et al. (2015); Kina et al. (2015) e Avelar et al. (2017).

Sene e Manhez (2014) afirmaram que o traumatismo dental é um acontecimento que envolve várias especialidades, sendo que o tratamento é bastante complexo e muitas vezes, o prognóstico é duvidoso. Com relação à causa, pode ser provocado por agressão térmica, química ou mecânica sofrida pelo dente e estruturas adjacentes, cuja magnitude supera a resistência encontrada nos tecidos ósseos e dentários, sendo que sua extensão tem relação direta com a sua intensidade, tipo e tempo do impacto. Outro aspecto importante é o grande impacto psicológico da lesão dental nos pais e na criança. Além da dor e desconforto, a alteração na face da criança devido ao trauma pode provocar bullying. E, nesse ínterim, foi demonstrado na literatura que as quatro características físicas mais comuns que levam à provocação e assédio entre as crianças são os dentes, cabelo, peso e altura. Assim, os cirurgiões-dentistas não devem evitar tratar um dente, mesmo quando o prognóstico parece ser comprometido. Em uma criança, a presença de um elemento dentário, mesmo por um curto período de tempo, pode melhorar significativamente a sua qualidade de vida afirmam Ashkenazi et al. (2015).

Cardoso (2014) citou que, segundo a OMS, os traumatismos dentários podem ser classificados em 03 grupos: Grupo 1: lesões aos tecidos duros do dente e a polpa;

Grupo 2: lesões aos tecidos periodontais e Grupo 3: lesões na gengiva ou mucosa oral. Dentro desses grupos, destacam-se as fraturas de esmalte, dentina e raiz, concussão, subluxação, e as luxações extrusiva, intrusiva, lateral e dentaria e, nos tecidos moles, abrasões e lacerações. Desse modo, observa-se que as luxações, com destaque para as intrusivas, ocorrem quando o dente é colocado para o interior do processo alveolar, devido a um impacto axial, levando a um trauma extenso da polpa e da estrutura de sustentação, causando problemas severos ao dente afetado, havendo dano máximo à polpa e aos tecidos adjacentes Mota et al. (2015).

O diagnóstico dos traumatismos dentários deve ser realizado por meio de exames radiográficos, antecedendo qualquer intervenção ao elemento traumatizado. Em casos de intrusão, o tratamento escolhido depende do estágio de maturação radicular, e no caso da rizogênese incompleta, pode-se aguardar a reerupção espontânea, quando ocorre a revascularização, reposicionamento cirúrgico ou extrusão ortodôntica. Ainda, em grande parte dos elementos intruídos, faz-se necessário a realização de endodontia de modo imediato ou tardio, como afirmam os autores Guedes- Pinto (2016) e Mota et al. (2015).

Portanto, o objetivo desse trabalho é discutir um caso clínico no qual um trauma provocou a intrusão do incisivo central superior permanente (unidade 21), associado a uma fratura de bordo incisal a nível de esmalte no mesmo. Em decorrência do incidente, houve a reerupção completa e por isso, optou-se pela revascularização do elemento sem a intervenção, apenas acompanhamento. Nesse caso, foi realizada a restauração, sem a necessidade da modalidade endodôntica, até o momento.

## **2. RELATO DE CASO**

Paciente C.W.C.O, sexo masculino, 8 anos, compareceu a clínica odontológica da Universidade Tiradentes acompanhado de sua mãe com a seguinte queixa principal: “Quero saber o que fazer com o dente do meu filho, ele caiu jogando bola e o dente entrou”. Foi relatada queixa de dor e desconforto local. A responsável afirmou que o paciente sofreu um trauma há 03 dias e após esse episódio notou a ausência do incisivo central superior permanente. Na anamnese, a mãe relatou que a criança não é portadora de doenças sistêmicas e alergias, não apresenta sinais de lesões

neurológicas e todas as vacinas em dias. Ao exame extra-oral observou-se edema e escoriações em região de mento medindo 1,5cm de altura e 1,0cm de largura, e lábio inferior medindo 2mm de altura e 2mm de largura. No exame intra-bucal, notou-se intrusão do incisivo central superior esquerdo e fratura de bordo incisal do incisivo central e lateral ambos do lado esquerdo.

