

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE

ALINE SILVA NOGUEIRA
GUILHERME RONALDO XAVIER BUÉRI

**TRAUMATISMOS EM DENTES PERMANENTES: PROPOSTA DE
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DA FACSETE**

SETE LAGOAS

2019

ALINE SILVA NOGUEIRA
GUILHERME RONALDO XAVIER BUÉRI

**TRAUMATISMOS EM DENTES PERMANENTES: PROPOSTA DE
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DA FACSETE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Faculdade Sete Lagoas como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Professora orientadora: Luíza Cruz Guimarães.
Co-orientadora: Pollyanna Moura R. Carneiro

SETE LAGOAS
2019

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1- INTRODUÇÃO | 6 |
| 2- MATERIAL E MÉTODOS | 8 |
| 3- REVISÃO DE LITERATURA | 9 |
| 3.1- Definição | 9 |
| 3.2- Predisposição | 10 |
| 3.3- Etiologia | 11 |
| 3.4- Cuidados Imediatos dos Traumatismos Dentários | 12 |
| 3.4.1- Exame Subjetivo | 13 |
| 3.4.2- Exame Objetivo - Extra Oral | 14 |
| 3.4.3- Exame Objetivo – Intra Oral | 15 |
| 3.5- Tipos de traumas, Características, Prognóstico e Tratamento | 15 |
| 3.5.1- Classificação, características e tratamento das lesões dentárias mineralizadas e da polpa | 15 |
| 3.5.2- Classificação, características e tratamento das lesões dos tecidos periodontais de suporte | 18 |
| 4- RESULTADOS | 23 |
| 5- CONCLUSÃO | 44 |
| 6- REFERÊNCIAS | 45 |

RONALDO XAVIER BUÉRI, GUILHERME
TRAUMATISMOS EM DENTES PERMANENTES: PROPOSTA DE
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DA FACSETE /
GUILHERME RONALDO XAVIER BUÉRI, ALINE SILVA NOGUEIRA. -
- SETE LAGOAS, 2019.
47 f. : il

Orientador: LUIZA CRUZ GUIMARÃES.
Coorientador: POLLYANNA MOURA RODRIGUES CARNEIRO.
TCC (Graduação - GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA) --
, FACSETE, 2019.

1. DENTIÇÃO PERMANENTE. 2. PROTOCOLO. 3.
TRAUMATISMOS DENTÁRIOS. I. SILVA NOGUEIRA, ALINE. I.
CRUZ GUIMARÃES, LUIZA. II. MOURA RODRIGUES CARNEIRO,
POLLYANNA. III. Título.

TRAUMATISMOS EM DENTES PERMANENTES: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DA FACSETE

TRAUMATISMS IN PERMANENT TEETH: PROPOSAL OF A PROTOCOL OF ATTENDANCE IN FACSETE CLINICS

BUÉRI, Guilherme Ronaldo Xavier ¹
NOGUEIRA, Aline Silva ¹
GUIMARÃES, Luiza Cruz ²
CARNEIRO, Pollyanna Moura Rodrigues ²

RESUMO

As lesões dentárias traumáticas são classificadas como um problema de saúde pública entre crianças e adolescentes devido à alta prevalência já relatada em vários estudos populacionais. Sua etiologia é bem conhecida, onde os autores são unânimes em garantir que quedas, colisões contra objetos ou pessoas, exercícios esportivos, violência e acidentes automobilísticos sejam as principais causas. Embora conheçamos essa etiologia, os projetos de prevenção e controle ainda são realizados isoladamente, não causando o impacto necessário ao real entendimento e possível solução do problema. Além disso, eles podem abranger vários tecidos em diferentes graus de complexidade, a saber: os tecidos mineralizados da coroa e raiz, a polpa e as estruturas de suporte do dente. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi criar um protocolo de atendimento para pacientes vítimas de traumatismos dentários atendidos nas Clínicas de Odontologia da FACSETE. Foram desenvolvidos uma ficha clínica de coleta de dados relevantes durante à anamnese de um atendimento de traumatismo e um protocolo de atendimento emergencial, condutas imediatas e formas de tratamento das lesões traumáticas nos dentes permanentes. O desenvolvimento deste tipo de material é importante para direcionar os alunos e professores a realizarem um atendimento padronizado e de qualidade, uma vez que o atendimento tardio pode provocar maiores sequelas e um prognóstico desfavorável.

Palavras-chave: Dentição permanente. Protocolo. Traumatismos dentários.

ABSTRACT

Traumatic dental injuries are classified as a public health problem among children and adolescents due to the high prevalence already reported in several population studies. Its etiology is well known, where the authors are unanimous in ensuring that falls, collisions against objects or people, sports exercises, violence and motor vehicle accidents are the main causes. Although we know this etiology, the projects of prevention and control are still carried out in isolation, not causing the necessary impact to the real understanding and possible solution of the problem. In addition, they can cover various tissues in varying degrees of complexity, namely: the mineralized tissues of the crown and root, the pulp and the supporting structures of the tooth. Therefore, the objective of this work was to create a care protocol for dental trauma patients treated at the FACSETE Dentistry Clinics. A clinical record of relevant data collection was developed during the anamnesis of trauma care and an emergency care protocol, immediate procedures and ways of treating traumatic injuries in permanent teeth. The development of this type of material is important to direct students and teachers to perform a standardized and quality care, since the late care can cause greater sequels and an unfavorable prognosis.

Keywords: Dental Injuries. Permanent dentition. Protocol.

¹Graduandos do Curso de Odontologia da Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE) - MG, guibueri@hotmail.com; alinesnogueira23@yahoo.com.br;

²Professoras orientadoras: Mestre em Odontologia, Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE) - MG, luizacg16@gmail.com; pollyrodriguescarneiro@gmail.com;
Sete Lagoas – MG, Junho de 2019.

1- INTRODUÇÃO

Devido a alta prevalência dos traumatismos dentários relatada em diversos estudos populacionais, os mesmos são considerados um problema de saúde pública entre adolescentes e crianças (Bastos & Côrtes.; 2011). Esta condição ocorre com maior frequência entre crianças de 7 a 12 anos de idade do gênero masculino, afetando uma a cada duas crianças brasileiras (Caldeira *et al.*; 2007).

Segundo Bastos & Côrtes (2011), sua etiologia é bem conhecida, ocorrendo variações oriundas do local de coletas de dados, porém os autores foram convictos em relatar que as práticas esportivas, acidentes automobilísticos, quedas, violência e colisões contra pessoas ou objetos são as principais causas.

Os programas de controle e prevenção ainda são realizados de forma isolada, não gerando o impacto desejado para a real resolução do problema. Problema este que, além do fator biológico e funcional, compromete também a estética, podendo limitar o convívio social e gerar distúrbios emocionais, fazendo com que o indivíduo acometido evite de sorrir e mostrar seus dentes, afetando de maneira específica a qualidade de vida deste paciente.

Sendo assim, não só uma adequada abordagem inicial tem papel primordial e decisivo no êxito do tratamento, mas também, o acompanhamento e orientação a médio e longo prazo, são necessários para que não se originem possíveis sequelas posteriormente (Bastos & Côrtes; 2011).

Os protocolos de atendimento são extremamente necessários, uma vez que dá suporte tanto para o cirurgião dentista quanto para outros profissionais da área da saúde, fazendo com que os mesmos trabalhem de forma organizada, cuidadosa e eficiente (Caldeira *et al.*, 2007).

