

# REABILITAÇÃO BUCAL EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO ORAL REHABILITATION IN ODONTOPEDIATRY: CASE REPORT

Lucas Zuse<sup>1</sup>, Lucas Bartnik Neckel<sup>2</sup>, Lucas Ribeiro Cômar<sup>3</sup>, Douglas Ayeso Pereira<sup>4</sup>, Sandriane Moreno<sup>5</sup>, Emyr Stringhini Junior<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Graduando em Odontologia, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [lucas\\_zuse@hotmail.com](mailto:lucas_zuse@hotmail.com), <http://lattes.cnpq.br/6178249360015985>; <sup>2</sup>Graduando em Odontologia, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [lucas\\_bneckel@hotmail.com](mailto:lucas_bneckel@hotmail.com), <http://lattes.cnpq.br/7843299466694281>; <sup>3</sup>Graduando em Odontologia, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [lucas.comaar@gmail.com](mailto:lucas.comaar@gmail.com), <http://lattes.cnpq.br/3189049998088765>; <sup>4</sup>Graduando em Odontologia, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [ayesopereira@gmail.com](mailto:ayesopereira@gmail.com), <http://lattes.cnpq.br/9766231729120072>; <sup>5</sup>Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [sandriane@unisep.edu.br](mailto:sandriane@unisep.edu.br), <http://lattes.cnpq.br/3829447196009246>; <sup>6</sup>Pós-Doutorado em Odontopediatria, Centro Universitário UNISEP (CEUUN) - campus de Francisco Beltrão, [emvr@unisep.edu.br](mailto:emvr@unisep.edu.br), <http://lattes.cnpq.br/8679929704148279>.

DOI: <https://doi.org/10.37157/fimca.v9i1.241>

## RESUMO

**Introdução:** Os traumatismos dentários são um problema de saúde pública. Atualmente, com a redução mundial do índice de cárie eles representam a maior necessidade de tratamento para dentes anteriores. Quando não tratados eles podem causar impactos físicos, estéticos, sociais e psicológicos e interferir negativamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Relato de caso:** O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de reabilitação bucal em Odontopediatria, após o insucesso do reimplante dentário tardio, de dois incisivos centrais superiores permanentes, de uma menina de oito anos de idade. Devido ao avanço da reabsorção radicular externa dos dentes reimplantados a exodontia foi realizada e a paciente reabilitada com mantenedor de espaço ortodôntico móvel, visando devolver à estética e a função. O caso está em acompanhamento devido à troca de dentição, crescimento e desenvolvimento crânio facial. No futuro, uma correção ortodôntica e reabilitação protética implanto suportada será necessária. **Discussão:** A avulsão dentária é o traumatismo mais comum na dentição permanente. O reimplante, quando bem indicado e seguindo orientações dos protocolos disponíveis na literatura, possui bom índice de sucesso, mas em muitos casos a perda dentária é inevitável. Nestes casos, a reabilitação restabelecer a estética dentária representa um ganho estético, funcional e qualidade de vida das crianças. **Conclusão:** Este relato de caso oferece uma opção de reabilitação bucal em odontopediatria nos casos de perda precoce de incisivos permanentes. Com base nos conhecimentos encontrados na literatura e no presente relato de caso, o sucesso terapêutico do reimplante dentário é mais alto quando os protocolos e *guidelines* são aplicados na prática clínica. Educação e prevenção são as melhores maneiras de evitar o traumatismo dentário.

**Palavras-chave:** Avulsão dentária, Reimplante dentário, Traumatismos dentários, Odontologia preventiva, Estética Dentária.