Figura 1. Avaliação inicial do caso



Fonte: arquivo pessoal.

Ao exame radiográfico, notou-se a presença da unidade 21 em posição intra-alveolar, confirmando o diagnóstico de intrusão grave com cerca de 6mm de intrusão da unidade 21, além da presença de fratura a nível de esmalte na bordo incisal das unidades 21 e 22.

Figura 2. Radiografia periapical inicial confirmando o diagnóstico de luxação intrusiva da unidade 21 e evidenciando fratura de bordo incisal das unidades 21 e 22.



Fonte: arquivo pessoal.

Após o diagnóstico, optou-se pela preservação do caso durante 45 dias até a reerupção espontânea da unidade dentária, com retornos periódicos à clínica

odontológica da UNIT para reavaliação. Entre as consultas de acompanhamento, observou-se a reerupção quase completa de 4mm da unidade 21, sendo possível realizar os testes de vitalidade pulpar.

Foi realizado o teste térmico frio descrito a seguir: uma haste flexível de algodão foi embebida na face utilizando o spray para teste de vitalidade pulpar Endo-Ice na superfície vestibular da unidade afetada e nas unidades adjacentes como forma de segurança. Como não houve resposta ao teste na unidade 21 e os elementos adjacentes apresentavam-se positivo, comumente seria feito o tratamento endodôntico, contudo, como não foram encontradas edemas, fistulas ou alteração de cor na região, optou-se pela preservação e aguardou a reerupção e revascularização do caso por se tratar de um dente imaturo.

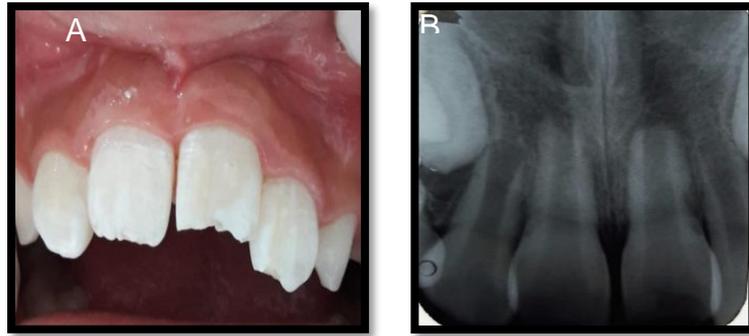
Figura 3. (A) Visualização da coroa clinica após 45 dias; (B) Materiais utilizados para o teste de vitalidade pulpar.



Fonte: arquivo pessoal.

No intervalo de 4 meses, o paciente retornou a clínica odontológica da UNIT para novos exames radiográficos e vitalidade pulpar, e observou-se que a unidade 21 não apresentava sinais de reabsorção interna ou externa apresentando uma maior formação radicular de dentina, ausência de edema, fistula e alteração de cor, com rizogênese incompleta, optando-se, assim, pela revascularização da unidade. Ainda, pôde-se observar clinicamente fratura a nível de esmalte, possibilitando assim o procedimento restaurador.

Figura 4. (A) Fatura da borda incisal das unidades 21 e 22; (B) Fratura a nível de esmaltes na borda incisal.



Fonte: arquivo pessoal.

Sendo assim, realizou-se a profilaxia com taça de borracha acoplada na caneta de baixa rotação com água e pedra pomes-Maquira, por 10 segundos. Em seguida seleção de cor da resina composta EA2 opallis-FGM.

Figura 4. (A) Fatura da borda incisal das unidades 21 e 22; (B) Fratura a nível de esmaltes na borda incisal.



