

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS FRATURAS DENTÁRIAS DECORRENTES DO TRAUMATISMO DENTÁRIO

THERAPEUTIC APPROACH OF FRACTURE DENTAL CAUSED OF DENTAL TRAUMA

Sandro Basso **BITENCOURT**¹
Ana Issa de Oliveira **CUNHA**²
Daiana Wanderli Reis de **OLIVEIRA**³
Aline Terra Biazon **JARDIM**⁴

RESUMO

A abordagem terapêutica odontológica acompanhou os hábitos de uma sociedade moderna, mais preocupada com a estética e saúde bucal, porém susceptível as consequências da rotina caótica atual sendo vitimada pelo aumento dos índices de impactos, maus tratos, acidentes de trânsito, atividades esportivas e quedas. O atendimento a crianças com traumatismos na dentição decídua requer uma abordagem diferente daquela utilizada na dentição permanente, isso porque existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma e o germe do dente permanente sucessor. Assim, o objetivo deste artigo é reunir as variáveis do tratamento para cada tipo de trauma com intuito de auxiliar o cirurgião dentista na escolha da melhor abordagem terapêutica para a situação clínica em que estiver envolvido.

UNITERMOS: Traumatismos dentários; Terapêutica; Assistência Odontológica.

INTRODUÇÃO

O âmbito da saúde pública tem se transformado nas últimas décadas, devido a diminuição da prevalência de cáries e de problemas periodontais e pela maior preocupação com a estética e saúde bucal, passando a necessidade em questão do tratamento curativo para o tratamento emergencial e justificando um aumento expressivo de casos com traumatismo dentário^{1,2,3,4}. Circunstância justificada por estudos epidemiológicos, os quais indicam que o traumatismo dental é um problema significativo em pessoas jovens e a incidência de trauma será superior ao da cárie dentária e doença periodontal na população⁵, sendo a escola um local de grande frequência desse incidente¹.

O contexto social encarrega-se em direcionar a necessidade terapêutica devido aos fatores causais evidentes nos últimos anos, tais como: impactos, maus tratos, acidentes de trânsito, atividades esportivas e quedas^{2,6}. Dessa forma, a violência, doméstica ou na rua, agressões e abuso físico consistem em uma das causas do trauma dentário⁵, como também as atividades esportivas realizadas por crianças^{5,8,7}. Nos jovens, as causas principais são acidentes automobilísticos, jogos e esportes em geral, além de agressões. Nos adultos os traumatismos

ocorrem mais comumente devido ao envolvimento em acidentes de trânsito ou por violência interpessoal⁸.

Neste contexto, a etiologia estende-se a fatores anatômicos predisponentes, os quais aumentam a susceptibilidade às injúrias dentárias, como por exemplo, a oclusão do tipo classe II de Angle, overjet acentuado (maior que 4 mm), mordida aberta, lábio superior curto ou hipotônico e, pacientes respiradores bucais. Em acréscimo, as lesões cariosas e dentes tratados endodonticamente, também ficam mais predispostos ao trauma⁹.

Várias são as sequelas que podem comprometer os dentes decíduos após traumatismos, destacando-se a hiperemia pulpar, a descoloração coronária, a necrose pulpar, a obliteração do canal pulpar, a reabsorção radicular e a anquilose dental, já os dentes decíduos sobre os dentes permanentes sucessores são sequelas como: hipomineralização, hipoplasia e dilaceração coronária. Assim, o tipo de trauma e a idade da criança no momento do trauma são considerados como fatores importantes que determinam a ocorrência destas sequelas^{11,10,6}.

A abordagem terapêutica está diretamente ligada ao tipo de trauma ocorrido, sendo diferenciado o tratamento dependendo do grau de envolvimento. O atendimento a crianças com traumatismos na

1 - Mestrando em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP
2 - Especialista em Prótese Dentária pelo SIOMS, Campo Grande/MS
3 - Graduada pela Universidade Anhanguera/Uniderp, Campo Grande/MS
4 - Professora da Universidade Anhanguera/Uniderp, Campo Grande/MS

dentição decídua requer uma abordagem diferente daquela utilizada na dentição permanente, isso porque existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma e o germe do dente permanente sucessor⁶.

