



Pedro Jarutais Fensterseifer

TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE: REVISÃO DE LITERATURA

Santa Maria, RS

2021

Pedro Jarutais Fensterseifer

TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dra. Janice Almerinda Marin

Santa Maria, RS

2021

Pedro Jarutais Fensterseifer

TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO PERMANENTE: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Profa. Dr. Janice Almerinda Marin – Orientador (UFN)

Profa. Me. Aline Kruger Batista (UFN)

Profa. Me. Flávia Kolling Marquezan (UFN)

Aprovado em de de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico não apenas a faculdade e este trabalho final de graduação, mas grande parte da minha criação e valores a alguém que desde o momento em que topei o desafio de me tornar um profissional da saúde eu tive como objetivo principal dedicar esta conquista e muito sonhei com o momento em que eu a veria na plateia do ato de colação do curso e guardaria a imagem da sua reação comigo para o resto da minha vida, esta pessoa é minha vó, dona Ermínia Sausen Fensterseifer, alguém que com toda certeza não mediu esforços para me ver feliz e me tornar a pessoa que sou hoje e que, por ironia do destino é a única pessoa que não poderá vivenciar a importância deste momento para mim pois logo ao segundo ano de faculdade foi diagnosticada com Alzheimer que, como consequência, não me dará a oportunidade de fazê-la entender o quão grato sou por tudo que fizestes. Te guardarei pra sempre comigo, minha rainha!

AGRADECIMENTOS

Venho por meio deste pequeno componente do meu trabalho final de graduação lembrar e agradecer do fundo do meu coração a todos aqueles que fizeram parte deste ciclo que esta por se encerrar. Primeiramente agradecer minha família, cada um com seu jeito, fizeram o possível para me ajudar e dar forças para que eu pudesse enfrentar este desafio que por inúmeros parecia tão longe de meu alcance, fazendo com que eu em muitas situações fraquejasse frente as adversidades e, nesses difíceis momentos se fizeram presentes para me encorajar e encontrar, como dizem, uma “luz no fim do túnel”, aos meus pais, irmãos e tios, fica meu muito obrigado por acreditarem em mim, sem vocês talvez nada disso seria possível. Em segundo lugar agradeço também de coração a todos os professores que em suas maneiras não apenas nos ensinaram a a parte teórico/prática desde curso tão incrível, mas também nos ensinaram a ver com outros olhos que realmente estávamos nos tornando pessoas que de certa forma poderiam fazer o bem a todos aqueles que cruzassem nossos caminhos na vida profissional, a entender o real valor desta profissão e a fazer valer estes ensinamentos de forma mais ética e empática possível, fazendo com que a cada semestre nos sentíssemos mais motivados ainda a ter coragem para praticar esta linda profissão, sem exceção alguma, muito obrigado a todos! Por fim queria agradecer também a instituição que nos proporcionou esta experiência de vida incrível, nos fazendo ter a certeza de que não haveria lugar melhor para que tudo isso pudesse acontecer.

RESUMO

O traumatismo dental atualmente é considerado um problema de saúde pública de alta prevalência que, se tratado de forma inadequada pode acarretar em danos irreparáveis para as vítimas. Sendo assim, este trabalho teve objetivo de revisar a literatura sobre traumatismo dental em dentes permanentes. Para tal, foi realizado levantamento literário de artigos publicados entre o período de 1993 a 2015 nas bases de dados PubMed, Scielo, BVS, BIREME bem como uma pesquisa no guia da Associação Internacional de Traumatologia Dental. Foi incluído nesta revisão 16 artigos e 2 guias. A partir destes artigos pode-se concluir que há uma alta prevalência de traumatismo na população jovem e masculina, que os guias das associações de especialidades e ainda foi possível desenvolver um protocolo completo para exame e tratamento de traumatismo dental

Palavras-chaves: Dente, traumatismo dental, dente permanente, urgência, tratamento

ABSTRACT

Dental trauma is currently considered a public health problem of high prevalence which, if treated inappropriately, may lead to irreparable damage to the victims. Therefore, this literary review aimed to analyze the largest number of information to provide it subsequently in an organized manner to health professionals that they are able to choose a correct approach if they come across this kind of emergency. For this purpose, a literary survey of articles published from 1993 to 2015 in databases PubMed, Scielo, BVS, BIREME as well as a search in the guide of the International Association of Dental Traumatology. From this review one can develop a complete protocol aimed at all health professionals and not only dentists supplying some lack of information found due to the great repetitiveness of the literature regarding the protocols.

Key words: tooth, trauma dental, permanent tooth, urgency, treatment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.
1.2 OBJETIVO	Erro! Indicador não definido.
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a cárie dentária e as doenças periodontais vêm sofrendo uma queda no âmbito da saúde pública em decorrência da implementação de condutas efetivas nos últimos anos. Entretanto, na grande maioria dos países, o traumatismo dental ainda é uma situação de urgência recorrente e o aumento na prevalência sugere a necessidade de maior abordagem destas injúrias e suas consequências negativas físicas, estéticas e psicossociais (BORUM MK; ANDREASEN JO, 2001; CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002).

Este tipo de injúria pode ser definido como a aplicação de uma força externa, acidental ou intencional, contra a cavidade oral de modo que supere a resistência do elemento dentário e/ou tecidos circundantes, ou seja, considera-se trauma dental desde uma simples fratura de esmalte até a perda definitiva do elemento dentário (FERREIRA, 2001; SANABE et al., 2009).

Sabe-se que, mesmo que acidentalmente, os traumas dentais podem acometer pessoas de todas as idades. Entretanto, estudos indicam que esse tipo de lesão tem maior prevalência em pré-escolares, crianças em idade escolar e adultos jovens, ou seja, na grande maioria dos casos, as lesões ocorrem antes dos dezenove anos (DIANGELIS et al. 2012). Como fatores etiológicos para tais injúrias, temos as atividades esportivas, quedas, acidentes automobilísticos, brigas ou lutas, acidentes com objetos e maus tratos (OLIVEIRA et al. 2013; PORTO et al., 2003; PROKOPOWITSCH et al., 1995).