Fonte: arquivo pessoal.

Então, realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico (condac 37% -FGM) por 30 segundos em esmalte, seguido de lavagem abundante e secagem com bolinha de algodão estéril, condicionamento adesivo (ambar – FGM) e foto polimerização por 20 segundos.

Figura 6. Hibridização e fotopolimerização.



Fonte: arquivo pessoal.

De acordo com o caso descrito, foi realizado a restauração de resina composta (EA2 opallis-FGM) para esmalte e resina composta para translucidez de bordo incisal (VH opallis-FGM) por técnica incremental, com espátula de resina composta thompson e tira de poliéter para confecção da parede palatina.

Figura 7. Restauração da unidade 21 e 22.



Fonte: arquivo pessoal.

Em seguida, foi realizado acabamento e polimento imediato com broca 2200FF, disco de polimento, e disco de feltro para melhor lisura, brilho e longevidade da restauração. O polimento imediato foi realizado devido as condições socioeconômicas da família, como a impossibilidade de retorno para uma próxima consulta

Figura 8. (A) acabamento com broca 2200FF; (B) acabamento com disco de granulação; (C) polimento com disco de feltro; (D) resultado final.



Fonte: arquivo pessoal.

### 3. DISCUSSÃO

Conforme Cardoso (2014), o traumatismo dento alveolar é resultado de uma força externa que acomete os dentes, a porção alveolar da maxila ou mandíbula e os tecidos moles adjacentes à este. Consideram-se traumatismos dentários desde uma simples fratura de esmalte até a avulsão do elemento. O trauma dentário pode causar perdas irreparáveis, não só no momento do incidente, mas também no período após o tratamento, devido ao forte impacto na qualidade de vida dos pacientes.

A etiologia mais aceita quanto aos traumas está relacionada a colisões, quedas, práticas esportivas, acidentes automobilísticos e entre outros. Sua prevalência é em crianças e jovens em idade escolar e na fase de crescimento. A maioria dos casos abrange os incisivos anterossuperiores, traumatizados, e um terço desses dentes apresentam rizogênese incompleta no momento do acidente, como afirmam os autores Areco (2017); Corrêa (2011) e Guedes-Pinto (2016). Na dentição permanente, há maior incidência para os meninos entre 9 e 10 anos, associado a hiperatividade e práticas esportivas Rodrigues et al. (2015). No caso em questão, a responsável relatou que a criança havia sofrido um acidente jogando bola há 03 dias e, logo após este acontecimento, foi observado a ausência do incisivo central superior do lado esquerdo. Após os exames clínicos e complementares, foi diagnosticado como intrusão associada a fratura de esmalte no incisivo central permanente, que se encontrava a nível subgingival.

Segundo Ditzel et al. (2018), a luxação intrusiva é considerada uma das lesões dento alveolares mais graves, resultando em um deslocamento do dente na direção axial, com uma incidência de 2% na dentição permanente. De acordo com Sene e Manhez (2014) e Vilela (2015), na intrusão severa, o dente pode ficar totalmente intraósseo, não sendo visível clinicamente. Ainda, segundo Cardoso (2014), Corrêa (2011) e Guedes-Pinto (2016), a fratura de esmalte é classificada como perda de esmalte, fratura completa do esmalte e ausência de dentina exposta. Assim, o elemento traumatizado não apresenta sensibilidade à percussão, portanto, em caso de sensibilidade, deve-se avaliar quanto à possível ocorrência de luxação ou fratura radicular. Em sua maioria, apresenta-se com mobilidade normal e ao teste de vitalidade pulpar normalmente positivo. Radiograficamente, pode apresentar alterações na estrutura dentária, sendo necessário correto diagnóstico antes de qualquer intervenção.

