

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE
Pós-Graduação em Odontopediatria

ABY GAILL DAVID DE SOUZA COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE 6 MESES DE REIMPLANTE TARDIO DE INCISIVOS
CENTRAIS PERMANENTES: RELATO DE CASO**

SÃO LUÍS – MA

2022

ABY GAILL DAVID DE SOUZA COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE 6 MESES DE REIMPLANTE TARDIO DE INCISIVOS
CENTRAIS PERMANENTES: RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Especialização em Odontopediatria, do Instituto Pós-Saúde em parceria com a Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE

Orientador: Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves

SÃO LUÍS – MA

2022



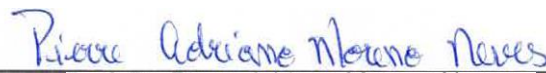
Aby Gail David de Souza Costa

**ACOMPANHAMENTO DE 6 MESES DE REIMPLANTE TARDIO DE INCISIVOS
CENTRAIS PERMANENTES: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em odontopediatria.

Área de concentração: odontopediatria

Aprovada em 18/ 05/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves
Orientador



1º Examinador



2º Examinador

Sete Lagoas 18 de maio 2022

Dedicado ao meu avô, ALIRIO ALVES DE SOUZA
(*in memoriam*).

Aos meu país GERALDO DA SILVA COSTA E
MARTA DAVID DE SOUZA COSTA. E ao meu
esposo CLEONILSON CAMILO DE SOUZA
SILVA.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu Deus, que a glória seja dada a Ele por estar à frente de tudo e fazer do que me tornei hoje.

Aos meus amados pais Geraldo da Silva Costa e Marta David de Souza Costa e meu digníssimo esposo Cleonilson Camilo de Souza Silva, que com muito amor, apoio e esforço me ajudaram a vencer mais essa etapa.

A todos os meus familiares, meu irmão Aby Rian David de Souza Costa e Matheus David de Souza Costa, a minha querida sogra, minha segunda mãe Aparecida Maria e em especial aos meus avô ALÍRIO ALVES DE SOUZA (*in memoriam*), obrigada a todos que acompanharam e ajudaram a superar as dificuldades que surgiram.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pierre Adriano, por toda a sua atenção e disponibilidade, me ajudando não só na realização desse trabalho, mas me ensinando a ser uma melhor profissional com toda a sua dedicação.

Agradeço também a todos os professores do Instituto Pós-Saúde que passaram para a nossa turma todos os seus conhecimentos e experiências ao longo desses dois anos. Agradecimento em especial ao professor Tarcísio Leitão que não mediu esforços para nos proporcionar uma excelente formação.

Agradeço também a minha dupla Vanessa Savastano que contribuiu diretamente para o meu aperfeiçoamento profissional, me ajudando, ensinando e acalmando a cada atendimento, além de toda a sua amizade e parceria.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação.

“e ao olhar pra traz tudo que passou, venho agradecer quem comigo estava, ergo minhas mãos pra reconhecer, que hoje eu sou, quem eu sou, pois sua mão me acompanhava, mas eu eu sei, não é o fim, é só o começo da jornada, eu abro o meu coração pra minha nova história.”

A Deus toda honra e gloria.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	06
RESUMO.....	07
ABSTRACT	08
INTRODUÇÃO	09
RELATO DE CASO CLÍNICO	10
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXO.....	19

Acompanhamento de 6 meses de reimplante tardio de incisivos centrais permanentes: relato de caso
Six-month follow-up of late replantation of permanent central incisors: case report

Aby Gaill David de Souza Costa¹, Pierre Adriano Moreno Neves².

- ¹ Departamento de Pós-Graduação em Odontopediatria, Instituto Pós-Saúde, São Luís, MA, Brasil
- ² Departamento de Pós-Graduação em Odontopediatria, Instituto Pós-Saúde, São Luís, MA, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE:

Pierre Adriano Moreno Neves

Instituto Pós-Saúde

Rua das Limeiras, Nº 7, Bairro Renascença I, CEP 65075-260

São Luís, MA E-mail: ppierre.adriano.moreno@gmail.com

* *Este normatizado de acordo com as normas da revista **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI)** (Anexo I).*

