



CURSO DE ODONTOLOGIA

EDUARDA MATOS DA CRUZ

TRAUMA DENTÁRIO EM DENTIÇÃO DECÍDUA

Sinop/MT

2022

EDUARDA MATOS DA CRUZ

TRAUMA DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Projeto de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do **Departamento de Odontologia**, da UNIFASIPE, como requisito parcial para aprovação da disciplina de TCC II

Orientadora: Juliana Mohr Farinon

**Sinop/MT
2022**

EDUARDA MATOS DA CRUZ

TRAUMA DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - UNIFASIFE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para aprovação da disciplina de TCC II

JULIANA MOHR FARINON

Professora Orientadora
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

XXXXXXXXXX

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

XXXXXXXXXX

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

JÚLIO CEZAR CHIDOSKI FILHO

Coordenador do Curso de Odontologia
Departamento de Odontologia - UNIFASIFE

TRAUMA DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

EDUARDA MATOS DA CRUZ¹
JULIANA MOHR FARINON²

RESUMO

Os traumatismos dentários se caracterizam por qualquer injúria ao elemento dental tanto na dentição decídua e ou permanente, sendo muito comum entre 1 ano a 2 anos de idade período no qual começa a acontecer as primeiras quedas. O traumatismo pode abranger estruturas como esmalte, dentina, esmalte e dentina com ou sem exposição pulpar, raiz, tecidos de suporte e o osso alveolar. Os traumas na dentição decídua podem gerar sequelas na dentição permanente, ocasionando como hipoplasia de esmalte, obliteração do canal radicular, necrose pulpar e reabsorção radicular. O objetivo desse estudo é apresentar sobre o trauma dentário na dentição decídua, seus diferentes tipos e conduta do cirurgião dentista em cada caso. Para isso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando de artigos científicos das seguintes bases de dados Scielo, BVS e Google Acadêmico com recorte temporal de 2006 a 2016, como critérios de exclusão optou por artigos em línguas distintas de português e trabalhos cujos resumos fossem irrelevantes ao tema.

Palavras chave: Assistência Odontológica. Dentição Decídua. Traumatismos Dentários.

DENTAL TRAUMA IN PRIMARY DENTITION

ABSTRACT

Dental trauma is characterized by any injury to the dental element, both in the deciduous and/or permanent dentition, being very common between 1 year and 2 years of age, period in which the first falls begin to happen. Injuries can encompass structures such as enamel, dentin, enamel and dentin with or without exposed pulp, root, supporting tissues and alveolar bone. Trauma to the primary dentition can generate sequelae in the permanent dentition, causing enamel hypoplasia, root canal obliteration, pulp necrosis and root resorption. The objective of this study is to present about dental trauma in the primary dentition, its different types and conduct of the dentist in each case. For this, a bibliographic research was carried out using scientific articles from the following databases Scielo, VHL and Google Scholar with a time frame from 2006 to 2016, as exclusion criteria, articles in languages other than Portuguese and works whose abstracts were irrelevant to the theme.

Keywords: Dental Care. Deciduous dentition. Dental Injuries

¹ Acadêmica do curso de Odontologia, Centro Universitário Unifasipe, Rua Carine, n 11, Res. Florença, Sinop-MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: Dudacruzxxx@gmail.com

² Professora Especialista em Odontopediatria. Clínica e titular da disciplina de Odontopediatria, Centro Universitário Unifasipe, Rua Carine, n 11, Res. Florença, Sinop-MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: mohr708@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais ocorrências na odontologia é o trauma dental. O trauma é definido como qualquer lesão ao órgão dentário, podendo ser ocasionado por causas térmicas, químicas ou físicas com diferentes gravidades^{1,2}.

Existem causas que contribuem para o aumento destes traumas, que seriam: violências como maus-tratos, traumatismo com objetos, acidentes automobilísticos, participar de esportes, e a falta de coordenação motora. Estes traumas podem ocorrer tanto em casa quanto na escola, tendo em vista a fase mais culpada por este trauma é ela entre seus 2-3 anos, portanto é quando a criança está explorando ambientes e ainda assim não possui uma coordenação motora suficiente para evitar quedas e promover uma autodefesa^{3,4}.

