

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Bruna Maia Dias dos Santos

Luana Pereira Queiroz

**CONDUTA CLÍNICA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA
PRIMEIRA CONSULTA DE PACIENTES COM TRAUMA
DENTAL**

Taubaté-SP

2022

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Bruna Maia Dias dos Santos

Luana Pereira Queiroz

**CONDUTA CLÍNICA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA
PRIMEIRA CONSULTA DE PACIENTES COM TRAUMA
DENTAL**

Trabalho de Graduação, apresentado
ao Departamento de Odontologia da
Universidade de Taubaté como parte
dos requisitos para obtenção do título
de bacharel em Odontologia

Orientação: Prof. Dr. Nivaldo André
Zöllner

Taubaté-SP

2022

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

S237c Santos, Bruna Maia Dias dos
Conduta clínica do cirurgião-dentista na primeira consulta de pacientes
com trauma dental / Bruna Maia Dias dos Santos , Luana Pereira Queiroz. --
2022.
32 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, Taubaté, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Nivaldo André Zöllner, Departamento de
Odontologia.

1. Dentes permanentes. 2. Odontologia. 3. Odontopediatria. 4.
Traumatismo dental. I. Queiroz, Luana Pereira. II. Universidade de Taubaté.
Departamento de Odontologia. III. Título.

CDD – 617.6

Bruna Maia Dias dos Santos
Luana Pereira Queiroz

**CONDUTA CLINICA DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE A TRAUMATISMO
DENTÁRIO**

Trabalho de Graduação, apresentado
ao Departamento de Odontologia da
Universidade de Taubaté como parte
dos requisitos para obtenção do título
de bacharel em Odontologia

Orientação: Prof. Dr. Nivaldo André
Zöllner

Data: 28/06/2022

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me Alexandre Cursino de Moura dos Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra Claudia Auxiliadora Pinto

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus que me permitiu que tudo isso acontecesse, por ter me dado força e saúde para enfrentar todos os momentos.

Aos meus pais Regina Célia Maia dos Santos e Benedito Filadelfo Dias dos Santos por todo apoio, carinho e incentivo para que esse sonho fosse realizado da melhor forma.

Agradeço ao meu esposo Felipe Freire por todo amor e amparo nesses anos todos da faculdade, e sendo o principal incentivador para que esse sonho fosse realizado.

Agradeço a minha dupla Luana por tornar os dias mais leves, pelas palavras de otimismo e pela amizade que levarei para a vida toda.

Ao meu orientador Prof. Dr. Nivaldo, pelo apoio na elaboração deste trabalho, pelas suas correções e incentivos.

A Universidade de Taubaté, em especial ao departamento de odontologia pela oportunidade de fazer o curso. Agradeço a todos os professores por me proporcionar conhecimento e sabedoria ao longo desses anos de graduação.

Agradeço a todos os amigos, pacientes e colaboradores da faculdade que fizeram parte do meu dia a dia e que dê alguma forma contribuíram para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão, primeiramente, à Deus, por me dar a oportunidade de realizar esse trabalho de conclusão de curso que exprime todo esforço empregado ao longo desses quatro anos de jornada.

Aos meus pais, Tania e Ricardo, que sempre me apoiaram e acreditaram muito em minha determinação. Sem eles não conseguiria realizar esse sonho.

Ao meu amor, Lenom, pela dedicação, pela paciência nos meus dias difíceis de estresse e por estar sempre comigo em todos os momentos.

À minha querida amiga e dupla, Bruna, por toda a força e por sempre me encorajar, motivar e por ser minha companheira nesse período tão importante.

Ao meu orientador Prof. Dr. Nivaldo Andre Zöllner por nos orientar à elaborar e formatar esse trabalho de conclusão.

À todo corpo docente por empregarem, em aula, todo seu conhecimento, bem como seus valores e seus preceitos. Me orgulho de estar me formando pela Universidade de Taubaté, que cumpre seu propósito, cujo o princípio é admitir, preparar e formar um profissional com ampla capacidade à atuar com proficiência no mercado de trabalho.

Agradeço também à todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para impulsionar a minha trajetória até aqui.

RESUMO

O traumatismo dental é uma situação que ocorre de surpresa para o cirurgião dentista e envolve situações que podem caracterizar acidentes ou agressões de diversas naturezas. Exige do profissional um atendimento imediato que previna ou minimize as diversas consequências decorrentes desse evento. O propósito desse trabalho foi revisar a literatura para atualizar as informações sobre o assunto, além de diferenciar a conduta entre a dentição permanente e a decídua. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dados Google acadêmico, PubMed e SciElo, com as palavras chave odontologia, traumatismo dental, dentes permanentes e odontopediatria. Após analisarmos a literatura presumimos ser lícito concluir que é muito importante a consulta inicial do paciente traumatizado no que tange a anamnese, exame clínico e exames complementares no sentido de poder prever possíveis consequências futuras, estabelecer acompanhamento e, eventualmente documentação para uso legal, dependendo da situação que deu origem ao trauma; é necessário que os profissionais de Odontologia estejam preparados para o primeiro atendimento, através da atualização periódica do conhecimento desse tipo de situação; e que também se faz necessário campanhas periódicas de esclarecimento ao público leigo sobre o trauma dentário, a fim de evitá-lo ou minimizar suas consequências quando do atendimento no local onde o fato ocorreu.

Palavras chave: Odontologia. Traumatismo dental. Dentes permanentes. Odontopediatria.

ABSTRACT

Dental trauma is a situation that occurs by surprise to the dental surgeon and involves situations that can characterize accidents or aggression of various kinds, requiring professional care that prevents or minimizes the various consequences resulting from this event. The purpose of this study was to review the literature to update information on the subject, and to differentiate the conduct between the permanent and deciduous dentition. For this purpose, a literature review was carried out using the Google academic, PubMed and SciElo databases, with the key words dentistry, dental trauma, permanent teeth and pediatric dentistry. After analyzing the literature, we assume that it is licit to conclude that the initial consultation of the traumatized patient regarding anamnesis, clinical examination and complementary exams is very important in order to foresee possible future consequences, establish follow-up and, eventually, documentation for legal use, depending on the situation that originated the trauma; It is necessary that dentistry professionals are prepared for the first care, through periodic updating of knowledge of this type of situation; and that periodic campaigns of enlightenment to the lay public about dental trauma are also necessary, in order to avoid it or minimize its consequences when attending the place where the fact occurred.

Key words: Dentistry. Dental trauma. Permanent teeth. Pediatric dentistry.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. PROPOSIÇÃO.....	9
3. METODOLOGIA.....	10
4. REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1. AVULSÃO	20
4.2.TRAUMATISMOS EM DENTIÇÃO DECÍDUA	23
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÕES.....	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A vida cotidiana nos leva a passar por problemas que podem afetar nossa estética, problemas que limitam nossa função corporal e podem gerar consequências emocionais temporárias ou permanentes.