## ABSTRACT

**Introduction:** Dental injuries are a public health problem. Currently, with the worldwide reduction of the caries index, dental injuries can be considered the biggest cause of the need for treatment of anterior teeth. Untreated dental trauma can cause physical, aesthetic, social, and psychological impacts and negatively affect the quality of life of children and adolescents. **Case report:** The present study aims to report a clinical case of oral rehabilitation in pediatric dentistry in an eight-year-old girl with a history of failure in the late dental replantation of two permanent upper central incisors. As a result of advanced external root resorption of the reimplanted teeth, extraction was performed and the patient was rehabilitated with a mobile orthodontic space maintainer, restoring aesthetics and function. The case is being monitored due to exchange of dentition, craniofacial growth and development. In the future, orthodontic correction and implant-supported prosthetic rehabilitation will be necessary. **Discussion:** Tooth avulsion is the most common trauma to permanent dentition. When well indicated, replantation following the guidelines of the protocols available in the literature has a success rate, although tooth loss is inevitable in many cases. In these cases, the rehabilitation represents an aesthetic, functional, and quality of life gain. **Conclusion:** This case report offers an oral rehabilitation option in pediatric dentistry in cases of early loss of permanent incisors. Based on the knowledge found in the literature and the present report, therapeutic success is higher when the protocols and guidelines are in practice. Anticipatory guidance and preventive counseling are the best ways to prevent dental trauma.

**Key words:** Tooth avulsion, Dental replantation, Dental trauma, preventive dentistry, dental esthetic.

## INTRODUÇÃO

A região oral representa 1% da área corporal e 5% de todas as injúrias corporais. A nível mundial, os custos anuais de tratamento dos traumatismos dentários variam de 2 a 5 milhões de dólares por um milhão de habitantes. O número de consultas por ano, para tratar as injúrias traumáticas em dentes permanentes, varia de 1,9 a 9,1 consultas. Sendo assim, os traumatismos dentários são um problema de saúde pública e em alguns países, onde houve um decréscimo nos índices de cárie dentária, ele representa a maior necessidade de tratamento para os dentes anteriores (ANDERSON et al., 2013).

Dados disponíveis na literatura mostram que dos 3720 artigos publicados em seis das principais revistas odontopediátricas, entre 2000 e 2010, apenas 119 (3,2%) estão relacionados a traumatismos dentários. Destes, a maioria estava relacionada com injúrias de dentes permanentes (68%) e tratamento (63%), especialmente avulsão e fratura coronária (FELDENS et al., 2013). Indiferente dos critérios usados nas pesquisas, a prevalência de traumatismos dentários tende a não apresentar mudanças repentinas com o passar do tempo (ALDRIGUI et al., 2014). Na dentição permanente, eles ocorrem em aproximadamente 20% das crianças e adolescentes. (ANDERSSON et al., 2013). No Brasil, sua prevalência é de 23,96% aos 12 anos de idade e foi melhor explicado por fatores individuais relacionados à condição socioeconômica e problemas oclusais (BONFIM; HERRERA; DE CARLI, 2017).

Os fatores etiológicos associados aos traumatismos dentários são variáveis entre os países e nas diferentes faixas etárias (ANDERSSON et al., 2013). Entretanto, evidências científicas comprovam associação entre traumatismo dentário e meninos, inadequado selamento labial e *overjet* maior que 3-5mm (ALDRIGUI et al., 2014; PETTI, 2015; BOMFIM; HERRERA; DE CARLI, 2017; KRAMER et al., 2017; SOARES et al., 2018).

O sorriso da criança revela importante aspecto da sua qualidade de vida e como ela interage com o meio (FILSTRUP et al., 2003). Os traumatismos dentários, quando ocorrem, trazem à tona uma grande preocupação, tanto pelo prejuízo estético-funcional quanto pelo desenvolvimento da dentição.

A estética facial, incluindo a estética oral, pode afetar a qualidade de vida da criança (SCHEFFEL et al., 2014; BOMFIM; HERRERA; DE CARLI, 2017; BORGES et al., 2017; ZAROR et al., 2018) e causar impactos físicos, sociais e psicológicos (SCHEFFEL et al., 2014). Promover um adequado tratamento estético é importante nas reabilitações odontológicas, pois a estética é uma das principais causas de *bullying* (SCHEFFEL et al., 2014).

Dentre os diversos tipos de traumatismos dentários, a avulsão é o que requer mais urgência no tratamento, pois o reposicionamento do dente avulsionado é o tratamento indicado. Neste caso o prognóstico é dependente dos cuidados tomados no local do acidente e após a avulsão (FOUAD; ABBOTT; TSILINGARIDIS, 2020).