Existem vários tipos de trauma desde os mais graves a leves, porém desde o mais simples deve haver uma conduta clínica adequada e grande parte dos cuidadores não tem conhecimento de como deve ser realizado os primeiros manejos após o trauma, e não sabem a forma correta frente a uma situação de dente traumatizado é de suprema importância para que seja feito o diagnóstico correto do caso. O diagnóstico pode variar muito conforme o grau de desenvolvimento da estrutura atingida, seu estágio de desenvolvimento e o tempo entre o acidente e o atendimento odontológico^{1,2}.

A falta de conhecimento dos pais ou responsáveis, não efetivam o atendimento imediato ou até mesmo porque foi realizado em um pronto socorro, clínicas médicas ou postos de saúde. Além de que existe um fato associado a falta de conhecimento dos profissionais da saúde de frente ao trauma dental, gerando a demora da avaliação do Cirurgião-dentista e afetando no prognóstico³.

O objetivo desta pesquisa é demonstrar as condutas adequadas do Cirurgião Dentista para lidar com o trauma dentário na dentição decídua, bem como a importância de um bom diagnóstico, fator que possibilita a oferta de bem-estar ao paciente. Sendo assim, o conhecimento sobre os traumas dentários condutas adequadas que devem ser realizadas para que não haja prejuízos em relação a dentição permanente, é o foco fundamental desta.

O estudo tem o intuito de discorrer a respeito da conduta do cirurgião dentista, perante os diversos tipos de trauma dentário infantil e expor a extrema importância de um diagnóstico adequado e precoce. Para este propósito, foram realizadas pesquisas através de revistas, artigos científicos e teses selecionadas, acessados através de bases de dados como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico e *The Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) no período de 2007 a 2017 empregando as seguintes palavras-chave Assistência Odontológica,

Dentição Decídua e Traumatismos Dentários. Como critério de exclusão, não foram utilizados artigos antes do ano de 2000.

O tema justifica-se por ser um assunto de grande relevância na área da odontologia, pois a dentição decídua implica na dentição permanente, todos os traumatismos nos dentes decíduos podem causar alterações nos dentes permanentes em formação, principalmente se houver um trauma dentário em crianças menores de 3 anos de idade, como a avulsão e a intrusão, que são os traumatismos que causam riscos de maiores alterações no germe do dente permanente, e, se não forem tomadas as devidas providências, pode afetar a dentição permanente, ocasionando descoloração coronária, obliteração do canal radicular, necrose pulpar e reabsorção radicular^{1,3}.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Trauma na dentição decídua

A predominante faixa etária nos traumas à dentição decídua, conforme os seguintes estudos, pode variar entre 1 e 2 anos idade, pois é quando a criança começa a explorar ambientes sem ter coordenação motora suficiente. Estes acidentes podem ocorrer em casa ou na escola. Sendo mais evidente em crianças que praticam atividade física ou devido à queda, colisão, acidentes de carro, acidentes de bicicleta e violência ou maus-tratos^{1,2}.

Os tipos de traumas na dentição decídua são separados em trauma de tecido dental, que são fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar, fratura coronoradicular sem e com exposição pulpar, fratura radicular e lesão de tecido periodontal ou de suporte, sendo concussão, subluxação, luxação lateral (com e sem deslocamento; com ou sem mobilidade), luxação intrusiva, luxação extrusiva e avulsão⁵.

Os traumatismos dentários são capazes de atingir a estrutura óssea alveolar, causando, na maioria das vezes, uma exodontia do dente afetado, devido à perda de estrutura para manter o dente com saúde na cavidade bucal. Assim como os traumas dentários podem atingir tecidos moles, com cortes, lacerações e hematomas, que também exigem tratamento⁶.