O atendimento de pacientes jovens vítimas de traumatismos dentários é relativamente comum nas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da FACSETE, entretanto, ainda não existe um protocolo clínico formal para

atendimento desses casos. Estabelece-se, portanto, a necessidade da criação de um protocolo de atendimento para dar suporte aos alunos e professores, proporcionando assim, um atendimento padronizado e de qualidade.

Diante disso, os objetivos desse trabalho foi desenvolver uma revisão de literatura e criar um protocolo de atendimento para pacientes vítimas de traumatismos dentários atendidos nas Clínicas de Odontologia da FACSETE.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico, SciELO e Portal Capes, utilizando as seguintes palavras chaves: Dentição permanente. Protocolo. Traumatismos Dentários.

Foram adotados livros, dissertações, teses e artigos científicos escritos em inglês e português, publicados entre os anos de 2002 a 2018. Dentre os critérios de inclusão analisados para a seleção dos materiais foram julgados os seguintes aspectos: disponibilidade do texto integral do estudo e clareza no detalhamento metodológico empregado.

A partir dessa pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura que explorou e abordou os tipos de traumatismos dentários e tratamentos propostos na atualidade, servindo como base para a criação de um protocolo clínico para atendimento de pacientes nas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da FACSETE.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1- Definição

Os traumas dentais são definidos como qualquer agravo ao dente (envolvendo a polpa e as estruturas mineralizadas da coroa e raiz), tecidos moles adjacentes e às estruturas de suporte, podendo variar de acordo com a duração, tipo e intensidade do impacto (Rodrigues *et al.*, 2015, Bastos & Côrtes, 2011).

Uma a cada quatro pessoas com idade entre 6 a 50 anos já passaram por alguma experiência desagradável de trauma dentário no decorrer da vida (Petti *et al.*; 2018).

Segundo Paiva (2014), crianças e jovens do sexo masculino, são mais afetados pelos traumatismos dentários, uma vez que os mesmos apresentam um maior contato com atividades esportivas mais brutas ou brincadeiras em ambientes abertos, resultando em maior probabilidade de acidentes.

Por resultar em elementos dentários fraturados, deslocados ou perdidos, os traumatismos podem originar problemas sobre os quesitos funcionais, estéticos e até psicológicos do paciente, interferindo por exemplo até na qualidade de vida dos pais que veem seus filhos profundamente afetados, apresentando baixo peso, baixa autoestima, distúrbios no crescimento, dificuldade de socialização e aprendizagem (Rodrigues *et al.*, 2015, Gonçalves *et al.*, 2017).

Além de provocar perdas e danos incuráveis em determinados casos, os traumatismos dentários podem desenvolver sérios problemas relacionados aos aspectos psicosociais e comportamentais, tanto no início, quanto no decorrer ou até mesmo anos depois da finalização do tratamento. Por ser um tratamento complexo e demorado, esse prejuízo pode afetar tanto a criança traumatizada, quanto os pais e profissional que irá conceder o atendimento (Antunes *et al.*, 2012).

Os traumatismos dentários envolvem situações de urgência e emergência na prática clínica. Entretanto, na maioria das vezes, o atendimento que até então deveria de

ser realizado de forma imediata, é tratado de forma tardia devido a falta de instrução dos pais e responsáveis ou devido ao fato de o primeiro atendimento ocorrer em unidades básicas de saúde ou clínicas médicas (Sanabe *et al.*, 2009).

Os traumatismos dentários deveriam ser abordados de forma mais enfática, afim de educar a população, sobre as formas de prevenção e tratamento. O prognóstico da lesão irá decorrer de acordo com o tamanho e gravidade das estruturas afetadas, sendo avaliado o tempo desde o início do acidente e o suporte inicial (Percinoto *et al.*, 2009, Souza *et al.*, 2014).

O trauma dentário é a segunda doença mais comum da cavidade bucal, perdendo apenas das lesões cariosas. Entretanto, muitas vezes pode ser considerada uma condição desconhecida e negligenciada, devido a falta de classificação e diagnóstico universalmente padronizados (Petti *et al.*, 2018).

Para o correto diagnóstico, é fundamental uma conduta ética que envolve o preenchimento adequado do prontuário, avaliação clínica e radiográfica criteriosas, para assim avaliar com precisão a extensão das lesões nas estruturas acometidas, propor um correto tratamento e o prognóstico de cada caso (Percinoto *et al.*, 2009, Gonçalves *et al.*, 2017).

É considerado um tratamento de sucesso, a ausência de sintomatologia dolorosa, mobilidade ou patologia periapical, presença de sensibilidade positiva ao teste pulpar e desenvolvimento contínuo de raízes com rizogênese incompleta (Percinoto *et al.*, 2009).

3.2- Predisposição

Jovens do gênero masculino, entre nove e dez anos, são mais suscetíveis aos traumas, uma vez que as brincadeiras e práticas esportivas tornam-se mais comuns (Rodrigues *et al.*, 2015). Brigas, acidentes automobilísticos, quedas, esportes e maus tratos, também são fatores predisponentes ao traumatismo, principalmente em fase de crescimento e idade escolar (Sanabe *et al.*, 2009).

A mordida aberta anterior e alterações na oclusão podem estar associadas aos traumas. Crianças e adolescentes que apresentam alterações na medida normal de overjet, como protusão de incisivos superiores ou overjet acentuado, são mais propensas aos traumas do que aquelas que não apresentam (Bastos & Côrtes, 2011, Rodrigues *et al.*, 2015).

Sobressaliência acentuada, overbite, ausência de selamento labial, protusão da maxila, e obesidade aumentam a predisposição ao trauma. Diante da literatura, alguns acreditam que essa protusão é considerada alterada quando maior que 2 milímetros, outros acima de 3 mm e a maior parte dos autores maior que 5 mm (Rodrigues *et al.*, 2015).

É necessário citar também, que, fatores socioeconômicos, vulnerabilidade social, renda per capita, tipo de instituição de ensino (público ou privado), status financeiro e estrutura familiar aumentam os comportamentos de risco podendo causar injúrias traumáticas (Bastos & Côrtes, 2011, Rodrigues *et al.*, 2015).

Por reduzir o autocontrole e elevar os comportamentos de risco, o consumo em excesso de bebidas alcoólicas pode aumentar consideravelmente o número de injúrias traumáticas, uma vez que foram observados maior risco de traumas em estudantes com este hábito (Rodrigues *et al.*, 2015).

Segundo Petti *et al.*, (2018), as lesões dentárias traumáticas ocorrem em todo o mundo, e sua prevalência e incidência podem variar não somente por fatores socioeconômico, cultural e comportamental, mas também por falta de classificação e registros padronizados dos traumas.

3.3- Etiologia

As lesões causadas por traumas, tanto na dentição decídua quanto na permanente, na maioria das vezes, ocorrem por diversos tipos de violência, práticas de esporte, quedas dentro de casa e acidentes automobilísticos (Percinoto *et al.*; 2009). Além

disso, podem ocorrer em menor proporção, por queda de escada, tombo de bicicleta, queda em piscina e atrito com corpos estranhos (Sanabe *et al.*; 2009).

Vale a pena mencionar que, o deslocamento da dentição decídua, pode influenciar na dentição permanente, onde na maioria das vezes os pais ou responsáveis não tem conhecimento suficiente para lidar com essa situação, resultando em, distúrbios na mineralização, dilaceração de coroa/raiz, alteração na erupção e hipoplasia de esmalte (Percinoto *et al.*, 2009, Sanabe *et al.*, 2009).

