

Roberta Milena Santana de Souza

ANQUILOSE EM DENTES DECÍDUOS:
Relato de caso

São Paulo/SP

2023 □

ROBERTA MILENA SANTANA DE SOUZA

ANQUILOSE EM DENTES DECÍDUOS:

Relato de caso

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Ms. Alessandra Souza

Área de concentração: Odontologia

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Roberta Milena Santana de Souza

ANQUILOSE EM DENTES DECÍDUOS:

Relato de caso

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada ___ / ___ / ___ pela banca constituída pelos seguintes professores:

Prof.

Prof.

Prof.

São Paulo, ___ de ___ de 202□

RESUMO

A anquilose dentária é um fator de má oclusão, caracterizado pela junção do osso alveolar com o cimento e/ou a dentina, gerando, assim, danos ao ligamento periodontal. Esse quadro pode ocasionar diversos problemas bucais, prejudicando o bem-estar do indivíduo, tais como, dificuldade na mastigação, comprometimento dos dentes vizinhos, doença periodontal, dentre outros. Assim que diagnosticada deve ser tratada, uma vez que, a longo prazo pode haver alterações permanente como protrusão da mandíbula e redução na altura da parte inferior da face. Os tratamentos indicados nesses casos são: remoção cirúrgica e/ou manutenção com acompanhamento clínico e radiográfico. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de uma criança diagnosticada com anquilose bilateral nos elementos 55 e 65, quadro esse que decorreu em perda de espaço na região posterior, mesialização do primeiro molar superior esquerdo permanente e distalização do segundo molar superior esquerdo decíduo. Diante do quadro, a postura adotada foi a exodontia dos elementos anquilosados, com posterior encaminhamento para profissional especializado em ortodontia, para assim corrigir demais problemas ósseos e de mordida.

Palavras-chaves: anquilose dental; dentes decíduos; distúrbio de erupção.

□

ABSTRACT

Dental ankylosis is a factor of malocclusion, characterized by the junction of the alveolar bone with cementum and/or dentin, thus causing damage to the periodontal ligament. This situation can cause several oral problems, harming the individual's well-being, such as difficulty in chewing, impairment of neighboring teeth, periodontal disease, among others. Once diagnosed, it must be treated, since in the long term there may be permanent changes such as jaw protrusion and reduction in the height of the lower part of the face. The treatments indicated in these cases are: surgical removal and/or maintenance with clinical and radiographic follow-up. The objective of this work is to report a clinical case of a child diagnosed with bilateral ankylosis in elements 55 and 65, a condition that resulted in loss of space in the posterior region, mesialization of the first upper left permanent molar and distalization of the second upper left deciduous molar. The therapeutic proposal chosen for the case was the extraction of ankylosed teeth, with subsequent referral to a professional specialized in orthodontics, in order to re-establish the patient's oral health. Faced with this condition, the attitude adopted was the extraction of the ankylosed elements, with subsequent referral to a professional specialized in orthodontics, in order to correct other bone and bite problems.

Keywords: dental ankylosis; deciduous teeth; eruption disorder.

□

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Aspecto clínico inicial.	7
Figura 02 – Radiografia periapical.	8
Figura 3 - Aplicação de Benzocaína.	9
Figura 4 – Aplicação de Lidocaína com Epinefrina.	9
Figura 5 - Instrumentos utilizados.	10
Figura 6 – Após a exodontia.	10
Figura 7 - Elementos 55 e 65.	11
Figura 8 – Radiografia periapical.	11

□

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. RELATO DE CASO CLÍNICO.....	7
3.	

DISCUSSÃO	.....
...12		
3.1 Conceito	.....	12
3.2 Grupos de dentes		
decíduos	.....	12
3.3 Aspectos clínicos e aspectos		
radiográficos	.....	13
3.4		
Consequências	.....
.14		
3.5 Tipos de		
tratamento	.....	14
3.5.1 Reconstrução ou restauração		
coronária	.....	15
3.5.2 Manutenção ou acompanhamento clínico e		
radiográfico	.....	15
3.5.3 Exodontia ou remoção		
cirúrgica	.....	15
4		
CONCLUSÃO	.....
....17		
REFERÊNCIAS	.....
.....18		



1. INTRODUÇÃO

Em decorrência da obliteração do ligamento periodontal em algumas áreas ao redor da raiz do dente, que faz com que o dente fique estático e em infra-oclusão, ocorre a anquilose dentária, que é conceituada como um desequilíbrio na erupção, compreendido como um agrupamento anatômico do osso alveolar ao cimento. (GUIMARÃES, 2018).