O fato de a grande maioria dos casos acometer pessoas logo na primeiras fases da vida somado a falta de conhecimento dos pais, responsáveis e até mesmo da própria vítima, acaba por tornar esse tipo de lesão ainda mais preocupante à medida que nesse tipo de situação de urgência o atendimento deveria ser imediato (PANZARINI et al., 2003). Além disso, o fato do primeiro atendimento usualmente ocorrer em clínicas médicas, prontos socorros ou até postos de saúde somada a falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre os traumas dentários e da importância do atendimento ser realizado por um cirurgião dentista comprometem ainda mais um adequado prognóstico para tais casos (SANABE et al., 2009). O objetivo deste trabalho é revisar a literatura sobre traumatismo dental e desenvolver um protocolo de tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Sabemos que os traumas dentais definem-se como injúrias caracterizadas pela transmissão de energia às estruturas dentárias e ao próprio elemento dental, cuja força pode resultar no deslocamento dental, esmagamento dos tecidos de sustentação ou até fratura parcial/total do elemento, podendo ocasionar perdas irreparáveis em alguns casos que variam de acordo com a intensidade da mesma (TOLENTINO et al., 2008). Segundo Sanabe *et al.* em 2009, como consequências desse tipo de trauma temos: alteração de cor, mobilidade, necrose pulpar, reabsorções ósseas e dentária e claro, a perda do elemento.

Atualmente, podemos encontrar inúmeros sistemas de classificações para tais lesões, dentre elas uma bastante conhecida e muito utilizada até hoje é a publicada por Andreasen no ano de 2001, baseada nos critérios padronizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde indica que os traumas dentais podem ser classificados em: fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina (sem exposição pulpar), fratura de esmalte e dentina (com exposição pulpar), fratura corono-radicular (sem exposição pulpar), fratura corono-radicular (com exposição pulpar), fratura radicular, fratura alveolar, concussão, subluxação, luxação extrusiva e luxação intrusiva.

Diversos são os fatores etiológicos encontrados na literatura atualmente para justificar tais injúrias e, segundo Bataineh et al. em 1998 as causas das fraturas tendem a variar de acordo com a região geográfica, a condição socioeconômica, cultural, religião e período analisado. Dentre eles, destacam-se os acidentes esportivos ou automobilísticos, violência, quedas e traumatismos com objetos (OLIVEIRA et al. 2013; PORTO et al., 2003; PROKOPOWITSCH et al., 1995). Além disso, existem fatores predisponentes individuais que influenciam diretamente no aumento da susceptibilidade da ocorrência dessas fraturas, como exemplo temos: mordida aberta, lábio superior curto ou hipotônico, oclusão do tipo classe II de Angle, pacientes respiradores bucais e pacientes com overjet acentuado (maior que 4mm) (FOSBERG; TEDESTAM, 1993; PETTI; TARSITANI, 1996; SORIANO; CALDAS; GÓES, 2004).

Atualmente, o número de publicações sobre os traumas dentais em dentes permanentes tem aumentado significativamente. No entanto, ainda há carência quanto a dados populacionais de prevalência desses traumas em determinadas regiões e, a partir disso, ainda é alta a variação encontrada da prevalência entre os países dependendo do

delineamento de estudo, metodologia, população, classificação e idades avaliadas (GLENDOR, 2008).

Sendo assim, como guia para estudos, condutas e publicações, é possível encontrar nas bases de dados algumas características que facilitam o entendimento dessas injúrias e que são cientificamente comprovadas. Dentre essas características, temos a preferência do acometimento desse tipo de lesão por indivíduos do sexo masculino, onde sugere-se como motivo para tal característica uma maior participação do gênero em atividades que apresentam maiores riscos como brigas interpessoais, esportes radicais e de contato (PROKOPOWITSCH et al., 1995; PORTO et al. 2003).

Além disso, sabe-se também que dentre os elementos dentários os mais propensos aos traumas são os incisivos superiores, tendo como fraturas mais comuns as fraturas envolvendo esmalte apenas e em seguida as fraturas que acometem esmalte e dentina sem exposição pulpar, dados estes que se equivalem em estudos nacionais e internacionais (OLIVEIRA et. al, 2013; PAIVA et. al 2013).

Como consequência dessas lesões, além de perdas irreparáveis em muito dos casos, o fato desses traumas ocorrerem em sua grande maioria nos elementos da região frontal da boca dos indivíduos, diversos são os impactos psicossociais que influenciam diretamente na qualidade de vida das vítimas, isso se deve não apenas a sintomatologia dolorosa que os traumas podem causar, mas também pelo comprometimento estético resultante dos mesmos (PEDRONI et. al, 2009).

Por fim, em relação a abordagem terapêutica dos casos, sabe-se que ainda hoje os traumas dentais são um desafio não só para médicos e enfermeiros, que normalmente são os primeiros profissionais procurados pelas vítimas, como também pelos próprios cirurgiões dentistas no mundo todo. Multidisciplinaridade.

3 METODOLOGIA

O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa de revisão da literatura que priorizou a busca de artigos publicados entre o período de 1993 a 2015 através de bases de dados eletrônicos como: PUBMED, SciELO, BVS, BIREME (Biblioteca Brasileira de Odontologia) bem como uma pesquisa no guia da Associação Internacional de Traumatologia Dental. Como critério de inclusão da pesquisa foram analisando artigos em língua inglesa e língua portuguesa e selecionando-os a partir de sua potencial relevância informativa quanto à etiologia, incidência, prevalência e guias de procedimentos, além de serem consultados também alguns casos clínicos de traumatismos dentários por meio das palavras-chave: tooth injuries, quality of life, children and teenagers, permanente teeth e urgency. Já como critérios de exclusão da amostra foram descartados artigos relacionados a traumas faciais, clareamento de dentes traumatizados e artigos que não apresentavam relevância clínica sobre o tema abordado ou que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Livros-texto específicos também foram consultados afim de enriquecer as informações sobre o tema.

4 RESULTADOS

Como resultado para tal levantamento literário, 16 bibliografias foram selecionadas, dentre artigos de revisão literária, guias e protocolos de atendimento que a partir de completa análise, ambos foram incluídos de forma concisa e direta no presente trabalho, com intuito de abordar através de informações comprovadamente ricas quanto ao tema dos traumas dentais em permanentes, descartando assim estudos direcionados a elementos decíduos, tratamentos e condutas que não abordavam as lesões traumáticas como um todo e sim apenas a um caso específico. Além disso, como consequência de tal revisão pode-se observar vasta semelhança em relação a identificação das características clínicas e radiográficas, condutas e acompanhamento para com pacientes vítimas destas situações devido ao fato de a grande maioria dos estudos identificarem como maior e melhor referência atual em relação aos traumas dentais o Guia de Manejo da Associação Internacional de Traumatologia Dental.

