

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

CONDUTA PROFISSIONAL EM CASOS DE LUXAÇÃO DENTÁRIA
DECÍDUA

Adriana Souza Santos

Aracaju/SE
Maio / 2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

CONDUTA PROFISSIONAL EM CASOS DE LUXAÇÃO DENTÁRIA
DECÍDUA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aluna de TCC: Adriana Souza Santos
Orientadora: Dr^a Suzane Rodrigues Jacinto Gonçalves

Aracaju/SE
Maio / 2009

Adriana Souza Santos

Conduta profissional em casos de luxação dentária decídua

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte
dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.Dr^a. Suzane Rodrigues Jacinto Gonçalves

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por estar sempre comigo nesta jornada.

Aos meus pais Walter e Marlene, por ter me proporcionado esta conquista.

Aos meus amigos, desculpa minha ausência durante esta fase.

Ao meu namorado, pela compreensão e apoio.

Aos amigos e mestres Ricardo Albuquerque, Marcos Antônio, Susane Rodrigues, Dorinha, Diane e Sandrinha, pela sabedoria ao nos transmitir seus conhecimentos.

RESUMO

Traumatismos dentários são as segundas maiores causas de perda de dentes na primeira dentição, perdendo apenas para doenças cárie, além de causarem grande impacto emocional e psicológico tanto na criança quanto em seus responsáveis. Por isso o cirurgião-dentista deve possuir habilidade para este tipo de atendimento, passando segurança e tranquilidade para a família e principalmente para a criança. É muito importante comunicar o mecanismo de prevenção de traumas dentários para criança no lar e nas escolas assim como as medidas que devem ser adotadas pelos responsáveis em caso de acidentes. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura, visando contribuir para o melhor conhecimento sobre traumatismo, dando ênfase nos casos de luxação dentária, descrevendo aspectos relacionados a classificação, diagnóstico e tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Luxação dentária, Tratamento, Traumatismos dentários

ABSTRACT

Dental injuries are the second largest cause of loss of teeth in the first dentition, losing only to caries disease, and cause great emotional and psychological impact both in children and in their caregivers. So the surgeon-dentist must have skill for this type of care, increasing security and tranquility for the family and especially to children. It is very important to communicate the mechanism of prevention of dental trauma to children at home and in schools as well as the measures to be adopted by those responsible for accidents. The aim of this study was to perform a literature review, aiming to contribute to better understanding of trauma, with emphasis on cases of dislocation dental, describing aspects of the classification, diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Dental luxation, Dental trauma, Treatment.

INTRODUÇÃO

O conhecimento dos dentes decíduos é de fundamental importância para o restabelecimento anátomo-funcional da dentição decídua para que se possa agir de acordo com a melhor conduta profissional.

A manutenção da dentição decídua em condições anátomo-funcionais até a época normal de esfoliação é um dos objetivos mais importantes da Odontopediatria. Entretanto, a alta incidência de cárie e a prevalência elevada de traumatismos, principalmente nos dentes anteriores, ainda são responsáveis pela perda precoce de muitos dentes. Nesses casos, pode-se lançar mão de diversos tratamentos para manutenção dos dentes decíduos, por representarem base fundamental para a correta oclusão da dentição permanente (NURKO & GARCIAGODOY, 1999; KRAMER, FARACO JR & FELDENS, 2000).

O não cuidado dos dentes decíduos pode causar problemas sérios de desenvolvimento da criança não só na boca, mas em todo organismo. A criança que perde os dentes de leite antes do tempo pode ter problemas de crescimento e desenvolvimento, problemas no aprendizado da fala, problemas na sociabilização, dor, dificuldade de dormir e de concentração, além dos problemas localizados na cavidade bucal. Portanto, deve-se cuidar dos dentes desde cedo para termos uma boca saudável e dentes bonitos e fortes.

Os cuidados de emergência são igualmente importantes para reduzir o risco de complicações futuras, seguindo-se um período de observação com intervalos variáveis, conforme o tipo e a gravidade da lesão (TOLEDO, 2005).