Neste trabalho o foco foi a anquilose dentária em dentes decíduos, quadro que atinge, aproximadamente, cerca de 6% das crianças e adolescentes (FARRET; FARRET, 2015).

O dente decíduo anquilosado obstrui a erupção da dentição e, como consequência, podem ocorrer diversos problemas bucais, tais como, dificuldade na mastigação, comprometimento dos dentes vizinhos, doença periodontal, dentre outros. A longo prazo pode haver alterações permanente como protrusão da mandíbula e redução na altura da parte inferior da face (WANDERLEY *et al.*, 2014).

Portanto, é fundamental iniciar o tratamento tão logo haja o diagnóstico de anquilose. Após o diagnóstico, o profissional deve ter cuidado ao analisar as características particulares do paciente para planejar o tratamento a ser realizado, bem como definir o momento de intervenção. Importante lembrar que, em casos de anquilose severa, existe a probabilidade de intervenções cirúrgicas e, portanto, demanda de maiores cuidados, uma vez que há risco de perda do sucessor permanente (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Dentre as possibilidades de tratamento para a anquilose em dentes decíduos, os mais indicados são: exodontia ou remoção cirúrgica, reconstrução ou restauração coronária e manutenção com acompanhamento clínico e radiográfico (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

No presente trabalho foi relatado o caso clínico de uma criança diagnosticada

com anquilose bilateral nos elementos 55 e 65, com conseqüente perda de espaço na região posterior, mesialização do primeiro molar superior esquerdo permanente e distalização do segundo molar superior esquerdo decíduo. Também foi apresentada a proposta terapêutica escolhida para o caso e a evolução do paciente.

□

□

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, pardo, idade de 9 anos, compareceu à clínica de especialização de Odontopediatria da NEOM, acompanhado do pai para atendimento odontológico, o qual apresentou queixas quanto a não erupção dos segundos molares superiores decíduos. Na anamnese, o responsável relatou, ainda, que a criança não apresentava problemas com relação à saúde geral, inexistindo quaisquer condições sistêmicas relevantes.

No exame clínico foi observado um quadro de erupção dentária compatível com a idade cronológica, entretanto, os elementos 55 e 65, segundo molar decíduo superior esquerdo e direito, respectivamente, encontravam-se em infra-oclusão (Figura 1).

Figura 1 - Aspecto clínico inicial.



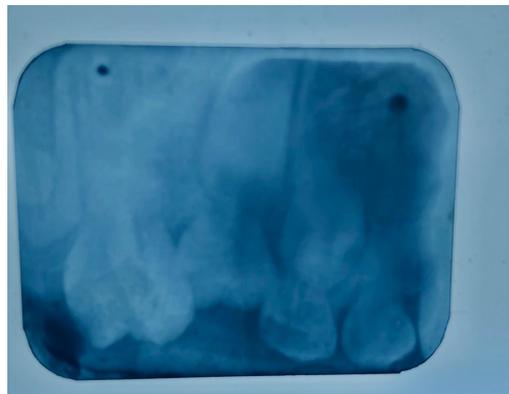
19

Fonte: Autor (2022).

Ademais, durante o exame foi constatado que houve uma notável perda de espaço na região posterior, além da mesialização do primeiro molar superior esquerdo permanente e distalização do segundo molar superior esquerdo decíduo.

Foi realizada uma radiografia periapical (Figura 2), a fim de se obter um diagnóstico preciso, para traçar o melhor plano de tratamento para o caso em análise. Com o exame verificou-se que a raiz distal do elemento 65 foi reabsorvida e, o dente sucessor, estava no estágio 8 de nolla.

Figura 2 – Radiografia periapical.



Fonte: Autor (2022).