Os insucessos na tentativa de reimplante dentário são comuns, visto que às vezes as pessoas desconhecem alguns dos cuidados a serem feitos no momento do acidente. Além disso, alguns cirurgiões-dentistas não estão preparados para conduzir adequadamente esses tipos de situações. Dentre suas dúvidas estão: qual o tempo máximo para o reimplante dentário? Qual o melhor meio de armazenamento do dente avulsionado? É necessária antibioticoterapia na avulsão dentária? Quando indicada, qual o intervalo de tempo para iniciar a terapia pulpar? Seguir protocolos e *guidelines* são recomendações seguras? Qual o tipo e tempo de esplintagem para dente avulsionado? Por quanto tempo devo acompanhar os casos? (BUCHER et al., 2013; ADNAN et al., 2018; HINCKFUSS; MESSER et al., 2009 a, b, c; FOUAD; ABBOTT; TSILINGARIDIS et al., 2020).

As opções estéticas para a reabilitação dependem principalmente da quantidade de elementos dentários envolvidos no trauma, bem como de sua localização na arcada dentária (SANT' ANNA et al., 2018).

Principalmente na dentição decídua/mista, e para reabilitações múltiplas, os mantenedores de espaço – como o aparelho ortodôntico móvel, por exemplo - são excelentes meios de se assegurar a correta mordida do paciente, uma vez que a estética é passível de ser adaptada nesse tipo de instrumento. Além da possibilidade de se reabilitar o segmento anterior e posterior ao mesmo tempo, há possibilidade de se instalar dispositivos impedidores de hábitos deletérios no próprio aparelho, facilidade de higienização, instalação e curto tempo de trabalho (SANT' ANNA et al., 2018).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação odontológica estética funcional, com aparelho ortodôntico móvel, após o reimplante dentário tardio de dois incisivos centrais superiores permanentes avulsionados.

## RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 8 anos, leucoderma, é levada para atendimento odontológico pela sua responsável. Ela relatou que a menor caiu em abril de 2019 e perdeu os dois dentes da frente. Após um dia, pelo fato do acidente ter ocorrido num final de semana, a mãe levou a criança ao cirurgião-dentista que reimplantou, imobilizou os dentes e alertou da possibilidade de insucesso do caso, pois não garantia a permanência dos mesmos. Nesta ocasião encaminhou a paciente para outro cirurgião-dentista para a realização do tratamento endodôntico, que foi iniciado após um mês. Com a intenção de buscar outra opinião profissional a mãe procurou um especialista em odontopediatria. No exame anamnésico relatou bom estado de saúde geral. Clinicamente pôde-se observar que a criança estava em fase de dentição mista ((17),16, 55 (15), 54 (14), 53 (13) 12, 11, 21, 22, 63 (23), 64 (24), 65 (25), 26, (27), (38), (37), 36, 75 (35), 74 (34), 73 (33), 32, 31, 41, 42, (43), 84 (44), 85 (45), 46, (47), (48)), com fístula mucogengival na região dos dentes 11 e 21, bráquetes ortodônticos nos dentes 11, 21, 53 e 63 e fio ortodôntico, restaurações OL nos dentes 75 e 85, relação ortodôntica de Classe II de Angle no plano ântero-posterior e um *overjet* acentuado.

O exame radiográfico panorâmico (Fig. 1) apresentou formação de 30 dentes permanentes, pois os dentes 18 e 28, no momento, não apresentavam indícios de calcificação. Os dentes 75 e 85 apresentavam imagem radiopaca na sua porção coronária, indicativo de material restaurador e sob esta, uma imagem radiolúcida. No dente 75 observou-se reabsorção radicular avançada, radiolucidez periapical, estendendo-se para a raiz distal do dente 74 e rompimento da cripta do dente 35. Perda precoce do dente 83 e falta de espaço para erupção do dente 43. Dentes 13 e 23 estavam fora do eixo de erupção, com inclinação mesial. Os dentes 11 e 21 apresentavam-se com material radiopaco disperso a nível de câmara pulpar e canal radicular, reabsorção radicular externa e radiolucidez periapical.