As lesões traumáticas devem ser consideradas sempre como um caso de emergência, e devem ser tratadas imediatamente para evitar a dor e melhorar o prognóstico (ANDREASEN, 1972). Fried e Erickson (1995) relataram que, diagnóstico cuidadoso e documentação do caso é o primeiro

passo no tratamento de todas as lesões traumáticas. Este procedimento pode ser feito rapidamente, mas deve ser cuidadoso.

O traumatismo dentário pode causar alterações físicas, estéticas e funcionais, além do impacto psicológico. Isso ocorre devido a grande proximidade de suas raízes com o germe destes. O tipo de traumatismo sofrido geralmente determina o tipo e grau de distúrbio de desenvolvimento do permanente (ANDREASEN et al., 1991).

Luxações são danos que envolvem os dentes e seus tecidos periodontais (BROWN, 2002). Suas conseqüências podem ser necrose pulpar, reabsorção radicular, obliteração do canal e perda do suporte ósseo marginal (DEWHURST ET AL, 1998).

Uma mesma injúria pode ocasionar resultados distintos nos dentes e o tratamento frente a esses quadros pode variar de um simples acompanhamento a procedimentos restauradores complexos, principalmente quando se trata de pacientes muito jovens. Para se obter um adequado tratamento muitos fatores devem ser considerados, tais como: o tipo, direção e a severidade do trauma; a maturidade do dente; a duração do tempo decorrido desde a ocorrência do trauma; e se fratura coronária e/ou do osso alveolar estão associadas com o trauma (FRIED; ERICKSON, 1995).

Assim, o objetivo foi realizar uma revisão de literatura, sobre traumatismo, dando ênfase nos casos de luxação dentaria, descrevendo aspectos relacionados a classificação, diagnóstico e tratamento.

DESENVOLVIMENTO

Luxação é a injúria que resulta em mudança de posição do dente no arco dental. As luxações podem ser laterais, intrusivas, extrusivas e avulsa (ANDREASEN, 1972;JACOBSEN,1981; TOLEDO, 2005)

Corrêa (2000), afirmou que a luxação lateral implica no deslocamento dentário na direção vestibular, lingual, mesial ou distal, que em geral é acompanhada de compressão ou fratura do processo alveolar. O dente é deslocado lateralmente, geralmente em direção palatina. Duas radiografias devem ser realizadas, uma oclusal e uma lateral (FLORES, 2002). Se não existir interferência oclusal, o dente retornará a sua posição espontaneamente (SOPOROWSKI; ALLRED & NEEDLEMAN, 1994). Quando alguma raiz penetrar na lâmina alveolar ou estender-se através da lâmina fraturada, será necessária a reposição cirúrgica. Não havendo fratura de tecido duro, é indicada uma contenção rígida por 2 a 3 meses. Um dente decíduo pode ser reposicionado com cuidado para não lesar o permanente e, em seguida, contido (DALE, 2000). Estes devem ser reposicionados, e os alvéolos circundantes comprimidos (DEWHURST et al, 1998).

Na luxação extrusiva, o dente é deslocado parcial e axialmente para fora do alvéolo, com maior mobilidade que os adjacentes, ocorrendo normalmente, sangramento do sulco gengival (DALE, 2000). Segundo Walter et al (1996), o dente mostra-se alongado, estando geralmente deslocado para palatal, Nos dentes decíduos, havendo interferência oclusal, a extração está indicada (DEWHURST et al, 1998).Controle radiográfico e de vitalidade pulpar devem ser feitos após 2 a 3 semanas (ANDREASEN et al, 1991). O dente apresenta mobilidade e deslocamento para fora do alvéolo. De acordo com Flores (2002), radiografia periapical deve ser realizada e o tratamento pode ser extração ou reposicionamento e esplintagem.