Após a análise dos dados obtidos durante a anamnese e pelas características clínicas e radiográficas, foi diagnosticado anquilose bilateral dos elementos 55 e 65. Diante do quadro, foi concluído que o tratamento mais adequado consistiria na realização de exodontia, com posterior encaminhamento para realização de terapia ortodôntica. Dessa forma, o paciente teria sua saúde bucal restaurada.

Inicialmente, foi realizado bochecho com Clorexidina 0,12%, pelo período de 1 minuto. Para realização das exodontias foram utilizados anestésicos Benzocaina e

Lidocaína com Epinefrina.

Primeiro foi realizada a técnica anestésica tópica com Benzocaina (Figura 3), seguida de anestesia infiltrativa, com Lidocaína com Epinefrina 1.100:00 (Figura 4), usando 2 tubetes (Figura 5), nos nervos alveolares superior médio e palatino maior. Foi realizado o descolamento das papilas com descolador de molt 07, seguida de luxação com a alavanca de peça reta, com remoção do alvéolo com uso do fórceps 151 infantil (Figura 5).

Figura 3 - Aplicação de Benzocaína.



Fonte: Autor (2022).

Figura 4 – Aplicação de Lidocaína com Epinefrina.



Fonte: Autor (2022).

Figura 5 - Instrumentos utilizados.



Fonte: Autor (2022).

Por fim, para alívio de eventual dor no pós-operatório, foi prescrita dipirona sódica 500mg, a ser administrada de 6/6 horas, pelo período de 3 dias. Foram passadas orientações ao responsável e ao paciente, com encaminhamento para início do tratamento com profissional especializado em ortodontia para que, assim, seja integralmente reestabelecida as funcionalidades bucais do paciente.

3. DISCUSSÃO

3.1 Conceito

A anquilose dentária é um fator de má oclusão, caracterizado pela junção do osso alveolar com o cimento e/ou a dentina, gerando, assim, danos ao ligamento periodontal (BREARLEY; MCKIBBEN, 1973 *apud* NEGRI *et al.*, 2019).

A anquilose dentária é um fator de má oclusão, caracterizado pela junção do osso alveolar com o cimento e/ou a dentina, gerando, assim, danos ao ligamento periodontal (BREARLEY; MCKIBBEN, 1973 *apud* NEGRI *et al.*, 2019).

Até o momento não foi possível definir uma etiologia específica, podendo o surgimento da anquilose ocorrer devido a distúrbios metabólicos, predisposição genética, infecção periapical, desequilíbrio no processo da reabsorção radicular durante a biólise dos dentes e traumatismo dentário (MARCHI *et al.*, 2012; NEGRI *et al.*, 2019).

Além disso, a anquilose pode ocorrer em qualquer fase da erupção dentária, inclusive, existe a possibilidade da sua incidência após o estabelecimento do contato oclusal (NEGRI *et al.*, 2019).

No caso relatado, observou-se que, apesar da erupção dentária estar compatível com a idade cronológica, os elementos 55 e 65 encontravam-se em infra-oclusão, com perda de espaço na região superior, havendo comprometimento dos molares superiores esquerdo e direito, ambos decíduos.

3.2 Grupos de dentes decíduos

A anquilose tem maior incidência em dentes decíduos (ALBERS, 1986 *apud* NEGRI *et al.*, 2019), sendo que entre 1,3% a 38,5% dos casos atingem os molares decíduos, em especial os molares decíduos inferiores, que podem estar ligeiramente fora de oclusão ou totalmente dentro do processo alveolar (ALTAY e CENGIZ, 2002; GUIMARÃES *et al.*, 2018)

No paciente atendido foi identificado que o segundo molar decíduo superior esquerdo e direito, estavam anquilosados. Tal condição implicou em perda de espaço na região posterior, incorrendo na mesialização do primeiro molar superior esquerdo permanente e distalização do segundo molar superior esquerdo decíduo.

3.3 Aspectos clínicos e aspectos radiográficos

A infra-oclusão pode ser leve, moderada ou severa, a depender dos milímetros abaixo da oclusão (WITHERSPOON; GUTMANN, 1999). Caso esteja localizada 1mm abaixo do plano oclusal, classifica-se como leve, enquanto, no nível da área de contato do dente adjacente é moderada, e, severa quando se encontra no nível ou abaixo do tecido gengival interproximal (BRITO *et al.*, 2010).