No caso de ausência de sintomatologia dolorosa e resposta pulpar positiva, o prognóstico é favorável, caso contrário, é desfavorável e o tratamento endodôntico será necessário. No relato exposto, o paciente não queixava-se de sintomatologia dolorosa e obteve resposta negativa ao teste térmico, confirmando o prognóstico desfavorável com base na literatura, contudo, optou-se por aguardar a revascularização, pois o elemento traumatizado não apresentava alterações clínicas e radiográficas. Porém, de acordo com Guedes-Pinto (2016), o acompanhamento clínico radiográfico deve ser periódico, pois em 96% dos casos ocorre necrose pulpar, sendo indicado tratamento endodôntico radical.

Areco (2017) e Cardoso (2014) relataram que a intensidade da intrusão é o fator que mais influência na sobrevivência do tecido pulpar e do dente. As fraturas coronárias complexas, embora mais relacionadas com o aparecimento de necrose pulpar, não são um fator determinante, pois o impacto nos tecidos de suporte pode provocar o esmagamento do feixe vâsculo-nervoso, provocando necrose pulpar. Assim, posteriormente ao trauma dental, podem ocorrer várias sequelas, que tornam-se problemas frequentes para o cirurgião dentista. As principais sequelas que se sucedem aos traumatismos dentários são de envolvimento endodôntico, ocorrendo o comprometimento funcional e/ou estético, como reabsorção dentária, anquilose, escurecimento coronário, fratura coronária e radicular e calcificação pulpar. Além

disso, segundo os autores, o reposicionamento espontâneo do dente intruído também influencia significativamente no que diz respeito ao aparecimento de sequelas, e leva a uma taxa maior de reabsorção radicular por substituição.

No caso descrito, após o trauma, o paciente apresentava o incisivo central superior completamente subgingival e intraósseo, e após o exame radiográfico, verificou-se que a unidade 21 apresentava desenvolvimento radicular incompleto. Assim, o tratamento de escolha foi aguardar a reerupção espontânea do mesmo, para que depois de erupcionado, os testes de sensibilidade pulpar fossem realizados para a definição do diagnóstico. Após o diagnóstico endodôntico, optou-se por aguardar a revascularização da unidade, que acontece durante a reerupção, sem a necessidade de intervenção radical. Assim, por se tratar de um dente jovem com maturação incompleta, e não apresentar alterações clínicas e radiográficas como fistula, alteração de cor ou reabsorções que tem como fator primordial a polpa necrosada, se torna a conduta mais adequada para o caso. O tratamento da luxação intrusiva depende exclusivamente do estágio de rizogênese do elemento acometido. Em dentes com formação apical incompleta, a melhor opção é a reerupção espontânea, pois o elemento é passível de revascularização, se estiver completa, o profissional pode optar intervir com reposicionamento cirúrgico ou ortodôntico segundo Ditzel et al. (2018); Souza et al. (2017).

Algumas técnicas foram empregadas para a revascularização em dentes traumatizados com rizogênese incompleta com comprometimento pulpar. A apicificação é muito utilizada por seu comprovado índice de sucesso que consiste na aplicação e trocas de pasta de hidróxido de cálcio no canal radicular, até a formação de uma barreira mineralizada na região para a adaptação adequada do material obturador. Outra alternativa é o uso do trióxido de mineral agregado (MTA) para confecção de uma barreira apical como sugerem Santos et al. (2018) e Soares et al. (2013). Morsch (2014) aponta que a técnica de apicificação, de fato cria uma barreira de tecido duro, permitindo o preenchimento do canal com material obturador. Devido a esse motivo, a tal técnica tem sido o tratamento de escolha para dentes imaturos. Contudo, é preciso saber que a apicificação promove o fechamento do ápice, mas não irá induzir o desenvolvimento radicular, aumentando seu tamanho

ou espessura. E, em dentes jovens, com potencial de reparação espontânea, a revascularização surgiu como um método eficiente.