3.4- Cuidados Imediatos dos Traumatismos Dentários

Pode ser considerado como traumatismo dentário, uma simples trinca de esmalte até a perda total (avulsão) do elemento dentário (Sanabe *et al.*, 2009). Diante da literatura, entre os tipos de lesões mais frequentes, a fratura de esmalte é a injúria mais comum que compromete a dentição permanente, seguida pela fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, avulsão, subluxação e fratura da raiz (Sanabe *et al.*, 2009, Rodrigues *et al.*, 2015).

De acordo com Vasconcellos *et al.*, 2006 (apud Sá, 2012), “existem inúmeros procedimentos para a realização do tratamento de lesões traumáticas, no qual devem ser analisados diversos fatores para a conduta do tratamento ideal, como tipo e gravidade do trauma, estado de rizogênese da raiz, extensão do trauma, além do tempo decorrido a partir do momento do acidente”.

As pessoas, na maioria das vezes, são leigas em relação de como lidar diante de um trauma dental, por isso a propagação de conhecimento é de suma importância para os responsáveis terem condições de realizarem certos procedimentos diante de um trauma, até ser realizado o tratamento ideal (Silva *et al.*, 2009).

Segundo Piva *et al* (2013), o tratamento de emergência é absolutamente complexo, sendo de grande importância a realização de exames subjetivos, exames objetivos extra-orais e intra-orais e exames radiográficos e imaginológicos para assim determinar a melhor conduta para o trauma em questão.

3.4.1- Exame Subjetivo

O exame subjetivo envolve uma adequada anamnese com questionamentos relevantes como: quando, onde e como ocorreu o trauma. O tempo é aspecto importante no que diz respeito ao prognóstico das lesões que envolvem exposição pulpar e avulsão de dentes. Sendo que, quanto menor o tempo de contato da polpa com o meio bucal e o tempo extra-alveolar de um dente avulsionado melhor o prognóstico. Sabe-se que o reposicionamento digital imediato para dentes deslocados, pelos próprios pacientes ou responsáveis é a conduta mais indicada (Diangelis *et al.*; 2017, Andersson *et al.*; 2017).

O local onde ocorreu o traumatismo também é de extrema importância, visto que deve-se encorajar os pacientes e os responsáveis a localizar um ou mais fragmentos ou o dente avulsionado, para que possa ser realizada a colagem ou reposicionamento, respectivamente. Além disso, para elementos avulsionado, o grau de sujidade do meio onde ocorreu o acidente está relacionado com a possibilidade de reimplante imediato do dente, feito pelos próprios pacientes ou responsáveis. É essencial estar atento ao risco de tétano, sendo que se o esquema de vacinação antitetânico estiver incompleto, é necessário tomar algumas precauções, como a complementação endovenosa da profilaxia (Diangelis *et al.*, 2017, Andersson *et al.*, 2017).

A forma como aconteceu o trauma também é aspecto importante para o direcionamento do tratamento. Traumas indiretos aos dentes, como por exemplo, pancadas no mento, podem acometer não somente os dentes, anteriores e posteriores, mas também provocar lesões, como trincas e fraturas no ramo da mandíbula e nos côndilos, muitas vezes negligenciadas nos atendimentos emergenciais (Diangelis *et al.*, 2017, Andersson *et al.*, 2017). Outro aspecto que deve ser observado no momento do exame subjetivo, é a identificação de lesões causadas por maus tratos, agressões ou abusos. Neste momento é essencial estar atento à postura e ao discurso do paciente, e sempre que possível escutá-lo separadamente do acompanhante.

3.4.2- Exame Objetivo - Extra Oral

As condutas intervencionistas, ou seja, os tratamentos envolvendo a recuperação dos dentes traumatizados, são de extrema importância. Entretanto, frente a acidentes que envolvem quedas e pancadas na região do crânio, alguns aspectos devem ser analisados, e em alguns casos deverão ser tratados como prioridades. São eles, comprometimentos neurológicos, fraturas do esqueleto facial, feridas extra orais.

A possibilidade de comprometimento neurológico, deve ser avaliada com a coleta de informações como a presença de náuseas, vômitos, perda de memória, dores de cabeça, dificuldade de locomoção ou de equilíbrio, sangramento ou secreção no nariz e ouvidos. Se forem o caso de respostas positivas, na direção de um comprometimento, então o paciente deve ser encaminhado imediatamente ao serviço médico neurológico. Um teste simples e fácil de ser conduzido no consultório odontológico, envolve o teste da reação pupilar, sendo que deve ocorrer a contração simultânea das pupilas de ambos os olhos quando o foco de luz é direcionado aos olhos do paciente (Diangelis *et al.*, 2017, Andersson *et al.*, 2017).

As fraturas ósseas do esqueleto facial não devem ser negligenciadas devido ao comprometimento estético e funcional que um tratamento tardio pode causar. Os sinais envolvem assimetria, dor e sensação de crepitação à palpação e dificuldade de abrir a boca. A análise de radiografias panorâmicas é de grande valia nessa avaliação (Diangelis *et al.*, 2017, Andersson *et al.*, 2017).

As lesões extra orais envolvem abrasões ou lacerações. Para as abrasões, que podem envolver leves escoriações até lesões mais profundas na pele, o tratamento é a limpeza com gaze úmida com soro e sabonete antisséptico. Já para as lacerações, o tratamento deve envolver a limpeza, controle de quadros hemorrágicos, remoção de partículas incluídas e suturas. Uma orientação importante aos pacientes é a utilização de protetores solares para propiciar uma cicatrização sem marcas (Diangelis *et al.*, 2017, Andersson *et al.*, 2017).

3.4.3- Exame Objetivo – Intra Oral

Após as etapas anteriores, o próximo passo para um adequado diagnóstico numa situação de traumatismo é o exame intra oral, que envolve a avaliação de lesões em tecidos moles, mucosas e gengiva e em tecidos duros, dentes e osso alveolar.

Os tratamentos das lesões em tecido mole incluem controle de quadros hemorrágicos, remoção de partículas incluídas e suturas. Nessa fase a prescrição de pomadas com ação anti-inflamatória é indicada. As lesões em tecidos duros, por sua vez, são múltiplas e complexas, uma vez que podem acometer os tecidos mineralizados do dente, o tecido pulpar, os tecidos de suporte ou os três simultaneamente (Diangelis *et al.*; 2017, Andersson *et al.*; 2017).

3.5- Tipos de traumas, Características, Prognóstico e Tratamento

3.5.1- Segundo Percinoto *et al* (2009), Sanabe *et al* (2009) e Xavier *et al* (2010), a classificação, características e tratamento das lesões dentárias mineralizadas e da polpa são as seguintes:

TRINCA DE ESMALTE

Definição: Não há perda de estrutura dentária, apenas trinca do esmalte.

Diagnóstico: Sem alterações anatômicas e radiográficas; podem ser visualizadas linhas típicas com transiluminação.

Objetivo do tratamento: Manter a integridade e vitalidade do elemento dentário.

Tratamento: Acompanhamento radiográfico e clínico.

Prognóstico geral: Geralmente não há complicações.

FRATURA INCOMPLETA DE ESMALTE

Definição: Perda parcial restrita ao esmalte.

Diagnóstico: Exames clínicos e radiográficos revelam perda de fragmento dentário envolvendo apenas o esmalte.

