



FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

MATHEUS SOUZA VALLE

**LUXAÇÃO INTRUSIVA DE DENTE DDECÍDUO
REVISÃO DE LITERATURA**

Campo Grande-MS

2019



MATHEUS SOUZA VALLE

**LUXAÇÃO INTRUSIVA DE INCISIVOS DECÍDUOS
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de
Especialização Lato Sensu da FACSETE – Faculdade Sete Lagoas
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Odontopediatria
Área de concentração: Odontopediatria
Orientador: Ms. Ana Paula Pinto de Souza

Campo Grande-MS

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza Vale, Matheus.

Luxação Intrusiva de dentes decíduos / Matheus Souza Vale - 2019.
23 f. ; il.

Orientador: Ms. Profa. Ana Paula Pinto de Souza

Monografia (especialização) - Faculdade de Tecnologia de Sete
Lagoas, 2019.

1. Intrusão. 2. Dente decíduo. 3. Tratamento.

I. Título.

II. Matheus Souza Vale



FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011

Rede credenciamento Portaria

MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

Monografia intitulada: **LUXAÇÃO INTRÍNSECA EM DENTE DECÍDUO**, de autoria do aluno: Mateus Souza Valle, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

CD- Ms. Ana Paula Pinto de Souza - orientadora
AEPC-Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

CD- Ms. Renata Santos Belchior Reis - coorientadora
AEPC-Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

CD- Ms. Sabrina T. Macari Pires - Professora convidada
AEPC-Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

Campo Grande –MS,30 de novembro de 2019.



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

MATHEUS SOUZA VALE

Monografia intitulada “Intrusão de Dente Decíduo – Revisão de Literatura” de autoria de Matheus Souza Vale, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Ana Paula Pinto de Souza AEPC - Orientadora
Associação de Ensino Pesquisa e Cultura – AEPC

Profa. Dra. Symonne Pimentel Castro Oliveira Lima Parizotto - AEPC
Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria – AEPC

Prof. Dr.

Campo Grande – MS, ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, minha família, professores, amigos e todos que usarão esse trabalho para aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e a oportunidade em aprimorar meus conhecimentos em mais um curso.

Agradeço minha família, em especial, meus pais Jair e Luciméia por sempre me darem apoio e estrutura para enfrentar novos desafios.

Agradeço minha grande amiga Michelle Betty, por todo auxílio na execução desse trabalho, mesmo a distância sua ajuda foi crucial.

Agradeço aos colegas do curso, principalmente a Nadiele Arakaki, sempre esteve comigo, desde a graduação. Emprestou alguns materiais em clínica que muitas vezes só ela tinha.

Agradeço minha professora orientadora Ana Paula Pinto de Souza, desde a graduação tenho admiração por sua conduta e empenho. Está sempre atualizada nos assuntos, com muito embasamento científico. Neste trabalho sua ajuda foi primordial para execução do mesmo.

Agradeço as demais professoras do curso Symonne Parizzoto e Renata Barros por todo conhecimento ministrado ao longo do caminho, deixando-me preparado a assumir o título de Especialista em Odontopediatria. Além do apoio profissional, agradeço a prof^a Renata por ouvir meus desabafos e sempre aconselhar na melhor maneira possível, mesmo sendo toda general por fora, tem um enorme coração e carinho por dentro.

RESUMO

O traumatismo dentário é comum na infância podendo atingir 30% das crianças. Dentre os tipos de traumatismo as luxações acometem crianças entre 1 a 3 anos de idade sendo a causa mais frequente as quedas. Por ser um traumatismo que provoca sequelas tanto em dente decíduo quanto permanente é essencial o conhecimento da conduta terapêutica mais adequada. Este trabalho através de uma revisão de literatura tem o objetivo de verificar o diagnóstico e formas de tratamento da luxação intrusiva de dente decíduo na atualidade. Concluiu-se que a anamnese, exames clínico e radiográfico são fundamentais para a realização do diagnóstico cujo tratamento está atrelado à análise clínico-radiográfica da relação do dente decíduo com o permanente sendo indicado a exodontia quando o dente intruído encontra-se próximo ou em contato com o dente permanente e acompanhamento da reerupção quando não há proximidade entre dente decíduo e permanente.