RESUMO

A avulsão dentária é considerada o tipo de traumatismo mais grave e se caracteriza pelo deslocamento total do dente para fora do alvéolo, o que pode causar danos em estruturas como ligamento periodontal, osso alveolar, cemento e polpa do dente. São causados por acidentes no cotidiano, tendo como etiologia, quedas de bicicletas, atropelamentos, acidentes automobilísticos, agressões, acidentes motociclísticos e práticas esportivas. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar o acompanhamento de 6 meses de reimplante tardio de dois incisivos centrais com rizogênese incompleta em paciente de 8 anos de idade que sofreu traumatismo do tipo avulsão dentária. Após reimplante e contenção flexível por 21 dias, houve fixação dos elementos dentais. O tratamento endodôntico de esvaziamento e desinfecção dos condutos dos dois incisivos e preenchimento com pasta a base de hidróxido de cálcio foi realizado após 39 dias devido ao surgimento de fistula no dente 11. Reabsorção radicular acentuada foi constatada 2 meses após o início do tratamento, porém houve estabilização após 4 meses, período em que houve troca da medicação intracanal. Aos 6 meses de acompanhamento, a reabsorção continuou estável e um dos dentes apresentou som anquilótico à percussão. O reimplante tardio de dentes permanentes avulsionados deve ser feito de maneira criteriosa, obedecendo às evidências científicas disponíveis, de forma a priorizar a manutenção dos elementos dentais o maior tempo possível na cavidade bucal, restaurando provisoriamente a estética e a função, mantendo o contorno, largura e altura do osso alveolar. O paciente deve estar ciente quanto ao prognóstico desfavorável dessa conduta à médio e longo prazo, porém, deve ser orientado da possibilidade ou não da execução de outros tratamentos futuros.

Palavras-chave: Avulsão Dentária, Traumatismo dentário, Odontopediatria.

ABSTRACT

Tooth avulsion is considered the most serious type of trauma and is characterized by the total displacement of the tooth out of the socket, which can cause damage to structures such as the periodontal ligament, alveolar bone, cementum and tooth pulp. They are caused by accidents in everyday life, having as etiology, falls from bicycles, being run over, car accidents, assaults, motorcycle accidents and sports practices. In this context, the objective of this study is to report the 6-month follow-up of late reimplantation of two central incisors with incomplete root formation in an 8-year-old patient who suffered tooth avulsion trauma. After reimplantation and flexible retention for 21 days, the dental elements were fixed. The endodontic treatment of emptying and disinfection of the canals of the two incisors and filling with calcium hydroxide-based paste was performed after 39 days due to the appearance of a fistula in tooth 11. Marked root resorption was observed 2 months after the beginning of the treatment, however there was stabilization after 4 months, during which time the intracanal medication was changed. At 6 months of follow-up, resorption remained stable and one of the teeth presented an ankylotic sound on percussion. Delayed reimplantation of avulsed permanent teeth must be done carefully, in compliance with available scientific evidence, in order to prioritize the maintenance of the dental elements as long as possible in the oral cavity, temporarily restoring aesthetics and function, maintaining the contour, width and height of the alveolar bone. The patient must be aware of the unfavorable prognosis of this conduct in the medium and long term, however, he must be advised of the possibility or not of performing other future treatments.

Keys words: Avulsion, Dental Trauma; Pediatric Dentistry.

INTRODUÇÃO

A avulsão dentária é considerada o tipo de traumatismo mais grave e se caracteriza pelo deslocamento total do dente para fora do alvéolo, o que pode causar danos em estruturas como ligamento periodontal, osso alveolar, cemento e polpa do dente. Diante de sua magnitude, a avulsão dentária afeta diretamente a qualidade de vida, a aparência, a autoestima, a dicção e o posicionamento dos dentes, podendo causar problemas físicos, emocionais, estéticos e afetar o relacionamento social das pessoas. A avulsão é talvez um dos problemas que causam maior apreensão, principalmente quando os dentes envolvidos são os da dentição permanente, merecendo por parte do cirurgião dentista um atendimento especial e imediato [1, 2].

Sua etiologia está relacionada a quedas de bicicletas, atropelamentos, acidentes automobilísticos, agressões e práticas esportivas. Além disso, este tipo de trauma pode estar associado à dor, alterações estéticas severas, distúrbios funcionais e possíveis problemas psicológicos para o indivíduo, a região anterior da maxila é mais afetada e os incisivos superiores os mais acometidos devido a sua posição labial mais vulnerável. Também existem as causas pela independência do crescimento, desenvolvimento e comportamento dos mesmos. [3, 4, 5].