Objetivo do tratamento: Manter a integridade e vitalidade do elemento dentário.

Tratamento: Restauração com resina composta; Colagem do fragmento; Remoção das bordas cortantes; Acompanhamento.

Prognóstico geral: Geralmente não há complicações.

FRATURA CORONÁRIA – NÃO COMPLICADA

Definição: Perda parcial de esmalte e dentina sem envolvimento da polpa.

Diagnóstico: Exames clínicos e radiográficos revelam perda de fragmento dentário envolvendo esmalte e dentina, sem exposição pulpar.

Objetivo do tratamento: Manter a integridade e vitalidade do elemento dentário, devolvendo a estética e função do dente afetado.

Tratamento: Restauração com CIV ionômero de vidro e/ou resina composta. Acompanhamento.

Prognóstico geral: Irá depender primeiramente da injúria causada ao ligamento periodontal durante o impacto e da extensão da dentina exposta. O melhor tratamento resultará do acompanhamento e cuidados imediatos ao trauma.

FRATURA CORONÁRIA – COMPLICADA

Definição: Fratura da estrutura dentária, restrita ao esmalte, dentina e polpa.

Diagnóstico: Exames clínicos e radiográficos revelam perda de fragmento dentário envolvendo esmalte, dentina e polpa.

Objetivo do tratamento: Manter a integridade e vitalidade do elemento dentário, devolvendo a estética e função do dente afetado.

Tratamento: Atendimento de urgência em até três horas. Alternativas como capeamento pulpar direto, pulpotomia ou tratamento endodôntico são indicadas; posteriormente, restauração com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) e/ou Resina Composta. Se possível, colagem do fragmento; Acompanhamento periódico.

Prognóstico geral: Irá depender primeiramente da injúria causada ao ligamento periodontal durante o impacto. O melhor tratamento resultará da avaliação e cuidados imediatos ao trauma. O tempo de exposição pulpar e estágio de desenvolvimento da raiz compromete o prognóstico do elemento dentário.

FRATURA CORONORRADICULARES (NÃO COMPLICADA E COMPLICADA)

Definição: Fratura da estrutura dentária, restrita ao esmalte, dentina e cimento, podendo envolver ou não a polpa.

Diagnóstico: Clinicamente, apresenta mobilidade do fragmento afetado aderido ao tecido gengival, envolvendo ou não a polpa. Pode acontecer tanto no sentido vertical quanto horizontal. Geralmente, o diagnóstico é realizado após exame radiográfico.

Objetivo do tratamento: Manter a integridade e vitalidade do elemento dentário, devolvendo a estética e função do dente afetado.

Tratamento: Fratura horizontal ou oblíqua: Caso haja exposição pulpar, tratamentos como capeamento pulpar direto, pulpotomia ou tratamento endodôntico são indicados. Posteriormente, pode ser realizado restauração supra gengival, osteotomia e gengivectomia se necessário. Pode-se abrir mão de extrusão cirúrgica e ortodôntica para adequar o dente ao procedimento de restauração.

Fratura vertical ou oblíqua: Exodontia.

Prognóstico geral: Por mais que o tratamento dos dentes afetados seja complexo e trabalhoso, geralmente o elemento dentário é salvo. Fraturas muito aquém da margem gengival, nem sempre são restauráveis.

FRATURA RADICULAR

Definição: Fratura da estrutura dentária, restrita a dentina, cimento e polpa.

Diagnóstico: Clinicamente exibe mobilidade podendo ou não ser deslocado. Radiograficamente, pode apresentar linhas radiolúcidas separando os fragmentos dentários em fraturas horizontais. Várias radiografias e provavelmente exames imaginológicos (por TC) podem ser necessárias para determinar o diagnóstico.

Objetivos do tratamento: Reposicionar e estabilizar o fragmento envolvido o mais breve possível, para assim manter a integridade e vitalidade do elemento dentário, devolvendo estética e função.

Tratamento: Reposicionar e estabilizar o fragmento coronário. Pode haver necessidade de tratamento endodôntico, dependendo da localização da fratura e da resposta do tecido pulpar. Acompanhamento periódico.

Prognóstico geral: Fraturas radiculares tanto no terço cervical como no terço apical, podem ser sanadas com sucesso após a estabilização do fragmento reposicionado.

FRATURA DO OSSO ALVEOLAR

Definição: Fratura que acomete o osso alveolar, podendo envolver ou não elementos dentários.

Diagnóstico: Apresenta mobilidade na região do trauma (segmento ósseo), bem como das estruturas dentárias adjacentes. Geralmente é observado interferências oclusais;

Objetivos do tratamento: Reposicionar o fragmento o mais breve possível, com o intuito de manter a integridade do tecido ósseo fraturado.

Tratamento: Reposicionar o fragmento afetado e contenção rígida por 40 dias. Acompanhamento periódico.

Prognóstico geral: Irá depender primeiramente da injúria causada ao osso alveolar durante o impacto. O melhor tratamento resultará da avaliação e cuidados imediatos ao trauma (CARDOSO, 2014).

3.5.2- Segundo Percinoto *et al* (2009), Sanabe *et al* (2009) e Xavier *et al* (2010), a classificação, características e tratamento das lesões dos tecidos periodontais de suporte são as seguintes:

CONCUSSÃO

Definição: Lesão nas estruturas de suporte, sem deslocamento e mobilidade.

Diagnóstico: Em função do ligamento periodontal absorver o impacto, achados clínicos revelam sensibilidade à percussão e palpação. Não apresenta alterações radiográficas.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar. Se necessário, contenção semirrígida.

Tratamento: Apenas observação.

Prognóstico geral: Pequeno risco de necrose pulpar, gerado através do impacto associado aos vasos sanguíneos, devendo ser acompanhado a médio e longo prazo.

SUBLUXAÇÃO

Definição: Lesão nas estruturas de suporte, sem deslocamento, mas com aumento da mobilidade.

Diagnóstico: Clinicamente, é observado mobilidade dentária, podendo apresentar ou não sangramento através do sulco gengival. Não apresenta alterações radiográficas.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar. Se necessário, contenção semirrígida.

Tratamento: Amenizar possíveis interferências oclusais. Se necessário, contenção semirrígida por três semanas. Acompanhamento para controlar resposta do tecido pulpar.

Prognóstico geral: Pequeno risco de necrose pulpar, oriundo do impacto associado aos vasos sanguíneos, devendo ser acompanhado a médio e longo prazo.

LUXACÃO LATERAL

Definição: Deslocamento do dente de seu eixo axial. Geralmente, o ligamento periodontal é deformado, ocorrendo fratura ou contusão do tecido de sustentação.

Diagnóstico: Clinicamente, o dente é deslocado para a palatina ou lingual, não apresentando mobilidade ou sensibilidade ao toque. Radiograficamente, pode apresentar aumento do espaço do ligamento periodontal. Pode ocorrer compressão da tábua óssea alveolar.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar, mantendo estética e função do dente afetado.

Tratamento: Reposicionar e estabilizar o dente em sua posição anatômica. É realizado uma pequena força e pressão digital para o reposicionamento do mesmo. Contenção semirrígida por três semanas. Acompanhamento para controlar resposta do tecido pulpar.

Prognóstico geral: Dentes com ápices fechados, podem desenvolver necrose pulpar e reabsorção radicular.

LUXAÇÃO INTRUSIVA

Definição: Deslocamento parcial do dente para dentro do alvéolo, causando compressão ligamentar, podendo gerar fratura alveolar.