A seguir uma tabela demonstrativa de forma resumida quando ao resultado deste levantamento literário referente às bibliografias selecionadas para inclusão e discussão no presente trabalho

Autor	Tipo de estudo	Avaliação	Conclusão
SANABE et al., 2009	Revisão literária	Artigos dos últimos 13 anos em inglês e português de incidência prevalência, etiologia e guias de procedimentos sobre os traumatismos dentais	Conhecimentos das características destas lesões para correto diagnóstico e escolha de conduta influenciam diretamente no prognóstico destas situações de urgência
BATAINEH et al., 1998	Levantamento Epidemiológico	Avaliou as causas e a incidência das fraturas maxilofaciais na Jordânia através de registros de pacientes e radiografias durante o período de 1992 até 1997.	Concluiu que tanto as causas como a incidência variam entre países.
DiANGELIS et al. 2012.,	Guia de manejo de lesões	citou de forma detalhada utilizando as mais atuais e significativas informações acerca das lesões traumáticas sobre as condutas desde diagnóstico até o acompanhamento pós tratamento	foram desenvolvidas diretrizes através de uma vasta revisão literária

	traumáticas dentais		além de discussões entre pesquisadores experientes e clínicos de diversas especialidades representando assim a melhor evidência atual acerca do assunto.
BORUM MK, ANDREASEN JO, 2001.	Estudo Epidemiológico	Analisou o tipo e a extensão de lesões traumáticas apresentadas por 7549 pacientes que compareceram a um hospital universitário em Copenhagen, além de identificar a demanda e os custos de tratamento dos mesmos.	Concluiu que o tratamento de lesões dentais traumáticas constitui uma parte extremamente cara de grande parte dos investimentos nos serviços de saúde na Dinamarca.
GLENDOR U., 2008	Revisão Literária	Realizou-se uma revisão da literatura do ano de 1995 até 2008 sobre a prevalência e incidência das lesões traumáticas dentais abrangendo a extensão e gravidade dos traumas.	concluiu que existe certa estabilidade nos dados quanto a prevalência no entanto identificou alterações nos tipos e gravidade das lesões de acordo com as características locais regionais (cultura, entre outros)
PEDRONI et al., 2009.	Estudo Transversal	Avaliou a realização do tratamento de dentes traumatizados através de um estudo transversal em 380 escolares entre sete e quinze anos de uma escola em Vitória/ES, Brasil.	Encontrou-se uma baixa prevalência de tratamento realizado em dentes permanentes anteriores traumatizados.
BITENCOURT et al., 2015	Revisão literária	Analisou artigos relacionados as classificações dos traumas dentais e terapias para os casos, em dentição decídua e permanente, afim de reunir variáveis do tratamento desses traumas com intuito de auxiliar cirurgiões dentistas na escolha de uma adequada terapia para estas situações de urgência	Constatou-se que o tipo de fratura e as estruturas atingidas orientam o procedimento, onde o prognóstico depende do grau

			de envolvimento, do estágio de seu desenvolvimento e do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento
CORTES et al., 2002	Caso e controle	Realizou-se um estudo de caso e controle com 204 adolescentes entre 12-14 anos pareados por idade, sexo e status socioeconômico com o intuito de avaliar os impactos socio-dentais de dentes anteriores fraturados não tratados em escolares brasileiros	concluiu-se que crianças com fratura dental não tratada de dentes permanentes tiveram mais impacto em sua vida diária do que crianças sem qualquer lesão traumática
FOSBERG, TEDESTAM; 1993.	Levantamento Epidemiológico	Realizou-se um estudo epidemiológico composto por 1610 crianças afim de analisar a relação entre os fatores predisponentes e as lesões traumáticas em dentes permanentes	Concluiu que os fatores predisponentes (sobressalência, lábio superior curto, respiração bucal) aumentaram significativamente a susceptibilidade as lesões traumáticas dentais. Além disso concluiu-se também que as quedas e pancadas foram as causas mais comuns destas lesões durante a pratica de esportes.
OLIVEIRA et al., 2013	Estudo Transversal	Investigou-se a prevalência dos traumas dentais em associação ao uso de drogas em adolescentes através de uma análise transversal com 702 alunos com idades entre 14 e 19 anos onde foram coletados dados por meio de exames clínicos e questionários autoaplicáveis	conclui-se que a prevalência dos traumas dentais esta altamente relacionada ao uso de drogas ilícitas
PAIVA et al., 2013	Estudo Transversal	Avaliou-se através de um levantamento amostral de 638 crianças com 12 anos de idade selecionadas aleatoriamente em escolas na cidade de Montes Claros afim de identificar a necessidade de tratamento, etiologia e local de ocorrência dos acidentes, que resultaram em traumas dentais nesses indivíduos	A necessidade de tratamento restaurador devido ao traumatismo dentário foi elevada e o

			principal fator etiológico foram as quedas ocorridas em casa.
PETTI, TARSITANI 1996.	Caso e controle	Avaliou a prevalência de lesões traumáticas em dentes anteriores de 824 crianças entre 6 e 11 anos, escolares de Roma (Itália) e a relação entre as lesões e os fatores predisponentes.	Concluiu que lesões graves aconteceram também em crianças que não apresentavam fatores predisponentes e foram causadas por fortes impactos sugerindo que os fatores de risco individuais PODEM não afetar este tipo de lesão.
PROKOPOWITSCH et al. 1995.	Estudo Transversal	Avaliou 492 casos de traumatismo dental de 123 pacientes no período de 1988 a 1992 tratados na disciplina de endodontia da faculdade de Odontologia da USP frente aos diferentes aspectos etiológicos e predisponentes das lesões.	Observou que o traumatismo teve maior frequência no sexo masculino em idades entre 7 e 10 anos sendo a maioria dos acidentes dentro de casa e tendo os incisivos centrais superiores os elementos que apresentaram maior predisposição.