Palavras-chave: Traumatismo dentário – Intrusão dentária – Dente Decíduo

ABSTRACT

Dental trauma is common at childhood and can affect 30% of children. Among the types of trauma, luxation affects children between 1 and 3 years of age, with falling down being the most frequent cause. As being a trauma that causes sequels in both deciduous and permanent teeth, it is essential to know the most appropriate therapeutic approach. This work through a literature review aims to verify the diagnosis and treatment ways of intrusive luxation primary tooth in actual time. It was concluded that the anamnesis, clinical and radiographic examinations are fundamental for the diagnosis, whose treatment is linked to the clinical-radiographic analysis of the deciduous and permanent teeth relationship with the permanent tooth and follow-up of the eruption when there is no proximity between deciduous and permanent teeth.

Key-words: Traumatic injuries – Intrusive luxation - Primary dentition

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Tratamento da Luxação Intrusiva de Dentes Decíduos.....

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2- PROPOSIÇÃO.....	12
3- REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4- DISCUSSÃO.....	15
5- CONCLUSÃO.....	19
6- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	21

INTRODUÇÃO

Os tipos de traumas que podem ocorrer são divididos em trauma de tecido dental e trauma do tecido periodontal ou de suporte. Dentre os traumas de suporte está a luxação intrusiva, ocorrendo esta quando o dente é introduzido no processo alveolar por um impacto axialmente direcionado, podendo gerar um dano máximo à polpa dentária e as estruturas adjacentes ao elemento (WANDERLEY, 2014).

Para instaurar a conduta clínica devido à intrusão, deve-se estabelecer a direção do deslocamento. Sinais clínicos como edema do lábio superior, hematoma na mucosa vestibular e osso labial projetado vestibularmente não são suficientes para confirmar a direção do deslocamento sendo necessária a complementação com exame radiográfico (FONTANELE, 2017).

Após o estabelecimento diagnóstico confirmado de intrusão, deve-se observar se o deslocamento é favorável com relação ao germe do sucessor permanente. A opção por qual tratamento seguir será baseada nas características individuais de cada caso (CRISPIM, 2016).

Dentre os tratamentos citados na literatura estão: aguardar pela reerupção espontânea, especialmente em decíduos ou permanentes com ápice aberto, ou optar pelo reposicionamento ativo, cirúrgico ou ortodôntico (MOURA, 2011).

A alta prevalência deste tipo de injúria ressalta a importância do cirurgião dentista estar esclarecido sobre a conduta a ser designada diante da intrusão de dentes decíduos. Estes com acompanhamento adequado possuem grande probabilidade de reerupcionar sem sequelas (LOSSO, 2011).

Este trabalho tem por objetivo buscar na literatura quais as orientações e protocolos a serem seguidos em situações como estas.

PROPOSIÇÃO

Este trabalho apresenta como objetivo a revisão de literatura sobre luxação intrusiva buscando atualizar o Odontopediatra na sua conduta clínica de diagnóstico, tratamento e acompanhamento para melhor atendimento de seu paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

O traumatismo dentário em dentes decíduos é comum na infância podendo atingir até 30% das crianças. Ele pode estar relacionado a situações de maus-tratos, síndrome da criança espancada ou pela característica própria da infância em não perceber o perigo e estar começando a descobrir o mundo ao seu redor (WANDERLEY, et al., 2014).

As luxações acometem mais crianças entre 1 a 3 anos de idade cuja causa mais frequente são as quedas. Situações de emergência, portanto, representam um desafio para o odontopediatra em todo o mundo. Reconhece-se que as lesões infantis são um problema de saúde pública negligenciado (TSUKIBOSHI, 2013).

A luxação intrusiva está entre os deslocamentos mais comuns da dentição decídua. É um resultado do trauma que proporciona o deslocamento do dente no sentido axial para o interior do osso alveolar, podendo levar a danos à estrutura periodontal e ao tecido pulpar decorrido do esmagamento e corte das fibras do ligamento periodontal e da função vascular, podendo também ocorrer a fratura do osso alveolar (MOURA, 2011).