A literatura não é muito clara em relação à prevalência e incidência da avulsão dentária, entretanto, uma revisão sistemática apontou para uma prevalência de 20,8% na África, e 13,7% na Austrália [6]. No Brasil não existem dados diretamente relacionados a prevalência avulsão dentária, somente aos traumas em geral, que variam de 9,4% a 58,6% [6].

A avulsão dentária não é um tipo de traumatismo que ocorre com muita frequência, variando de 0,5 a 16% das lesões traumáticas que acometem a dentição permanente [5]. Na população em geral, é observada uma prevalência que varia entre 4 a 30%, sendo que os indivíduos do gênero masculino e em idade escolar são os mais acometidos, quanto à dentição permanente, os percentuais são de 12 a 33% em meninos e de 4 a 19% em meninas e, preferencialmente, nas faixas etárias entre 7 a 10 anos e 15 a 17 anos, respectivamente. Essa diferença entre gêneros é estatisticamente significativa e pode ser explicada pelo maior envolvimento dos meninos em jogos e esportes de contato [7].

O traumatismo dentário é um dos problemas de saúde bucal mais importantes na infância, podendo causar angústia e dor, além de desconforto físico, psicológico e outras

implicações, como uma tendência a evitar sorrir, que podem afetar o relacionamento social [8].

O tratamento da avulsão dentária é dependente do grau de formação radicular (ápice aberto ou fechado) e da condição das células do ligamento periodontal. Esta condição, por sua vez, é dependente do meio de armazenamento e do tempo que o elemento dental ficou fora da boca, especialmente o tempo em meio seco, que é crítico para a sobrevivência das células do ligamento. Em um tempo extra alveolar superior a 30 minutos a maioria das células do ligamento periodontal já se encontram inviáveis. Entretanto, o reimplante de um dente permanente avulsionado é quase sempre a melhor decisão, mesmo que o tempo extra alveolar seja superior a 60 minutos [5].

O reimplante tardio é o tratamento indicado quando o tempo extra alveolar é superior a 60 minutos [4]. Nesta situação o desfecho esperado é de anquilose e reabsorção radicular, porém o prognóstico desse desfecho é desfavorável a longo prazo, uma vez que o ligamento periodontal se encontra necrosado e não deve ser estimulado o seu reparo.

Diante do exposto, este artigo descreve o reimplante tardio de dois incisivos superiores avulsionados e o acompanhamento de 6 meses desse tratamento realizado em uma criança de 08 anos de idade.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente T. S. A. melanoderma, 08 anos, gênero feminino, compareceu acompanhada de seus pais à clínica de Odontopediatria do Instituto Pós-saúde, para realização de um exame de urgência odontológica. Os pais relataram como queixa principal que os dentes da criança haviam se deslocado por inteiro da boca quando esta caiu no chão ao brincar com os olhos vendados com outras crianças.

O traumatismo aconteceu no dia 15 de outubro de 2021 aproximadamente às 18 horas e os pais procuraram atendimento odontológico 24 horas após a queda. Durante a anamnese, a responsável descreveu como, onde e quando aconteceu o acidente e foi constatado pelo odontopediatra a avulsão dos dentes 11 e 21, pois estes se encontravam armazenados em soro fisiológico até o momento do atendimento (Figura 1a). Além disso, a paciente se mostrava nervosa e acusava sensibilidade dolorosa em toda a região anterior da maxila.

Durante o exame clínico foi observado edema do lábio superior associado a lesão ulcerativa na sua porção central, além da presença de alvéolos dentais com coágulos

sanguíneos e um hematoma na região gengival vestibular do elemento 11 (Figura 1b). Após exame radiográfico, foi confirmado o diagnóstico de avulsão dental além de ser constatado a ausência de fratura óssea e radicular nos demais dentes da região anterior da maxila (Figura 1c).

Devido ao tempo extra alveolar de 24 horas, foi considerado que o ligamento periodontal já estaria em estado avançado de degeneração, então, o profissional optou pelo reimplante tardio dos incisivos avulsionados seguindo as diretrizes da Academia Americana de Traumatologia Dental [9] e da Associação Brasileira de Odontopediatria [10].