Diagnóstico: Clinicamente, apresenta aparência de dente encurtado ou, em casos extremos, apresenta-se ausente. Radiograficamente, o dente pode-se apresentar deslocado apicalmente, mostrando alterações do espaço do ligamento periodontal

(não se apresenta contínuo). Caso o ápice esteja deslocado em direção vestibular, o elemento dentário se mostrará de forma alongada.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar, mantendo estética e função do dente afetado.

Tratamento: Reposicionar e estabilizar o dente em sua posição anatômica. Dentes com formação radicular incompleta, aguardar erupção espontânea. Dentes com formação radicular completa, reposicionar abrindo mão da extrusão cirúrgica ou ortodôntica o mais rápido possível. Contenção semirrígida por 3 semanas. Acompanhamento para controlar resposta do tecido pulpar.

Prognóstico geral: Dentes com ápices fechados, podem desenvolver necrose pulpar e reabsorção radicular.

LUXAÇÃO EXTRUSIVA

Definição: Deslocamento parcial do dente para fora alvéolo. Aparência de dente alongado.

Diagnóstico: Clinicamente, apresenta-se de forma alongada com mobilidade. Radiograficamente, apresenta-se com alterações no espaço do ligamento periodontal (aumento do espaço) na extensão apical.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar, mantendo estética e função do dente afetado.

Tratamento: Reposicionar e estabilizar o dente em sua posição anatômica. É realizado uma pequena força e pressão digital para o reposicionamento do mesmo (deslocando gradativamente o coágulo entre a raiz e o alvéolo). Contenção semirrígida por três semanas. Acompanhamento para controlar resposta do tecido pulpar.

Prognóstico geral: Dentes com ápices fechados, podem desenvolver necrose pulpar e reabsorção radicular.

AVULSÃO

Definição: Deslocamento total da estrutura dentária para fora do alvéolo. Ocorre rompimento ligamentar e possível fratura alveolar.

Diagnóstico: Clinicamente, o dente apresenta-se ausente no alvéolo ou já foi reposicionado em sua posição. O exame radiográfico é realizado para avaliar se o dente ausente se apresenta intruído.

Objetivos do tratamento: Facilitar a cicatrização ligamentar e integridade da vitalidade pulpar mantendo estética e função do dente afetado.

Tratamento: Reimplantar o mais rápido possível e estabilizar o dente reimplantado em sua posição anatômica, facilitando a cicatrização e irrigação neurovascular. Caso o reimplante seja realizado com o ligamento periodontal vital (até 15 minutos), reposicionar o elemento no local do trauma, evitando um maior tempo extra alveolar. É necessário que o mesmo fique mantido em meio de armazenamento adequado até o momento do reimplante, o mais indicado é o leite devido à sua osmolaridade fisiológica, que propicia a preservação da vitalidade das fibras do ligamento periodontal. Algumas considerações são importantes como não escovar e realizar raspagem radicular, sempre segurar o dente pela coroa e higienizar o alvéolo com soro sem curetá-lo. Inseri-lo gradativamente em sua posição anatômica utilizando leve pressão digital. Logo, é indicada contenção semirrígida por 3 semanas. Caso o ápice esteja fechado, realizar tratamento endodôntico. Caso o ápice esteja aberto, acompanhar e avaliar a condição da polpa, com esperança de revascularização do dente. Caso o reimplante seja realizado com o ligamento periodontal necrótico, é esperado um maior risco de anquilose ou reabsorção radicular externa. Por isso, deve-se remover o ligamento periodontal da raiz e o coágulo do alvéolo com soro ou cureta. Logo, contenção semirrígida por 3 semanas, após esse período, tratamento endodôntico. O paciente deve ser orientado quanto seus hábitos (dieta e higiene oral) e possíveis sequelas. Antibióticoterapia é indicado por 10 dias, bochechos com clorexidina a 0,12% e avaliar se a vacina antitetânica é necessária.

Prognóstico geral: O prognóstico está literalmente associado com o desenvolvimento da raiz e o tempo extra alveolar. O prognóstico é considerado favorável quando o elemento dentário é reimplantado no alvéolo imediatamente (até 15 minutos). Após esse tempo, conservar o elemento em meio aquoso (leite), o risco de reabsorção radicular externa e anquilose aumenta, porém o reimplante ainda é a opção de tratamento de primeira escolha. Segundo Percinoto et al (2009), bons prognósticos podem ser apresentados, caso a população tenha sabedoria dos

métodos de primeiros socorros e conhecimento dos benefícios do tratamento imediato.

Ao se falar do tratamento das lesões dentárias traumáticas, contensões rígidas e semirrígidas podem ser utilizadas após o reposicionamento para a estabilização óssea e dentária após o trauma, facilitando o processo de cicatrização (Percinoto *et al.*; 2009; Estrela, 2004).

Segundo Terra (2012), as contenções mais indicadas em casos de traumatismos dentários, é a contenção semirrígida (Nylon ou fio ortodôntico leve 0.20 ou 0.30mm + resina composta), onde o mesmo descreve que contenções rígidas podem levar a anquilose. A indicação e duração da imobilização irá depender da intensidade e tipo de trauma.

Exames radiográficos e imaginológicos são de suma importância como exame complementar para a conclusão do diagnóstico. Através dele, é possível observar o grau de rizogênese radicular, presença de lesões em tecidos duros e moles, além de injúrias no osso alveolar e ao ligamento periodontal (Vasconcellos *et al.*, 2006).

Vale a pena ressaltar que, para se obter sucesso no tratamento adotado, é necessário que haja uma relação estável entre o paciente/profissional, no sentido de estabelecerem condutas terapêuticas que se fizerem estipuladas posteriormente ao trauma (Oliveira *et al.*, 2004).

4- RESULTADOS


**PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO DE
TRAUMATISMOS DENTÁRIOS**
IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Apelido: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () M () F Idade: ___ Anos
 Pai: _____ Mãe: _____
 Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
 CEP: _____ Cidade/Estado: _____ Fone: () _____ - _____

ANAMNESE

Onde e como ocorreu o trauma: _____
 Há quanto tempo ocorreu o trauma? _____
 Paciente apresentou no momento do trauma: () Cefaleia () Vômito () Anamnésia () Náuseas
 () Inconsciência () Outros: _____
 Distúrbio ao morder ou reação de frio ou calor no dente traumatizado? () Sim () Não
 Se afirmativo, quais: _____
 Paciente tem história de traumatismo dentário? () Sim () Não
 Paciente é portador de alguma dessas enfermidades? Se afirmativo, marque com um x:
 () Asma () Bronquite () Anemia () Cardiopatia () Hepatite () Diabetes () Hemofilia
 () Convulsões () Epilepsia () Febre reumática () Hipertensão () Problemas de rins
 () Problemas psicológicos () Problemas de coagulação sanguínea () DST
 Apresenta algum tipo de alergia? () Sim () Não
 Se afirmativo, quais? _____
 Já tomou vacina antitetânica? () Sim () Não
 Encontra-se em algum tratamento médico? () Sim () Não
 Se afirmativo, qual? _____
 Faz uso contínuo de algum medicamento? () Sim () Não
 Se afirmativo, qual? _____
 Já recebeu algum tipo de anestesia local? () Sim () Não
 Se afirmativo, motivo? _____

Exame Clínico


Dente afetado: _____

Tipo de lesão:

- | | |
|---|-----------------------|
| () Trinca de esmalte | () Concussão |
| () Fratura de esmalte | () Subluxação |
| () Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar | () Luxação intrusiva |
| () Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar | () Luxação extrusiva |
| () Fratura coronoradicular | () Luxação lateral |
| () Fratura Radicular | () Avulsão |
| () Fratura do osso alveolar | |

(Imagem 01: Página 1 do Prontuário de Traumatismos dentários)

AUTORIZAÇÃO/DECLARAÇÃO

Certifico que entendi as perguntas realizadas e que não responsabilizarei qualquer pessoa desta instituição por erros ou omissões que possam advir do meu incorreto preenchimento desse questionário.