As lesões de trauma nos dentes e seus componentes de suporte acontecem frequentemente em crianças e adolescentes na fase escolar. Essas lesões apresentam-se com frequência maior no gênero masculino. Entre as lesões mais comuns, encontram-se a fratura de esmalte e a fratura coronária de esmalte e dentina, além da avulsão dental e da fratura com exposição pulpar atingindo, principalmente, os incisivos centrais superiores⁶.

2.2 Conduta após o trauma dentário

A assistência odontológica para dentes traumatizados é importante para o êxito da terapia. A ausência de preparo, da população e de profissionais da área da saúde, em saber lidar com o primeiro atendimento pede bastante atenção. O trauma dentário é situação de urgência, frequente nos consultórios odontopediátricos. Em bastantes casos, o atendimento que deveria ser executado de imediato, não é realizado devido ao escasso entendimento de pais e responsáveis ou pelo fato deste ser realizado em prontos-socorros, clínicas médicas ou postos de saúde³.

Esses fatores associados à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre traumas dentários ocasionam adiamento da avaliação do cirurgião dentista, afetando o prognóstico do caso. O atendimento de urgência nos traumatismos dentários considerados graves assegura melhor prognóstico do caso, reduzindo, na maioria das situações, que haja necrose pulpar ou perda precoce do elemento dentário. Em todos casos considerados graves, o paciente deve ser imediatamente direcionado a um cirurgião-dentista para que possa ser realizado os procedimentos necessários com materiais adequados. Para que assim seja realizado um prognóstico adequado³.

Para que seja descoberto o tratamento adequado deve sempre ser realizado inicialmente um exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de confirmar a gravidade do trauma dental. O exame radiográfico deve ser feito para avaliar a extensão da fratura e servir de parâmetro para os demais exames de controle^{7,8}.

2.3 Tipos de traumas dentários

2.3.1 Fratura de esmalte

A fratura de esmalte (Figura 1) é uma perda de estrutura dentária limitada ao esmalte, cujo tratamento em fraturas, que envolvem apenas no esmalte, se faz plastia do esmalte do dente com a intenção de evitar que ocorra dilaceração do tecido mole (podendo ser língua e lábio), seguida de aplicação tópica de flúor. Porém se tiver exigência estéticas por parte dos pais indica-se restauração com resina composta. Indica-se fazer exame radiográfico inicial, após 3 meses e depois 1 ano do trauma. Pode-se também restaurar o dente devolvendo sua forma anatômica original, se por acaso ocorrer preocupações estéticas dos responsáveis, normalmente pode suceder desgastes adicionais^{5,9,10}.

Figura 1 – Fratura de esmalte



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.2 Fratura de Esmalte e Dentina

É uma perda de estrutura dentária restrita ao esmalte e à dentina sem exposição pulpar. O tratamento consiste na restauração com resina composta^{5,9}. Figura 2 A e B apresentam um caso de trauma dentário cujo tratamento restaurador com resina composta nas faces mesial, incisal, vestibular e lingual foi realizado com sucesso.

Figura 2 – (A) Trauma dental que levou a fratura do esmalte e dentina no elemento 51 e 61, (B) 51 e 61 após restauração com resina composta.



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.3 Fratura coronária

O tratamento deve ser imediato, consistindo em tratamento pulpar, seguido por reconstrução da coroa com restauração de resina composta ou fixação do fragmento. Nos elementos decíduos que obtêm rizogênese completa ou em fase inicial de rizólise, o tratamento instantâneo é a endodontia^{5,9}.

A endodontia consiste na remoção de todo o tecido pulpar radicular seja ele inflamado irreversivelmente ou necrótico e objetiva manter o elemento decíduo funcional até sua erupção fisiológica. Em casos mais tardios, os dentes com rizólise avançada, determina a exodontia^{5,9}.