Inicialmente foi realizada a assepsia radicular com gaze estéril embedida em clorexidina 2% com o objetivo de remover tanto detritos ou sujidades da porção radicular dos dentes quanto o ligamento periodontal necrosado. Em seguida, foi realizada a anestesia local bilateral dos nervos infra-orbitários com lidocaína 2% associada com epinefrina, curetagem do alvéolo para remoção do coágulo sanguíneo, lavagem com solução salina e lento reimplante dental com pressão digital. Uma nova tomada radiográfica periapical foi realizada para verificar o correto posicionamento do dente no alvéolo (Figura 2a) e posteriormente, os dentes foram submetidos à contenção flexível com fio ortodôntico 0.12, sistema adesivo e resina composta (Figura 2b).

As medicações amoxicilina 250 mg/ml de 08 em 08 horas por 7 dias e ibuprofeno gotas 50 mg/mL (25 gotas de 08 em 08 horas) foram prescritas para auxiliar no tratamento atuando no controle de uma possível infecção ou inflamação posterior, além de ter sido recomendado aos pais que a criança tomasse reforço da vacina anti-tetânica.

Como parte adicional do tratamento, foi orientada a ingestão de dieta macia por 2 semanas de acordo com a tolerância da criança, escovação dos dentes com escova macia após as refeições e bochecho com solução de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por 1 semana.

Após 7 dias a paciente retornou para a primeira avaliação, onde foram removidas as suturas gengivais e foi constatado presença de uma leve gengivite associada a acúmulo de biofilme nos espaços interproximais, porém a paciente não relatava sensibilidade dolorosa (Figura 3). No intuito de debelar o quadro de gengivite, a paciente foi orientada quanto à escovação e utilização do fio dental. Além disso, foi necessário o acabamento e polimento da resina composta, uma vez que o comportamento ruim da paciente na primeira sessão não possibilitou a realização dessa etapa do tratamento.

Depois de 21 dias a contenção flexível foi removida e foi constatado que o dente não apresentava mobilidade, apesar de ser observado que a paciente ainda apresentava uma leve gengivite. A paciente foi novamente orientada sobre a higienização dos dentes e uma nova radiografia foi realizada para comparação e acompanhamento. Pode-se constatar a presença de pequena imagem radiolúcida sugestiva de início de reabsorção radicular inflamatória (Figuras 4a e 4b).

O surgimento de uma fistula no dente 11 foi observado 39 dias após o início do tratamento (Figura 5a). Com esse achado clínico optou-se pelo tratamento endodôntico dos dois elementos dentais reimplantados e, no mesmo dia, foi realizada a 1ª sessão endodôntica com abertura e esvaziamento das câmaras pulpare, desinfecção dos condutos radiculares (Hipoclorito de sódio 2,5 %, limas tipo K #60, #70 e #80 CRT 24 mm) (Figura 5b) e preenchimento dos condutos com Pasta de Hidróxido de Cálcio associada a paramonoclorofenol (Callen PMCC®) (Figura 5c).

Aproximadamente 2 meses após o tratamento endodôntico (17/12/2021) a paciente retornou para controle clínico e radiográfico. Nessa sessão pode-se observar uma reabsorção radicular mais acentuada e a paciente relatava sensibilidade ao toque nos dois elementos dentais sugestiva de inflamação periodontal. Nesse momento, a conduta escolhida foi aguardar mais 1 mês para que se pudesse acompanhar a evolução ou não da reabsorção radicular inflamatória.

A paciente só conseguiu retornar para a reavaliação aproximadamente dois meses depois (15/02/2022) para controle clínico e radiográfico. Nessa sessão a paciente ainda relatava sensibilidade ao toque, porém radiograficamente houve uma estabilização no processo de reabsorção radicular. Foi realizada a substituição da medicação intracanal por uma nova medicação de Callen PMCC® (Figura 6) e a paciente foi orientada para retornar para reavaliação após 1 mês.

Na sessão seguinte (abril de 2022), a paciente não relatava mais sensibilidade ao toque e, por esse motivo, foi realizado o teste de percussão. Durante o teste foi constatado que somente o dente 11 apresentava um som metálico à percussão, sugerindo o início do processo de anquilose dental. Radiograficamente não foi observada a evolução do processo de reabsorção radicular nos dois elementos dentais.

