

Avaliação da conduta clínica e meios de abordagem frente a traumatismos dentários em dentição decídua

Resumo em português: O traumatismo dentoalveolar (TDA) representa uma prevalente urgência odontológica, além de um problema de saúde pública. Nos últimos anos, observou-se um aumento nos fatores etiológicos relacionados, englobando aspectos orais, sistêmicos e comportamentais. Estudos atuais relatam que, futuramente, a incidência de TDA superará casos de cárie e câncer bucal. Esse tipo de intercorrência ocorre principalmente na infância, afetando com maior intensidade por volta dos dois a três anos de idade, em ambos os sexos, sendo os incisivos centrais superiores os mais acometidos. Este estudo objetiva analisar os tipos de TDA em dentição decídua, suas classificações, implicações funcionais e psicossociais, além das diretrizes clínicas recomendadas. Para isso foram revisados livros pertinentes ao tema, além de revisadas as bases de dados Pubmed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando os descritores “odontopediatria”, “traumatismo dentário” e “criança”. Incluíram-se artigos publicados entre 2016 a 2024 em língua portuguesa e inglesa, que abordassem a temática de forma clara, excluindo trabalhos incompletos, sem embasamento consistente, ou que abordassem dentição permanente. Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa e descritiva, que reúne evidências a respeito do diagnóstico e manejo clínico dos TDA, favorecendo um atendimento eficaz, individualizado e humanizado na prática odontopediátrica. Uma abordagem clínica cautelosa é indispensável na odontopediatria atualmente, e após a revisão, almeja-se concluir que, diante o alto índice de traumas na infância, o profissional esteja capacitado a um diagnóstico preciso, considerando o histórico do trauma, exame clínico e, quando necessário, exames complementares, orientando quanto ao prognóstico e cuidados posteriores.

Palavras-chave: Odontopediatria. Traumatismo dentário. Criança.

Resumo em inglês: Dentoalveolar trauma (DAT) represents a prevalent dental emergency and a significant public health concern. In recent years, an increase in related etiological factors has been observed, encompassing oral, systemic, and behavioral aspects. Current studies suggest that, in the future, the incidence of DAT may surpass cases of dental caries and oral cancer. This condition occurs mainly during childhood, with greater frequency between two and three years of age, affecting both sexes equally, and most commonly involving the maxillary central incisors. This study aims to analyze the types of DAT in primary dentition, their classifications, functional and psychosocial implications, as well as the recommended clinical guidelines. To achieve this, pertinent books were reviewed in addition to PubMed, SciELO, and Google Scholar databases, using the descriptors “pediatric dentistry” “dental trauma” and “child.” Articles published between 2016 and 2024 in Portuguese and English were included, provided they addressed the subject clearly. Studies that were incomplete, lacked methodological basis, or focused on permanent dentition were excluded. This research is a qualitative and descriptive literature review that gathers evidence on the diagnosis and clinical management of DAT, promoting effective, individualized, and humanized care in pediatric dentistry. A cautious clinical approach is indispensable in current pediatric practice. Based on the reviewed literature, it is expected that, considering the high prevalence of trauma in childhood, dental professionals will be prepared to establish accurate diagnoses by taking into account trauma history, clinical examination, and, when necessary, complementary tests, while also providing guidance on prognosis and follow-up care.

Keywords: Pediatric dentistry. Dental trauma. Child

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentoalveolar (TDA) é reconhecido como um cenário de urgência altamente prevalente, além de um grave problema de saúde pública, onde nos últimos anos, seus fatores etiológicos sofreram um aumento considerável, incluindo atualmente aspectos orais, sistêmicos e comportamentais (Ministério da Saúde, 2024). Estudos estimam que, futuramente, a incidência de casos envolvendo traumatismos dentários poderá ser superior aos casos de lesões de cárie e câncer bucal (Barros et al. 2020; Azevedo et al. 2019).