É relatado com certa frequência o surgimento de sequelas nos dentes decíduos devido ao trauma como, por exemplo: pigmentação da coroa, necrose pulpar e obliteração do canal radicular. Nos permanentes podem ocorrer hipoplasia de esmalte, hipocalcificação e dilacerações da coroa (FONTANELE, 2017).

O traumatismo dentário de dentes decíduos também pode afetar a formação dos dentes permanentes devido às sequelas do trauma ou até mesmo pelo momento do ocorrido. O atendimento a crianças com trauma requer uma abordagem diferenciada devido a relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente sucessor (LOSSO, 2011).

Para Al-Badri (2002) são frequentes e severas as sequelas pós-traumáticas, mostrando ser o traumatismo dentário mais relacionado à necrose pulpar e a outras complicações como a anquilose, a reabsorção radicular externa ou interna, as periapicopatias e a perda do osso marginal de suporte.

Dentre as causas mais frequentes de todos os traumatismos dentários na infância estão as quedas que por sua vez são muito comuns de ocorrer devido a atividades físicas intensas que crianças geralmente realizam por não terem discernimento de perigo (MENDONZA et al, 2015).

Existe uma maior prevalência da luxação intrusiva na dentição decídua em comparação a permanente, devido à maior porosidade óssea e resiliência durante a infância. Em idades acima de seis anos, outras causas passam a ter maior relevância (LENZI, 2011).

Para Bonanato (2005) este tipo de trauma corresponde a um percentual de 1,5% a 7% do total de traumatismos dentários, já para a permanente essa faixa diminui de 0,3% ou 0,5% a 1,9% deste total. Em geral, a maioria das lesões nos dentes decíduos ocorre em crianças entre a idade de 1 a 3 anos, por conta do estágio de vida em que se encontra, ou seja, iniciando os primeiros passos ainda sem coordenação motora suficiente que lhe permita reflexos de proteção e maior segurança (FELDENS et al., 2005).

Para constatar a existência desta sequela deve ser feita uma avaliação da história clínica, tomada radiográfica periapical ou panorâmica, exame extraoral e intraoral. Apesar da baixa prevalência, a intrusão dentária possui um prognóstico pouco favorável (MENDONZA et al, 2015).

Através de revisão de literatura, Vasconcelos *et al.*, (2003) afirmam que o traumatismo dentário em dentes decíduos ocorre com relativa frequência podendo causar complicações de ordem morfológica, fisiológica e emocional sendo o conhecimento das técnicas para tratamento dos vários tipos de trauma dentoalveolares e de tecidos moles fundamental para a escolha da conduta clínica correta.

É de extrema importância coletar todos os fatos ocorridos no trauma, mas muitas vezes os pais não conseguem relatar com precisão ou demoram a procurar o atendimento odontológico por não estarem inteirados com o ocorrido. Traumas de pequena intensidade podem ocorrer e passarem despercebidos pelos pais ou não terem importância para estes (WANDERLEY, 2014).

Os aspectos clínicos e radiográficos devem ser observados, pois pode ocorrer desde uma discreta infraoclusão como total desaparecimento do dente (FELDENS, et al., 2005) e este grau de intrusão foi classificado por Von Arx (2000) *apud* Feldens, et al., (2005) da seguinte forma:

- Grau I: intrusão parcial suave, na qual mais de 50% da coroa é visível;
- Grau II: intrusão parcial moderada, onde menos de 50% da coroa é visível;
- Graus III: intrusão severa ou total da coroa.

Assim, o exame radiográfico é essencial para determinar a presença do dente decíduo no alvéolo e a direção do deslocamento do elemento. Se a imagem do dente intruído for alongada em relação ao homólogo, há aproximação com o dente sucessor e se encurtada o dente estará distante do sucessor. Devido à dificuldade da visualização pode ser agregada a tomada de uma radiografia lateral com o filme periapical para auxiliar com o diagnóstico (BORTOLI, 2008).

Para Malmgren et al., (18/19) o exame clínico e radiográfico é importante para estabelecer a extensão do trauma, o estágio de desenvolvimento da raiz e a relação com o dente permanente sucessor.