O planejamento futuro do caso é fazer o acompanhamento clínico e radiográfico por no mínimo 1 ano para se observar a completa estabilização do processo de reabsorção radicular e a formação da anquilose nos dois elementos reimplantados. Após essa

estabilização, irá se proceder o tratamento endodôntico definitivo e o planejamento ortodôntico do caso.

Vale ressaltar que a paciente se encontra no momento em tratamento para as demais necessidades odontológicas encontradas de forma a promover uma adequação do meio bucal para as futuras intervenções.



Figura 1. a. Elementos 11 e 21 avulsionados. **b.** Aspecto clínico inicial da região afetada pelo trauma com ausência dos elementos dentais 11 e 21, edema do lábio superior associado a lesão ulcerativa na sua porção central, alvéolos dentais com coágulos sanguíneos e hematoma na região gengival vestibular do elemento. **c.** Radiografia periapical inicial

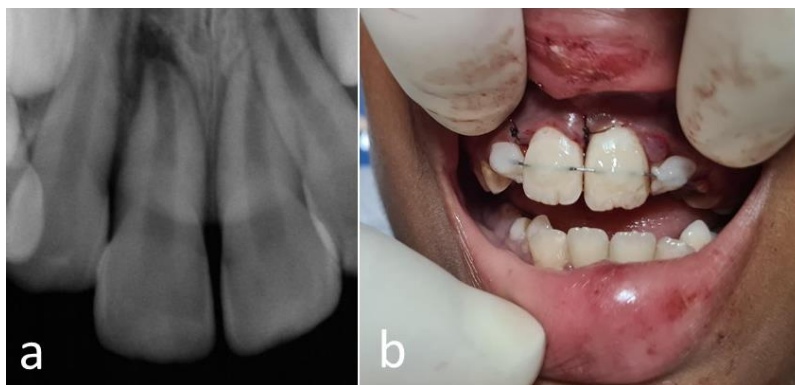


Figura 2. a. Aspecto radiográfico após o reposicionamento dos dentes 11 e 21 onde se observa rizogênese incompleta dos dentes reimplantados; **b.** Aspecto clínico dos dentes 11 e 21 após reimplante e contenção flexível com fio ortodôntico 0,12 e resina composta.



Figura 3. Aspecto clínico após 7 dias do início do tratamento.

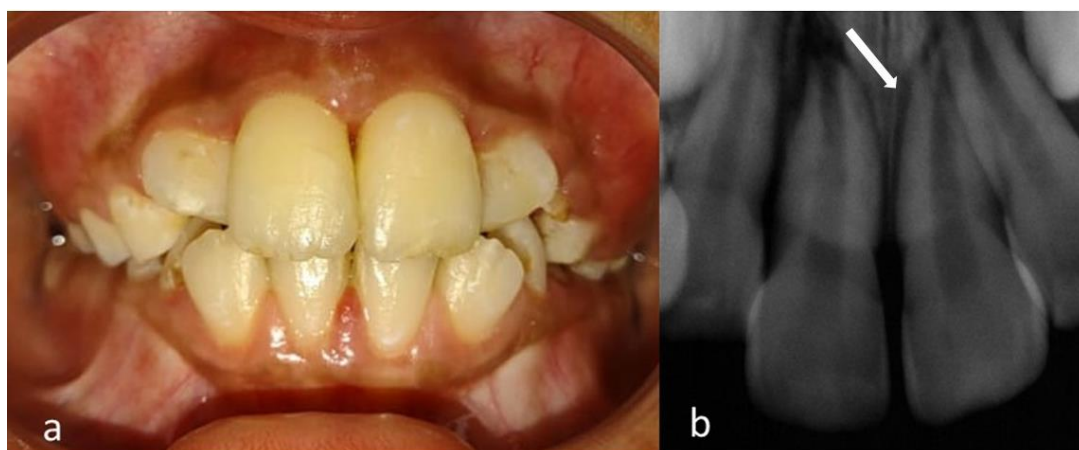


Figura 4. a. Aspecto clínico após 21 dias de início do tratamento e remoção da contenção flexível; **b.** Imagem radiográfica com imagem radiolúcida sugestiva de início de reabsorção radicular inflamatória (seta).