SORIANO et al. 2004.	Levantamento Epidemiológico	Analisou se a sobressaliência (overjet), cobertura labial e obesidade representaram fatores de risco quando associados a ocorrência de traumas dentais em anteriores permanentes de 116 escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Recife, Brasil.	Concluiu-se que meninos de estratos sociais mais baixos que frequentavam escolas públicas, apresentando sobressaliência maior que 5 mm e cobertura labial inadequada, tinham maior probabilidade de sofrer lesões dentárias traumáticas. A obesidade não foi fator de risco para o traumatismo dental nesta amostra.
PORTO et al. 2003	Levantamento Epidemiológico	Avaliou a prevalência de traumatismos alvéolo-dentários em crianças que procuraram atendimento no Curso de Extensão Universitária de Urgência em Odontopediatria da FO-UFRGS no período de abril de 1999 a dezembro de 2000.	Concluiu que, o sexo masculino foi o mais acometido pelos traumas; na dentição decídua os traumatismos mais prevalentes foram os que atingiram os tecidos de sustentação; na dentição permanente o trauma mais prevalente foi a fratura coronária sem exposição e a conduta mais executada foi a orientação aos pais.

PANZARINI et al., 2003	Levantamento Epidemiológico	foram analisados os prontuários com registro de traumatismo dento-alveolar dos pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia do campus de Araçatuba da UNESP, no período de 1992 a 2000 com objetivo de identificar a atual situação dos dentes avulsionados na região	Como consequência dos achados deste levantamento concluiu-se que é extremamente importante continuar com as campanhas educativas sobre a prevenção de traumas e como proceder com os dentes avulsionados
---------------------------	--------------------------------	---	--

Por fim, como resultado e principal objetivo deste trabalho, somando as carências encontradas nos protocolos analisados em conjunto com os artigos selecionados acerca do tema proposto, apresento a seguir um breve protocolo como guia de acolhimento das vítimas dos traumas dentais, identificação diagnóstica dos casos e escolha de uma adequada terapêutica frente a soma das informações e características clínicas destas situações de urgência de alta prevalência no dia a dia dos profissionais de saúde do mundo todo:

Protocolo Clínico de Lesões Traumáticas em Dentes Permanentes

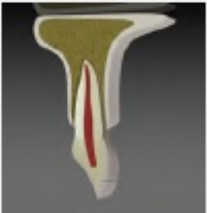

Exame Neurológico: Em primeiro lugar, faz-se de suma importância realizar uma avaliação prévia da situação neurológica do paciente após ter sofrido o trauma antes da realização de qualquer procedimento local para análise da saúde geral do paciente. Para tal, é realizado o exame dos sinais vitais do paciente, observações visuais clínicas e através do relato do paciente identifica-se possível presença de sinais como visão turva, náuseas ou vômitos, cefaleia, amnésia e tontura. Caso haja presença de algum destes sinais, o encaminhamento imediato para atendimento médico a nível hospitalar.



História Médica do Paciente: Para realização de uma anamnese completa do paciente afim da escolha de uma correta terapia também é muito importante conhecer o histórico médico do paciente, onde pode-se identificar possíveis alterações sistêmicas e uso de medicamentos que não apenas podem ter influenciado no acontecimento do trauma, como também podem ter relação direta com o prognóstico do caso.

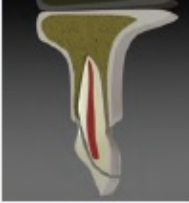
História do Trauma: Além das avaliações anteriores, considera-se de alta relevância também analisar o máximo de informações sobre como, quando e onde ocorreu o trauma. Conhecer estas informações ajudará muito em relação a possibilidades de contaminação e diferentes locais traumatizados, além de, como já citado anteriormente no presente trabalho, o tempo decorrido do momento do trauma até o atendimento influenciará diretamente no prognóstico do caso.


Além deste protocolo pode ser utilizado o guia da Associação interna.... (anexo I)


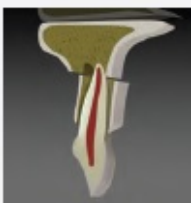
DiAngelis et al. 2012. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries.**




Diretrizes de tratamento para fraturas dentárias e do osso alveolar	Acompanhamento de fraturas dentárias e do osso alveolar ¹			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis Incluem algumas, mas não necessariamente todas, as seguintes ocorrências		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Trinca</p> 	<p>Fratura incompleta (crack) de esmalte sem perda de estrutura dentária</p> <p>Ausência de sensibilidade à percussão. Se apresentar sensibilidade, avaliar quanto à possível ocorrência de lesão de luxação ou fratura radicular</p>	<p>Sem anormalidades radiográficas</p> <p>Radiografias recomendadas: radiografia periapical. Radiografias adicionais são recomendadas se outros sinais ou sintomas estiverem presentes</p>	<p>Em casos de trincas visíveis, realizar a aplicação de ácido/adesivo e selamento com resina composta, para prevenir a descoloração das linhas das trincas; caso contrário, nenhum tratamento é necessário</p>	<p>Nenhum acompanhamento é necessário a não ser que essas lesões estejam associadas a lesões de luxação ou outros tipos de fratura</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>Fratura de esmalte</p> 	<p>Fratura completa do esmalte</p> <p>Perda de esmalte. Ausência de dentina exposta</p> <p>Ausência de sensibilidade à percussão. Se apresentar sensibilidade, avaliar quanto à possível ocorrência de lesão de luxação ou fratura radicular</p> <p>Mobilidade normal</p> <p>Teste de sensibilidade pulpar normalmente positivo</p>	<p>Perda visível de esmalte</p> <p>Radiografias recomendadas: Periapical, oclusal e exposições em diferentes angulações são recomendadas, a fim de verificar a presença de fratura radicular ou de lesões de luxação</p> <p>Radiografias de lábios e bochechas para localização de fragmentos dentários ou objetos estranhos</p>	<p>Se o fragmento dentário estiver presente, o mesmo pode ser reposicionado junto ao dente</p> <p>Recontorno ou restauração com resina composta de acordo com a extensão e localização da fratura</p>	<p>6-8 semanas C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva.</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>