Assinatura: _____ Grau de parentesco: _____

FICHA CLÍNICA

| DATA (DIA/MÊS/ANO) | PROCEDIMENTO REALIZADO | NOME DO ALUNO | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | ASSINATURA DO PROFESSOR |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Imagem 02: Página 2 do Prontuário de Traumatismos dentários)



TRAUMATISMO NA DENTIÇÃO PERMANENTE:

PROTOCOLO / GUIA PRÁTICO PARA ATENDIMENTO NAS CLÍNICAS DA FACSETE

PASSO – A – PASSO:

- 1. EXAME SUBJETIVO**
- 2. EXAME OBJETIVO – EXTRA ORAL**
- 3. EXAME OBJETIVO – INTRA ORAL**
- 4. EXAME RADIOGRÁFICO / IMAGINOLÓGICO**

1. EXAME SUBJETIVO:**QUANDO?**

PROCURAR ATENDIMENTO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.

EM CASOS DE EXPOSIÇÃO PULPAR: IDEAL → MÁXIMO 1 HORA.

EM CASOS DE AVULSÃO: IDEAL → 15 MINUTOS (SE FOR VIÁVEL, FAZER O REIMPLANTE DO DENTE NO MOMENTO DO ACIDENTE).

ONDE?

PROCURAR O FRAGMENTO OU O DENTE.

SE FOR POSSÍVEL: REIMPLANTAR / SE NÃO FOR POSSÍVEL: MANTER ARMAZENADO EM LEITE.

PROFILAXIA CONTRA O TÉTANO ESTÁ EM DIA?

COMO?

NATUREZA DO TRAUMA, COMO FOI? ONDE BATEU PRIMEIRO?

AVALIAÇÃO DE SINAIS DE MAUS TRATOS, AGRESSÃO, ABUSO.

2. EXAME OBJETIVO – EXTRA ORAL

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO?

NÁUSEAS, VÔMITOS, CONFUSÃO MENTAL? PERDA DE MEMÓRIA? DORES DE CABEÇA? DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO OU EQUILÍBRIO? PRESENÇA DE SANGRAMENTO OU SECREÇÃO NO NARIZ OU OUVIDOS?

TESTE DA REAÇÃO PUPILAR: APLICAÇÃO DO FOCO DE LUZ NOS OLHOS DO PACIENTE, CONTRAÇÃO DAS PUPILAS DEVE SER SINCRONIZADA.

→SE POSITIVO: ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

FRATURAS DO ESQUELETO FACIAL?

ASSIMETRIA? DOR E/OU CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO? DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA? IMAGENS SUGESTIVAS NA RADIOGRAFIA PANORÂMICA?

→SE POSITIVO: ENCAMINHAMENTO IMEDIATO

FERIDAS EXTRA ORAIS?

ABRASÃO: LIMPEZA COM GAZE EMBEBIDAS EM SORO E SABONETE ANTISSEPTICO. FILTRO SOLAR.

LACERAÇÃO: LIMPEZA, CONTROLE DE QUADROS HEMORRÁGICOS, REMOÇÃO DE PARTÍCULAS INCLUÍDAS EM TECIDO MOLE (VERIFICAR COM PALPAÇÃO E IMAGENS RADIOGRÁFICAS), SUTURAS. FILTRO SOLAR.

3. EXAME OBJETIVO – INTRA ORAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO ALVEOLAR

SINAIS: DENTES DESLOCADOS.

TRATAMENTO: REPOSICIONAMENTO E IMOBILIZAÇÃO RÍGIDA POR 40 DIAS.

→ FEITO SOB ANESTESIA, EXTRUSÃO DO DENTE (DIGITAL OU COM FÓRCEPS) + REPOSICIONAMENTO NA POSIÇÃO CORRETA.

AVALIAÇÃO DE LESÕES EM TECIDOS MOLES

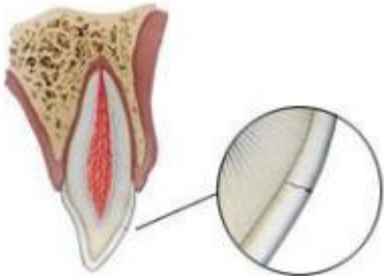
CONTROLE DE QUADROS HEMORRÁGICOS, REMOÇÃO DE PARTÍCULAS INCLUÍDAS, SUTURAS, PRESCRIÇÃO DE POMADAS CICATRIZADORAS COMO O ONCILON-A EM ORABASE (SE NECESSÁRIO).

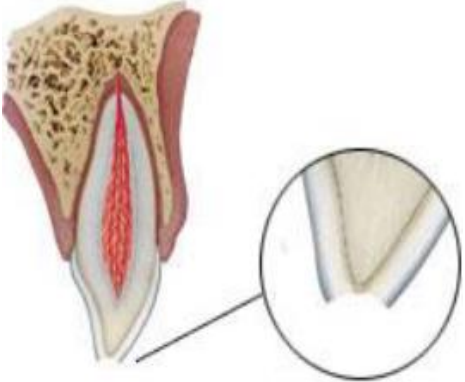
AVALIAÇÃO DE LESÕES EM TECIDOS DUROS


LESÕES MÚLTIPLAS, PODEM OCORRER EM:


- TECIDOS MINERALIZADOS;
- TECIDO PULPAR;
- TECIDOS DE SUPORTE DO DENTE;