Figura 3 – Fratura de coroa



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.4 Fratura coronorradicular

O trauma abrange cimento, dentina e esmalte, quando há exposição do tecido pulpar é denominada “complicada”, sem exposição pulpar é não complicada. O tratamento indicado é a exodontia para a fratura coronorradicular complicada no dente decíduo no momento em que a fratura se apresenta a 2 mm adiante do limite da gengiva, a extração é o procedimento de escolha. No entanto, quando a fratura não for muito extensa, indica-se o tratamento endodôntico e restauração, entretanto, se a criança contribui e a fratura está além do limite gengival, pode-se optar por restauração com resina composta⁵.

Figura 4 – Fratura coronorradicular



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.5 Fratura radicular

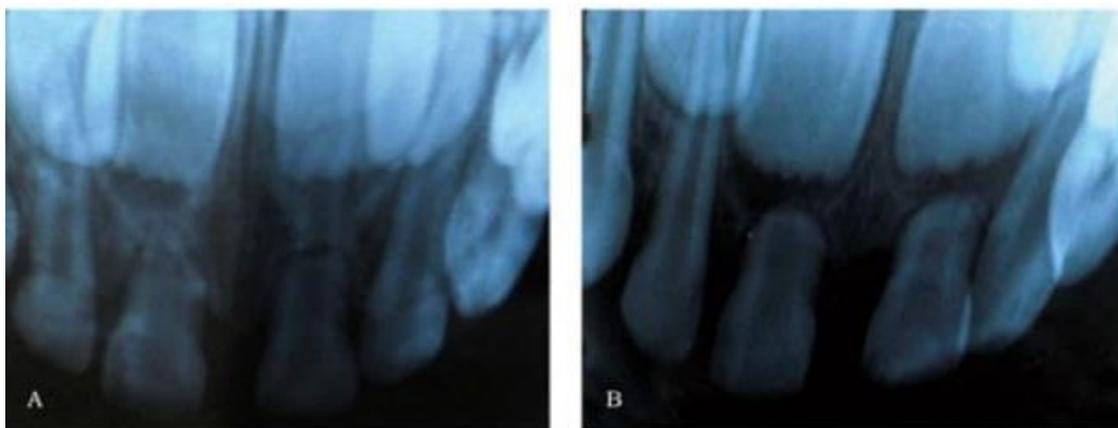
É um recurso de continuidade que envolve polpa, cemento, dentina e esmalte. O procedimento consiste na localização (terços cervical, médio e apical) e direcionamento ao traço de quebra (indicação transversal ou longitudinal)^{5,9,10}.

Rupturas transversais nos terços médio e apical: posicionamento por força digital para união dos fragmentos, no momento em que o tratamento é rápido, sendo realizado no primeiro instante por quem estiver em sua volta sendo um familiar ou outro responsável que estiver próximo. Se for demorado há interposição do coágulo, que na maioria das vezes se recupera sem necessidade tratamento, todavia pode prejudicar na movimentação^{5,9,10}.

Fraturas de terço apical quase sempre se recuperam sem tratamento, ainda assim, em fraturas de terço médio e especialmente com mobilidade do dente envolvido, torna-se indispensável a contenção semirrígida no prazo de 90 a 120 dias. Acompanha-se com radiografias a formação do reparo para remoção a contenção^{5,9,10}.

Fraturas transversais no terço cervical: exodontia, uma vez que a mobilidade do fragmento coronário inviabiliza a contenção. A literatura aponta a não necessidade de remover o fragmento radicular, pois ele deverá passar pelo processo de rizólise fisiológica. Já nas fraturas longitudinais ou oblíquas, a exodontia é o tratamento de escolha^{5,9,10}.

Figura 5 – (A) Fratura da raiz do dente 61; (B) Rizólise fisiológica e reabsorção do fragmento radicular após 1 ano e 4 meses



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.6 Subluxação

Trauma de fraco a intermediário nos tecidos de sustentação no qual o elemento dispõe de mobilidade, porém não se encontra deslocado do alvéolo. Pode se encontrar sangramento no sulco gengival, sensibilidade ao toque e mínima mobilidade. O tratamento consiste na indicação

interdisciplinar e orienta-se o protocolo de limpeza. Repouso alimentar e remoção de sucção como uso de chupeta e mamadeira.