O objetivo deste artigo é revisar a literatura a fim de reunir todas as possibilidades de tratamento para cada tipo de traumatismo dentário, com intuito de auxiliar o cirurgião dentista na escolha da melhor abordagem terapêutica para cada situação clínica em que se encontrar.

REVISÃO DE LITERATURA

O traumatismo dentário consiste em uma situação de urgência frequente na rotina odontológica, onde a população se torna passiva devido ao desconhecimento ao atendimento imediato e, em contrapartida, ativa com a despreocupação da área odontológica, pois o primeiro atendimento é realizado em prontos-socorros, clínicas médicas ou postos de saúde. Isto se dá por que há duas situações nas ocorrências de traumas, o trauma dental significativo, que lesa os tecidos de suporte dental, mucosa e lábios, resultando em importante nível de sangramento das áreas afetadas, o que assusta muito a criança e o próprio acompanhante; e o trauma dental não significativo, onde o paciente se acalma por um tempo e os responsáveis deixam de levar a criança ao atendimento odontológico¹².

Esta ocorrência de grande impacto define-se como uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, de origem acidental ou intencional, causada por uma agressão térmica, química ou mecânica que atuam no dente, cuja magnitude supera a resistência encontrada nos tecidos ósseo, muscular e dentário decorrentes de acidentes, espancamentos, brigas, entre outros; afetando assim a região da boca e dos dentes^{13,14}.

Segundo Pedroni et al.¹⁵ (2009) as fraturas dentárias podem provocar impacto na qualidade de vida de crianças, sendo que a maioria dos traumas dentários acontece nos dentes anteriores, gerando assim um comprometimento estético, o qual pode determinar um impacto psicossocial, dada a importância desses dentes na aparência da face.

Uma das causas mais comuns da fratura coronária é a ruptura do esmalte e da dentina devido ao impacto frontal. A proximidade da fratura em relação à polpa e o risco de que toxinas bacterianas penetrem pela dentina até a polpa podem ser considerados como principais fontes de complicações após uma fratura coronária¹. Em se tratando de fraturas não complicadas e não tratadas, a placa bacteriana irá se acumular na dentina exposta depois de invadir os túbulos dentinários, sendo a velocidade de invasão e o seu significado para o estado da polpa desconhecidos¹⁵.

Na sequência será especificada a abordagem das fraturas dentais e as possíveis consequências sobre o dente permanente que devem ser levadas em

consideração ao se executar o tratamento imediato para assim evitar danos adicionais, considerando que a seleção do tratamento leva em conta a maturidade da criança, sua capacidade de cooperação em situação de emergência e a oclusão em ambas as dentições.

Fraturas Dentárias

• Trinca de esmalte

Conforme Guedes-Pinto² (2009), a trinca de esmalte é a fratura incompleta do esmalte, sem perda da estrutura dentária, sendo o tratamento em alguns casos, apenas o acabamento do esmalte rugoso com disco de lixa vaselinado, seguido da aplicação de flúor. Losso et al.⁶ (2011) limitam-se a dizer que trinca de esmalte ocorre quando não há perda de estrutura. Porém, complementam que se deve realizar um exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de observar fissuras na coroa dentária, geralmente perpendiculares ao longo eixo do dente. O exame radiográfico tem de ser realizado sempre que há relato de traumatismo dentário, porém trincas de esmalte não são visíveis em radiografias periapicais. O tratamento a ser realizado é a fluoroterapia, sendo o prognóstico favorável e o acompanhamento clínico e radiográfico pode ser feito nas consultas de rotina.

• Fratura de esmalte

Segundo Walter¹⁶ (1999), esta fratura se limita ao esmalte e tem como terapêutica imediata ou tardia a remoção das bordas cortantes com discos de lixa (manualmente) ou com brocas diamantadas em baixa rotação e aplicação de verniz com flúor. Se os pais fizerem questão, pode-se restaurar e alertar os responsáveis quanto às possíveis sequelas. Realizar a radiografia para futura comparação; retorno 15 dias e após, a cada 03 meses, com controle por um ano. Se houver alteração pulpar realizar a pulpectomia e em decíduos optar pela técnica de Guedes Pinto de 1988. Losso et al.⁶ (2011) indicam que inicialmente deve-se realizar o exame clínico visual da superfície dentária limpa, seca e bem iluminada, a fim de observar fissuras na coroa dentária, geralmente perpendiculares ao longo eixo do dente. As radiografias para uma confirmação mais precisa, sendo o prognóstico favorável e a preservação fica por conta do acompanhamento clínico e radiográfico, que nesse caso pode ser feito nas consultas de rotina do paciente.

• Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar ou fratura não complicada

Segundo Losso et al.⁶ (2011) esta lesão se expressa na perda de estrutura envolvendo somente esmalte e dentina, enquanto que a polpa mantém-se preservada. Assim a terapêutica aplicada depende primordialmente de um exame clínico visual da superfície dentária (limpa, seca e bem iluminada) com o propósito de definir a extensão da perda da estrutura

dental, e descartar a possibilidade de exposição pulpar. Os autores também consideram importante o exame radiográfico para avaliar a relação da fratura com a câmara pulpar e o estado de rizogênese ou rizólise do dente afetado para determinar se há a necessidade de proteção do complexo dentino-pulpar com hidróxido de cálcio. O comportamento da criança também direciona a conduta, pois em crianças colaboradoras, opta-se pela restauração com resina composta, e em não cooperativas opta-se pelo uso de restauração provisória com cimento de ionômero de vidro. Os autores ainda comentam que o prognóstico é favorável, sendo necessário acompanhamento clínico após 7 dias e clínico-radiográfico depois de 30 e 90 dias e todos os anos até a esfoliação dental. Conforme Walter¹⁶ (1999), nesta circunstância de traumatismo, existe também o tratamento tardio aplicado na situação em que os pais e/ou responsáveis relatam que a criança se queixa de dor espontânea. Dessa maneira, realiza-se a pulpectomia e a restauração de resina com uso de matrizes plásticas. Em contrapartida, quando não houver relato de dor, ou esta se manifesta esporadicamente, realiza-se uma proteção com cimento hidróxido de cálcio, somando-se com a restauração de resina com uso de matrizes plásticas.

• Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar ou fratura complicada

Esta lesão demonstra-se com a perda da estrutura envolvendo esmalte e dentina, havendo assim exposição do tecido pulpar. Os cuidados terapêuticos provêm de um exame realizado, envolvendo o clínico visual da superfície dentária para confirmação da perda da estrutura dental juntamente com a presença de pequena hemorragia ou áreas vermelhas puntiformes indicando comprometimento pulpar, além da avaliação com extensão radiográfica para analisar a câmara pulpar e o estágio de rizogênese. O tratamento em questão baseia-se no envolvimento pulpar, dependendo assim de uma série de fatores, tais como: extensão da fratura, grau de desenvolvimento dental (rizogênese ou rizólise), momento em que ocorreu o trauma e grau de colaboração da criança. Dessa maneira, dente jovem, quando a rizogênese estiver incompleta, há melhor resposta pulpar, e no tratamento imediato recomenda-se a proteção pulpar direta seguida de restauração com resina composta ou colagem do fragmento. Já em dentes jovens com raízes completas ou em estágio inicial de rizólise, o tratamento imediato será a pulpotomia, e o tardio, a pulpectomia. Em dentes com rizólise avançada opta-se pela exodontia⁶.

Segundo Walter¹⁶ (1999) o tratamento demonstra-se como imediato, se radiograficamente, em crianças menores de 18 meses de idade, houver a confirmação que a raiz não está inteiramente formada com o ápice aberto, realizando-se pulpotomia com uso de hidróxido de cálcio P.A com propilenoglicol e

restauração do dente. Nos casos de da formação do ápice estar completada, realiza-se pulpectomia e restauração do dente com posterior radiografia para futura comparação e retorno em uma semana e controle bi ou trimestral. Já no tratamento tardio, ápice aberto ou fechado, realiza-se pulpectomia e posteriormente restauração do dente com radiografia para futura comparação com retorno em uma semana e controle bi e trimestral.