__ → OU NOS 3 SIMULTANEAMENTE


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|--|--|--|
| <p data-bbox="230 715 683 751">TRINCA DE ESMALTE</p>  | <p data-bbox="723 786 1146 946">SEM PERDA DE ESTRUTURA DENTÁRIA, APENAS TRINCA NO ESMALTE.</p> | <p data-bbox="1227 823 1599 895">APENAS ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1675 746 2063 959">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|---|---|--|--|
| <p data-bbox="315 596 600 683">FRATURA DE ESMALTE</p>  | <p data-bbox="725 820 1144 895">PERDA PARCIAL RESTRITA AO ESMALTE</p> | <p data-bbox="1196 708 1630 783">REMOÇÃO DAS BORDAS CORTANTES E/OU</p> <p data-bbox="1245 839 1581 914">COLAGEM DO FRAGMENTO E/OU</p> <p data-bbox="1227 965 1599 1040">RESTAURAÇÃO COM RESINA COMPOSTA;</p> | <p data-bbox="1675 746 2063 954">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|--|---|--|
| <p data-bbox="224 598 665 790">FRATURA DE ESMALTE E DENTINA SEM EXPOSIÇÃO PULPAR</p>  | <p data-bbox="696 786 1151 949">PERDA PARCIAL RESTRITA AO ESMALTE E DENTINA, SEM ENVOLVIMENTO PULPAR</p> | <p data-bbox="1220 786 1608 949">RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO (CIV) E/OU RESINA COMPOSTA</p> | <p data-bbox="1675 786 2065 997">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|---|--|--|
| <p data-bbox="224 638 663 826">FRATURA DE ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR</p>  | <p data-bbox="698 746 1144 869">FRATURA ENVOLVENDO ESMALTE, DENTINA E POLPA</p> | <p data-bbox="1182 598 1592 678">CAPEAMENTO PULPAR DIRETO E /OU</p> <p data-bbox="1182 726 1518 762">PULPOTOMIA E/OU</p> <p data-bbox="1182 813 1467 893">TRATAMENTO ENDODÔNTICO;</p> <p data-bbox="1182 941 1570 1149">POSTERIORMENTE, RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO (CIV) E/OU RESINA COMPOSTA</p> | <p data-bbox="1675 710 2063 917">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|---|---|--|--|
| <p data-bbox="235 558 660 638">FRATURA CORONORRADICULAR</p>  | <p data-bbox="694 702 1153 909">FRATURA RESTRITA A COROA E RAIZ, ENVOLVENDO ESMALTE, DENTINA, CEMENTO E POLPA</p> | <p data-bbox="1176 566 1646 861">FRATURA HORIZONTAL: TRATAMENTO ENDODÔNTICO, RESTAURAÇÃO E CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA POR TRÊS SEMANAS</p> <p data-bbox="1176 957 1646 1037">FRATURA VERTICAL OU OBLÍQUA: EXODONTIA</p> | <p data-bbox="1668 750 2072 957">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">FRATURA RADICULAR</p>  | <p style="text-align: center;">FRATURA RESTRITA A RAIZ, ENVOLVENDO DENTINA, CEMENTO E POLPA</p> | <p>FRATURA HORIZONTAL NO TERÇO APICAL: APENAS CONTENÇÃO</p> <p>FRATURA HORIZONTAL NO TERÇO MÉDIO: CONTENÇÃO DO FRAGMENTO + TRATAMENTO ENDODÔNTICO</p> <p>FRATURA VERTICAL OU OBLÍQUA: EXODONTIA</p> | <p style="text-align: center;">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|---|---|--|--|
| <p data-bbox="241 675 649 762">FRATURA DO OSSO ALVEOLAR</p>  | <p data-bbox="712 751 1137 959">FRATURA RESTRITA AO OSSO ALVEOLAR, PODENDO ENVOLVER A ESTRUTURA DENTÁRIA OU NÃO</p> | <p data-bbox="1189 770 1641 935">REPOSICIONAMENTO DO FRAGMENTO AFETADO + CONTENÇÃO RÍGIDA POR 40 DIAS.</p> | <p data-bbox="1675 746 2063 959">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |


| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|--|--|--|
| <p data-bbox="309 587 577 635">CONCUSSÃO</p>  | <p data-bbox="689 576 1155 788">AUSÊNCIA DE DESLOCAMENTO E MOBILIDADE, APENAS SENSIBILIDADE A PERCUSSÃO E PALPAÇÃO;</p> <p data-bbox="725 836 1117 959">PODE HAVER OU NÃO SANGRAMENTO NO SULCO GENGIVAL.</p> | <p data-bbox="1227 751 1601 826">APENAS ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1675 660 2063 873">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|---|---|---|--|
| <p data-bbox="293 592 595 639">SUBLUXAÇÃO</p>  | <p data-bbox="763 708 1077 783">AUSÊNCIA DE DESLOCAMENTO;</p> <p data-bbox="797 842 1043 917">AUMENTO DA MOBILIDADE;</p> <p data-bbox="748 970 1093 1045">SANGRAMENTO NO SULCO GENGIVAL</p> | <p data-bbox="1218 536 1608 655">AMENIZAR POSSÍVEIS INTERFERÊNCIAS OCLUSAIS;</p> <p data-bbox="1189 708 1637 999">QUANDO HÁ ENVOLVIMENTO DE DOIS OU MAIS DENTES, CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA PODE SER INDICADA POR TRÊS SEMANAS</p> <p data-bbox="1227 1054 1599 1086">ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1675 751 2063 959">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|--|--|--|
| <p data-bbox="315 592 571 683">LUXAÇÃO EXTRUSIVA</p>  | <p data-bbox="689 708 1155 826">DESLOCAMENTO PARCIAL DO DENTE PARA FORA DO ALVÉOLO</p> <p data-bbox="719 882 1126 959">APARENCIA DE DENTE ALONGADO</p> | <p data-bbox="1182 708 1648 871">REPOSICIONAMENTO DENTÁRIO + CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA POR TRÊS SEMANAS</p> <p data-bbox="1227 967 1603 1002">ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1675 708 2063 916">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|--|--|--|
| <p data-bbox="324 598 564 694">LUXAÇÃO INTRUSIVA</p>  | <p data-bbox="698 710 1146 869">DESLOCAMENTO PARCIAL OU TOTAL DO DENTE PARA O INTERIOR DO ALVÉOLO</p> <p data-bbox="721 917 1124 997">APARÊNCIA DE DENTE ENCURTADO</p> | <p data-bbox="1191 494 1639 694">DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA: AGUARDAR REERUPÇÃO ESPONTÂNEA;</p> <p data-bbox="1191 750 1639 957">DENTES COM RIZOGÊNESE COMPLETA: EXTRUSÃO ORTODÔNTICA DE DUAS A TRÊS SEMANAS</p> <p data-bbox="1191 1013 1639 1125">CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA POR TRÊS SEMANAS</p> <p data-bbox="1220 1181 1601 1220">ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1668 750 2072 957">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|---|--|--|
| <p data-bbox="226 635 660 679">LUXAÇÃO LATERAL</p>  | <p data-bbox="736 667 1106 783">DESLOCAMENTO DO DENTE DE SEU EIXO AXIAL;</p> <p data-bbox="696 882 1149 999">GERALMENTO OCORRE ROMPIMENTO DA TÁBUA ÓSSEA VESTIBULAR</p> | <p data-bbox="1189 451 1641 743">REPOSICIONAMENTO DENTÁRIO + COMPRESSÃO DO ALVÉOLO CIRCUNDANTE + CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA POR TRÊS SEMANAS.</p> <p data-bbox="1189 839 1641 1046">(EM CASOS DE FRATURA DA TÁBUA ÓSSEA VESTIBULAR, INDICAR CONTENÇÃO RÍGIDA POR 40 DIAS)</p> <p data-bbox="1227 1185 1603 1217">ACOMPANHAMENTO</p> | <p data-bbox="1675 751 2063 959">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

| TIPO DE LESÃO | CARACTERÍSTICAS | TRATAMENTO | RADIOGRAFIA |
|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">AVULSÃO</p>  | <p style="text-align: center;">DESLOCAMENTO TOTAL DO DENTE PARA FORA DO ALVÉOLO</p> | <p style="text-align: center;">REIMPLANTE IMEDIATO (15 MINUTOS) + CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA POR TRÊS SEMANAS.</p> <p style="text-align: center;">DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA: AGUARDAR REVASCULARIZAÇÃO ESPONTÂNEA;</p> <p style="text-align: center;">DENTES COM RIZOGÊNESE COMPLETA: TRATAMENTO ENDODÔNTICO</p> <p style="text-align: center;">ACOMPANHAMENTO</p> | <p style="text-align: center;">TÉCNICA PERIAPICAL DO DENTE AFETADO (FILME 1.2/ PERIAPICAL ADULTO).</p> |

CONTENÇÕES RÍGIDAS E SEMIRRÍGIDAS

O QUE SÃO:

RECURSO UTILIZADO PARA ESTABILIZAR ESTRUTURAS QUE FORAM REPOSICIONADAS, SEJAM ELAS DENTES OU PROCESSOS ALVEOLARES.