Segundo Brown (2002) na luxação intrusiva, o dente é deslocado no sentido apical dentro do alvéolo, acompanhado por comunicação ou fratura alveolar. Modeér (2002) sugere que o dente é forçado axialmente resultando em esmagamento ou fratura do alvéolo. Clinicamente, a coroa do dente mostra-se encurtada. Na radiografia periapical, se o ápice estiver deslocado em direção vestibular ou através da tábua óssea vestibular, a ponta apical poderá ser vista, e o dente aparecerá encurtado em relação ao contralateral, neste caso, o dente deve ser deixado para reerupção espontânea.

Quando o ápice estiver deslocado em direção ao germe do dente permanente, a ponta apical não poderá ser vista e o dente aparecerá alongado, devendo, neste caso, a conduta ser a extração (HOLAN; RAM, 1999). Tratamento endodôntico deve ser iniciado somente, se houver sinal de necrose pulpar ou reabsorção radicular. A obturação definitiva é indicada após um período de 6 a 12 meses, com formação de barreira apical e nenhuma evidência de reabsorção radicular ativa (BROWN, 2002). No caso de formação radicular completa, deve ser aguardada a reerupção espontânea ou fazer a extrusão ortodôntica em 2 a 3 semanas para prevenir a reabsorção radicular. A obturação final deve ser adiada por 6 a 12 meses. É a forma mais séria de luxação, apesar de o dente geralmente estar firme no alvéolo (DEWHURST et al, 1998).

Denomina-se avulsão, trauma que ocorre no deslocamento total ou saída completa acidental do dente traumatizando de seu alvéolo. É talvez um dos problemas que causam maior apreensão aos pais e às crianças (GUEDES-PINTO, 1999). Radiografia periapical deve ser realizada com objetivo de assegurar que o dente perdido não esteja intruído (MERKLE, 2000).

Segundo Wilson et al. (1997), dentes decíduos normalmente não deve ser reimplantados, devido ao potencial de danos que podem causar ao germe do dente permanente (GARCIA-GODOY,1992) e outros riscos tais como infecção, anquilose e trauma (FRIED; ERICKSON, 1995). A contra-indicação ainda está fundamentada por falta de condições essenciais para que se obtenham resultados satisfatórios, como tempo decorrido do trauma, meio de

estocagem do dente, condições para realizar a contenção entre outras, sendo a reabilitação protética normalmente a solução (TUROLLA, 2003.).

Lesões nos permanentes muitas vezes ocorrem em conseqüência de complicações pós-traumáticas dos decíduos (JACOBSEN, 1981). As conseqüências mais comuns na faixa etária compreendendo até aproximadamente cinco anos e durante os estágios de desenvolvimento de Nolla, entre três e seis, são hipoplasia de esmalte e defeitos de mineralização.

Com menos freqüência, ocorrem problemas que afetam o desenvolvimento das raízes dos dentes permanentes. Tornam-se, portanto, absolutamente necessários exames clínicos e radiográficos periódicos, pois podem ocorrer condições patológicas a médio e longo prazo após o trauma. Os pais ou responsáveis devem ser instruídos sobre as conseqüências e a possibilidade de danos nos dentes sucessores permanentes. Vários trabalhos na literatura especializada, hipotetizam ou caracterizam as seqüelas na dentição permanente, decorrentes de traumatismo na dentição decídua (TOLEDO, 2005).

As lesões de tecidos periodontais, desde a concussão até o deslocamento completo do dente, são as mais freqüentes entre os traumatismos na dentição decídua. Vale enfatizar a necessidade absoluta de exames clínicos e radiográficos da área traumatizada, embora algumas dificuldades peculiares à faixa etária que devem ser contornadas (ANDREASEN, 1991).

Para Andreasen, Andreasen (1981), deve-se realizar uma tomada radiográfica inicial e proceder a registros sucessivos posteriores para a correta documentação dos casos. Radiografias de rotina ou uma combinação delas devem ser utilizadas, tais como: periapical, oclusal, panorâmica, lateral e radiografia dos tecidos moles. No exame radiográfico, pode ser observada, entre outros aspectos, presença de fratura radicular, grau de reabsorção da raiz, estágio do desenvolvimento radicular, tamanho da câmara pulpar, relação com o germe do dente permanente e fratura óssea.