Diretrizes de tratamento para fraturas dentárias e do osso alveolar	Acompanhamento de fraturas dentárias e do osso alveolar ¹			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas, as seguintes ocorrências		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Fratura de esmalte e dentina</p> 	<p>Fratura envolvendo esmalte e dentina com perda de estrutura dentária, mas sem exposição pulpar</p> <p>Ausência de sensibilidade à percussão.</p> <p>Se apresentar sensibilidade, avaliar o quanto à possível ocorrência de lesão de luxação ou fratura radicular</p> <p>Mobilidade normal</p> <p>Teste de sensibilidade pulpar normalmente positivo</p>	<p>Perda visível de esmalte e dentina</p> <p>Radiografias recomendadas: periapical, oclusal e exposições em diferentes angulações são recomendadas, a fim de verificar a presença de deslocamento ou possível fratura radicular</p> <p>Radiografias de lábios e bochechas para localização de fragmentos dentários ou objetos estranhos</p>	<p>Se o fragmento dentário estiver presente, o mesmo pode ser reposicionado junto ao dente. Se não, realizar um tratamento provisório recobrindo a dentina exposta com lonômero de vidro ou uma restauração com maior durabilidade, utilizando um agente de união e resina composta ou outro material restaurador</p> <p>Se a exposição dentinária for até 0,5 mm da polpa (rosa, sem sangramento), colocar uma base de hidróxido de cálcio e cobrir com material como por exemplo o lonômero de vidro</p>	<p>6-8 semanas C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva.</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>FRATURA DE ESMALTE, DENTINA E POLPA</p> 	<p>Fratura envolvendo esmalte e dentina com perda de estrutura dentária e exposição pulpar.</p> <p>Mobilidade normal.</p> <p>Ausência de sensibilidade à percussão.</p> <p>Se apresentar sensibilidade, avaliar quanto à possível ocorrência de lesão de luxação ou fratura radicular</p> <p>Polpa exposta sensível a estímulos.</p>	<p>Perda visível de esmalte e dentina.</p> <p>Radiografias recomendadas: Periapical, oclusal e exposições em diferentes angulações são recomendadas, a fim de verificar a presença de deslocamento dentário ou possível presença de fratura radicular</p> <p>Radiografias de lábios e bochechas para localização de fragmentos dentários ou objetos estranhos</p>	<p>Em pacientes jovens, com rizogênese incompleta, é vantajoso preservar a vitalidade pulpar por meio de capesamento pulpar ou pulpotomia parcial. Esse tratamento também é indicado em pacientes jovens, em dentes com completa formação radicular.</p> <p>O hidróxido de cálcio é um material adequado para ser utilizado sobre a polpa, nesse procedimento</p> <p>Em pacientes com desenvolvimento radicular completo, geralmente a pulpectomia é o tratamento de escolha, embora o capesamento pulpar ou a pulpotomia parcial também possam ser realizados. Se o fragmento dentário estiver presente, o mesmo pode ser reposicionado junto ao dente.</p> <p>O tratamento para a coroa fraturada pode ser a restauração com outros materiais restauradores.</p>	<p>6-8 semanas C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva.</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

Diretrizes de tratamento para fraturas dentárias e do osso alveolar	Acompanhamento de fraturas dentárias e do osso alveolar ¹			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas, as seguintes ocorrências		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Fraturas corono-radicular sem exposição pulpar</p> 	<p>Fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento, com perda de estrutura dentária, mas sem exposição pulpar</p> <p>Fratura coronária estendendo-se abaixo da margem gengival</p> <p>Dor à percussão</p> <p>Mobilidade do fragmento coronário</p> <p>Teste de sensibilidade pulpar é geralmente positivo para o fragmento apical.</p>	<p>Extensão apical da fratura geralmente não visível</p> <p>Radiografias recomendadas: Periapical, oclusal e exposições em diferentes angulações são recomendadas, a fim de verificar a presença de linhas de fratura na porção radicular</p>	<p>Tratamento de emergência:</p> <p>Como tratamento de emergência, uma estabilização temporária do fragmento com mobilidade pode ser realizada até que um plano de tratamento definitivo seja elaborado</p> <p>Alternativas de tratamento não-emergencial:</p> <p>Remoção do fragmento</p> <p>Remoção do fragmento coronário e restauração subsequente do fragmento apical exposto acima do nível gengival.</p> <p>Remoção do fragmento e gengivectomia (às vezes osteotomia).</p> <p>Remoção do fragmento coronário, tratamento endodôntico e restauração com pino e coroa. Este procedimento deve ser precedido por gengivectomia e, às vezes, por osteotomia com osteoplastia.</p> <p>Extrusão ortodôntica do fragmento apical</p> <p>Remoção do fragmento coronário com subsequente tratamento endodôntico e extrusão ortodôntica do remanescente radicular, com tamanho suficiente para suportar posterior restauração com pino e coroa.</p> <p>Extrusão cirúrgica</p> <p>Remoção do fragmento coronário com mobilidade e reposicionamento cirúrgico da porção radicular em uma posição mais coronária.</p> <p>Sequestamento radicular</p> <p>A colocação de implante pode ser planejada</p> <p>Extração</p> <p>Extração com implante imediato ou planejado ou prótese fixa convencional. A extração é inevitável em casos de fraturas corono-radulares com severa extensão apical.</p>	<p>6-8 semanas C+4 1 ano C+4</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva.</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

Diretrizes de tratamento para fraturas dentárias e do osso alveolar	Acompanhamento de fraturas dentárias e do osso alveolar ¹			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas, as seguintes ocorrências		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Fraturas corono-radicular sem exposição pulpar</p> 	<p>Fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento, com perda de estrutura dentária, mas sem exposição pulpar</p> <p>Fratura coronária estendendo-se abaixo da margem gengival</p> <p>Dor à percussão</p> <p>Mobilidade do fragmento coronário</p> <p>Teste de sensibilidade pulpar é geralmente positivo para o fragmento apical.</p>	<p>Extensão apical da fratura geralmente não visível</p> <p>Radiografias recomendadas: Periapical, oclusal e exposições em diferentes angulações são recomendadas, a fim de verificar a presença de linhas de fratura na porção radicular</p>	<p>Tratamento de emergência:</p> <p>Como tratamento de emergência, uma estabilização temporária do fragmento com mobilidade pode ser realizada até que um plano de tratamento definitivo seja elaborado</p> <p>Alternativas de tratamento não-emergencial:</p> <p>Remoção do fragmento</p> <p>Remoção do fragmento coronário e restauração subsequente do fragmento apical exposto acima do nível gengival.</p> <p>Remoção do fragmento e gengivectomia (às vezes osteotomia).</p> <p>Remoção do fragmento coronário, tratamento endodôntico e restauração com pino e coroa. Este procedimento deve ser precedido por gengivectomia e, às vezes, por osteotomia com osteoplastia.</p> <p>Extrusão ortodôntica do fragmento apical</p> <p>Remoção do fragmento coronário com subsequente tratamento endodôntico e extrusão ortodôntica do remanescente radicular, com tamanho suficiente para suportar posterior restauração com pino e coroa.</p> <p>Extrusão cirúrgica</p> <p>Remoção do fragmento coronário com mobilidade e reposicionamento cirúrgico da porção radicular em uma posição mais coronária.</p> <p>Septamento radicular</p> <p>A colocação de implante pode ser planejada</p> <p>Extração</p> <p>Extração com implante imediato ou planejado ou prótese fixa convencional. A extração é inevitável em casos de fraturas corono-radiculares com severa extensão apical.</p>	<p>6-8 semanas C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva.</p> <p>Continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com ríngense incompleta</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa</p> <p>Sinais de lesão periapical</p> <p>Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com ríngense incompleta</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