2.3.7 Luxação lateral

Traumatismo de maior intensidade que leva ao deslocamento dentário nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal, é acompanhada de compressão ou fratura do processo alveolar ou mesmo por fratura radicular (Figura 6)^{9,10,11,12}.

Figura 6 – Luxação lateral do dente 61



Fonte: Imparato et al. (2010)

O tratamento depende de vários fatores, como magnitude do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, a procura por tratamento imediato ou tardio e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto. Deslocamentos muito pequenos sem interferência oclusal, a musculatura da língua e do lábio tendem a reposicionar o dente sem qualquer outra intervenção^{9,10}.

No caso de deslocamentos não muito extensos, em condições favoráveis, ou seja, dentes em estágio inicial de rizólise (menos de 1/3 de reabsorção), com sentido do deslocamento contrário ao dente permanente (coroa para palatino – raiz para vestibular), necessita busca por tratamento nas primeiras horas após o trauma e criança colaboradora. Neste caso, faz-se a reposição sob anestesia local, pressionando bidigitalmente o dente^{9,11}.

Caso haja mobilidade, está indicada a contenção flexível ou semirrígida por dez a 14 dias. Persistindo a interferência oclusal, ocorre o desgaste incisal. Se os deslocamentos forem de grande intensidade ou em direção ao germe do permanente, a extração é o tratamento de escolha. Em todas as situações os responsáveis devem ser orientados quanto à dieta leve,

restrição ao uso de chupetas e mamadeiras e ao controle mecânico e químico (digluconato de clorexidina a 0,12% com cotonete) de biofilmes bucais⁹.

2.3.8 Luxação intrusiva

É um deslocamento do dente para o interior do alvéolo, cujo tratamento: depende da direção de intrusão e da associação ou não, com fratura da tábua óssea (Figura 7). Para dentes intruídos em direção ao sucessor permanente (imagem radiográfica do dente intruído alongada em relação ao homólogo), a extração é o tratamento de escolha, a fim de aliviar a pressão sobre o germe do permanente^{9,10,11}.

Figura 7 – Aspecto clínico de uma intrusão



Fonte: Wanderley et al. (2010)

Caso contrário, ou seja, imagem radiográfica encurtada do dente intruído, sugerindo direção vestibular da intrusão, é preciso aguardar a re-erupção do dente decíduo que ocorrerá em até 6 meses (Figura 8). Se a re-erupção não iniciar após 4 semanas após o traumatismo, o CD poderá suspeitar de anquilose. Avalia-se nas consultas de controle a ocorrência de infecção; nesse caso deve ser instituída antibioticoterapia. Quando há fratura da tábua óssea associada, o processo de re-erupção dificilmente ocorre, o que aponta para a necessidade da exodontia. Para prevenir maiores danos ao sucessor permanente, procura-se evitar o uso de elevadores apicais. A luxação dentária deve ser feita com o fórceps^{4,9}.

Figura 8 – Aspecto radiográfico de uma intrusão que tomou direção mais vestibular



Fonte: Losso et al. (2011)

2.3.9 Luxação extrusiva

É um deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo (Figura 9). O tratamento necessita dos mesmos motivos analisados na luxação lateral, como dimensão do deslocamento, grau de desenvolvimento dentário e sua relação com o sucessor permanente, procura por tratamento imediata ou tardia e grau de cooperação da criança ao tratamento proposto^{4,9}.

Figura 9 – Luxação extrusiva



Fonte: Wanderley et al. (2010)

Em casos de pequenos movimentos observar-se interferências oclusais que não foram ocorridas pela recém adquirida posição dental, dado que, se isso ocorrer, mínimos desgastes são sugeridos. E com consulta imediata, pode-se provocar o reposicionamento. Se a terapia for prorrogada, sucede a redução da mobilidade e geração de coágulo; neste caso a melhor opção é

que permaneça nesta atual posição. Em termos de mobilidade e extrusões excessivas (geralmente mais que 3 mm) a extração é a alternativa mais recomendada^{4,9}.