• Fratura Coronaradicular

Para Guedes-Pinto² (2009), esta fratura envolve esmalte, dentina e cimento, podendo ou não haver exposição pulpar, sendo denominada complicada ou não complicada, respectivamente. A abordagem, quando a fratura ocorrer próximo à margem gengival, deve-se avaliar a possibilidade de tratamento endodôntico, bem como a necessidade de gengivectomia para facilitar o procedimento restaurador, que pode ser realizado com a colagem de fragmento ou por meio de restaurações realizadas pela técnica incremental ou com o auxílio de coroa de acetato. Quando a linha de fratura se estender 4 a 5 mm abaixo da margem gengival, levando a um diagnóstico duvidoso, a exodontia é o tratamento de escolha.

Losso et al.⁶ (2011) ressaltam a importância do exame clínico visual, para averiguar a extensão subgengival da fratura. É comum o fragmento estar preso pelas fibras do ligamento periodontal, portanto, sendo observada a presença de mobilidade do fragmento fraturado. O exame radiológico pode não evidenciar a fratura, pois o traço desta é geralmente perpendicular ao feixe de raios X, mas servirá como parâmetro para futuros exames de controle.

Segundo Walter¹⁶ (1999) esta fratura é considerada rara, grave, complexa e de difícil tratamento conservador. Se houver possibilidade, pulpectomia e restauração com matrizes plásticas. Casos nos quais a parte fraturada está totalmente solta, podemos primeiramente fazer a colagem das partes e só após realizarmos a pulpectomia. Radiografia para posterior comparação, retorno dentro de uma semana e em casos nos quais a restauração é impraticável, exodontia e posterior confecção de prótese fixa.

• Fratura radicular

Guedes-Pinto² (2009) define fratura radicular como uma fratura na região radicular, podendo ser transversal ou longitudinal, onde a fratura radicular do terço cervical normalmente apresenta mobilidade e as fraturas dos terços médio ou apical pode ser com ou sem mobilidade, e com ou sem deslocamento. Na fratura radicular longitudinal é indicada a exodontia. Na fratura radicular do terço apical ou médio sem mobilidade ou deslocamento, pode ser feito o acompanhamento clínico e radiográfico. Caso haja deslocamento e/ou mobilidade, o tratamento consiste na aproximação dos fragmentos, contenção por 21 dias e seguir um protocolo de orientações de higiene,

repouso do dente, prescrição medicamentosa de analgésico em caso de dor e acompanhamento clínico e radiográfico. Caso seja indicada a exodontia em caso de fratura radicular do terço apical, o fragmento apical nem sempre é removido na cirurgia, devido à possibilidade de lesão do germe do dente permanente (em caso de trauma na dentição decídua). Esse fragmento deve ser acompanhado, e pode reabsorver ou ser expulso na erupção do dente permanente. Já na fratura radicular do terço cervical, normalmente é indicada a exodontia.

Losso et al.⁶ (2011) descrevem fratura radicular como uma solução de continuidade que envolve esmalte, dentina, cimento e polpa. No exame clínico poderá ser observado ligeiro deslocamento da coroa associado, pequena extrusão, mobilidade apenas do dente afetado ou em bloco quando há, também, fratura do processo alveolar. Diante disso, o exame radiográfico torna-se imprescindível no diagnóstico de mobilidade, se ocorre por luxação, por fratura radicular ou por fratura do processo alveolar sugerindo tomadas radiográficas adicionais de diferentes angulações. O tratamento é variável, dependendo da localização (terço apical, médio ou cervical) e da direção da linha de fratura (orientação transversal ou longitudinal). Nas fraturas transversais no terço apical e médio realiza-se o reposicionamento por pressão digital para aproximação dos fragmentos, quando o tratamento é imediato. Se for tardio ocorre a interposição do coágulo, o que dificulta essa manobra. Fraturas de terço apical normalmente se recuperam sem tratamento, no entanto, nas fraturas de terço médio e, sobretudo naquelas com mobilidade do dente envolvido, faz-se necessária contenção rígida por um período de 90 a 120 dias e o acompanhamento radiográfico da formação do reparo para a remoção da contenção. Já nas fraturas transversais do terço cervical realiza-se exodontia, uma vez que a mobilidade do fragmento coronário inviabiliza a contenção. Nas fraturas longitudinais ou oblíquas o tratamento de escolha é a exodontia. Já o prognóstico das fraturas transversais é o mais favorável que as demais. Realizar a preservação através de acompanhamento clínico e radiográfico durante um, três, quatro e seis meses e todos os anos.