O traumatismo dental é uma situação que ocorre de surpresa para o cirurgião dentista e envolve situações que podem caracterizar acidentes ou agressões de diversas naturezas. Exige do profissional um atendimento que previna ou minimize as diversas consequências decorrentes desse evento.

Para Oliveira et al. (2012) o traumatismo dentário afeta principalmente crianças na faixa etária entre 2 a 10 anos, sendo mais afetados os incisivos centrais superiores, devido ao posicionamento vulnerável na arcada. De acordo com a necessidade estética e a fragilidade do estágio de desenvolvimento do dente, o tratamento deve ser acompanhado de diferentes formas.

Piva et al. (2013) expõem que os traumatismos dentários são situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso. Apesar da agilidade no primeiro atendimento, na maioria das vezes é necessário o acompanhamento do paciente por um longo período.

Já Albuquerque et al.(2018) relatam que após fratura decorrente de trauma e consequente tratamento endodôntico, os dentes têm sua resistência mecânica reduzida, necessitando um olhar multidisciplinar para o tratamento.

O propósito desse trabalho foi revisar a literatura para atualizar as informações sobre o assunto, além de diferenciar a conduta entre a dentição permanente e a decídua.

2. PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura abordando as condutas clínicas frente ao traumatismo dentário, principalmente na primeira consulta.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dados Google acadêmico, PubMed e ScieELO, publicados de 2009 a 2021. Utilizando as seguintes palavras chave: odontologia, traumatismo dental, dentes permanentes e odontopediatria.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Sanabe et al.(2009) tiveram por objetivo discutir os aspectos das urgências odontológicas relacionadas aos traumatismos dentários, disponibilizando mais informações para médicos pediatras ou plantonistas de serviços de atendimento de urgências e emergências. Para isso realizaram a pesquisa utilizando a base de dados Pubmed e Bireme, selecionando os artigos dos últimos 13 anos com as palavras-chave: traumatismo dentário, dentes decíduos e dente permanente. Incluíram artigos em inglês e português sobre incidência, prevalência e etiologia guiam procedimentos e casos clínicos apenas de traumatismo dentário, sendo excluídos artigos de clareamento de dentes traumatizados, traumas faciais ósseos e casos clínicos de acompanhamento reduzido. Os dados foram descritos de forma concisa para se tornar um guia de fácil leitura e rápido acesso em relação à conduta, necessidade de atendimento imediato e correta escolha de soluções para armazenagem dos dentes e fragmentos. Concluíram que o conhecimento sobre o assunto, a agilidade no tratamento de urgência e o correto encaminhamento do paciente proporcionam melhor prognóstico para os casos de traumatismo dental.

Souza et al.(2009) argumentam que os traumatismos dentários acometem uma considerável parcela da população e podem ocasionar perdas dentárias irreparáveis em alguns casos, tanto no momento do acidente como anos após. Baseados nessa premissa realizaram um estudo retrospectivo das injúrias dentárias observadas no Serviço de Trauma Dentário, área de Endodontia, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp, entre 2003 e 2006. A coleta dos dados considerou gênero, idade, dentes envolvidos e etiologia do trauma. Foram avaliados 172 pacientes (108 do gênero masculino e 64 do feminino), com idades entre sete e cinquenta anos, que apresentaram um total de 439 dentes traumatizados. As lesões dentárias mais encontradas foram avulsão (29,63%) e fratura coronária de esmalte-dentina (12,08%). Encontraram, portanto, uma alta incidência das injúrias traumáticas dentárias nesse serviço de pronto-atendimento. Assim, tudo indica, segundo os autores, ser necessário que haja uma divulgação na abordagem preventiva e educativa sobre os traumatismos dentários, especialmente em instituições escolares, conscientizando os educadores a esse respeito, visto que as

atitudes de urgência no local do acidente podem devolver a qualidade de vida, pois grandes fraturas ou queda de dente podem ocasionar traumas psicológicos.

Santos et al.(2010), por meio de uma revisão da literatura tiveram por objetivo discutir sobre o traumatismo dentário, convidando o leitor a refletir sobre o assunto na lógica da estratégia saúde da família, colocando-o no contexto da prática sanitária da vigilância em saúde. Tal prática leva o leitor a pensar no traumatismo dentário dentro dos possíveis territórios: indivíduo, família e comunidade, de forma a refletir para desencadear processos de construção de cidadania por meio de promoção da saúde. Os autores argumentam que o curso de graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção a saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. Talvez antes de orientar os pacientes como e onde ser encaminhado fosse melhor primeiro capacitar os profissionais, já que em vários estudos epidemiológicos, e também no Caderno de Atenção Básica pode ser evidenciado o aumento significativo dos traumatismos dentários, ressaltando ainda que os mesmos ocorram sem distinção de classe social. Por isso, é de fundamental importância que os cursos de Odontologia, Órgãos de Classe e os governos se mobilizem com campanhas educacionais sobre este assunto, divulgando informações através de cartazes, palestras para profissionais, pais e técnicos de centros esportivos, como o objetivo de orientar quanto à melhor conduta a ser tomada no pronto-atendimento, uma vez que são estas pessoas que estarão em contato direto com a vítima de traumatismo dentário. Para eles também é importante ressaltar sobre o território comunidade, que abarca os espaços comunitários, e em especial a escola, já que alguns estudos citam dentre os fatores ambientais estudados, o hábito de sucção de chupeta o mais relevante na associação com má oclusão. Com uma visão mais longínqua podemos ver que o início de um trauma dental acontece neste local que deveria ser utilizado para educação bucal, e que na verdade, em muitos casos, estimula formas indevidas de hábitos de vida, transformando-os em natural para as crianças, e acarretando posteriormente uma predisposição maior ao trauma dental.

Diante do exposto acima acreditam ter evidencia que um território está diretamente ligado ao outro, assim o território indivíduo sofre a influência direta do território família e do comunitário, que se integram entre si. É de suma importância que as famílias e as escolas sejam espaços de exemplos positivos para permitir o cuidado no tocante ao traumatismo dentário, valorizando e respeitando os indivíduos, promovendo desta forma qualidade de vida. Concluíram que há necessidade de se expandir a compreensão e a abordagem do traumatismo dentário além da clínica odontológica.

De acordo com Silva et al., em 2011 os traumatismos dento-alveolares podem ser ocasionados em decorrência de vários fatores, como agressões, impactos acidentais e acidentes de trânsito. Dependendo do tipo de traumatismo associado à região e dentes afetados, as condutas podem ser conservadoras ou mais invasivas, inclusive, indicando-se a extração dos dentes traumatizados. Sabendo-se que, além das repercussões clínicas, os traumatismos dento-alveolares podem estar ligados a processos judiciais instaurados nas várias áreas do Direito (civil, criminal, securitário, etc), o trabalho dos autores ressaltaram, por meio de um caso clínico, a importância da documentação odontológica e a responsabilidade do profissional que atende uma paciente vítima de traumatismo buco-facial. Concluíram que o profissional deve estar atento ao registro detalhado das informações decorrentes dos tratamentos clínicos executados, arquivando adequadamente o prontuário odontológico e os demais documentos produzidos na prática clínica, visando resguardar o exercício profissional e determinados direitos do paciente.