Diretrizes de tratamento para fraturas dentárias e do osso alveolar	Acompanhamento de fraturas dentárias e do osso alveolar ¹			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas, as seguintes ocorrências		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Fratura radicular</p> 	<p>O fragmento coronário pode estar com mobilidade e/ou deslocado</p> <p>O dente pode estar sensível à percussão</p> <p>Sangramento via sulco gengival pode ser observado</p> <p>Teste de sensibilidade pode ser negativo inicialmente, indicando dano neural transitório ou permanente</p> <p>Recomenda-se monitoramento do estado pulpar</p> <p>Descoloração coronária transitória (avermelhada ou acinzentada) pode ocorrer</p>	<p>A fratura envolve a porção radicular e pode estar em um plano horizontal ou oblíquo.</p> <p>Fraturas horizontais podem ser comumente detectadas por meio de radiografia periapical com o centro do feixe de raios-X incidindo com angulação horizontal perpendicular ao dente em questão. Isso comumente ocorre em casos de fraturas radiculares no terço cervical</p> <p>Quando o plano de fratura é oblíquo, o que é mais comum no terço apical, uma radiografia oclusal ou radiografias com variações na angulação horizontal são mais indicadas para demonstrar a fratura, incluindo as localizadas no terço médio</p>	<p>Reposicionar o fragmento coronário, nos casos onde há deslocamento</p> <p>Checar a posição radiograficamente</p> <p>Estabilizar o elemento com contenção flexível, por 4 semanas. Se a fratura for próxima da região cervical, a contenção pode ser mantida por um período maior de tempo (até 4 meses).</p> <p>É recomendado monitorar a vitalidade pulpar por pelo menos 1 ano.</p> <p>Se ocorrer a necrose pulpar, para preservar o dente o tratamento endodôntico do fragmento coronário até a linha de fratura está indicado</p>	<p>4 semanas S+, C++ 6-8 semanas C++ 4 meses S+, C++ 6 meses C++ 1 ano C++ 5 anos C++</p>	<p>Resposta pulpar positiva aos testes de sensibilidade (falso negativo é possível até 3 meses)</p> <p>Sinais de reparo entre os fragmentos</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa aos testes de sensibilidade (falso negativo é possível até 3 meses)</p> <p>Extrusão do fragmento coronário</p> <p>Áreas radiolúcidas na linha de fratura</p> <p>Sinais clínicos de periodontite ou abscesso associados à linha de fratura</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>FRATURA ALVEOLAR</p> 	<p>Fratura envolvendo o osso alveolar, podendo se estender ao osso adjacente</p> <p>Observa-se comumente mobilidade e deslocamento do segmento com diversos dentes em movimento ao mesmo tempo</p> <p>Alteração oclusal em decorrência do desalinhamento do alvéolo fraturado é comumente observadas</p> <p>Testes de sensibilidade podem ou não ser positivos</p>	<p>Linhas de fratura podem ser localizadas em qualquer nível, desde o osso marginal até o ápice radicular</p> <p>Além de radiografias em 3 diferentes angulações e uma radiografia oclusal, radiografias panorâmicas podem ser úteis para determinar o trajeto e a posição das linhas de fratura</p>	<p>Reposicionamento de qualquer segmento deslocado associado a contenção</p> <p>Sutura de laceração gengival, quando presente</p> <p>Estabilização do segmento por 4 semanas</p>	<p>4 semanas S+, C++ 6-8 semanas C++ 4 meses C++ 6 meses C++ 1 ano C++ 5 anos C++</p>	<p>Resposta pulpar positiva aos testes de sensibilidade (falso negativo é possível até 3 meses)</p> <p>Ausência de lesão periapical</p> <p>Continuidade da ausência de sintomas nas consultas de acompanhamento</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa aos testes de sensibilidade (falso negativo é possível até 3 meses)</p> <p>Desenvolvimento de lesão periapical ou de reabsorção radicular inflamatória externa</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