2.3.10 Avulsão

É um deslocamento inteiro do dente para fora do alvéolo (Figura 10). Contrário ao que acontece nos dentes permanentes, o reimplante não é conveniente no elemento decíduo por existir um método que abrange situações muito específicas para o seu êxito e pela chance de dano do germe do permanente, visto que é provável que o coágulo seja induzido até o interior da área do folículo^{12,13}.

A opção preferível é a reabilitação protética, que pode ser realizada em crianças, porém pode ser que se observem mais dificuldades com menores idades, no entanto, é importante por questões estéticas e funcionais⁹. É aconselhado o reposicionamento do dente decíduo quando este for imediatamente após o acidente, sendo reposicionado no alvéolo, de forma imediata por pais ou responsáveis que estiverem no local, antes de comparecer no consultório odontológico, nestas situações observam-se mais casos bem-sucedidos^{11,12,14}.

Figura 10 – Avulsão dentes 51 e 61



Fonte: Wanderley et al. (2010)

2.3.11 Fratura alveolar

Este tipo de fratura envolve o osso alveolar, e os dentes contidos no fragmento geralmente apresentam mobilidade. Para realizar o tratamento é necessário o reposicionamento da região fraturada, que precisa ocorrer com pressão bigital⁹.

Em função da rápida cicatrização, em algumas situações a imobilização não é necessária, mas em casos de fraturas de grande extensão a contenção dental é feita para alcançar

estabilidade; além disso, alguns dentes também poderão ser extraídos com esse propósito. Tais procedimentos devem ser realizados sob anestesia local ou, em grandes traumatismos, geral. Normalmente a contenção é removida após quatro semanas. É comum verificar-se aparecimento de fístula ou mobilidade nas consultas de acompanhamento⁹.

2.3.12 Lesões de tecido mole

O tratamento dessas lesões deve acompanhar uma sequência de procedimentos que se inicia pela avaliação da gravidade do trauma e da possibilidade de contaminação do local para verificar o estado vacinal e a necessidade de indicação de antibioticoterapia. Mais tarde, são realizados limpeza e debridamento do ferimento com o objetivo de remover corpos estranhos, microrganismos e tecidos contundidos. Com tal finalidade, utiliza-se solução fisiológica com seringa sob alta pressão ou embebida em gaze. Se houver tecidos gravemente contundidos, isquêmicos ou necróticos, estes devem ser retirados com o auxílio de lâminas de bisturi (n.º 11 ou 15) ou curetas, pois propiciam a instalação de infecções. Estando devidamente limpo o local do ferimento, avalia-se a necessidade de sutura, que precisa ser feita em tecidos intrabucais com fios de seda ou polivicril 4,0 ou 5,0 e permanecer no local por 3 a 4 dias⁹.

Para o tratamento do trauma que envolva deslocamentos do dente sempre deve ser lembrado que o reposicionamento deste dente pode causar novos traumas no ligamento periodontal e explorar o vínculo da raiz do elemento decíduo com o germe do dente permanente (nos incisivos decíduos superiores os germes dos permanentes estão por palatina), para que não haja alterações de formação nestes dentes⁹.

Na primeira consulta após o trauma, é sugerido que seja feito um exame complementar (foto radiográfica oclusal modificada ou periapical modificada e, em caso de intrusão, fazer também a radiografia lateral modificada) para que haja uma análise do trauma e de sequelas de traumas anteriores completos. Além disso, a radiografia inicial também é importante para a obtenção de parâmetros para calcular o tempo de controle, pensando no que pode acontecer de acordo com a gravidade do trauma, tipo de trauma e idade da criança (formação radicular do decíduo e permanente)^{7,8}.