Morello et al. (2011) objetivaram apresentar as principais sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico, tendo comprometimento funcional e/ou estético, como necrose pulpar, reabsorção dentária, anquilose calcificação pulpar, escurecimento coronário, fratura coronária e radicular. Para isso, realizaram uma revisão de literatura sobre as sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. Como resultados encontraram a necrose pulpar como a sequela mais comumente encontrada, desenvolvendo-se no primeiro ano após o traumatismo. Calcificação pulpar é citada como a sequela mais comumente encontrada após fraturas radiculares. Anquilose e reabsorção radicular por substituição foram encontradas após avulsão. Concluiu-se que é importante o conhecimento de que as sequelas

relatadas podem aparecer após os traumatismos, para que o cirurgião-dentista esteja apto a reconhecer os sintomas e sinais clínicos e radiográficos, fornecer um prognóstico e traçar um plano de tratamento adequado.

Oliveira et al. (2012) fizeram um relato clínico com o objetivo de apresentar o acompanhamento multidisciplinar de acordo com a evolução do caso clínico que segue. Paciente do sexo feminino, leucoderma, 18 anos de idade, compareceu a emergência do Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, queixando-se de fratura dentária. Na anamnese foi relatado trauma sofrido na infância em decorrência de queda. Após avaliação clínica radiográfica e periodontal, foi diagnosticada fratura em bisel do incisivo central superior direito (11) com extensão vestibular até o terço cervical da raiz e comprometimento total da coroa e rizogênese incompleta dos incisivos centrais superiores, com imagem de lesão periapical em ambos, apesar do elemento fraturado já ter sido submetido a tratamento endodôntico aos 10 anos de idade. O comprimento da raiz remanescente e a invasão do espaço biológico foram avaliados através de radiografia periapical e medição com sonda periodontal tipo Williams (Hufriedy), também determinado o planejamento da extrusão dentária através de aparelhagem ortodôntica fixa para posterior reabilitação estética e funcional através de prótese fixa unitária. Uma coroa provisória em resina acrílica 62 – Clássico (Dencor) foi confeccionada através do modelo inicial com pino de fio ortodôntico 0,7mm de aço inox (Morelli) reembasado com resina acrílica e fixada na raiz através da cimentação com cimento de Hidróxido de Cálcio (Dycal, Dentsply). Para extrusão ortodôntica foi realizada dobragem do fio número 0,018" x 0,022" de seção retangular (Morelli), de forma a proporcionar a extrusão do dente fraturado sobre o modelo de estudo previamente confeccionado. Em seguida, foi realizada a colagem de braquete ortodôntico prescrição Edgewise slot 22 (Morelli) nos elementos 14 ao 24 e fixado o fio ortodôntico através de amarrilhos elásticos. No elemento 11 foi colado um botão (Morelli) para realização de tracionamento através de elástico de látex. A paciente foi acompanhada semanalmente para a realização de fibrotomia com lâmina de bisturi número 15C, ativação do elástico para extrusão e ajuste oclusal da coroa provisória extruída. Foram necessários 3mm de extrusão para restabelecer o espaço biológico do dente em questão, obtido após 45 dias. A extrusão foi aferida através da avaliação da distância entre a margem final do dente

por vestibular e o osso alveolar adjacente. Após a extrusão, os elementos 11 e 21 foram submetidos a terapia de hidróxido de cálcio, seguido de tratamento endodôntico após o fechamento apical e redução das lesões periapicais. No estágio final do tratamento ortodôntico, constatou-se uma leve extrusão do elemento 12 que, por opção da paciente, foi intruído através do uso de fio ortodôntico elástico na aparelhagem ortodôntica com colagem, do braquete do elemento em questão a 1mm abaixo dos demais elementos dentários. A paciente permaneceu em contenção com o fio retangular passivo por 2 meses durante o estágio protético. Inicialmente, foi realizada a desobstrução do canal referente ao elemento 11 com Gates Glidden nº 3, preservando o selamento apical com 5 mm de guta-percha e, posteriormente, alargado com brocas do sistema de pinos de fibra (Kit White Post DC, FGM). Para a cimentação do pino de fibra de vidro nº2 (White Post DC, FGM), o mesmo pino foi previamente silanizado (Prosil, FGM) durante 1 minuto e secado de acordo com as instruções do fabricante. Durante o posicionamento do pino, foi colocado o cimento resinoso autoadesivo (RelyX U100, 3M) no conduto sem prévio condicionamento, de acordo com as instruções do fabricante. O pino se encontrava ligeiramente vestibularizado devido à palatinização da raiz causada pelo trauma. Delimitada a altura do futuro preparo protético, o pino previamente cimentado foi cortado perpendicularmente ao seu longo eixo com broca tronco-cônica diamantada (KG Sorensen) para confecção do núcleo de preenchimento, utilizando pequenos incrementos de resina composta EA1 (Opallis, FGM) a fim de permitir a visualização do posicionamento do pino. O núcleo de preenchimento foi confeccionado recobrando todo o pino na porção coronária com sucessivas polimerizações de 15 segundos cada camada e uma polimerização final de 30 segundos com aparelho fotopolimerizador (Starlite PS, Dentsply). O preparo para coroa total em cerâmica livre de metal foi realizado com as brocas diamantadas 4138, 3118 e 3228 (KG Sorensen), com termino chanfrado liso, contínuo e nítido, obtido pelo acabamento com brocas ultrafinas (KG Sorensen). Terminado o preparo, notou-se a necessidade de aumentar o espaço para confecção da coroa cerâmica, em função da limitação espacial causada pelo posicionamento do pino promovido pela palatinização da raiz em função do trauma. Para compensar essa limitação, foi realizado, então, o desgaste do incisivo central inferior correspondente. A estética não foi afetada devido ao apinhamento dos dentes anteroinferiores da paciente. Uma nova