O crescimento da prática esportiva entre crianças, bem como o aumento dos casos de violência e acidentes de trânsito, contribui para o aumento da incidência de TDA, resultando em uma significativa progressão desses diagnósticos (Sousa et al. 2024). Quando o trauma envolve a dentição decídua, muitas vezes, acaba sendo o motivo do primeiro contato da criança com o cirurgião-dentista, e devido a isso, além de transmitir tranquilidade, o profissional deve ser ágil e ter conhecimento embasado em evidências científicas (Moura et al. 2022).

Os TDA ocorrem frequentemente na infância, e resultam em diferentes tipos de lesões envolvendo não somente dentes, mas também estruturas de suporte, como por exemplo o ligamento periodontal e as bases ósseas (Viana et al. 2019). Os elementos decíduos mais comumente afetados são os incisivos centrais superiores, e a faixa etária mais acometida é em torno de dois a três anos, em ambos os sexos, e isso deve-se ao desenvolvimento imaturo da habilidade psicomotora, não permitindo que a criança realize movimentos precisos e seguros (Delgadillo e Kimura. 2024; Oliveira et al. 2022; Souza et al. 2022).

Os TDA vão desde uma trinca de esmalte até a perda definitiva do elemento dentário afetado, e o desfecho depende da etiologia, grau de impacto, idade do paciente, fase da dentição, entre outros (Pauli et al. 2020).

Segundo (Imparato et al. 2020), como consequência, o elemento decíduo pode se deslocar, perder função e vitalidade pulpar, sofrer alteração na coloração (interferindo em estética), na fonética e manutenção de espaço, gerando prejuízos de extrema importância ao elemento permanente em formação (Oliveira et al. 2022). De acordo com a *International Association of Dental Traumatology* (IADT), os TDA são categorizados em diferentes classificações, detalhadas no “*Dental Trauma Guide*”. Esse guia, desenvolvido com o suporte de especialistas de diversos países, compacta informações sobre os diversos tipos de trauma, além de auxiliar no diagnóstico e conduta adequada desses casos (IADT, 2020).

É de extrema importância, que na consulta voltada a uma situação de TDA, haja o registro detalhado sobre o episódio, contendo perguntas direcionadas ao evento (como ocorreu? Quando? Onde?). Esses questionamentos são fundamentais para o diagnóstico e definição do plano de tratamento: quando (indica o tempo decorrido entre o trauma até ao primeiro atendimento); onde (indica a necessidade de se observar o local do trauma, se há necessidade de vacinação antitetânica e/ou antibióticos e qual o nível de contaminação); e como, (para relacionar ao tipo de lesão final). Somado a isso, também são essenciais a avaliação de tecidos moles e duros e os exames complementares, como radiografias ou tomografias,

dependendo da gravidade (Özgür et al. 2021). Registrar o tratamento adotado, analisar as possíveis complicações, e realizar acompanhamento clínico e radiográfico, uma vez que as sequelas podem-se manifestar anos após o trauma, são essenciais para o prognóstico do caso (Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

As lesões dentárias traumáticas que ocorrem em dentição decídua são frequentes e na grande maioria das vezes, requerem um tratamento distinto das que ocorrem na dentição permanente (IADT, 2020). A agilidade e o conhecimento do profissional frente ao caso trará benefícios frente ao prognóstico, e sua conduta, sendo imediata ou tardia, implicará no sucesso do tratamento (Sousa et al. 2024). Portanto, este trabalho tem como objetivo analisar os tipos de TDA em dentição decídua, englobando suas classificações, implicações funcionais e psicossociais, e as condutas terapêuticas recomendadas, estas quando realizadas de forma imediata ou não. Além disso, consequentemente destacar o impacto do diagnóstico precoce e do manejo apropriado, capazes de amenizar complicações, interferindo positivamente na saúde bucal e no bem-estar da criança.