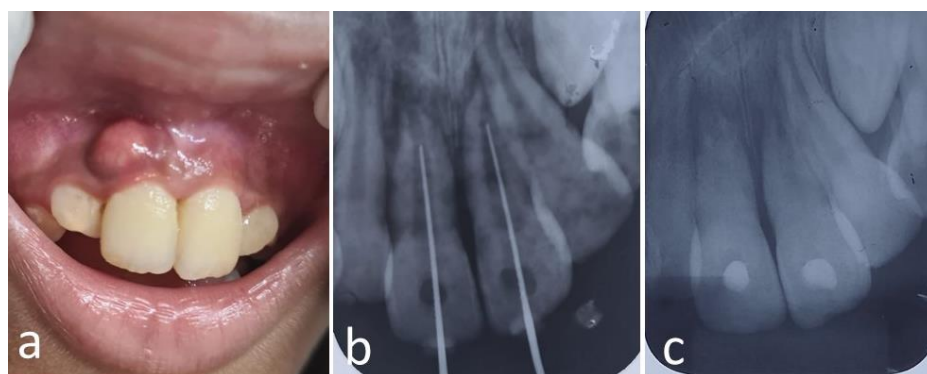


Figura 5. a. Dente 11 com presença de fistula após 15 dias de remoção da contenção flexível. **b.** Imagem radiográfica de acesso à câmara pulpar para odontometria onde são observadas áreas sugestivas de reabsorção radicular inflamatória. **c.** Imagem radiográfica após preenchimento do canal com Callen PMCC®



Figura 6. Imagem radiográfica após troca da medicação intracanal

DISCUSSÃO

O reimplante de dentes permanentes avulsionados é, na maioria das vezes, a primeira escolha de tratamento independente do tempo extra-alveolar [5]. O prognóstico desse tipo de trauma é dependente das medidas tomadas no local do acidente, imediatamente após a avulsão. As condições ótimas exigem que o dente fique o menor tempo possível fora do alvéolo, que a contaminação bacteriana seja controlada ou reduzida e que o dente seja acondicionado em meios adequados [10].

Após a avulsão, a viabilidade das células do ligamento periodontal depende do meio de armazenamento e do tempo que o elemento dentário ficou fora da boca, especialmente o tempo em meio seco, o qual é crítico para a sobrevivência dessas células. Após um tempo extra alveolar de 30 minutos exposto ao seco, a maioria das células do ligamento periodontal estarão inviáveis. Por esta razão, o tempo extra alveolar do elemento avulsionado, antes de ser reimplantando ou colocado em um meio de armazenamento, deve ser avaliado a partir da anamnese [5].

No caso relatado, o tempo extra alveolar foi de 24 horas e os dentes estavam acondicionados em soro fisiológico. O tempo extra alveolar superior a 60 minutos é considerado crítico para a viabilidade do ligamento periodontal, independente do meio de conservação [5,1]. Além disso, o armazenamento em soro fisiológico por tanto tempo também não garante essa viabilidade, pois essa solução passa a ser prejudicial às células do ligamento periodontal quando usada para armazenamento por um período igual ou superior a duas horas [11]. As células do ligamento periodontal provavelmente não estavam viáveis em função do tempo superior a 60 minutos, e, dessa forma, o tratamento escolhido foi o reimplante tardio dos dentes.

O reimplante tardio é um tratamento preconizado pela Associação Internacional de Traumatologia Dentária (International Association of Dental Traumatology – IADT), endossada pela Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD) [5] e pela Associação Brasileira de Odontopediatria [10] e se caracteriza pela reinserção dos dentes no alvéolo com o objetivo de formar a anquilose ou reabsorção por substituição.

Antes do reimplante dos dentes nos alvéolos foi feita a irrigação desses alvéolos com soro fisiológico para remoção de coágulos, detritos e para que se pudesse visualizar a presença ou não de fratura da tábua óssea. Após essa etapa, os dentes foram reimplantados digitalmente de forma delicada e gradual. Essa manobra foi feita para que houvesse dissolução de algum coágulo sanguíneo restante que pudesse interferir no reimplante dental provocando extrusão do elemento dental.