provisória foi confeccionada em resina composta estratificada (Opallis, FGM), seguindo o policromatismo do dente contralateral após realização de index com silicona de condensação base putty (Zetaplus, Zhermack) e cimentada com hidróxido de cálcio (Dycal, Dentsply). Através da técnica de moldagem da provisória com alginato (Jeltrade, Dentsply), foi confeccionado um casquete de moldagem com resina acrílica vermelha 65 (Duralay). O casquete foi reembasado com pequenas porções de resina fluida até obtenção de saia suficiente para promover um adequado afastamento gengival e a penetração do material de moldagem. Através do uso de uma seringa de moldagem (Jon) a silicona de condensação base light (Zetaplus, Zhermack) foi injetada dentro do casquete de moldagem, a fim de evitar a formação de bolhas e, conseqüentemente, a falta de material. O casquete foi, então, posicionado aos poucos, levando o material de moldagem até o termino do preparo, quando foi então pressionado durante 3 minutos para presa total do material. Uma moldeira total (Technodent) foi preenchida com alginato (Jeltrade, Dentsply) para moldagem de transferência dos casquetes em posição. Após a moldagem da arcada antagonista, ambas as moldagens foram desinfetadas com solução de hipoclorito de sódio a 1% e armazenadas em umidificador. Os modelos foram, então, vazados com gesso tipo IV (Durone, Dentsply) e montados em ASA (A7 Plus, Bioart) sem auxílio de registro oclusal, uma vez que os modelos possuíam estabilidade oclusal, para posterior envio ao laboratório com registro de cor com mapeamento e fotografia. Após prova da infraestrutura in-ceran e da aplicação de cerâmica, a coroa foi cimentada com cimento resinoso autoadesivo (RelyX U100, 3M). Após remoção de excessos do escoamento do cimento foi aplicada uma camada de verniz fluoretado (Fluorniz, SS White) na cervical de toda interface dente-restauração. A determinação de cada procedimento se baseou na manutenção da saúde dos tecidos periodontais e na reabilitação dentária e, por conclusão, que o planejamento do tratamento multidisciplinar é fundamental para a otimização dos resultados obtidos na realização dos procedimentos que visam o restabelecimento estético-biológico satisfatório do elemento dentário afetado pelo trauma.

Pinheiro & Delfino (2013) tiveram por objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Patos-Paraíba sobre o diagnóstico e a conduta frente ao trauma dentário, observando se há interferência da idade, do setor de atuação (público ou privado), do sexo, da experiência em trauma, do tempo de

formado, dos cursos de especialização e do curso de emergência em traumatismos dentários. Para esse fim, um questionário contendo duas partes, com perguntas sobre dados demográficos e conhecimento, foi aplicado em 102 cirurgiões-dentistas, sendo realizada uma pesquisa do tipo transversal, de caráter exploratório. Os dados foram analisados estatisticamente pela ANOVA e Teste t, com margem de erro de 5%. Não encontraram diferença estatística em relação à idade, ao setor de atuação, ao sexo, à experiência em trauma, ao tempo de formado e ao curso de emergência em traumatismos dentários. Apenas os que possuíam curso de especialização apresentaram maior nível de conhecimento, totalizando 65,69% dos entrevistados, com $p= 0,014$. Os resultados mostraram que a maioria dos cirurgiões-dentistas possui nível de conhecimento considerado satisfatório em relação aos traumas dentários, pois apresentam média de acerto de 6,39. Pôde-se concluir que os especialistas obtiveram melhores resultados, sugerindo que os cursos de especialização são importantes para a atuação correta e efetiva dos cirurgiões-dentistas nos casos de traumatismos dentários.

Piva et al. (2013) tiveram por objetivo relatar o caso de um menino que compareceu ao atendimento de urgência da Clínica Infantil da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra) - campus Cachoeira do Sul/RS - Brasil, com várias lesões decorrentes de uma queda de bicicleta. O paciente chegou 24 horas após o trauma com várias lacerações faciais que já haviam sido suturadas no hospital anteriormente. Os dentes envolvidos, o 11, 12, 13, 21, 22 e 23, apresentavam lesões de fratura coronária, subluxação e luxação extrusiva. Realizou-se uma radiografia da região e não se detectou fratura radicular ou da tábua óssea vestibular. No primeiro atendimento, optou-se pela confecção de uma contenção semirrígida mantida por três semanas, pois alguns dentes estavam com grande mobilidade. Desde o atendimento de urgência o paciente vem sendo acompanhado e tratado na Universidade. Os autores concluíram que o tratamento de urgência é bastante complexo e que, uma boa anamnese, um bom exame clínico e exames complementares são indispensáveis na instituição de um plano de tratamento rápido e adequado. O prognóstico é muitas vezes duvidoso, podendo envolver várias especialidades odontológicas e se torna mais favorável quando o profissional tem conhecimento, agilidade no tratamento de urgência e faz o encaminhamento correto do paciente quando necessário.

Albuquerque et al.(2018) tiveram por objetivo descrever um caso clínico de reabilitação de um dente anterior que apresentava fratura decorrente de trauma, de um paciente adolescente. O paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, apresentou-se com a queixa da aparência estética do dente 32. Na anamnese o mesmo relatou que há cerca de 1 ano havia fraturado o referido dente enquanto brincava, e que sentiu dor apenas nas primeiras horas após o acidente, não se queixando mais de qualquer sintomatologia dolorosa desde então. Ao exame radiográfico, observou-se fratura do dente 32, além da presença de imagem radiolúcida na região periapical do referido dente. Assim, baseado na avaliação radiográfica e após criteriosos exames com recursos semiotécnicos empregados na Endodontia, confirmou-se o diagnóstico de necrose pulpar do mesmo. Foi instituído o tratamento endodôntico previamente ao tratamento restaurador. A reabilitação consistiu inicialmente pelo tratamento endodôntico. Na sequência optou-se pela instalação de um pino de fibra de vidro (PFV). Por fim, a reconstrução coronária foi realizada de forma direta, em resina composta e com o auxílio de uma coroa de cloreto de polivinila (PVC). Através do resultado final obtido, concluiu-se que esta é uma alternativa rápida e viável para casos como o apresentado, proporcionando não somente o restabelecimento funcional e estético do dente, mas também satisfação e elevação da autoestima de pacientes hebiátricos.

Para Soares (2019) ao se falar de traumatismo dento-alveolar, considera-se todas as injúrias que venham a danificar o dente e/ou suas estruturas de suporte. Pode-se, então, serem citadas as fraturas de coroa, envolvendo esmalte, esmalte-dentina, com e sem exposição pulpar, além das concussões, subluxações, luxações e avulsão do órgão dentário. Os autores tiveram por objetivo relatar um caso de tratamento odontológico em um incisivo central superior traumatizado, o qual necessitou de uma abordagem odontológica interdisciplinar. A pesquisa foi caracteriza como um estudo de caso clínico descritivo, realizado na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia Maria Milza. O estudo teve como sujeito de pesquisa um paciente do sexo masculino, que sofreu traumatismo dento alveolar, ocasionando a fratura complexa da unidade 21, sem fechamento apical. O trabalho teve como critério de inclusão assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e como critério de exclusão a não assinatura do referido termo. Também foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando Resolução

466/12 que trata pesquisas e testes com seres humanos. Foi realizada anamnese detalhada, buscando-se conhecer toda história médica e odontológica do paciente, recordando-se o momento que ocorreu o trauma e as condutas odontológicas realizadas naquele momento. Considerando tal fato, foi realizado o exame clínico, buscando-se observar toda situação intra-oral do paciente e, em especial, como se apresenta a unidade traumatizada. Uma avaliação periodontal foi realizada, a fim de avaliar a situação das estruturas de suporte e proteção dos dentes, seguiu-se para a execução do exame radiográfico, para observar a situação periodontal e endodôntica dos dentes, para posteriormente executar o tratamento interdisciplinar, devolvendo, assim, ao dente sua função, além de restabelecer sua estética. Dessa forma, foi realizada uma abordagem interdisciplinar onde a endodontia e a cirurgia buscou controlar a infecção presente e a dentística foi capaz de satisfazer esteticamente o paciente.