De acordo com Santos et al. (2018), a revascularização torna-se um método alternativo para o paciente traumatizado que não apresenta alteração pulpar, por isso foi o tratamento de escolha neste caso, além de vantagens em relação a apicificação, como um curto tempo de tratamento, sem a necessidade de trocas de medicações periódicas, além de não haver necessidade de obturação do canal radicular. Contudo, sua principal vantagem consiste no desenvolvimento completo da raiz, havendo inclusive aumento de espessura das paredes dentinárias por deposição de tecido duro.

No caso citado, não foi evidenciado lesão, fistula ou edema, o que permitiu aguardar a reerupção espontânea sem qualquer outra intervenção radical. Achados na literatura demonstram que dentes que foram submetidos à reerupção espontânea apresentaram melhores chances para evitar a necrose pulpar, a reabsorção radicular e a perda de inserção periodontal, principalmente nos casos de rizogênese incompleta. Além disso, acredita-se que procedimentos mais invasivos como reposicionamento cirúrgico e tracionamento ortodôntico de dentes intruídos, possam provocar uma nova “lesão” no processo de cicatrização já existente, alterando as atividades celulares e produzindo piores resultados, quando comparados com a reerupção passiva, que pode ocorrer entre 2 e 13 meses do trauma como afirma Mota et al. (2015).

O paciente apresentou comprometimento estético funcional devido a fratura incisal das unidades 21 e 22, sem nenhuma alteração radiológica durante o acompanhamento. Após a reerupção completa e ausência de sintomatologia decidiu-se pela restauração, não foram encontradas evidências clínicas ou radiográficas de sequelas na unidade dental, optando-se pelo tratamento restaurador das unidades com resina composta. Segundo Santos et al. (2016), as resinas compostas são comumente utilizadas em reconstruções de dentes anteriores fraturados em crianças, por serem seguras e conservadoras, com obtenção de resultados satisfatórios, do ponto de vista estético- funcional.

#### 4. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que diante de traumatismos dentários, é de suma importância que seja feito um exame minucioso nos tecidos duros e moles afetados, pois, a intrusão, embora não seja comum na prática diária, causa consequências severas ao dente afetado e as estruturas de suporte. O profissional deve estar capacitado para diagnosticar e planejar o tratamento de acordo com sua especificidade, além de realizar consultas de monitoramento para evitar consequências indesejáveis do próprio traumatismo. No caso em questão, a reerupção espontânea e tratamento restaurador foram a conduta mais adequada de acordo com a literatura. Porém, o tratamento endodôntico deve ser considerado, mas, quando possível, a reerupção espontânea deve ser a terapêutica de escolha para tratar esse trauma.

#### REFERÊNCIAS

1. ARECO, I. M. **Considerações atuais de intrusão dentária: Revisão de literatura.** Piracicaba, SP, 2017. Monografia (Especialista em Endodontia). Faculdade de odontologia de Piracicaba. Universidade estadual de Campinas.
2. AVELAR, W. V., MEDEIROS, A. F., DE OLIVEIRA RAMOS, T., VASCONCELOS, M. G., GADELHA, R. **Síndrome do dente rachado: etiologia, diagnóstico, tratamento e considerações clínicas.** Scientific-Clinical Odontology. (2017). 16(1): 7-13.
3. Ashkenazi, m., ArieH, K., Shmuel, E. **The diagnostic challenges associated with traumatized intruded permanent incisors: A case report.** Quintessence international (Berlin, Germany: 1985) · January 2015.
4. CARDOSO, R. F. F. **Traumatismo dentário em dentição permanente jovem.** Porto, PT, 2014. 99p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa.
5. CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância.** – 3<sup>o</sup> ed., 1 reimpr.- São Paulo: Santos, 2011 942.: il.