PODEM SER:

- RÍGIDAS
- SEMIRRÍGIDAS

PARA QUE SERVEM:

PARA PROPICIAR A CICATRIZAÇÃO DOS TECIDOS DO FEIXE VÁSCULO NERVOSO, DAS FIBRAS DO LIGAMENTO PERIODONTAL OU DO OSSO ALVEOLAR.

COMO FAZER:

- CONTENÇÃO RÍGIDA: UTILIZAÇÃO DE DOIS FIOS PARA OSTEOSSÍNTESE, DUPLO, TORCIDO, FIXADOS COM RESINA, UM PARALELO AO OUTRO, DURANTE 40 DIAS.
(INDICADOS PARA CASOS QUE ENVOLVEM FRATURAS ÓSSEAS)

- CONTENÇÃO SEMIRRÍGIDA: UTILIZAÇÃO DE UM FIO PARA OSTEOSSÍNTESE, DUPLO, TORCIDO, FIXADO COM RESINA, DURANTE 3 SEMANAS.
(INDICADOS PARA CASOS QUE ENVOLVEM SOMENTE A NECESSIDADE DA CICATRIZAÇÃO DOS LIGAMENTOS PERIODONTAIS).

PROPEDEÚTICA MEDICAMENTOSA PÓS TRAUMA
OBS: pacientes com peso acima de 30 kg = DOSE DE ADULTO

ANALGÉSICOS:

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA | QUANTIDADE | HORÁRIO | DURAÇÃO |
|------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|
| PARACETAMOL | 500mg | 1 comprimido | 6/6 horas | 3 a 5 dias |
| DIPIRONA | 500mg | 1 comprimido | 4/4 horas | 3 a 5 dias |
| DIPIRONA (GOTAS) | 500mg | 25 a 35 gotas | 6/6 horas | 3 a 5 dias |

ANTI-INFLAMATÓRIOS:

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA | QUANTIDADE | HORÁRIO | DURAÇÃO |
|------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|
| NIMESULIDA | 100mg | 1 comprimido | 12/12 horas | 3 a 5 dias |
| IBUPROFENO | 600mg | 1 comprimido | 8/8 horas | 3 a 5 dias |

ANTIBIÓTICOS:

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA | QUANTIDADE | HORÁRIO | DURAÇÃO |
|------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|
| AMOXICILINA | 500mg | 1 comprimido | 8/8 horas | 7 a 14 dias |
| AZITROMICINA* | 500mg | 1 comprimido | 24/24 horas | 3 dias |
| ERITROMICINA* | 250mg | 1 comprimido | 6/6 horas | 7 a 14 dias |

***casos de alergia à amoxicilina**

5- CONCLUSÃO

Os traumatismos dentários são constantes entre crianças e adolescentes. Além de ser de natureza complexa, pois podem acometer tanto estruturas duras quanto estruturas moles da região bucal, podem ainda levar ao comprometimento estético, psicológico e funcional.

Por isso, devem ser encarados como situações de urgência. Necessitam de atendimento rápido e especializado, pois, a correta conduta e agilidade frente ao trauma, é de extrema importância para o prognóstico.

Por existir uma demanda significativa de pacientes que necessitam de tratamento de lesões traumáticas em dentes permanentes na Clínica de Odontologia da Faculdade de Sete Lagoas, a elaboração de um prontuário específico e um protocolo/guia prático para atendimento destes traumas, irá proporcionar um atendimento padronizado e de qualidade.

6- REFERÊNCIAS

ANDERSSON, L. *et al.*; **Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth.** *Pediatr Dent.* 2017 Sep 15;39(6):412-419

ANTUNES, L. A. A. *et al.*; **Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida;** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3417-3424, 2012.

BASTOS, J. V.; CÔRTEZ, M. I. S.; **Traumatismo dentário;** *Arq Odontol*, Belo Horizonte, 47(Supl 2): 80-85, dez 2011.

CALDEIRA, C. L. *et al.*; **Protocolo de atendimento Dentes Traumatizados;** Universidade de São Paulo (USP), SP, 2007.

CARDOSO, R. F. F.; **Traumatismo dentário em dentição permanente jovem;** Universidade Fernando Pessoa; Faculdade Ciências da Saúde; Porto, 2014.

CÔRTEZ, M. I. S; MARCENES, W; SHEIHAM, A.; **Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health related quality of life 12–14-year-old children.** *Comunidade Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 193-8. CBlackwell Munksgaard, 2002.

DIANGELIS, A. J. *et al.*; **Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures and Luxations of Permanent Teeth.** *Pediatr Dent.* 2017 Sep 15;39 (6):401-411.

ESTRELA, C.; **Ciência Endodôntica.** 1ª Edição, Editora Artes Médicas, 2004.

GONÇALVES, B. M. *et al.*; **O impacto do traumatismo dental e do comprometimento estético na qualidade de vida de pré-escolares.** *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(4):448-455.

OLIVEIRA, F. A. M. *et al.*; **Traumatismo dentoalveolar: revisão de literatura.** Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial v.4, n.1, p. 15 - 21, jan/mar - 2004.

PAIVA, P. C. P.; **Estudo exploratório sobre a prevalência de traumatismo dentário e obesidade em escolares de 12 anos de idade em Diamantina, Minas Gerais;** Arq Odontol, Belo Horizonte, 50(1): 35-41, jan/mar 2014.

PERCINOTO, C. *et al.*; **Abordagem do traumatismo dentário;** Manual de referências para procedimentos clínicos em odontopediatria. 1º edição – 2009.

PETTI, S. *et al.*; **World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis - One billion living people have had traumatic dental injuries;** Dental Traumatology. 2018;34:71–86.

PIVA, F. *et al.*; **Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário-relato de caso clínico;** Rev assoc paul cir dent 2013;67(3):224-8.

RODRIGUES, A. S. *et al.*; **Perfil Epidemiológico dos traumatismos Dentários em Crianças e adolescentes no Brasil;** UNOPAR *Cient Ciênc Biol Saúde* 2015;17(4):267-78.

SÁ, M. A. B. *et al.*; **Traumatismos dentários em Crianças;** *EFDeportes.com, Revista Digital.* Buenos Aires, Año 17, Nº 171, Agosto de 2012.

SANABE, M. E. *et al.*; **Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos.** *Rev Paul Pediatr* 2009;27(4):447-51.

SILVA, M. B. *et al.*; **Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches;** *ConScientiae Saúde*, 2009;8(1):65-73.

SOUZA, B. L. M. et al; **Manejo de Trauma Dentoalveolar: Relato de caso;** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.1, p. 59-64, jan./mar. 2014.

TERRA, G. T. C.; **Trauma Buco-Dento-Alveolar.** Universidade Ibirapuera; 12/01/2012.

VASCONCELLOS, R. J. H. *et al.*; **Trauma dental - Aspectos clínicos e cirúrgicos;** Academia Tiradentes de Odontologia (ATO), Caxambu/MG – 2006.

XAVIER, C. B. *et al.*; **Traumatismo Alvéolo-Dentário em Dentes Permanentes: Elementos para diagnóstico e tratamento;** UFPel (Universidade Federal de Pelotas); Novembro de 2010.