De acordo com Antes (2019) a calcificação do canal radicular é um processo que pode ocorrer posteriormente a um traumatismo dentário ou que pode se desenvolver lentamente em decorrência do envelhecimento dentário fisiológico. É caracterizada pela deposição de tecido duro tanto na câmara pulpar como no canal radicular. Esta condição pode ser diagnosticada através de radiografias periapicais e tomografia computadorizada. Em alguns casos pode estar associada à necrose pulpar e presença de lesão periapical e o tratamento pode ser considerado bastante complexo. Este estudo de caso clínico relata o tratamento endodôntico do elemento 21, sintomático, com obliteração do canal radicular e necrose pulpar, como seqüela de um traumatismo dentário. O tratamento proposto foi o tratamento endodôntico convencional, seguindo a técnica coroa-ápice e com uso de medicação intracanal durante as sessões. Obteve-se sucesso na realização da técnica e após a conclusão do caso foi possível observar remissão dos sintomas e cicatrização dos tecidos periapicais.

4.1. AVULSÃO

Segundo Rodrigues et al. (2010) a avulsão dentária consiste no deslocamento do dente para fora do seu alvéolo sendo conduta imperativa o reimplante do dente avulsionado na sua loja óssea. O enfoque do traumatismo dentário como um problema de saúde pública tem se tornado evidente e estudos demonstram a necessidade da difusão do protocolo do reimplante dentário para auxiliar o cirurgião-dentista sobre como conduzir e tratar a avulsão dentária. Este trabalho teve como objetivo apresentar um protocolo para o tratamento do dente avulsionado, bem como fazer uma revisão da literatura acerca da etiologia, prevalência, meios de armazenagem, condutas endodônticas, contraindicações dos reimplantes dentários e prognósticos. Conclui-se que o tratamento conservador da avulsão dentária, através do reimplante dental, é um método com considerável chance de sucesso, desde que um pronto atendimento seja estabelecido de forma adequada.

Na opinião de Victoriano et al. (2013) a avulsão dentária é a mais grave dentre as injúrias bucais em um trauma de face. O manejo dos dentes e tecidos moles envolvidos durante e após o reimplante é fator fundamental para um prognóstico favorável. Os autores tiveram por objetivo apresentar um caso clínico de trauma dento-alveolar, com avulsão dos quatro dentes incisivos superiores. Paciente do gênero feminino, 11 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Rita da Cidade de Maringá-PR, apresentando fratura da tábua óssea vestibular superior e avulsão dos dentes 12, 11, 21 e 22, devido a acidente ciclístico. Sob anestesia geral, foi realizada sutura das partes moles, redução de fratura de osso alveolar, reimplante e espiantagem dos dentes. Após a intervenção cirúrgica, a paciente foi encaminhada para tratamento endodôntico dos dentes reimplantados. Foi utilizada medicação intracanal, com hidróxido de cálcio, por 3 meses. Ao controle radiográfico após 2 anos, não se observou sinais de reabsorção radicular por substituição e as regiões periapicais dos dentes apresentaram-se normais. Pode-se dizer que o cuidado com os dentes avulsionados, antes e após os reimplantes, medicação sistêmica e o tratamento endodôntico imediato, com trocas de hidróxido de cálcio como medicação intracanal, foram fundamentais para o sucesso clínico e radiográfico no controle de 2 anos.

Amaro (2020) define avulsão dentária como o completo deslocamento do elemento dental do alvéolo ocasionando o rompimento total das fibras do ligamento periodontal bem como do feixe vâsculo-nervoso apical. O reimplante é o tratamento de escolha, embora seu prognóstico no longo prazo seja imprevisível, pois enquanto alguns dentes reimplantados permanecem em boca por anos, outros são perdidos rapidamente promovendo sérios prejuízos psicológicos, estéticos, funcionais e financeiros. Poucos estudos clínicos longitudinais avaliaram o prognóstico pulpar de dentes permanentes reimplantados. Este estudo consistiu numa coorte histórica para avaliar o prognóstico pulpar de 133 dentes permanentes com rizogênese incompleta reimplantados após avulsão traumática em 117 pacientes atendidos na Clínica de Traumatismos Dentários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1994 a 2018. A partir da análise de prontuários clínicos foram coletados dados como sexo, idade do paciente no momento do trauma, grau de rizogênese, duração do período extra-alveolar, meio de armazenamento do dente avulsionado, prescrição de antibioticoterapia sistêmica, tempo de imobilização, ocorrência de fraturas da coroa concomitantes com a avulsão. O padrão de resposta pulpar foi determinado com base nos dados clínicos e radiográficos e classificado como cicatrização quando observada a manutenção da vitalidade pulpar, obliteração do canal radicular e invaginação de tecido mineralizado semelhante ao osso na cavidade pulpar. A ausência de cicatrização foi classificada como necrose pulpar. Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico R (versão 3.5.3, Viena, Áustria, 2018). Foi feita a análise descritiva das variáveis pesquisadas e uma regressão logística para estudo de associação entre as co-variáveis estudadas e a ocorrência ou não de cicatrização. A necrose pulpar representou o achado mais frequente (82,7%), seguida da invaginação de tecido mineralizado com aspecto ósseo na cavidade pulpar (9,77%), manutenção da vitalidade pulpar (5,26%) e obliteração do canal radicular (2,25%). O modelo multivariado final demonstrou que as chances de cicatrização pulpar foram maiores para dentes com estágios de rizogênese 2 (RC 17.4, IC 95% 2.8-106.6, $p= 0.003$) e 3 (RC 6.9, IC 95% 1.4 -3.9, $p= 0.019$), dentes armazenados no leite (RC 5.5, IC 95% 1.1 – 26.5, $p= 0.038$) e dentes reimplantados dentro de 15 minutos (RC 25.9, IC 95% 3.7 – 183.3, $p= 0.001$). Os resultados obtidos no presente estudo permitiram a conclusão, por parte dos autores, que a cicatrização pulpar representou um evento

raro tendo ocorrido principalmente em dentes reimplantados com estágios precoces de desenvolvimento radicular após armazenamento em meios fisiológicos como o leite por curtos períodos de tempo.