O tipo de tratamento depende da situação que houve para que ocorresse o trauma, tempo decorrido do trauma, presença de trauma repetido, possibilidades do profissional (quanto à sua capacitação e disponibilidade de material) e qual solução é possível e o que os pais querem para o caso⁴.

Figura 11 – Lesão em tecido mole



Fonte: Imparato et al. (2010)

2.4 Sequelas do trauma dentário

A anatomia da raiz do dente decíduo em relação com a coroa do germe do permanente, o traumatismo na dentição decídua pode lesionar o germe dentário em formação. Com isso pode ser que leve a alterações que variam de acordo com o tipo de trauma e o estágio de desenvolvimento do dente permanente, sendo os estágios iniciais de mineralização mais suscetíveis a sequelas¹.

Dentre as possíveis sequelas que podem acometer os dentes permanentes estão: obliteração do canal radicular, necrose pulpar, reabsorção radicular e dilaceração coronária (Figura 12), podendo acontecer ao mesmo tempo ou subsequente uma da outra. Alguns estudos relatam que a coloração amarela indica uma obliteração radicular e a cinza azulada é indicativa de necrose pulpar^{1,10}.

Figura 12 – Dente 11 com dilaceração coronária em decorrência da intrusão do 51



Fonte: Silva et al. (2008)

2.5 Métodos de evitar o trauma dentário

O primeiro episódio de trauma na dentição decídua ocorre nos primeiros 2 anos de vida, quando a criança está começando a descobrir o mundo e aprendendo a andar. Ela não apresenta coordenação motora suficiente e as quedas são muito comuns nestas idades, pois as crianças não têm o reflexo de proteção do rosto e conseqüentemente da região da boca⁶.

Traumas novos ou repetidos podem ocorrer em outras idades, durante o crescimento e desenvolvimento da criança, na ânsia de interagir com o ambiente e com as pessoas. Portanto, a prevenção do trauma em dentes decíduos é limitada, basicamente se resumindo aos cuidados gerais com a criança: não deixando ela sozinha e adequando o ambiente para sua segurança, brinquedos e utensílios de acordo com as diferentes idades da criança⁶.

Além disso, devemos evitar situações ou condições que facilitem que a criança caia e bata a boca: não andar de meia, é preferível andar descalça, usar meia com solado de borracha ou sapatos; não usar macacões e calças maiores que a criança, cuidado em chão escorregadio ou molhado, entre outros^{7,8}.

Os andadores, já não são indicados por médicos pediatras e devem ser evitados, porque pode ocorrer uma queda com estes andadores e a projeção aumenta a força do impacto da boca/dentes na queda. Para que sejam evitadas sequelas causadas pelo traumatismo dentário a transmissão de informações por meio de capacitações dos que são diretamente responsáveis pelas crianças nas escolas: os Monitores e Educadores, se fazem necessárias^{7,8}.

Na parte odontológica devem ser observadas as crianças que apresentam mordida aberta anterior, protrusão dos incisivos superiores e falta de selamento labial, pois estas têm mais facilidade em traumatizar os dentes, já que estes ficam numa região mais anterior da face e sem proteção labial e acabam sendo atingidos. Desta forma, a prevenção do trauma nos dentes decíduos deve começar desde o nascimento da criança, com orientações para evitar o desenvolvimento da má oclusão na infância, por meio de incentivo ao aleitamento materno e, quando for necessário, o uso coerente a mamadeira e chupeta (evitar a sucção de dedo que é mais difícil de remover)^{5,12}.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do Cirurgião-Dentista na prevenção do traumatismo dentário se mostra fundamental, sendo importante esclarecer a população, em especial os pais e professores, sobre a possibilidade da ocorrência, as formas de prevenção, e a importância do tratamento odontológico em caráter de urgência, em casos de traumatismos dentários se mostra

fundamental para um bom prognóstico, e para a prevenção, para que sejam realizadas as medidas adequadas diante de um caso de traumatismo, para que não prejudique a dentição decídua e permanente.