Em uma análise clínica, é possível observar que os dentes anquilosados possuem infra-oclusão e, portanto, não possuem mobilidade. Já, diante de exames radiográficos, percebe-se que, havendo anquilose nas áreas mesiais e linguais das raízes, há uma inconstância no ligamento periodontal (BRITO *et al.*, 2010). Esse quadro foi observado no caso estudado, visto que o segundo molar decíduo superior esquerdo do paciente, assim como o direito, apresentava infra-oclusão, com redução

do espaço da região posterior. Observou-se, também, a mesialização do primeiro molar superior esquerdo permanente e distalização do segundo molar superior esquerdo decíduo.

Em situações específicas, como quando a anquilose atingir áreas do ligamento periodontal, palatino das raízes e região de força dos molares superiores, a natureza bidimensional da imagem radiográfica pode comprometer o diagnóstico (SILVA FILHO *et al.*, 1992; VALLADARES *et al.*, 1993).

Nos quadros em que há sobreposição de imagens, recomenda-se que o diagnóstico seja feito por exame clínico (CORRÊA *et al.*, 1991), visto que essa situação impede que o quadro seja confirmado através da imagem radiográfica (NEGRI *et al.*, 2019). Nesse cenário, o exame clínico é indicado tendo em vista que, inclusive quando ocorre reabsorção radicular extensa, há a ausência de mobilidade do molar decíduo em infra-oclusão (NEGRI *et al.*, 2019).

No caso em exame, após exames clínico e radiológico foi possível diagnosticar. O exame clínico identificou a infra-oclusão nos elementos 55 e 65, enquanto o exame radiológico constatou a reabsorção da raiz distal do elemento 65 e o identificou o estágio 8 de nolla no dente sucessor.

3.4 Consequências

O dente anquilosado fica em infra-oclusão quando ocorre a erupção dos dentes vizinhos, uma vez que está abaixo da linha oclusal (AZAMBUJA *et al.*, 2005). Assim, a substituição dos dentes decíduos pelos permanentes fica comprometida, visto que esse quadro dificulta a esfoliação dos dentes (NEGRI *et al.*, 2019).

O tratamento deve ser feito assim que se tem o diagnóstico, uma vez que quando a referida anomalia é precoce e o tratamento tardio, os efeitos tendem a se manifestar de forma mais intensa (KENNEDY, 2009).

No caso relatado, após o exame foi observado que o quadro de anquilose fez com que a raiz distal do elemento 65 fosse reabsorvida e, o dente sucessor, atingisse o estágio 8 de nolla.

Ademais, o diagnóstico precoce previne que o paciente sofra implicações mais sérias, como (KAWAUCHI e DAINESI, 2022):

- Infra-oclusão e comprometimento vertical do osso alveolar;
- Inclinação dos dentes adjacentes para o espaço do dente anquilosado em infra-oclusão;
- Perda do comprimento do arco dentário;
- Desvio da linha média na direção do dente anquilosado e consequente assimetria dentária;
- Extrusão do dente antagonista ao dente anquilosado;
- Alteração do trajeto de erupção ou colisão do sucessor.

3.5 Tipos de tratamento

Dentre as possibilidades de tratamento para a anquilose em dentes decíduos, os mais indicados são: exodontia ou remoção cirúrgica, reconstrução ou restauração coronária e manutenção com acompanhamento clínico e radiográfico (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Para definir o que será realizado no caso clínico, o profissional deve se orientar pelo comprometimento causado pela alteração, estágio da dentição permanente e idade do paciente (NEGRI *et al.*, 2019).

3.5.1 Reconstrução ou restauração coronária

Esse tratamento é uma opção conservadora que dispensa a necessidade intervenção cirúrgica, sendo indicado em casos leves ou moderados, nos quais a anquilose ocorreu tardiamente em dentes molares decíduos. A restauração pode ser feita com coroas de porcelana, metálica fundida, de aço ou com resinas compostas (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

De acordo com Moura *et al.* (2015), a restauração indireta, realizada com coroas em resina composta, proporciona uma adaptação melhor e mais confortável ao paciente, além de apresentar excelentes resultados estéticos, e prevenir quaisquer alterações oclusais.