Souza et al. (2021) conceitua a avulsão dentária como um deslocamento completo do dente para fora do alvéolo, e o seu reimplante imediato é a opção mais favorável, porém, sob algumas condições, nem sempre é possível fazê-lo. O objetivo deste estudo foi relatar um caso em que houve o reimplante dentário tardio e um acompanhamento ao longo de 10 anos, não apresentando reabsorção radicular. Paciente do sexo masculino, 6 anos de idade, sofreu avulsão do dente 21 causada por queda de bicicleta. O dente foi colocado em um copo com soro fisiológico e reimplantado no hospital em duas horas, sendo instalada uma esplintagem não-rígida e após 11 dias removidos. Ao exame radiográfico, foi observado que o dente apresentava-serizogênese incompleta, com paredes finas e o ápice aberto (estágio 9 de Nolla). Clinicamente, um mês após o trauma, o dente apresentou-se assintomático e sem mobilidade, com resposta inconclusiva ao teste de sensibilidade pulpar ao frio. Com a interrupção do desenvolvimento radicular e a presença de rarefação óssea periapical, realizou-se o teste de cavidade pulpar e foi planejado o tratamento com posterior intervenção endodôntica. Dez anos após o trauma dentário, o dente apresentava-se sem mobilidade, com resposta negativa ao teste de palpação e percussão vertical. A radiografia mostrou-se com aspectos de normalidade, não havendo presença de reabsorção dentária. Conclui-se que o reimplante dentário apresentou um prognóstico favorável, não exibindo reabsorção radicular inflamatória ou por substituição, além de restabelecer estética e função durante 10 anos.

A avulsão dentária, no entendimento de Lima et al. (2021), consiste em um trauma dento alveolar, no qual ocorre o deslocamento do dente para fora do alvéolo, sendo o tratamento imediato o reimplante do elemento dental avulsionado. Fatores como tempo extra alveolar, meio de armazenamento, e a contenção realizada após o reimplante dentário, são determinantes no prognóstico favorável do caso. Os autores tiveram por objetivo relatar o caso clínico de avulsão do incisivo central superior. Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, sofreu queda da própria altura, ocasionando a avulsão do elemento dental 11; quatro horas após o acidente, com o elemento tendo sido armazenado em meio seco, o reimplante foi realizado e

confeccionada uma contenção rígida (barra de Erich). Em atendimento posterior, o elemento em questão foi avaliado e a contenção substituída por uma semi-rígida; reavaliado e encaminhando para tratamento endodôntico. O caso relatado tratou-se de um caso atípico para o quadro clínico em questão; os fatores citados foram desfavoráveis para um bom prognóstico, entretanto, o elemento que sofreu avulsão e foi reimplantado, encontra-se em função até o presente momento, com 9 meses de acompanhamento.

4.2. TRAUMATISMOS EM DENTIÇÃO DECÍDUA

Malmgren et al.(2012) relatam que lesões traumáticas na dentição decídua apresentam problemas especiais e a gestão é muitas vezes diferente em comparação com a dentição permanente. A Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) desenvolveu uma declaração de consenso após uma revisão da literatura e discussões em grupo. Pesquisadores e clínicos experientes de várias especialidades foram incluídos no grupo de tarefas. Nos casos em que os dados não pareciam conclusivos, as recomendações foram baseadas na opinião de consenso ou decisão da maioria do grupo de trabalho. Os membros do conselho da IADT estavam dando sua opinião e aprovação. O objetivo dessas diretrizes foi delinear uma abordagem para os cuidados urgentes em tratamento de lesões em dentes decíduos. O IADT não pode e não garante resultados favoráveis com a adesão estrita as diretrizes, mas acreditam que sua aplicação pode maximizar as chances de um resultado positivo. Sobre as recomendações os autores relatam como segue. Após um diagnóstico preciso e a explicação das diferentes opções de tratamento para os pais ou responsáveis, o clínico e os responsáveis devem decidir conjuntamente o plano de tratamento mais adequado. As presentes diretrizes contêm recomendações para o diagnóstico e tratamento das lesões traumáticas em dentes decíduos saudáveis e livres de cárie, utilizando os exames adequados. Exame clínico: Informações sobre o exame das lesões traumáticas na dentição decídua podem ser encontradas em vários livros didáticos atuais. A possibilidade de abuso infantil deve ser considerada sempre que se avalia crianças

com idade inferior a 5 anos que apresentem trauma intra-bucal afetando lábios, gengivas, língua, palato e lesões dentárias severas. Exame radiográfico: Um exame radiográfico detalhado é essencial para estabelecer a extensão da lesão para os tecidos de suporte, a fase de desenvolvimento radicular e a relação com os sucessores permanentes. Dependendo da capacidade de cooperação da criança e do tipo de LDT, o clínico pode decidir quais exames radiográficos são necessários para confirmar o diagnóstico. Sempre considerar a possibilidade de minimizar a exposição radiográfica em crianças. Diferentes angulações são recomendadas. Os exames radiográficos adequados incluem: 1- Radiografia periapical com o centro do feixe de raios-X incidindo com angulação horizontal perpendicular ao dente em questão (filme pediátrico). 2- Radiografia oclusal (filme pediátrico). 3- Radiografia lateral extra-bucal do elemento em questão, que pode revelar a relação entre o ápice do dente deslocado e o germe do dente permanente, bem como a direção de deslocamento (filme pediátrico), mas é raramente indicada porque dificilmente fornece informações extras. Contenção: A contenção é utilizada apenas para fraturas ósseas alveolares e fraturas radiculares intra-alveolares. Utilização de antibióticos: Não há evidência para a utilização de antibioticoterapia sistêmica nos casos de lesões de luxação em dentes decíduos. A utilização de antibióticos permanece a critério do clínico, uma vez que as LDTs são frequentemente acompanhadas por lesões de tecidos moles e associadas com outros tipos de lesão, que podem exigir intervenções cirúrgicas. Além disso, o estado de saúde da criança pode justificar a cobertura antibiótica. Sempre que possível, entre em contato com o pediatra, que pode fornecer recomendações para uma condição médica específica. Testes de sensibilidade e percussão: Os testes de sensibilidade e percussão não são confiáveis em dentes decíduos, devido a resultados inconsistentes. Descoloração coronária: Embora as presentes diretrizes se concentrem na abordagem na gestão das lesões dentárias agudas, a descoloração coronária deve ser considerada, uma vez que as dúvidas referentes a esse tema são frequentes entre os pais e responsáveis, principalmente por razões estéticas. A descoloração é uma complicação comum após luxações. Tal descoloração pode desaparecer, e o dente recuperar a sua cor original. Dentes com descoloração escura persistente podem permanecer clínica e radiograficamente assintomáticos ou podem desenvolver lesão periapical. Há uma associação entre a descoloração coronária e a