6. DITZEL, A. S., MANFRON, A. P. T., WESTPHALEN, F. H., SILVA NETO, U. X., KOWALCZUCK, A., CARNEIRO, E., WESTPHALEN, V. P. D. **Management of multiple dental trauma: case report with eight- year follow-up.** Iranian Endodontic Journal 2018;13(3): 410:412.
7. GUEDES- PINTO, A.C. **Odontopediatria.** 9º ed. São Paulo: Santos, 2016 832.:il.
8. KINA, M., DOS SANTOS, A. R., KINA, J., MARTIN, O. C. L., PIRES, H. C., BOER, N. P., FABRE, A. F. **Dente anterior fraturado: diagnóstico, prognóstico e retratamento de caso clínico.** Archives Of Health Investigation. (2015). 4(1): 20-25.
9. MOTA, L. Q., BEZERRA, L. M. D., FREITAS, C. T. S., TARGINO, A. G. R., LIMA, M. G. G. C. **Luxação Intrusiva e Fratura Dental com Inserção do Fragmento no Lábio Inferior: Relato de Caso.** Journal of Health Sciences. (2015). 16(2): 129-33.
10. Morsch, G. S. **Tratamento de dentes com rizogênese incompleta e necrose pulpar: apicificação ou revascularização: revisão de literatura.** (2014).
11. RODRIGUES, A. S., CASTILHO, T., ANTUNES, L. A. A., ANTUNES, L. S. (2015). **Perfil Epidemiológico dos traumatismos dentários em crianças e adolescentes no Brasil.** Journal of Health Sciences, 17(4): 267-78.
12. SANTOS, F. G., COUTINHO, E. F. S., DINIZ, M. F., SOARES, C. E. O., FEITOSA, D. A. S. **Reabilitação estética em dentes anteriores permanentes traumatizados.** J Health Sci 2016; 18(3): 195-0.
13. SANTOS, B. C. A., HONÓRIO, L. C. B., JORGE, K. O., LAGE, C. F., MODESTO, T. C., MAGALHÃES, S. R. **Endodontia regenerativa: alteração de paradigma no tratamento de dentes necrosados.** Revista da Universidade do Vale Rio Verde. V.16; n.1; jan./jul.2018;p1.
14. SENE, M., MANHEZ, T. **TRAUMAS DENTÁRIOS.** Monografia, curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba. (2015). 25f: il.

15. SOARES, A. J., LINS, F. F., NAGATA, J. Y., GOMES, B. P. F. A., ZAIA, A. A., FERRAZ, C. C. R., ALMEIDA, J. F. A., SOUZA- FILHO, F. J. **Pulp revascularization after root canal decontamination with calcium hydroxide and 2% chlorhexidine gel.** JOE — Volume 39, Number 3, March 2013.
16. SOUZA, C. R., AUGUSTO, C. R., AQUINO, E. P., ALVES, J. C., PIRES, R. P., VENÂNCIO, G. N. **Reabilitação estética de dente anterior escurecido: relato de caso.** Arch Health invest 6(8) 2017.
17. VILELA, L. D. O. **Traumatismo dentário na população pediátrica entre 6 e 15 anos de idade dos concelhos de Pinhão e Alijó.** (Doctoral dissertation, [sn]). (2015).

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, Joimalva Melo do Santos, RG nº 1193672  
residente à rua/avenida Rua Talles Ferraz, nº 429, Bairro  
Industrial, na cidade de Aracaju, estado de SE, por meio  
desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias,  
vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR  
Newton Wandell da C. Oliveira idade 8 anos, RG 4.021.919.0  
CPF 092.992.355-39 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 Suzanna Papile Maciel Corvelho, Maria  
Augusta Borges Ribeiro, Carla Vanila de Oliveira, Figueiredo, Alvine Soares  
Monte Sobri. Consinto que essas imagens, bem como as

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, 28 de NOVEMBRO de 20 2018

Joimalva Melo do Santos  
Assinatura do responsável pelo paciente.

CPF: 662.716.65500

RG: 1193672

Suzanna Papile Maciel  
Assinatura do profissional responsável

CPF: 268720148-06

RG: 28173100-7