3.5.2 Manutenção ou acompanhamento clínico e radiográfico

Atualmente, é o tratamento mais indicado nos casos de anquilose, suave ou moderada, quando houver presença do sucessor, sem extrusão de antagonistas ou inclinação dos elementos vizinhos, além de até 2/3 de sua formação radicular (CHINCHILLA *et al.*, 2000; KAWAUCHI e DAINESI, 2022).

Ele consiste em acompanhamento clínico a fim de observar o avanço da infra-oclusão, o desenvolvimento do dente sucessor e a reabsorção da raiz do dente acometido pela anquilose (CHINCHILLA *et al.*, 2000). Para tanto, são realizadas imagens radiográficas periodicamente, em intervalos de 6 a 12 meses (FRICK, 2001).

O tratamento conservador busca reestabelecer a biólise do dente afetado, reativando-a ou acelerando (KIRSHENBLATT e KULKARNI, 2011).

3.5.3 Exodontia ou remoção cirúrgica

A extração do dente anquilosado é recomendada somente em casos mais severos, nos quais o tratamento conservador não apresentaria resultados satisfatórios, e em que são necessárias outras abordagens clínicas, visando a manutenção de espaço (FRICK, 2001).

O paciente deste estudo possuía dois dentes em infra-oclusão, havendo perda de espaço, além de comprometimento dos molares. Assim, diante do quadro, compreendeu-se que o tratamento mais adequado seria a exodontia.

A exodontia por si só não é suficiente para reestabelecer o espaço, assim como o desenvolvimento dos dentes, portanto, após a extração o paciente foi encaminhado para o tratamento ortodôntico.

O tratamento ortodôntico busca reposicionar os blocos ósseos dos elementos dentais comprometidos pela anquilose, recuperando a estética e a funcionalidade deles. Mesmo que, por conta da reabsorção radicular sofrida, o elemento anquilosado possua um prognóstico indefinido, o procedimento de movimentar o bloco ósseo junto com o dente possibilita uma rápida recuperação óssea alveolar (VALCANAIA *et al.*, 2003).

□

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se afirmar que os resultados do tratamento de exodontia foram alcançados. No presente relato de caso, o paciente e sua família foram extremamente colaborativos, o que culminou no sucesso da intervenção cirúrgica.

Após a realização das exodontias dos dentes anquilosados, compreendeu-se que seria necessário o acompanhamento com profissional especializado em ortodontia para corrigir problemas ósseos e de mordida.

Assim, com a devida orientação do paciente e seus responsáveis e encaminhamento para início do tratamento ortodôntico, o prognóstico do paciente aqui analisado é positivo, com previsão de que, caso o tratamento ortodôntico seja satisfatório, ele poderá ter funcionalidades bucais integralmente reestabelecidas.

□

REFERÊNCIAS

ALTAY, N.; CENGIZ, S. B. Space-regaining treatment for a submerged primary molar: a case report. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 4, p. 286-289, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12121541/>

AZAMBUJA, T. W. F. de; BERCINI, F.; CARLOTTO, I. B.; DELAMARE, E. L. Anquilose alvéolo-dentária em molares decíduos: revisão de literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 46, n. 1, p. 13-18, Porto Alegre/RS, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/7604/>.

BRITO, L. N. S.; TAVARES, M. D. L.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; CAVALCANTI, A. L. Utilização de restaurações indiretas na reabilitação de dentes decíduos

anquilosados. **HU Revista** (Revista do Hospital Universitário da UFJF), v. 36, n. 4, p. 334-339, Juiz de Fora/MG, 2010. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/1113/464/6697#:~:text=A%20infra%20doclus%C3%A3o%20pode%20ser,de%20contato%20do%20dente%2>

Oadjacente/.

CHINCHILLA, R. A.; FREGONEZE, A. P.; FERREIRA, S. L. M.; IMPARATO, J. C. P. Técnicas alternativas para o tratamento da anquilose dental em molares decíduos. **Revista de Odontologia da UFES**, v. 2, n. 1, p. 70-77, Vitória/ES, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/download/10685/7586/27388/>.

CORRÊA, M. S. N. P.; SANTOS, N. P.; HADDAD, A. E.; KRAMER, P. F. Diagnóstico e tratamento da anquilose dento-alveolar em molares decíduos: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia das Faculdades da Zona Leste de São Paulo**, v. 3, n. 2, p. 107-12, São Paulo/SP, 1991.