REFERÊNCIAS

- 1 Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos Traumatismos e suas Sequelas na Dentição Decídua: Uma Revisão da Literatura. João Pessoa: Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2007; 7(2):173-179. Disponível em: <https://arquivo.revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/download/198/145>. Acessado em 20 de maio de 2022.
- 2 Fernandes JRLL, Godoi LA, Buard RD, Marques FR, Portugal MEG, Dalledone M. Traumatismo dentoalveolar. Revista Gestão & Saúde, 2016; 15(2): 01-06. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjBo7nIr6_4AhVnkZUCHTIfDukQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Feditora.universidadede vassouras.edu.br%2Findex.php%2FRFEU%2Farticle%2Fview%2F2418%2F1523&usg=AOv Vaw0AqhN_hLaLJH7CH1FAFfta. Acessado em 25 de abril de 2022.
- 3 Costa LDE, Queiroz F, Nóbrega C, Leite M, Nóbrega W, Almeida E. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. Rev Odontol UNESP. 2014; Nov.-Dez.; 43(6): 402-408. Disponível em <https://revodontolunesp.com.br/article/10.1590/1807-2577.1053/pdf/rou-43-6-402.pdf>. Acessado em 23 de abril de 2022.
- 4 Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Rev Paul Pediatr. 2009; 27(4):447-51. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiTvsn1sq_4AhW8vJUCHRRLB8IQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Ffrpp%2Fa%2FzPpVrJJv7LKT9QQ8M9cpmPG%2F%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&usg=AOvVaw2mH6NFIMfQxisMGdxolyHy. Acessado em 15 de maio de 2022.
- 5 Aldrigui JM. Prevalência de traumatismo em dentes decíduos e fatores associados: revisão sistemática e meta-análise [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2012.
- 6 Wanderley MT, Weffort ICC, Kimura JS, Carvalho P. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2014; 68(3). Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000300003. Acessado em 3 de maio de 2022.
- 7 Wanderley MT, Guedes CC, Bussadori SK. Traumatismo em dentes decíduos. In: Fernandes KPS et al. Traumatismo Dentoalveolar - Passo a passo permanentes e decíduos. 1a ed. São Paulo: Livraria Santos editora, 2009:159-214.
- 8 Wanderley MT, Mello-Moura ACV, Moura Netto C de, Bonini GAVC, Cadioli IC, Prokopowitsch I. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 8a ed. São Paulo: Santos, 2010:707-57.
- 9 Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto-Filho F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua RSBO. 2011 Jan-Mar;8(1):e1-20. Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsqaWatK_4AhXpR7gEHYHEC5MQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2Fr

evodonto.bvsalud.org%2Fpdf%2Frsbo%2Fv8n1%2Fa19v8n1.pdf&usg=AOvVaw2rkb4VOdGC3YBOz5CIz2ZD. Acessado em 8 de maio de 2022.

10 Silva TC, Gerson FELiane, Feldens CA. Luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de casos Stomatos, 2008; 14(27): 74-86.

11 Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Quintessence, 2017.

12 Imparato JCP. Odontopediatria: baseada em evidências científicas. São Paulo: Santos, 2010.

13 Bitencourt SB, Cunha AIO, Oliveira DWR, Jardim ATB. Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. Revista Odontológica de Araçatuba, 2015; 36 (1):24-29. Disponível em:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjwh t7WtK_4AhUDrZUCHWnBBYkQFnoEACQAQ&url=https%3A%2F%2Fapcdaracatuba.com.br%2Frevista%2F2015%2F07%2F03.pdf&usg=AOvVaw0r6KM4hAii3gX_HS3N9Kmd.
Acessado em 28 de abril de 2022.

14 Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol 2012;28(3):174-82. Disponível em:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjmybL5tK_4AhXhjZUCHV7FDksQFnoEAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F22583659%2F&usg=AOvVaw0_-fithOQZz1jgKrf2FQ2Z.
Acessado em 29 de maio de 2022.