Após o reimplante do dente no alvéolo, este deve ser estabilizado por 2 semanas com o uso de contenções, que devem ser do tipo flexível ou com fio de aço de até 0,016” ou 0,4 mm, unindo o dente reimplantado aos dentes adjacente [5,10]. No presente caso fez-se contenção flexível com fio de amarelo de 0.12 mm, que foi fixado nos dentes 11,12, 21 e 22 com auxílio de ataque ácido, adesivo e resina composta, e a contenção foi mantida por em média 20 dias. Esse tempo um pouco maior que o recomendado se deveu à impossibilidade da paciente retornar para a consulta com os 14 dias recomendado.

O tratamento endodôntico realizado no presente caso clínico seguiu as recomendações da IADT que preconiza que a abertura do conduto radicular só deva ser feita após a identificação da necrose ou infecção pulpar [5]. O período entre o reimplante e tratamento endodôntico permite tempo suficiente para o processo de cicatrização e o ligamento periodontal estarem em condição favorável para suportar o estresse mecânico da terapia endodôntica [1].

O prognóstico da avulsão dental é a anquilose ou reabsorção de substituição, que é uma condição caracterizada pela fusão da superfície do osso e da raiz alveolar, condição que pode ser visualizada em um período de 4-8 semanas após o reimplante. O dente fica imóvel e tem um som metálico a percussão, comumente é observada uma infraoclusão do dente [1]. Nesse caso, o objetivo é restaurar temporariamente a estética e função, enquanto mantém o contorno, largura e altura do osso alveolar. Portanto, reimplantar um dente permanente é quase sempre a melhor decisão, mesmo quando o tempo extra alveolar for maior do que 60 minutos. O reimplante vai permitir mais opções de

tratamentos futuros [5]. No caso relatado, o som metálico sugestivo de anquilose foi observado no teste de percussão com aproximadamente 6 meses de acompanhamento.

Como parte importante do tratamento, a prescrição sistêmica de antibióticos foi realizada com o objetivo de evitar reações relacionadas à infecção e reduzir a inflamação radicular inflamatória [5, 12]. A amoxicilina é uma das possibilidades de antibióticos indicadas para os casos de avulsão dentária pela sua efetividade sobre a microbiota oral e a baixa incidência de efeitos adversos. Outras opções são a penicilina, a doxiciclina e a tetraciclina, entretanto, sua utilização deve ser ponderada para pacientes muito jovens pela possibilidade de descoloração dental [5].

Uma etapa não menos importante é a de instrução dos pacientes e/ou responsáveis pelo paciente quanto aos cuidados pós reimplante dental e a adesão às consultas de acompanhamento. A observância dessas etapas está diretamente relacionada a um melhor prognóstico e a prevenção de novas lesões. Além disso, devem ser informados que futuramente podem ser necessários procedimentos como decoronação ou autotransplante, se o dente reimplantado se tornar anquilosado e em infra oclusão, dependendo da taxa de crescimento do paciente, e da probabilidade de eventual perda do elemento dentário [5].

Não foi possível o acompanhamento clínico e radiográfico dentro dos tempos estabelecidos pelas diretrizes da IADT devido à não aderência inicial da paciente às consultas agendadas. Após orientação dos pais e responsáveis quanto à importância das consultas de acompanhamento, foi possível uma melhor avaliação do caso dentro dos prazos de 3 e 6 meses. O que se espera é conseguir fazer o acompanhamento adequado de 1 ano e posteriormente consultas anuais até os cinco anos. Nesse período de acompanhamento, novas condutas devem ser tomadas com relação a finalização endodôntica e início de tratamento ortodôntico.

CONCLUSÃO

O reimplante tardio de dentes permanentes avulsionados deve ser feito de maneira criteriosa, obedecendo às evidências científicas disponíveis, de forma a priorizar a manutenção dos elementos dentais o maior tempo possível na cavidade bucal, restaurando provisoriamente a estética e a função, mantendo o contorno, largura e altura do osso alveolar. O paciente deve estar ciente quanto ao prognóstico desfavorável dessa conduta à médio e longo prazo, porém, deve ser orientado da possibilidade ou não da execução de outros tratamentos futuros.