necrose pulpar em dentes decíduos traumatizados. A menos que uma infecção esteja presente, o tratamento endodôntico não é indicado. Obliteração do canal radicular: A obliteração do canal radicular é uma seqüela comum após lesões de luxação. Tem sido demonstrado que essa condição ocorre em 35-50% dos casos, indicando vitalidade pulpar. Uma tonalidade amarelada pode ser observada. Instruções aos responsáveis: A ocorrência do processo de reparo após um trauma aos dentes e os tecidos bucais depende, em parte, de uma higiene bucal adequada. Para aperfeiçoar o reparo, pais e responsáveis devem ser aconselhados a respeito do cuidado ao dente/dentes acometidos, assim como a supervisão de atividades potencialmente perigosas para prevenir lesões adicionais. Escovação dentária com uma escova macia e a aplicação tópica de gluconato de clorexidina 0,1% na área afetada com compressas de algodão, duas vezes ao dia, por 1 semana, são recomendadas para evitar o acúmulo de biofilme e os resíduos. Uma dieta leve por 10 dias e a restrição da utilização de chupeta é também recomendada. Os pais ou responsáveis devem ser orientados sobre as possíveis complicações, como edema, aumento da mobilidade ou fístulas. Embora as crianças possam não acusar dor, a infecção pode estar presente e os pais e responsáveis devem estar atentos a sinais como hiperplasia gengival; e, se presentes, a criança deve ser encaminhada para tratamento. É muito importante que se obtenha uma documentação demonstrando que os pais e responsáveis foram informados a respeito de possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes, especialmente após intrusão, avulsão e fraturas alveolares. O IADT não pode e não garante resultados favoráveis com a adesão estrita as diretrizes, mas acreditam que sua aplicação pode maximizar as chances de um resultado positivo.

Wanderley et al. (2014) alegam que os traumatismos em dentes decíduos são comuns de ocorrer, sendo seu primeiro episódio normalmente nas crianças quando estão aprendendo a andar. Traumas novos ou repetidos podem ocorrer ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo importante seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento quando necessário. Os traumas podem afetar tanto o próprio dente decíduo como o dente permanente que está se formando. O tratamento deve envolver tanto o atendimento logo após o trauma, como o acompanhamento das possíveis sequelas na dentição decídua e permanente. A abordagem do bebê e da criança nem sempre é fácil, devido a pouca idade do

paciente, as condições do atendimento de urgência e a falta de experiência profissional. A prevenção é limitada, restringindo-se aos cuidados gerais com as crianças, evitar a falta de selamento labial e a instalação de maloclusões anteriores (mordida aberta e protrusão dos incisivos superiores), associadas aos hábitos de sucção. Independentemente dos desafios e da incerteza perante a evolução de cada caso, devemos estar preparados para atender estas urgências, os traumas tardios e suas repercussões para ambas as dentições, proporcionando saúde bucal para nossos pacientes.

Para Granette et al. (2018) o traumatismo dentário em dentes decíduos acontece frequentemente na odontopediatria e, associa-se a um dano ocorrido ao tecido dentário e de sustentação, podendo acarretar desde a perda de parte da estrutura dentária, até a perda precoce do elemento dentário, ocasionando, por vezes, sequelas ao sucessor permanente. Sendo assim, em casos de comprometimento pulpar, é necessário o tratamento endodôntico e restaurador do elemento dentário. Realizar um tratamento endodôntico em criança é um desafio devido à complexidade da anatomia dentária e do sistema de canais radiculares. Baseado no exposto, o objetivo foi relatar o tratamento de um traumatismo dentário. Relato de Caso: criança com 4 anos de idade com fratura de esmalte e dentina e exposição pulpar do elemento 51, onde foi proposto a utilização de métodos que pudessem agilizar e otimizar o tempo de tratamento. A opção de tratamento endodôntico escolhida foi o método de instrumentação recíprocante com auxílio do localizador apical para estabelecer a odontometria. A instrumentação recíprocante preconiza o uso de somente uma lima para modelagem do canal. Neste caso, foi utilizada lima Reciproc 50 e irrigação do canal com hipoclorito de sódio 2,5%. Depois de seco com cone de papel, o canal radicular foi obturado com pasta Guedes-Pinto. Os autores concluíram que é possível afirmar que o método recíprocante apresenta-se como um novo conceito de instrumentação, e é de extrema relevância o seu uso em paciente odontopediátrico, visto que proporciona um resultado efetivo, e com tempo de trabalho reduzido favorecendo assim o conforto e bem estar do paciente.

5. DISCUSSÃO

Pelo que pudemos ver na nossa revisão da literatura, alguns pontos importantes devem ser considerados no atendimento de pacientes traumatizados.

De início, o exame bucal. Este deve ser minucioso, com uma boa anamnese, exame clínico e complementar, pois a origem do trauma pode trazer várias consequências, como a perda do dente a curto, médio e longo prazo, pode haver indenização em caso de alguns tipos de acidentes, ou mesmo boletim de ocorrência, se for consequência de agressão. Portanto, o profissional deve estar atento e, mesmo num atendimento de urgência seguir um protocolo de atendimento pré estabelecido (SILVA et al. (2009); MORELLO et al. (2011).

Para tanto, se faz necessário que os profissionais de odontologia estejam preparados e atualizados nesse sentido, reciclando periodicamente o conhecimento sobre traumatismo e suas consequências, a fim de dar um primeiro atendimento que possibilite as chances de reparo do dano ou que possa esclarecer as possibilidades que seguirão a partir daquele momento (PINHEIRO & DELFINO (2013); PIVA et al. (2013); RODRIGUES et al. (2010); VICTORIANO et al. (2013).

Outro aspecto discutido é o conhecimento por parte do público leigo, que deve, pelo menos, ter informações de como transportar o dente até o Cirurgião Dentista. Neste grupo, podemos incluir cuidadores, professores do ensino fundamental e médio, profissionais de serviços de urgência, que provavelmente terão o primeiro contato com o paciente traumatizado (SANABE et al.(2009); SOUZA et al. (2009); SANTOS et al. (2010), RODRIGUES et al. (2010).

De acordo com os textos pesquisados, os traumas com maior incidência são a avulsão e a fratura de esmalte. Interessante que apesar de encontrarmos os dois extremos como mais incidentes, ambos podem gerar consequências tardias que comprometem a permanência do dente, de modo que nos faz lembrar a importância do primeiro atendimento (SOUZA et al. (2009); RODRIGUES et al. (2010); VICTORIANO et al. (2013); AMARO (2020); LIMA et al. (2021).

As principais sequelas ou consequências do traumatismo dental são necrose pulpar, reabsorção dentária, anquilose, calcificação pulpar, escurecimento coronário, fratura coronária e radicular, bem como a perda do dente. Para cada uma delas, uma conduta clínica deve ser instituída, porém nem sempre com resultados

positivos. (MORELLO et al. (2011); ANTES (2019); AMARO (2020); LIMA et al. (2021). Por isso é necessário uma visão multidisciplinar para o atendimento desses pacientes (OLIVEIRA et al. (2012); ALBUQUERQUE et al.(2018) ; SOARES (2019),VICTORIANO et al. (2013) .

Quanto ao tratamento da avulsão dentária, existem recomendações quanto ao transporte do dente, do local até o profissional (leite gelado, soro fisiológico), fazer o reimplante no menor tempo possível, esplintagem semi-rígida e acompanhamento periódico para possíveis intervenções, de acordo com a evolução do caso (SOUZA et al. (2021); VICTORIANO et al. (2013); AMARO (2020); LIMA et al. (2021).