Santos et al. (1998) enfatizaram que para cada tipo de trauma com luxação existe uma forma de contenção e, o tempo que o dente permanece imobilizado é diretamente proporcional ao de cicatrização das estruturas lesadas.

O tratamento das luxações extrusivas consiste na redução, reposicionando o dente à sua posição original e contenção semi-rígida por 14 dias (GUEDES-PINTO, 2006). Para Fried, Erickson (1995), o tratamento da extrusão depende da quantidade de extrusão e do grau de maturação do dente. Se o dente apresentar extrusão mínima, deve-se considerar o seu reposicionamento e contenção de 10 dias. Caso o dente apresente um grau acentuado de extrusão podendo esta ser considerada uma quase avulsão, e este dente se encontrar próximo à fase de esfoliação, a exodontia pode ser o tratamento de eleição.

Nas luxações laterais, desde que o atendimento seja feito imediatamente após o trauma, podem ser tentadas a redução e a imobilização. Se o paciente não for tratado imediatamente, os dentes poderão se firmar, embora deslocados, e neste caso, é preferível deixar nessa posição. A mesma conduta é aconselhável nos casos de pequeno deslocamento, situação na qual um ligeiro desgaste dos dentes antagônicos pode ser indicado, quando houver interferência oclusal (MODEÉR, 2000). Segundo Holan (1999), em casos de interferência oclusal, deve-se realizar reposicionamento e esplintagem nos dentes adjacentes por duas a três semanas. Em luxações laterais, o reposicionamento cirúrgico está associado ao aumento do risco de necrose pulpar (SOPOROWSKI; ALLRED, NEEDLEMAN, 1994).

A intrusão é o tipo mais comum de luxações que ocorre nos dentes decíduos. O deslocamento faz-se, quase sempre, por vestibular em relação ao germe do dente permanente sucessor, o que pode ser verificado clinicamente, pela palpação do processo alveolar. Ocorrendo intrusão do dente decíduo, espera-se a reerupção, o que geralmente acontece. Nestes casos, muitas vezes, o quadro inicial é dramático. Geralmente, logo após o acidente a região

fica edemaciada, tendo-se a impressão que o dente intruiu por completo. Entretanto, após a regressão do edema, percebe-se que a intrusão foi menor. Para esta situação, pode ser indicada fisioterapia local com calor, após o que, na grande maioria dos casos, o dente volta parcialmente ao plano oclusal (GUEDES-PINTO, 1993).

Jacobsen (1981) sugere que o aspecto radiográfico pode ajudar na avaliação da direção do deslocamento. Quando a intrusão ocorre por vestibular, o dente luxado aparece mais curto na imagem radiográfica. Durante a mineralização da coroa e rizogênese do germe do dente sucessor permanente, a intrusão de um incisivo decíduo pode provocar danos ao germe do permanente, levando a seqüela quando não se fizer o tratamento adequado para o caso (TOLEDO, 2005).

Necrose pulpar, reabsorção radicular patológica e anquilose são complicações mais freqüentes das luxações. Esta última ocorrência impede a reerupção e indica a exodontia. Quando o deslocamento for por palatino, a possibilidade de dano ao dente permanente não irrompido é maior, e a extração do dente decíduo instruído torna-se necessária. (ANDREASEN, 1972; ANDREASEN; ANDREASEN, 1981).