Figura 1. Radiografia panorâmica.

O plano de tratamento oferecido à responsável foi exodontia dos dentes 11 e 21 e instalação de mantenedor de espaço móvel estético funcional. Devido ao crescimento crânio facial a paciente deverá ser acompanhada frequentemente para a troca do aparelho até o início do tratamento ortodôntico corretivo e reabilitação protética implanto suportada.

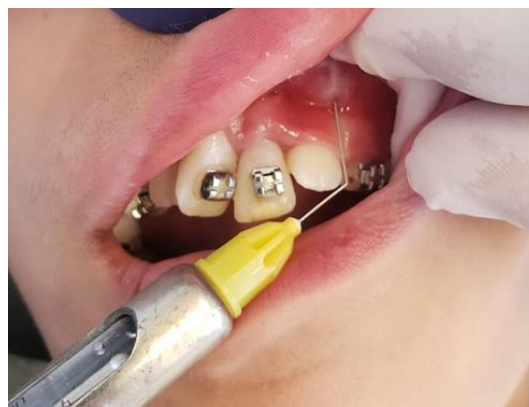


Figura 2. Anestesia infiltrativa do nervo alveolar anterior superior esquerdo.



Figura 3. Anestesia transpapilar do lado direito.



Figura 4. Dentes 11 e 21 extraídos.



**Figura 5.** Remoção de sutura e cicatrização cirúrgica.



**Figura 6.** Moldagem inferior com alginato.



**Figura 7.** Moldagem superior com alginato.

Após a aprovação do plano de tratamento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe foi realizado o agendamento do início do tratamento. Entretanto, no dia do procedimento a menor se recusou a realizar o mesmo. O profissional sugeriu a intervenção sob efeito de sedação inalatória consciente com oxigênio e óxido nitroso e a mãe autorizou. Antecedendo a realização do procedimento a menor teve dor e edema na região dos dentes reimplantados e necessitou ser medicada com 9 mL de Clavulin 400 mg/5mL (Amoxicilina 400mg + Ácido Clavulânico 57 mg/5mL), a cada 12h, por sete dias e 30 gotas de paracetamol 200mg/ml, a cada 8 horas, por dois dias. Passado os sete dias a menor foi sedada com 40% de óxido nitroso e 60% de oxigênio. Durante o procedimento a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e nível de saturação oxigênio foram monitorados.



**Figura 8.** Modelo de gesso inferior.



**Figura 9.** Modelo de gesso superior.

Inicialmente ao procedimento cirúrgico realizou-se a antisepsia intraoral e extraoral com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Perio Max), por 1 minuto, e extraoral, com clorexidina a 2% (Vic Pharma). Após anestesia tópica com benzocaína 20% (Benzotop) realizou-se a anestesia infiltrativa (Fig. 2) na região anterior superior do lado direito e esquerdo, com Lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaína 100 –DFL), para anestesiarem os nervos alveolar anterior. Na sequência, realizou-se anestesia interpapilar (Fig. 3) para posteriormente anestesiarem o nervo nasopalatino.



**Figura 10.** Prova do aparelho em boca.



**Figura 11.** Visão anterior do aparelho ortodôntico móvel instalado.

Já anestesiada e ainda sob efeito da sedação inalatória consciente realizou-se a sindesmotomia com sindesmótomo (Quinelato),

exodontia dos dentes 11 e 21 com fórceps 150 (Quinelato) (Fig. 4) e sutura com fio de seda 3.0 (Ethicon).