Quanto ao exame clínico, durante a palpação, pode-se sentir na área da tábua óssea vestibular, um abaulamento pela intrusão do dente decíduo, tecidos moles edemaciados e, quanto à mobilidade do dente intruído este pode se apresentar firme no interior do alvéolo cujo teste de percussão mostrará som metálico, ou com graus variados de mobilidade. Portanto, os fatores determinantes para definição do tratamento de dentes decíduos intruídos são a direção do deslocamento e a ocorrência de fratura da parede alveolar (FELDENS et al., 2005).

O tratamento para a luxação intrusiva pode se dividir em duas partes, o tratamento imediato e o tardio. Em ambos os tratamentos podem ser a exodontia (a depender da posição do elemento intruído) ou o acompanhamento da reerupção com tomadas radiográficas e medicação se necessário (LOSSO, 2011).

Para Feldens et al., (2005) as formas de tratamento para a intrusão de dentes decíduos apresenta-se no Quadro 1.

Quadro 1. Tratamento da Luxação Intrusiva de Dentes Decíduos.

Deslocamento do dente decíduo na direção do dente permanente	Deslocamento do dente decíduo contra a direção do dente permanente	Ocorrência de fratura da parede alveolar
Exodontia	Conservador. Deve-se aguardar a reerupção do dente decíduo por 2 semanas a 4 meses. Obs: se sinais de erupção	Exodontia

	não estiverem presente em até 2 meses o prognóstico é desfavorável.	
Orientações aos pais:		
<ul style="list-style-type: none"> - dieta líquida ou pastosa durante as primeiras 48 horas; - evitar chupeta e mamadeira; - controle mecânico e químico da placa bacteriana, utilizando-se solução de clorexidina a 0,12% com gaze, duas vezes ao dia, durante o processo de cicatrização. 		
Uso de Medicação		
<p>O antibiótico será prescrito diante dos sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -infecção nos tecidos adjacentes durante o acompanhamento do caso; - Manifestação de edema; - fístula ou secreção purulenta; - febre. 		
Acompanhamento clínico e radiográfico:		
7 – 30 – 60 – 120 dias após o traumatismo.		

Fonte: FELDENS, et al, 2005

Quanto ao tempo de reerupção Wanderley et al., (2017) afirma que em 95% dos casos ocorre em até 6 meses e, que esta observação clínica e radiográfica é indicada em dentes com rizogênese incompleta ou nos casos menos graves, ou seja, com até metade da coroa intruída. Já a exodontia deve ser indicada em casos onde há contato entre raiz do dente decíduo e o germe do permanente, presença de fístula ou radiolucidez periapical, fratura óssea, falha na reerupção, presença de reabsorção severa do decíduo após a reerupção ou ocorrência de anquilose durante a reerupção.

Em conduta clínica, frente ao tratamento mediato de luxação intrusiva Moraes et al., (2018) relatam caso clínico em criança de 6 anos de idade cujo trauma já havia ocorrido há seis meses e apresentava descoloração nos dentes 51 e 61, sendo que o dente 51 apresentava-se em infraoclusão. Ao exame radiográfico observou-se o contato do dente 51 com o germe do dente permanente sendo indicado a exodontia do dente decíduo. Concluíram, com a observância deste caso,

a importância do atendimento imediato, o uso de radiografia lateral e acompanhamento clínico/radiográfico até a esfoliação do dente decíduo e erupção do sucessor permanente, pois casos como este podem comprometer a formação do dente permanente.

O prognóstico do elemento que sofreu o trauma torna-se favorável quando a direção do deslocamento é vestibular e a sua reerupção ocorre no período de até dois meses e pode ser considerado sombrio quando a reerupção não se iniciar em até dois meses (CRISPIM, 2016).

Dentre as preocupações com o prognóstico dos dentes decíduos pós-trauma, também se deve gerar uma atenção aos permanentes por estes poderem sofrer alterações como problemas eruptivos, hipoplasia e dilaceração radicular. Devido a isso é necessário um acompanhamento ao longo do processo de erupção dos dentes permanentes do paciente (LENZI, 2011).