FARRET, M.M.; FARRET, M.M. Absence of multiple premolars and ankylosis of deciduous molar with cant of the occlusal plane treated using skeletal anchorage. **The Angle Orthodontist**, v. 85, p. 134-141, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8634822/>.

FRICK, L. **Implicações clínicas da anquilose em dentes decíduos e suas repercussões sobre o sistema estomatognático**. Monografia (Especialização). UFSC, Florianópolis/SC, 2001.

GUIMARÃES, K. S. F. DE M.; MOREIRA, M. R.; SANTIN, G. C.; LOUREIRO, K. R. T.; MATOS, L. G. Esclarecendo a anquilose dentária em dentes decíduos. **Revista Uninga**, v. 55, n. 2, p. 117-128, Maringá/PR, 2018. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/download/2130/1689/6490#:~:text=Os%20tratamentos%20mais%20indicados%20para,2013%3B%20MELO%2C%202011/>.

KAWAUCHI, M. Y.; DAINESI, E. A. Manejo de molares decíduos anquilosados com a presença de seus respectivos dentes sucessores: Management of ankylosed deciduous molars with the presence of their respective successor teeth. **Brazilian Journal of Health Review**, ed. 5, v. 5, p. 21569–21580, Curitiba/PR, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-298/>.

KENNEDY, D.B. Treatment strategies for ankylosed primary molars. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 10, p. 201-210, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19995503/>.

KIRSHENBLATT, S.; KULKARNI, G.V. Complications of Surgical extraction of ankylosed primary teeth and distal shoe space maintainers. **Journal of Dentistry for Children - AAPD**, v.78, n.1, p.57-61, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22041011/>.

MARCHI, L. M.; SÁ, M. P. N.; IWAKI FILHO, L. Submersão severa de dentes decíduos: diferentes abordagens de acordo com o momento do diagnóstico. **Revista Metodista Odonto**, v. 20, n. 40, p. 101-108, São Paulo/SP, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/2837/>.

MOURA, M.S.; PONTES, A.S.; BRITO, M. H. S. F.; MOURA, L. D.; LIMA, M. D. M.; SIMPLÍCIO, A. H. M. Restorative management of severely ankylosed primary molars. **Journal of Dentistry for Children - AAPD**, v. 82, p. 41-46. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25909842/>.

NE, R. F.; WITHERSPOON, D. E.; GUTMANN, J. L. Tooth Resorption. **Quintessence International**, v. 30, n. 1, p. 9-25, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10323155/>.

NEGRI, A. C. M.; NETO, W. J. de S.; FAVRETTO, C. O. Anquilose dentária em molares decíduos: revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar da Faculdade Morgana Potrich**, ed. 6, Mineiros/GO, 2019. Disponível em: <https://fampfaculdade.com.br/wp-content/uploads/2019/12/06-ANQUILOSE-DENTA%CC%81RIA-EM-MOLARES-DECI%CC%81DUOS-REVISAO%CC%83O-DE-LITERATURA.pdf/>.

SILVA FILHO, O. G.; NORMANDO, A. D. C.; VALLADARES NETO, J. Infraoclusão de molares decíduos: apresentação de uma conduta clínica racional. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 49, n. 2, p. 2-7, Rio de Janeiro/RJ, 1992. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-857415/>.

VALCANAIA, T.; PALMA, F. R.; CHAVES JR, A. C.; CESAR, F. G. Reposicionamento de elemento dental anquilosado, com a utilização da técnica da distração óssea. **Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia**, ed. 4, v. 1, p. 271-273, 2003.

VALLADARES NETO, J.; NASCIMENTO, Z. C. P.; NERY, C. G. Infraoclusão submucosa de molar decíduo: relato de um caso clínico. **ROBRAC – Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 3, n. 63, p. 8-11, 1993. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/389/357/>.

WANDERLEY, M. T.; WEFFORT, I. C. C.; KIMURA, J. S.; DE CARVALHO, P.

Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 3, São Paulo/SP, 2014.

Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000300003#back/)

[script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000300003#back/](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000300003#back/).