Ao término do procedimento a oferta de óxido nitroso foi interrompida e a paciente permaneceu respirando oxigênio por cinco minutos. Finalizada a sedação ela repetiu o teste inicial de Trieger para avaliação da coordenação motora fina. Antes de ser dispensada ela foi medicada com 30 gotas de paracetamol 200 mg/ml, a cada 8h, por um dia e Plax Kids (Colgate) para bochecho. Sete dias após o procedimento realizou-se a remoção das suturas (Fig. 5), moldagem inferior (Fig. 6) e superior (Fig. 7) com alginato Hydrogun (Zhermack) e registro de mordida em cera 7 (Lysanda). Os modelos foram confeccionados em gesso extra duro (Durone) (Fig. 8 e 9) e encaminhados ao laboratório para recorte, montagem em articulador e confecção de mantenedor de espaço estético funcional. Posteriormente foi realizada a prova do aparelho (Fig. 10), acrilização e entrega do mesmo (Fig. 11, 12 e 13). Atualmente, a paciente está em acompanhamento, aguardando nova fase do tratamento.



**Figura 12.** Visão estética do aparelho ortodôntico com paciente em posição de repouso.



**Figura 13.** Expressão de satisfação da paciente com a entrega do aparelho ortodôntico móvel.

## DISCUSSÃO

Bomfim, Herrera e De Carli (2017) afirmam que dentre as doenças relacionadas à saúde bucal, como a cárie e o câncer bucal, o traumatismo dentário se destaca como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Ele é responsável por prejuízos estéticos, funcionais, sociais e emocionais (SCHEFFEL et al., 2014) ao paciente, uma vez que o sorriso é um importante aspecto na qualidade de vida do indivíduo (SCHEFFEL et al., 2014; BOMFIM; HERRERA; DE CARLI, 2017; BORGES et al., 2017; ZAROR et al., 2018). Neste caso clínico pode-se observar a satisfação do paciente após a entrega do aparelho ortodôntico removível.

A avulsão é caracterizada pela expulsão completa do elemento dentário do alvéolo (SANTOS et al., 2010) representando, 0,5 a 16% das lesões traumáticas em dentição permanente (FOAUD; ABBOTT; TSILLINGARIDIS, 2020). No Brasil, sua prevalência é de 23,96% aos 12 anos de idade (BOMFIM; HERRERA; DE CARLI, 2017), tendo como etiologia as atividades pertinentes à infância, como quedas de bicicletas e práticas esportivas (ANDERSSON, 2013), além de atropelamentos e acidentes automobilísticos (PRATA et al., 2013; MARCENES et al., 2000). Além disso, está associado a meninos, com inadequado selamento labial e *overjet* maior que 3-5mm (ALDRIGUI et al., 2014; PETTI, 2015; BOMFIM; HERRERA, DE CARLI, 2017). Neste caso clínico o *overjet* pode ter sido a causa do traumatismo, visto que ele pode duplicar ou triplicar a o risco de traumatismos na dentição permanente (PETTI, 2015).

O protocolo que a maioria dos profissionais busca realizar é o reimplante. Este é um tratamento conservador que, na maioria das situações, é o de escolha, visando reposicionar o elemento dentário avulsionado no alvéolo dentário. Porém, é necessário que este seja feito da maneira correta, uma vez que o prognóstico é totalmente dependente do gerenciamento adequado da emergência e da execução de um plano de tratamento, levando em consideração o tempo extraoral, o meio de armazenamento do dente avulsionado, o tipo e o tempo de espiantagem e a terapia endodôntica adequada (HINCKFUSS; MESSER, 2009a; RODRIGUES, et al., 2017; FOUAD et al., 2020).

Neste caso, mesmo de forma tardia, o cirurgião-dentista tentou o reimplante, pois não reimplantar um dente é uma decisão irreversível (FOUAD; ABBOTT; TSILLINGARIDIS, 2020).

A viabilidade das células do ligamento periodontal depende do tempo em que o dente ficou fora da boca e o meio de seu armazenamento. O profissional deve sempre analisar a viabilidade das mesmas como: viável (reimplante no local do acidente ou em menos de 15 minutos), viável mas comprometida (tempo extraoral menor que 60 minutos e o dente foi mantido em meio de armazenamento) e inviável (tempo maior que 60 minutos, indiferente de ter sido mantido em meio de armazenamento ou não) (FOUAD; ABBOTT; TSILLINGARIDIS, 2020).