DISCUSSÃO

Dentre as injúrias traumáticas mais comuns entre crianças de menor idade, destaca-se a luxação intrusiva que se caracteriza no deslocamento do elemento dentário para dentro do alvéolo em direção axial sendo a forma de tratamento vinculada a um bom diagnóstico.

O traumatismo dentário de forma geral pode atingir até 30% das crianças numa faixa etária de 1 a 3 anos estando associado a uma série de fatores desde a quedas até a situações de maus tratos (WANDERLEY, et al., 2017; MALMGREN, 18/19). Já a luxação intrusiva é mais prevalente na dentição decídua (LENZI, 2012) apresentando um percentual de 1,5 a 7% do total de traumatismos (FELDENS, et al., 2005) mas, para Mendonza, (2015) sua prevalência é baixa.

Como a luxação intrusiva ocorre com certa frequência podendo trazer sequelas tanto para dente permanente quanto para decíduo e complicações morfológicas, fisiológicas e emocionais (BONANATO, 2015; VASCONCELOS, et al., 2003) o correto diagnóstico para uma decisão terapêutica e fundamental.

Sendo assim, os aspectos clínicos e radiográficos devem ser observados e avaliados além de coletar, com os pais, fatos ocorridos no trauma (BORTOLO, 2008; MALMGREN, 18/19; WANDERLEY et al., 2014).

No que se refere ao exame radiográfico analisar a relação do dente decíduo com o permanente é essencial para a tomada de decisão referente a exodontia ou não do dente decíduo intruído. Portanto, se a imagem do dente intruído mostra-se alongada em relação ao seu homólogo há proximidade com o permanente casos contrário este estará distante. (BORTOLO, 2008).

Já no exame clínico o odontopediatra deve lançar mão da palpação na região afetada, observar tecidos moles, mobilidade do dente afetado e ocorrência de fratura da parede alveolar (FELDENS, et al., 2005), pois a coleta de todos estes dados auxiliará na escolha do tratamento mais adequado à situação do paciente.

Quanto a forma de tratamento da luxação intrusiva de dentes decíduos, a exodontia está indicada quando o dente intruído está próximo ou em contato com o germe do dente permanente, sendo que Wanderley, et al., (2017) ainda associa a exodontia quando há presença de fístula, lesão periapical, fratura óssea, falha na reerupção, reabsorção severa do dente decíduo após a reerupção e a observação de anquilose do dente decíduo durante o processo de reerupção. e tratamento

conservador de acompanhamento de reerupção do dente decíduo quando este não atingiu o dente permanente permanente (FELDENS, et al., 2005; LOSSO, 2011; MORAES, 2018).

Porém, quanto ao prazo de reerupção do dente decíduo Feldens, et al., (2005) afirma que deverá ocorrer no prazo de 2 semanas a 4 meses, já Wanderley, et al., (2017), em 95% dos casos isto ocorre em até 6 meses e, se em até 2 meses este movimento não for observado o prognóstico é sombrio (FELDENS, et al., 2005; CRISPIM, 2016).

Assim, o profissional deve cada vez mais se atualizar no atendimento odontopediátrico para que o tratamento odontológico frente a luxação intrusiva para que está tenha sucesso dependerá da destreza, habilidade e conhecimento do odontopediatra no momento do atendimento realizando uma boa anamnese, identificando e planejando a decisão terapêutica mais adequada para o quadro que o paciente apresenta.

CONCLUSÃO

Diante da revisão de literatura realizada conclui-se que:

- a luxação intrusiva ocorre em crianças ainda na primeira infância de 1 a 3 anos de idade;

- a anamnese, exames clínico e radiográfico são fundamentais para a realização do diagnóstico;

- seu tratamento está atrelado à análise clínico-radiográfica da relação do dente decíduo com o permanente, sendo indicado a exodontia quando o dente intruído encontra-se próximo, ou em contato com o dente permanente e acompanhamento da reerupção quando não há proximidade entre dente decíduo e germe do permanente;

- é fundamental o acompanhamento clínico e radiográfico, pois alterações como a presença de fístula, lesão periapical, anquilose do dente decíduo ainda em processo de reerupção pode mudar o curso da decisão terapêutica de acompanhamento para exodontia do dente intruído.