As fraturas radiculares que mais ocorrem na dentição decídua conforme relata Walter¹⁶ (1999) são as do terço apical, sendo difícil encontrarmos no terço médio e raras no terço cervical. No tratamento imediato quando há fratura do terço apical ou médio, faz-se a esplintagem rígida com fio de aço de 4 a 6 meses e o fragmento apical da raiz é reabsorvido normalmente; nas fraturas no terço cervical recomenda a exodontia e posterior mantenedor de espaço. Já no tratamento tardio, se for constatada pouca mobilidade, pode-se tentar a esplintagem rígida de 4 a 6 meses e o fragmento deverá ser reabsorvido normalmente. Os autores relatam que, quando da esplintagem em tratamentos tardios, existe uma possibilidade maior

de ocorrerem complicações pulpares, sendo indicada a endodontia com o dente esplintado. Quando o dente apresenta grande mobilidade, não resta tratamento de escolha senão a exodontia. O controle clínico e radiográfico deve ser realizado com retornos na primeira semana e após controle semestral. No caso de tratamento tardio, alertar aos pais para a possibilidade de complicação pulpar (necrose ou abscesso) ou escurecimento do dente (hemorragia primária ou secundária).

DISCUSSÃO

A discussão da abordagem terapêutica é complexa por conta da literatura repetitiva encarregada de mecanizar a resolução do problema em um protocolo clínico específico, limitando assim, novas possibilidades de tratamento que levaria a um mesmo sucesso clínico. Por conta disso, encontra-se certa dificuldade em debater o assunto em si, pela falta de controvérsias entre estudos realizados, que possibilitariam índices comparativos na eficácia dos resultados, pois, pela revisão realizada deste artigo, os achados basearam-se em etiologia, incidência e prevalência.

Diante do exposto torna-se imprescindível uma boa anamnese com a utilização das perguntas fundamentais preconizadas por Andreasen e Andreasen¹ (2001) para a conclusão do diagnóstico, juntamente com as possíveis condutas terapêuticas: **quando** (indica o tempo decorrido entre o trauma até o primeiro atendimento); **onde** (indica a necessidade de se observar a validade da vacina antitetânica da criança, da indicação de antibióticos e do nível de contaminação) e **como** (para relacionar o tipo de lesão que resultou). Dados adicionais podem ser obtidos com o exame físico, tais como: exposição pulpar, mobilidade, dor à percussão, vitalidade pulpar, deslocamento dental parcial ou total, lesões aos tecidos moles, edema, hemorragia, assimetria facial, fratura óssea (alveolar, maxilar e mandibular), entre outros. Exames, como teste de percussão e de vitalidade pulpar podem ser realizados em um segundo tempo, não sendo obrigatórios na consulta emergencial¹⁷.

Fried & Erickson¹⁸ (1995) afirmam que um diagnóstico cuidadoso com a devida documentação do caso é o primeiro passo para o tratamento de qualquer dano causado por lesões traumáticas. Estes procedimentos são rápidos e fáceis de serem executados, devendo ser realizados sempre, passo a passo, na seguinte sequência: histórico de saúde e médico; avaliação neurológica; exame da cabeça e pescoço; exame bucal (tecidos moles e duros); exame radiográfico e documentação fotográfica. De acordo com os autores, as fotografias e as radiografias, antes e após o procedimento operatório, têm sido amplamente realizadas com finalidades clínica e legal.

De acordo com Dewhust et al.¹⁹ (1998), antes de se iniciar o tratamento, é importante seguir uma sequência lógica, com o objetivo de estimar a extensão da lesão e fazer um diagnóstico preciso.

Para os autores, o controle da dor é essencial antes da limpeza das feridas e, se suturas forem necessárias, deve-se iniciar pela pele e, em seguida, pela mucosa.

CONCLUSÃO

Diante da análise feita para esta revisão de literatura, 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.

A prevenção ainda não é possível em sua total porcentagem mesmo com uma melhor compreensão sobre os fatores de risco associados com o traumatismo, visto que geralmente são decorrentes de casualidade ou fatos inesperados.