Neste caso, poderia se pensar que outra possível causa do insucesso do reimplante fosse o longo tempo de espiantagem, que duro do reimplante à exodontia. No entanto Hinckfuss e Messer (2009c) concluíram, por meio de uma revisão sistemática, que a saúde periodontal não é afetada pelo tempo da imobilização.

A rizogênese é uma variável importante nos dentes avulsionados. Dentes com ápice fechado devem ter sua polpa extirpada dentro de 10 a 14 dias do reimplante, pois passado este período o risco de reabsorção inflamatória é maior (HICKFUSS; MESSER, 2009). Nos casos de ápice aberto há a possibilidade de ocorrer revascularização pulpar (FOUAD; ABBOTT e TSILLINGARIDIS, 2020).

O meio de armazenamento do dente avulsionado está relacionado à cicatrização pulpar, pois a desidratação prolongada da raiz causa a perda da vitalidade das células do ligamento periodontal e da polpa. O tempo extra-alveolar traz menos consequências ao

elemento dentário quando o mesmo é armazenado em meio úmido (FINUCANE et al., 2003).

Segundo Bucher et al. (2012) dentes traumatizados tratados de acordo com as recomendações do *guidelines* da Associação Internacional de Traumatologia Dentária tiveram um menor índice de complicações. Além disso, a maioria dos casos de necrose pulpar e perdas dentárias na denteição permanente ocorreram nos primeiros 6 meses após o trauma.

Outra possível causa de insucesso deste reimplante pode ser porque foi mantido desidratado. Segundo Adnan (2018) o leite é o meio individual mais recomendado, tanto pela viabilidade das células do ligamento periodontal quanto pela praticidade de obtenção. No entanto, em muitos casos, o meio seco não deve ser considerado uma contraindicação para o reimplante, já que a superfície radicular pode ser tratada quimicamente para retardar o processo de reabsorção (ANDREASEN et al., 2001).

A prescrição de antibioticoterapia sistêmica comparada a não prescrição da mesma também foi pesquisada sistematicamente. Segundo HINCKFUSS et al. (2009b) a saúde periodontal e o menor risco de reabsorção não são afetados pela antibioticoterapia após reimplante dentário.

A reabilitação de pacientes odontopediátricos, após perdas dentárias na região anterior, deve ser promovida no exercício da especialidade. Ela melhora a estética, função, autoestima e a qualidade de vida.

Neste contexto, a prevenção é a melhor forma de se evitar os traumatismos e promover saúde. Sendo assim, é necessário que sejam feitas campanhas educativas na internet e televisão visando o uso de protetores bucais nas práticas esportivas, apoio a inclusão de conteúdos relacionados aos traumatismos dentários nos livros didáticos e orientações de primeiros socorros, bem como políticas públicas de saúde na escola contra o *bullying* e a violência.

## CONCLUSÃO

Este relato de caso oferece uma opção de reabilitação bucal em odontopediatria nos casos de perda precoce de incisivos permanentes. Com base nos conhecimentos encontrados na literatura e no presente relato de caso, o sucesso terapêutico do reimplante dentário é mais alto quando os protocolos e *guidelines* são aplicados na prática clínica. Educação e prevenção são as melhores maneiras de evitar o traumatismo dentário.

## REFERÊNCIAS

ADNAN, S. et al. Which is the most recommended medium for the storage and transport of avulsed teeth? A systematic review. **Dental Traumatology**, v. 34, n. 2, p. 59-70, 2018. <<https://doi.org/10.1111/edt.12382>>.

ALDRIGUI, Janaina Merli et al. Trends and associated factors in prevalence of dental trauma in Latin America and Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 42, n. 1, p. 30-42, 2014.

ANDERSSON, L. Epidemiology of traumatic dental injuries. **Journal of endodontics**, v. 39, n. 3, p. S2-S5, 2013. <<https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.021>>.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. Artmed, 2001. 778 p.