REFERÊNCIAS

AL-BADRI, S., Kinirons, M., Cole, B., & Welbury, R. (2002). Factors affecting resorption in traumatically intruded permanent incisors in children. *Dental Traumatology*, 18(2), 73-76.

BONANATO, Karina et al. Intrusão de incisivos decíduos e permanentes: relato de caso clínico. **Arq Odontologia**, v. 41, n. 4, p. 273-68, 2005.

BORTOLI, Dinakel et al. Luxação intrusiva na dentição decídua—dois anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 1, 2008.

CORRÊA, Isabelle Saturnino et al. Avaliação Clínica e Radiográfica de Intrusão dentária na Dentição Decídua: Relato de Caso. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 161-169, 2019.

CORRÊA, M S N P. Odontopediatria na Primeira Infância – Uma Visão Multidisciplinar. 4ª. Ed. **Editora Quintessence Publishing Brasil**. 2017. 723p.

CRISPIM, Jéssica Behrens et al. Avulsion and intrusive luxation in deciduous teeth: a case report. **Dental Press Endod**. 2016 Jan-Apr;6(1):56-61

DA SILVA ASSUNÇÃO, Luciana Reichert; CUNHA, Robson Frederico; FERELLE, Antônio. Análise dos traumatismos e suas seqüelas na dentição decídua: uma revisão da literatura. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, v. 7, n. 2, p. 173-179, 2007.

FELDENS, C A, et al. Capítulo 8: Conduta Clínica: Pronto-Atendimento e Proservação. Pg. 159 – 190. In, 2005.

FONTENELE, Mayara et al. Sequelae in primary teeth after traumatic injury. **Brazilian Dental Science**, v. 20, n. 2, p. 70-75, 2017.

KRAMER, P F; FELDENS, C A. Traumatismos na Dentição Decídua. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. 1ª. Ed. São Paulo. Ed. Santos Ltda, 2005. 311p.

KRAMER, Paulo Floriani et al. Traumatismo na dentição decídua e fatores associados em pré-escolares do município de Canela/RS. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 9, n. 1, p. 95-100, 2009.

LENZI, Michele Machado et al. Avulsion of primary teeth and sequelae on the permanent successors: longitudinal study. **Braz J Dental Traumatol**, v. 2, n. 2, p. 80-4, 2011.

LOSSO, Estela Maris et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **RSBO (Online)**, v. 8, n. 1, p. e1-e20, 2011.

MENDOZA-MENDOZA, A.; GONZÁLEZ-MALLEA, E.; IGLESIAS-LINARES, A. Intrusive luxation in primary teeth: a case report. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 39, n. 3, p. 215-218, 2015.

MORAES, Vânia Gomes et al. Conduta mediata frente a luxação intrusiva em dentes decíduos: relato de um caso. **Rev. Bras. Odontol.** 2018;75:(Supl.2):83

MOURA, Lucas Borin et al. Avaliação clínica e radiográfica de dentes decíduos intruídos por traumatismo alvéolo-dentário. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 601-606, 2011.

SANABE, Mariane Emi et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 447-451, 2009.

TROMBINI, Carolina Silva; FELDENS, Eliane Gerson; FELDENS, Carlos Alberto. Luxação Intrusiva em dentes decíduos: relato de casos. **Stomatol**, v. 14, n. 27, p. 74-86, 2008.

TSUKIBOSHI, M., Malmgren, B., Lamar Hicks, M., Malmgren, O., Moule, A. J., Andreasen, J. O., ... & Andersson, L. (2013). Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries in the Primary Dentition. *Pediatric Dentistry*, 35(6).

VASCONCELOS, R J H.; OLIVEIRA D M.; NOGUEIRA, R V B.;MACIEL, A P.
Trauma na Dentição Decídua: Enfoque Atual. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. v.3, n.2, abr/jun - 2003

WANDERLEY, Marcia Turolla et al. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. **Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 68, n. 3, p. 194-200, 2014.