Diretrizes de tratamento para lesões de luxação	Acompanhamento de procedimentos após luxações em dentes permanentes			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas as seguintes		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Concussão</p> 	<p>O dente apresenta sensibilidade à percussão, não apresentando deslocamento ou mobilidade</p> <p>Os testes de sensibilidade são frequentemente positivos</p>	<p>Ausência de alterações radiográficas</p>	<p>Nenhum tratamento é necessário</p> <p>Monitorar a vitalidade pulpar por pelo menos 1 ano</p>	<p>4 semanas C++ 6-8 semanas C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva ao teste de sensibilidade</p> <p>Falso negativo possível por pelo menos 3 meses</p> <p>Continuidade da formação radicular nos casos de dentes com rtiogênese incompleta</p> <p>Integridade de lâmina dura</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa aos testes de sensibilidade</p> <p>Falso negativo possível por pelo menos 3 meses</p> <p>Interrupção da formação radicular nos casos de dentes com rtiogênese incompleta e sinais de lesão periapical</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>SUBLUXAÇÃO</p> 	<p>O dente apresenta sensibilidade à percussão e mobilidade aumentada; não apresenta deslocamento</p> <p>Sangramento via margem gengival pode ser observado</p> <p>Testes de sensibilidade podem ser inicialmente negativos, indicando dano pulpar transitório</p> <p>Monitorar a resposta pulpar até que seja possível estabelecer um diagnóstico definitivo da condição pulpar</p>	<p>Alterações radiográficas não são rotineiramente encontradas</p>	<p>Normalmente nenhum tratamento é necessário. No entanto, uma contenção flexível para estabilizar o elemento dentário e proporcionar conforto ao paciente pode ser indicada por até 2 semanas</p>	<p>2 semanas S+, C++ 4 semanas C++ 6-8 semanas C++ 6 meses C++ 1 ano C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar positiva aos testes de sensibilidade</p> <p>Falso negativo possível por pelo menos 3 meses</p> <p>Continuidade da formação radicular nos casos de dentes com rtiogênese incompleta</p> <p>Integridade de lâmina dura</p>	<p>Presença de sintomatologia</p> <p>Resposta pulpar negativa aos testes de sensibilidade</p> <p>Falso negativo possível por pelo menos 3 meses</p> <p>Reabsorção externa inflamatória</p> <p>Interrupção da formação radicular nos casos de dentes com rtiogênese incompleta e sinais de lesão periapical</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>LUXAÇÃO EXTRUSIVA</p> 	<p>O dente parece alongado e apresenta excessiva mobilidade</p> <p>Testes de sensibilidade normalmente com resposta negativa</p>	<p>Aumento no Espaço do ligamento periodontal apical aumentado</p>	<p>Reposicionar o dente, inserindo o mesmo delicadamente no alvéolo</p> <p>Estabilizar o dente por 2 semanas usando contenção flexível</p> <p>O tratamento endodôntico é indicado em dentes com rtiogênese completa, nos quais a necrose pulpar ocorre precocemente ou quando os sinais e sintomas indicarem necrose pulpar, seja em dentes com rtiogênese completa ou incompleta</p>	<p>2 semanas S+, C++ 4 semanas C++ 6-8 semanas C++ 6 meses C++ 1 ano C++ Anualmente por 5 anos C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Sinais clínicos e radiográficos normalidade ou em processo de reparo</p> <p>Resposta pulpar positiva aos testes de sensibilidade (resultados falso negativos podem ser observados até 3 meses)</p> <p>Altura do osso marginal corresponde à mesma observada radiograficamente após o reposicionamento</p> <p>Continuidade da formação radicular nos casos de dentes com rtiogênese incompleta</p>	<p>Sinais e sintomas radiográficos consistentes com lesão periapical</p> <p>Resposta negativa aos testes de sensibilidade (resultados falso negativos podem ser observados até 3 meses)</p> <p>Se a integridade do osso marginal for perdida, realizar contenção adicional por 3-4 semanas</p> <p>Reabsorção radicular inflamatória externa</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

Diretrizes de tratamento para lesões de luxação	Acompanhamento de procedimentos após luxações em dentes permanentes			Prognósticos favoráveis e desfavoráveis incluem algumas, mas não necessariamente todas as seguintes		
	Achados clínicos	Achados radiográficos	Tratamento	Acompanhamento	Prognósticos favoráveis	Prognósticos desfavoráveis
<p>Luxação lateral</p> 	<p>O dente se encontra deslocado, geralmente no sentido palatino/lingual ou labial.</p> <p>O dente se apresenta imóvel e à percussão apresenta um som metálico (anquilosado)</p> <p>Fratura do processo alveolar presente</p> <p>Testes de sensibilidade apresentam resultados negativos</p>	<p>Aumento do espaço do ligamento periodontal é mais bem observado em exposições radiográficas oclusais ou excêntricas</p>	<p>Reposicionar o dente digitalmente ou com fórceps para deslocá-lo do osso e reposicioná-lo suavemente em seu local de origem</p> <p>Estabilizar o dente durante 4 semanas, utilizando uma contenção flexível</p> <p>Monitorar a vitalidade pulpar</p> <p>Se ocorrer a necrose da polpa, o tratamento endodôntico é indicado para evitar a reabsorção radicular</p>	<p>2 semanas S+, C++ 4 semanas C++ 6-8 semanas C++ 6 meses C++ 1 ano C++ Anualmente por 5 anos C++</p>	<p>Ausência de sintomatologia</p> <p>Sinais clínicos e radiográficos normais ou em processo de reparo periodontal</p> <p>Resposta pulpar positiva aos testes de sensibilidade (resultados falso negativos podem ser observados até 3 meses)</p> <p>Altura do osso marginal corresponde à mesma observada radiograficamente após o reposicionamento</p> <p>Continuidade da formação radicular, nos casos de dentes com ríogênese incompleta</p>	<p>Sintomas e sinais radiográficos consistentes com lesão periapical</p> <p>Resposta negativa aos testes de sensibilidade (resultados falso negativos podem ser observados até 3 meses)</p> <p>Se a integridade do osso marginal for perdida, realizar contenção adicional por 3-4 semanas</p> <p>Reabsorção radicular, inflamação externa ou reabsorção por substituição</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>
<p>SUBLUXAÇÃO</p> 	<p>O dente está deslocado axialmente em direção ao osso alveolar</p> <p>O dente se apresenta imóvel e à percussão apresenta um som metálico (anquilosado)</p> <p>Testes de sensibilidade apresentam resultados negativos</p>	<p>O espaço do ligamento periodontal pode estar ausente em parte ou em toda a porção radicular</p> <p>A junção cimento-esmalte está localizada mais apicalmente no dente intruído, em comparação aos dentes adjacentes, às vezes apicalmente ao nível do osso marginal</p>	<p>Dentes com ríogênese incompleta:</p> <p>Permitir a erupção sem intervenção</p> <p>Se nenhum movimento for observado dentro de algumas semanas, iniciar o reposicionamento ortodôntico</p> <p>Se o dente intruiu mais do que 7 mm, reposicionar cirurgicamente ou ortodonticamente</p> <p>Dentes com ríogênese completa</p> <p>Permitir a erupção sem intervenção em dentes que intruíram menos que 3 mm. Se nenhuma movimentação for observada após 2-4 semanas, reposicionar cirurgicamente ou ortodonticamente, antes que se desenvolva uma anquilose</p> <p>Se o dente intruiu mais que 7 mm, reposicionar cirurgicamente</p> <p>A polpa provavelmente sofrerá necrose em dentes com ríogênese completa. Dessa forma, o tratamento endodôntico com utilização de medicação de hidróxido de cálcio é recomendado e o tratamento deverá ser iniciado 2-3 semanas após a cirurgia de reposicionamento</p> <p>Se o dente for reposicionado cirurgicamente ou ortodonticamente, realizar contenção flexível durante 4-8 semanas</p>	<p>2 semanas S+, C++ 4 semanas C++ 6-8 semanas C++ 6 meses C++ 1 ano C++ Anualmente por 5 anos C++</p>	<p>Dente no local adequado ou em erupção</p> <p>Lâmina dura íntacta</p> <p>Ausência de sinais de reabsorção</p> <p>Continuidade da formação radicular, nos casos de dentes com ríogênese incompleta</p>	<p>Dente anquilosado</p> <p>Sintomas e sinais radiográficos consistentes com lesão periapical</p> <p>Reabsorção radicular, inflamação externa ou reabsorção por substituição</p> <p>Indicação de terapia endodôntica apropriada, de acordo com o estágio de desenvolvimento radicular</p>

5 DISCUSSÃO

O traumatismo dentário é considerado um notório e significativo problema de saúde pública pois afeta um extenso número de pessoas no mundo todo e, apesar disto, a discussão frente as medidas terapêuticas e de diagnóstico para tais situações de urgência ainda apresentam-se de forma complexa perante a grande repetitividade encontrada na literatura em relação aos protocolos clínicos de resolução dos casos.