BOMFIM, R. A.; HERRERA, D. R.; DE-CARLI, A. D. Oral health-related quality of life and risk factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian children: A multilevel approach. **Dental Traumatology**, v. 33, n. 5, p. 358-368, 2017. <<https://doi.org/10.1111/edt.12348>>.

BORGES, T. S. et al. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 12, n. 2, p. 1-13, 2017. <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172235>>.

BÜCHER, K. et al. Complications and survival rates of teeth after dental trauma over a 5-year period. **Clinical oral investigations**, v. 17, n. 5, p. 1311-1318, 2013. <<https://doi.org/10.1007/s00784-012-0817-y>>.

De SANT'ANNA, G. R. et al. Reabilitação bucal integral e estética em odontopediatria. In DUARTE, D., FERES, M., FONTANA, U.F.

## Odontopediatria: estado atual da arte: educação, diagnóstico e intervenção estético-funcional. Nova Odessa- SP, Ed. Napoleão, 2018, 368 p.

FELDEN, Carlos Alberto; KRAMER, Paulo Floriani; FELDEN, Eliane Gerson. Exploring the profile of articles on traumatic dental injuries in pediatric dental journals. **Dental traumatology**, v. 29, n. 3, p. 172-177, 2013.

FILSTRUP, S. L. et al. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatric dentistry**, v. 25, n. 5, p. 431-440, 2003.

FINUCANE, D.; KINIRONS, M. J. External inflammatory and replacement resorption of luxated, and avulsed replanted permanent incisors: a review and case presentation. **Dental Traumatology**, v. 19, n. 3, p. 170-174, 2003. <<https://doi.org/10.1034/j.1600-9657.2003.00154.x>>.

FOUAD, A. F. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 36, n.1, p. 331-342, 2020. <<https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2012.01125.x>>.

HINCKFUSS, S. E.; MESSER, L. B. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part I: timing of pulp extirpation. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 1, p. 32-42, 2009a. <<https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2008.00727.x>>.

HINCKFUSS, S. E.; MESSER, L. B. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part II: prescription of systemic antibiotics. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 2, p. 158-164, 2009c. <<https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2008.00736.x>>.

HINCKFUSS, S. E.; MESSER, L. B. Splinting duration and periodontal outcomes for replanted avulsed teeth: a systematic review. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 2, p. 150-157, 2009b. <<https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2008.00761.x>>.

KRAMER, P. F. et al. Exploring the impact of malocclusion and dentofacial anomalies on the occurrence of traumatic dental injuries in adolescents. **The Angle Orthodontist**, v. 87, n. 6, p. 816-823, 2017. <<https://doi.org/10.2319/041417-258.1>>.

MARCENES, W.; ALESSI, O. N.; TRAEBERT, J. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaraguá do Sul, Brazil. **International dental journal**, v. 50, n. 2, p. 87-92, 2000. <<https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.2000.tb00804.x>>.

PETTI, S. Over two hundred million injuries to anterior teeth attributable to large overjet: a meta-analysis. **Dental Traumatology**, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2015. <<https://doi.org/10.1111/edt.12126>>.

PRATA, T. H. C. et al. Etiologia e frequência das injúrias dentárias traumáticas em pacientes do Centro de Traumatismos Dentários da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 29, n. 1-2, p. 43-53, 2013.

RODRIGUES, T. L. C.; RODRIGUES, F. G.; ROCHA, J. F. Avulsão dentária: proposta de tratamento e revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 147-153, 2017.

SANTOS, K. S. A. et al. Tratamento de traumatismos dentoalveolares e reabilitação protética em paciente jovem-relato de caso. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 9, n. 2, p. 181-184, 2010.

SCHEFFEL, Débora Lopes Salles et al. Esthetic dental anomalies as motive for bullying in schoolchildren. **European journal of dentistry**, v. 8, n. 01, p. 124-128, 2014.

SOARES, T. R. C. et al. Risk factors for traumatic dental injuries in the Brazilian population: A critical review. **Dental traumatology**, v. 34, n. 6, p. 445-454, 2018. <<https://doi.org/10.1111/edt.12439>>.

ZAROR, Carlos et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 46, n. 1, p. 88-101, 2018.