Ainda como parte do tratamento, a família do paciente deve ser orientada em relação aos cuidados a serem tomados com a criança, após o tratamento inicial do traumatismo dental, principalmente em relação à higiene bucal, com o objetivo de promover uma boa cicatrização. De acordo com Flores (2002), as principais orientações são: 1) dieta branda por 15 dias; 2) escovação dos dentes após cada refeição com escova macia, devendo esta ser orientada pelo profissional; 3) uso tópico de clorexidina duas vezes ao dia, durante uma semana e 4) informar sobre possíveis complicações que possam surgir, tais como: aparecimento de fístula vestibular e alteração na coloração da coroa associada à fístula. Holan, Ram (1999) acrescentam, ainda, que, em caso de intrusão, deve-se evitar o uso de chupetas e mamadeiras, com o objetivo de permitir a reerupção espontânea do dente intruído.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentes decíduos apresentam maior dificuldade no tratamento devido a seu tamanho reduzido em todas as dimensões. O fato dos pacientes serem pediátricos também é um agravante. Eles podem, muitas vezes, terem atitudes que dificultam o tratamento. O comportamento da criança – somado aos diferenciais do dente decíduo que dificultam seu tratamento – faz com que alguns cirurgiões-dentistas optem por não fazer esse tipo de tratamento. Mas não se pode deixar de lado a importância do diagnóstico e tratamento adequado em situações de luxações traumáticas, para evitar comprometimento da dentição permanente.

SOBRE OS AUTORES

Suzane Rodrigues Jacinto Gonçalves, Professora Orientadora, Doutora em Odontologia, concentração em Fisiologia Oral pela UNICAMP,

E-mail: suzaneodontopediatria@hotmail.com

Adriana Souza Santos, Graduanda no Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, E-mail: adri_drika2005@hotmail.com

REFERÊNCIAS

ANDREASEN, J. C. **Traumatic Injuries of the teeth.** Munkegaard, Copenhagen, 1972.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Essential traumatic injuries of the teeth.** 2 ed. Copenhagen: Munksgaard, 1981.

ANDREASEN, J.O., Andreasen, F.M. **Exame do paciente com traumatismo.** Traumatismo dentário. São Paulo: Pan-americana, p9-19 1991.

ARAÚJO, B.F. Tratamento Restaurador das lesões de cárie. In: TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Premier, p.178, 1971-1996..

ARAÚJO, B.F. **Clareamento de dentes decíduos não vitais**. In: BARATIERI, N. L. Clareamento Dental. São Paulo: Santos, p.137-139, 1996.

BARONI DE CARVALHO, R et.al. **Análise estrutural da junção amelocementária dos dentes decíduos em microscopia eletrônica de varredura**. JBC, v.4, n.21 p.46-51, 2000.

BENGTSON, G. N. et al. **Avaliação da possibilidade de condutometria de molares decíduos**. RevAPCD, v.37, n.6, p.490-501, nov./dez. 1983.

BROWN, C.J. **The manager of traumatically intruded permanent incisors in children**. Dent Update. V.29, n.1, p.38-44, Jan./Feb. 2002.

CORRÊA, M.S.N. **ODONTOPEDIATRIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA**. ed. Santos, p.646-667, 2000.

DALE, R.A. **Dentoalveolar trauma**. Emerg Méd Clin North Am, V. 18, n.3. p. 521-539, Aug. 2000.

DUARTE, D. A . **O esmalte dos dentes decíduos responde igualmente ao esmalte dos dentes permanentes quando atacado pelo condicionamento ácido?** RevAPCD, v.51, n.3, p.283, mai./jun. 1997.

DEWHURST, S.N. et al. **Emergency treatment of orodental injury: a review**. BrJ Oral Maxillofac, v.36, n.3, p.165-175, June 1998.

FAZZI, R.; CORRÊA, P. N. M. S. **Técnica de acesso à câmara pulpar de molares decíduos: Aspectos morfológicos.** Rev de Odontopediatria. v.1,n.1, jan./fev./mar.1992.

FELDENS, A. C.; et. al. **Ataque ácido em dentes decíduos: estudo através da microscopia eletrônica de varredura.** RevAPCD,v.43,n.1,jan/fev.1989

FINN,S.B.**OdontologíaPediátrica.**4ed.,México:Interamericana, p.45-47,1976.

FLORES, M. T. **Traumatic injuries in the primary dentition.** Dent. Traumatol., v.18, p.287-298, 2002.

FRIED, I.; ERICKSON, P. **Anterior tooth trauma in the primary dentition. Incidence, classification, treatment methods, and sequelae: a review of the literature.** ASDCJ Dent. Child., v.62, p.256-261, 1995.