REFERÊNCIAS

- [1] Pedrosa LOS, Silva Sobrinho AS, Cartaxo RO. Protocolos e condutas para diferentes situações clínicas de avulsão de dentes permanentes, Arch Health Invest (2021)10(6):1015-1021
- [2] Junior CRM, Silva TPC. Avulsão dental em dente permanente. Ver. Cient. ITPAC. 2009, V. 2, n. 2.
- [3] Góes KKH, Ribeiro ED, Junior JLL, Neto JMS. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v.5, n.1, p. 21 - 26, jan/mar – 2005.
- [4] Trigueiro M, Costa MMTM, Souza ICG, Leitão GLNC, Ortega AOL. Avulsão dentária: efeito da informação na mudança de comportamento dos professores do ensino fundamental. Rev Odontol Bras Central 2015;24(69).
- [5] Fouad Ashraf F., Paul V. Abbott, Georgios Tsilingaridis, Nestor Cohenca, Eva Lauridsen, Cecilia Bourguignon, et al. International Association of Dental Traumatology Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. The reference manual of pediatric dentistry, 2020.
- [6] R Lam. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. Australian Dental Journal 2016; 61:(1 Suppl): 4–20.
- [7] Castro RG, Melo ALSF. Introdução; Eventos agudos na atenção básica, trauma dental. Florianópolis UFSC 2013, pg 8.
- [8] Curylofo PA, Lorencetti KT, Silva SRC. Avaliação do conhecimento de professores sobre avulsão dentária. Arq Odontol, Belo Horizonte, 48(3): 175-180, jul/set 2012
- [9] International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. 2020, pg 70-101.
- [10] Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos; 2020, 344p.
- [11] Junior EZS, Silva TMV, Esteves GB, Rolim HSF, Dourado ACAG. Prognóstico e tratamento da avulsão dentária: Relato de caso. v.15, n.3, p. 39-42, jul./set. 2015.

[12] Day PF, Duggal M, Nazzal H. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: avulsed (knocked out) and replanted (Review). Copyright 2019 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

ANEXO I: NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA: Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI)

Instructions: The text should be provided as a Word for Windows file (doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, with 1.5 spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

Title Page: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including Department, College/program, University (or other institution), City, State, and Country. DO NOT INCLUDE the author's titles (DDS, MSc, PhD, etc.) or position (Professor, Graduate student, etc.).

Examples:

Emmanuel O. Amobi¹, Jerome Mafeni²

¹Department of Child Dental Health, Faculty of Dentistry, College of Medicine, University of Nigeria, Ituku-Ozalla, Enugu, Nigeria.

²African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana.

The ORCID number of each author must be informed. The contributions of all authors must be described in title page.

Abstract: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: OBJECTIVE, METHODS, RESULTS, AND CONCLUSION.

Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine

(<https://meshb.nlm.nih.gov>)

Introduction: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.

Material and Methods: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.

Discussion: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).

Conclusion: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.

Author's Contributions: The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: XXX contributed to conception and data design, performed the experiment, analysis, and interpretation and wrote the manuscript, XXX and XX designed the study and critically revised the manuscript, and XXX performed the experiments and critically revised the manuscript.

Financial Support: Any kind of financial support (funding, grants, sponsorship) you have received should be informing (agency and grant number).

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments: When appropriate, briefly acknowledge technical assistance, advice and contributions from colleagues. People who contributed to the work but do not fit the criteria for authors should be listed in the Acknowledgments section, along with their contributions.

Tables: Tables must be submitted in Word (.doc) or Excel (.xls), not as an image. Should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title.

Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.

References: References must follow the Journal's style. Authors should refer to a current issue of the PBOCI for guidance on reference citation and presentation of the reference list.

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System).

All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by some authors [2]”; “as discussed elsewhere [1,5,12]”). Please include the DOI number.

Non-refereed material and, if possible, non-english publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. If seven or more authors, list up to six followed by “et al.

Journal and book references should be set out as in the following examples:

Published Papers. First 6 authors followed by et al., Title, Journal, Year, Volume, Complete Pages. Amobi EO, Mafeni J, Adekoya-Sofowora CA. Perceived and normative needs of facial cleft patients seen in Nigeria. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2018; 18(1):e3841. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.13>

Book, Whole. Authors, Book title, Edition, City, Publisher, Year. Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand K. *Caries Management: Science and Clinical Practice*. New York: Thieme; 2013. 436p.

Book, Chapter. Authors, Chapter Title, Editors, Book title, Edition, City, Publisher, Year, Pages of citation.

Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*. 4th. ed. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Internet Communication. Ensure that URLs are active and available. Provide DOI, if available.

Report. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.