Por fim, sobre o traumatismo em dentição decídua Malmgren et al.(2012) comentam que após um diagnóstico preciso e a explicação das diferentes opções de tratamento para os pais ou responsáveis, o clínico e os responsáveis devem decidir conjuntamente o plano de tratamento mais adequado. Quanto ao protocolo de atendimento, no exame clínico as informações sobre o exame das lesões traumáticas na dentição decídua podem ser encontradas em vários livros didáticos, citam que a possibilidade de abuso infantil deve ser considerada em crianças com idade inferior a 5 anos que apresentem trauma intra- bucal afetando lábios, gengivas, língua, palato e lesões dentárias severas. Destacam que um exame radiográfico detalhado é essencial para estabelecer a extensão da lesão para os tecidos de suporte, a fase de desenvolvimento radicular e a relação com os sucessores permanentes. A utilização de antibióticos permanece a critério do clínico, uma vez que as LDTs são frequentemente acompanhadas por lesões de tecidos moles e associadas com outros tipos de lesão, que podem exigir intervenções cirúrgicas. Os testes de sensibilidade e percussão não são confiáveis em dentes decíduos, devido a resultados inconsistentes. A descoloração coronária deve ser considerada, é uma complicação comum após luxações que pode desaparecer e o dente recuperar a sua cor original, e sua persistência pode indicar problema endodôntico. A obliteração do canal radicular é uma sequela comum após lesões de luxação, tem sido demonstrado que essa condição ocorre em 35-50% dos casos, indicando vitalidade pulpar. A ocorrência do processo de reparo após um trauma aos dentes e os tecidos bucais depende, em parte, de uma higiene bucal adequada e para aperfeiçoar o reparo, pais e responsáveis devem ser aconselhados a respeito

do cuidado aos dentes acometidos, assim como a supervisão de atividades potencialmente perigosas para prevenir lesões adicionais. É recomendado escovação com uma escova macia e a aplicação tópica de gluconato de clorexidina 0,1% na área afetada com compressas de algodão, duas vezes ao dia, por 1 semana, bem como uma dieta leve por 10 dias e a restrição da utilização de chupeta. Os pais ou responsáveis devem ser orientados sobre as possíveis complicações, como edema, aumento da mobilidade ou fístulas. É muito importante que se obtenha uma documentação demonstrando que os pais e responsáveis foram informados a respeito de possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes, especialmente após intrusão, avulsão e fraturas alveolares. Essas condutas servem para aumentar as chances de resultados positivos.

Granette et al (2018) coloca a importância de novas técnicas que priorizam um tempo mais breve de tratamento, como o caso do uso de instrumentos reciprocantes na endodontia dos dentes decíduos.

Por sua vez, Wanderley et al (2014) ressalta que independentemente dos desafios e da incerteza perante a evolução de cada caso, devemos estar preparados para atender estas urgências, os traumas tardios e suas repercussões para ambas as dentições, proporcionando saúde bucal para nossos pacientes.

6. CONCLUSÃO

Após analisarmos a literatura presumimos ser lícito concluir que é muito importante a consulta inicial do paciente traumatizado no que tange a anamnese, exame clínico e exames complementares no sentido de poder prever possíveis consequências futuras, estabelecer acompanhamento e, eventualmente documentação para uso legal, dependendo da situação que deu origem ao trauma.

No tratamento de avulsão, o tempo e a correta armazenagem é um fator determinante para o sucesso do caso.

É necessário que os profissionais de Odontologia estejam preparados para o primeiro atendimento, através da atualização periódica do conhecimento desse tipo de situação.

Também se faz necessárias campanhas periódicas de esclarecimento ao público leigo sobre o trauma dentário, a fim de evitá-lo ou minimizar suas consequências quando do atendimento no local onde o fato ocorreu.

REFERÊNCIAS

Oliveira DCRS et al. Trauma Dentário: tratamento multidisciplinar. Revista Dental Press Estét. 2012;9(3):88-96.

Piva F et al. Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário: relato de caso clínico. Revista Paul Cir Dent, 2013;67(3):8-224.

Albuquerque, CRJ et al. Reabilitação funcional e estética de dente anterior fraturado em paciente hebiátrico: Relato de caso. ArchHealth Invest. 2018 [out]; 8(2):4-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i2.3176>.

Silva RF, Portilho CDM, Júnior ED, Prado MM, Garcia RR. Responsabilidade profissional no atendimento de pacientes com traumatismo dentário. Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2009; 9 (1): 53-58.

Sanabe ME, et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Revista Paul Pediatr, Araraquara. 2009; 27(4):447-51.

Souza FJ, et al. Avaliação das injúrias dentárias observadas no Centro de Trauma Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- Unicamp. Revista FO. Piracicaba. 2009;14(2):111-116.

Santos V, Seabra S, Chevitarese L. Traumatismo dentário numa visão para a promoção de saúde. Revista Saúde & Amb. 2010; 5(1):01-07.

Morello J et al. Sequelas subsequentes aos traumatismos dentários com envolvimento endodôntico. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2011;13 (2):68-73.

Pinheiro SAA, Delfino CS. Conhecimento do cirurgião- dentista sobre trauma dentário. Revista Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2014;14(1):83-90.

Soares SO. Abordagem interdisciplinar diante de um caso de traumatismo dentário de um incisivo central superior: Relato de caso [Monografia]. Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza;2019. 50 p.

Antes TH. Tratamento endodôntico de dente com mineralização pulpar pós trauma: Relato de caso clínico [Trabalho de conclusão especialização em endodontia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 30 p.

Rodrigues TLC, Rodrigues FG, Rocha JF. Avulsão dentária: proposta de tratamento e revisão da literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2010;22(2):147-53.

Victoriano FR et al. Reimplante dentário para o tratamento de Avulsão Dentária: relato de caso clínico. Revista Assoc Paul Cir Dent. 2013; 67(3):202-6.

Amaro RG. Prognóstico pulpar de dentes permanentes com rizogênese incompleta reimplantados após avulsão traumática: estudo clínico longitudinal [monografia graduação em odontologia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020. 76 p.

Souza LE et al. Reimplante dentário após avulsão traumática: 10 anos de acompanhamento. Revista Health Invest. Maringá. 2021;10(3):456-460.

Lima ERC et al. Reimplante dentário após trauma de avulsão: Relato de caso clínico. Revista Society and Development. Tiradentes. 2021;10(8): 1-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.16967>

Malmgren B et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Revista Dental Traumatology. 2012; 28:174-182.

Wanderley MT et al. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. Revista Paul Cir Dent. 2014; 68(3):194-200.

Granette, MS et al. Uso do sistema recíprocante para tratamento endodôntico em dente decíduo com traumatismo dentário. Revista Brasileira de Odontologia. 2018;75(2):109.