GARCIA-GODOY, F. **Evaluation therapy for infected primary teeth.** JDentChild.v.54,n.1,p.30-34,1987.

GARCIA-GODOY, F.; GWINNETT, A .J. **Effect of etching times and acid concentration on resin shear bond strenght to primary tooth enamel.** AmJDent.,5:237-9,1992

GASSNER, R. et al. **Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries- implications for prevention.** Oral Sung Oral Med Pathol Oral Radiol Endod, v.87, n.1, p.27-33, Jan.1999.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** 4. ed. São Paulo, Editora Santos, 1993.

GUEDES-PINTO. A .C.; DUARTE, A .D. **Pulpoterapia Odontopediátrica. In: Reabilitação Bucal.** Atendimento Integral. São Paulo: Santos. 1999,p.107-108.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 4. ed. São Paulo, Editora Santos,649-687 2006.

HOLAN, G. **Conservative treatment of severely luxated maxillary primary central incisors: case report**. *Pediatr. Dent.*, v.21, p.459-462, 1999.

HOLAN, G.; RAM, D. **Sequelae and prognosis o intruded primary incisors: a retrospective study** *Pediatr. Dent.*, v.21, p.242-247, 1999.

JACOBSON, A. **Growth and its relation to orthodontic treatment**. *J Oral Surgery.*,398-17-826.Nov.1981.

McDONALD, E. R. et al. **Tratamiento de los traumatismos de los dientes y los tejidos de sostén**. In: McDONALD, E. R. & AVERY, R. D. *Odontologia Pediatrica y del adolescente*. 6ed.Espanha: Mosby-Doyama. 1995,p.497-98.

MERKLE, A. **Complete intrusion of a maxillary right primary central incisor**. *Pediatr. Dent.*, v.22, p.151- 152, 2000.

Modeer T. Oral. **Odontológica Venezolana**. Kreger-van RIJ NJW The yeast.V.39 78-84, 2002 .

Nurko, F Garcia-Godoy. **The Journal of clinical pediatric dentistry**. 02/1999; 23

PICOSSE, M. *Anatomia Dentária*. 3ed.São Paulo: Sarvier,p.61-62;78,1979.

SANTOS, A.M.B. et al. **Métodos de contenção em traumatismo dentoalveolar**. *Ver, Odonto Ciênc*. V.13, n.25, p.145-149, 1998.

SCOTT, J. H.; SIMONS, N. B. **Introduction to dental anatomy**. 9ed.Londres:Churchill-Livingstone, p.11-2501982.

SOPOROWSKI, N. J.; ALLRED, E. N.; NEEDLEMAN, H. L. **Luxation injuries of primary anterior teeth - prognosis and related correlates**. *Pediatr. Dent.*, v.16, p.96-101, 1994.

VANDERAS, A.P.. PAPAGIANNIOLIS, L. **Incidence of dentofacial injuries in children: a-2-year longitudinal study.** Endod Dent traumatol, v.15, n.5.p.235-238, oct. 1999.

SHEYKHOLESLAM, Z.; BUONOCORE, M. G. **Bonding of resins to phosphoric acid-etched enamel surfaces of permanent and deciduous teeth.** J.Dent.Res.v.51,n.6,p.1572-76,nov/dec. 1972.

VON ARX, T. ET AL. **spitiling of traumatized teeth with a new device: TTC (Titanium Trauma Slint).** Dent Traumatol, v.17, n.4, p.180-184, Aug.2001.

WALTER, L.R.F;FERELLE A,ISSAO,M.**Traumatismo dentário na dentição decídua.In _____.**Odontologia para bebê.São Paulo: Artes Médicas,p.155-181,1996.

WILSON, S. et al. **Epidemiology of dental trauma treated in an urban pediatric emergency department.** Pdiatr Emerg Care, v>13; n.1. p.12-15, Feb. 1997.

TOLEDO,O. A. **Fundamentos para a pratica clinica.**São Paulo:Premier,p267-287,2005.

TUROLLA M. W. **Revista de Odontologia da UNESP.** Volume 32 Nº 2,32-37,2003.