Diante desses esclarecimentos, pode-se afirmar que o traumatismo dentário ocorre numa prevalência relativamente alta, destacando-se na dentição decídua, onde o tipo de traumatismo dentário mais frequente é a fratura de esmalte e os dentes anteriores são os mais atingidos, em especial os incisivos centrais superiores, cujos quais interferem na harmonia do sorriso, na autoestima das pessoas, e nas relações interpessoais, visto que a boa aparência física se tornou imperativa nos dias atuais.

ABSTRACT

The dental therapy approach followed the habits of a modern society, more concerned with aesthetics and oral health, but the likely consequences of the current chaotic routine being victimized by increased rates of impacts, abuse, traffic accidents, sports and falls. The care for children with trauma in the primary dentition requires a different approach from that used in the permanent dentition, that because there is a close relationship between the tooth apex deciduous affected by trauma and the germ of the successor permanent tooth. The objective of this article is to bring together the variables of treatment for each type of trauma aiming to assist the dentist in choosing the best therapeutic approach to the clinical situation in which you are involved.

UNITERMS: Tooth Injuries; Therapy; Dental Care.

REFERÊNCIAS

1. Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3º ed, p.171-174. Artmed, 2001.
2. Guedes-Pinto AC. Fundamentos de Odontologia - Odontopediatria. Livraria Santos Editora, 2009.
3. Diaz JA, Bustos L, Brandt AC, Fernandez BE. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. Dent Traumatol 2010; 26(3): 254-261.

4. Pádua MC, Mendes FM, Benedetto MS, Mello-Moura ACV, Imparato, JCP, Bonini GAVCB. Prevalência de lesões dentárias traumáticas em pré-escolares de escolas públicas e particulares. J Health Sci Inst 2010; 28(3): 237-240.
5. Caldas Jr AF, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. Dent Traumatol 2001; 17(6): 250-253.
6. Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto-Filho F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. RSBO 2011; 8(1):1-20.
7. Oliveira LB, Marcenés W, Ardenghi TM, Sheihan A, Bönecker M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. Dent Traumatol 2007; 23(2): 76-81.
8. Vasconcellos RJH, Marzola C, Genu PR. Ocorrência de traumatismo dental em escolares de uma escola pública da cidade do Recife. Rev Cir Traumat BucoMaxilo-Facial 2003; 3(4):9-12.
9. Forsberg CM, Tedestam G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. Swed Dent J 1993; 17(6):183-190.
10. Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos traumatismos e suas sequelas na Dentição Decídua. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2007; 7(2): 173-179.
11. Wanderley MT. Como tratar dentes traumatizados ou perdidos – traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas. ISSN 1678-1899, n.104, 2003.
12. Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu e Lima FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Rev Paul Pediatr 2009; 27(4): 447-451.
13. Duarte DA, Bonecker MS, Santana GR, Suga SS. Caderno de odontopediatria - Lesões traumáticas em Dentes Decíduos: Tratamento e Controle. São Paulo: Santos, 145 p., 2001.
14. Robson FCO. Traumatismo na dentição decídua: prevalência, fatores predisponentes e repercussão sobre a qualidade de vida. Braz Oral Res, v. 18, Supplement (Proceedings of the 21nd Annual SBPqO Meeting), 2004.
15. Pedroni LBG, Barcellos LA, Miotto MHMB. Tratamento em Dentes Permanentes Traumatizados. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2009; 9(1): 107-112.
16. Walter LRF. Odontologia para o bebê - Odontopediatria do Nascimento aos 3 anos. Ed Artes Médicas, 1999.
17. Nogueira AJ, Nogueira R, Gillet A. Aspectos clínicos dos traumas dentais na primeira infância. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 1999; 2(6): 92-95.

18. Fried I, Erickson P. Anterior tooth trauma in the primary dentition: incidence, classification, treatment methods and sequelae: a review of literature. ASDC J Dent Child 1995; 62(4): 256-261.
19. Dewhurst SN, Mason C, Roberts GJ. Emergency treatment of orodental injuries: a review. Br J Oral Maxillofac Surg 1998; 36(3): 165-175.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sandro Basso Bitencourt
Departamento de Materiais Odontológicos e
Prótese - Faculdade de Odontologia de Araçatuba -
FOA/UNESP - Rua José Bonifácio, 1193,
Araçatuba, São Paulo, Brasil, 16015-050.
Fone: (18) 3636-3246
E-mail: sandroodonto@gmail.com