Em contrapartida, ainda pôde-se encontrar através desta revisão literária algumas carências de informações quanto a condutas pré-exame de diagnóstico, como exames neurológicos e de histórico do trauma, devido ao fato de que a maioria dos estudos foram direcionados apenas aos profissionais de odontologia, o que, de certa forma é algo a ser explorado considerando o fato de, conforme Bitencourt et al. em 2015 as vítimas e responsáveis devido a falta de conhecimento e despreocupação com a área odontológica acabam por direcioná-los a realização do primeiro atendimento em prontos-socorros, clínicas médicas ou postos de saúde, sendo assim é explícita a necessidade de protocolos voltados a não apenas profissionais de odontologia como a todos profissionais de saúde que atuem nas diferentes áreas das unidades saúde pública e privada em busca da rápido entendimento e resolução dessas situações visando o melhor prognóstico possível para as vítimas.

Por outro lado, embora ainda haja escassez de estudos de âmbitos nacionais e internacionais quanto aos índices de incidência, prevalência e fatores etiológicos dos traumatismos dentais pelo fato de os estudos serem apenas sobre uma população específica já que há grande diferença nos métodos de estudo, características socioeconômicas e culturais de cada região do mundo, concentração de estudos em cidades maiores e, não menos importante, casos de vítimas que durante a anamnese realizadas nestes estudos, não se recordaram de como aconteceu o trauma onde, segundo Glendor U. em 2009, após análise de diversos estudos anteriores pôde concluir que estes fatores etiológicos desconhecidos poderiam se tratar de uma estratégia para esconder as causas reais, como por exemplo, agressões e violência doméstica, ainda assim este estudo encontrou uma vasta semelhança nos resultados dos estudos de pequenas populações quanto a prevalência ser maior no gênero masculino, elementos mais acometidos serem os incisivos centrais, maior prevalência dos traumas abrangendo pré-escolares, crianças em idade escolar e adultos jovens e/ou adolescentes, sendo a fratura de esmalte seguida

da fratura de esmalte e dentina as lesões de maior ocorrência de acordo com a maioria dos estudos nacionais e internacionais. (DIANGELIS et al. 2012; GLENDOR, 2008; OLIVEIRA et al. 2013; PAIVA et al. 2013; SORIANO; CALDAS; GÓES, 2004.).

Além disso, sem exceção alguma, os estudos referentes aos traumatismos dentais concordam plenamente com a relação direta entre tempo e prognóstico, onde sugerem que quanto menor for o espaço de tempo entre a ocorrência do trauma e o encaminhamento adequado por profissionais de saúde ao profissional dentista, melhor será o prognóstico de resolução do trauma.

Diante do exposto considera-se imprescindível uma boa e completa anamnese com questões fundamentais, considerando indispensavelmente o histórico médico e de saúde do paciente, avaliação neurológica, exame de cabeça e pescoço, exame bucal (tecidos moles e duros), exame radiográfico e documentação fotográfica do paciente previamente abordados por Fried e Erikson no ano de 1995.

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir através desta análise da literatura nacional e internacional referente aos traumatismos dentários que este, em consequência de sua alta prevalência em todas as regiões do mundo deve sim ser considerado um problema de saúde pública.

As associações de especialidades fornecem guidelines completos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATAINEH et al. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**; v. 86: p.31–35, 1998.

BITENCOURT et al. Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. **Rev Odontológica de Araçatuba**; v. 36: p. 24-29, 2015

BORUM MK, ANDREASEN JO. **Implicações terapêuticas e econômicas de lesões dentárias traumáticas na Dinamarca: uma estimativa baseada em 7549 pacientes tratados em um grande centro de trauma.** Int J Paediatr Dente; V.11: 249-258, 2001.

CORTES, MARCENES, SHEIHAM A. **Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children.** Community Dent Oral Epidemiol; V30: 193–198, 2002.

DIANGELIS et al. 2012. **International Association of Dental Traumatology Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth.** John Wiley; Sons, v. p. 2012.

FERREIRA ABH. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

FORSBERG, TEDESTAM G. **Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth.** Swed Dent J; V.17: 183-190, 1993

GLENDOR U. **Epidemiology of traumatic dental injuries: a 12 year review of the literature.** Dent Traumatol V. 24, p. 603-611, 2008.

OLIVEIRA et al. **The prevalence of dental trauma and its association with illicit drug use among adolescents.** Dent Traumatol V.30, p. 122-127, 2013

PAIVA et al. **Estudo transversal em escolares de 12 anos de idade sobre a necessidade de tratamento, etiologia e ocorrência do traumatismo dentário em Montes Claros, Brasil.** Arq Odontol; V.49: 19-25, 2013

PANZARINI et al. **Avulsões dentárias em pacientes jovens e adultos na região de Araçatuba.** Rev Assoc Paul Cir Dent; V.57: 27-31, 2003

PEDRONI et al. **Tratamento em Dentes Permanentes Traumatizados.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr; V.9: 107-112, 2009

PETTI, TARSITANI. **Traumatic injuries to anterior teeth in Italian schoolchildren: prevalence and risk factors.** Endod Dent Traumatol; V.12: 294-297, 1996

PORTO et al. **Prevalence of dento-alveolar traumatism in the urgency pediatric dental clinic of FO. UFRGS.** Rev Fac Odontol ; V.44: 52-56, 2003.

PROKOPOWITSCH et al. **Fatores etiológicos e predisposição dos traumatismos dentais em pacientes tratados na clínica endodôntica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.** RPG;V.2: 87-94, 1995

SANABE et al. 2009. **Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos.** Rev Paul Pediatr; V.27: 447-451, 2009

SORIANO, CALDAS Jr, GÓES PS. **Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren.** Dent Traumatol; V.20: 246-250, 2004.