MÉTODO

Para a realização da presente revisão integrativa de literatura, foram utilizadas as bases de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed, devido à sua ampla abrangência e relevância na área da saúde. A seleção dos estudos foi realizada por meio da combinação de palavras específicas relacionadas ao tema, tais como: **“condutas clínicas”**, **“traumatismos dentários”** e **“dentição decídua”**. Em livros selecionados que englobava o tema, e estudos publicados entre os anos 2016 a 2024, a escolha teve como finalidade direcionar e otimizar a busca por trabalhos pertinentes em língua portuguesa e inglesa, permitindo a identificação de produções científicas relevantes que abordassem, de forma clara, os protocolos de atendimento e manejo clínico dos traumatismos em dentes decíduos, excluindo assim trabalhos incompletos, sem embasamento metodológico consistente, ou que envolvem os TDA em dentição permanente.

REVISÃO DE LITERATURA

O traumatismo dentoalveolar (TDA) em dentição decídua é uma ocorrência de urgência muito comum nos consultórios odontológicos, pelo fato das crianças estarem mais expostas a prática de brincadeiras e esportes com contato físico, e por estarem desenvolvendo suas coordenações motoras e cognitivas (Odersjo, et al. 2018). Por se tratar de uma urgência odontológica comum na infância com alto índice entre os primeiros anos de vida, muitas vezes os traumatismos são o motivo do primeiro contato da criança com o cirurgião-dentista, e diante do caso, é comum que não somente ela, mas até mesmo os pais, apresentem nervosismo e ansiedade, sendo fundamental que o profissional esteja preparado para lidar com o atendimento e os aspectos emocionais (Flores et al. 2019). O controle da ansiedade dos responsáveis e da criança é fundamental, pois a cooperação de

ambos é importante para extrair informações detalhadas e analisar todos os aspectos clínicos frente a situação (Ministério da Saúde. 2024; Alves et al. 2022; Barros et al. 2020).

É de extrema importância, que durante a anamnese, o responsável seja questionado a respeito do ambiente em que houve o trauma, para que o cirurgião dentista tenha uma maior assertividade em relação ao diagnóstico, traçando assim o plano de tratamento mais adequado ao caso, visto que para cada tipo de ocorrência existem condutas e protocolos a serem seguidos. Os traumatismos dentários podem ser classificados de acordo com os tecidos afetados, sendo eles tecidos duros do dente e tecidos de suporte. Fraturas coronárias, consideradas simples, envolvem somente a perda de esmalte e dentina sem exposição pulpar, nesses casos o elemento apresenta mobilidade preservada. Contudo, é normal que o paciente relate sensibilidade aumentada frente a estímulos externos. (Decurcio et al. 2022; Oliveira et al. 2022).

TIPOS DE TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO DECÍDUA

1.1 Fratura de esmalte

Nesse tipo de trauma ocorre a perda de estrutura dentária envolvendo apenas esmalte. Normalmente, não há grandes alterações ao exame clínico, como sangramentos ou mobilidade dentária, não sendo necessária a realização de exames radiográficos. A conduta clínica de escolha, envolve o alisamento das bordas cortantes do elemento dentário com discos abrasivos (tipo Sof-Lex), prevenindo desconforto nos tecidos moles adjacentes, e ao final do atendimento, aplicação tópica de verniz fluoretado, evitando qualquer sensação de sensibilidade por parte do paciente (Takaoka et al. 2022). Em casos de maior comprometimento estético ou quando há maior risco de fraturas adicionais, indica-se restauração em resina composta (Imparato et al. 2020).

1.2 Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar

Em casos de fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar, o exame radiográfico pode ser opcional por parte de cirurgião dentista, mas é importante ressaltar que é ele crucial na observação de patologias frente ao trauma, além de documentação adequada do caso (principalmente para o devido acompanhamento). Já a conduta clínica deve ser definida com base no perfil colaborativo do paciente. Em pacientes pouco colaboradores, poderá ser realizada restauração provisória com cimento de ionômero de vidro, a fim de proteger o tecido dentinário e conseqüentemente reduzir a sensibilidade dolorosa ou, ainda, em uma primeira sessão realizar o alisamento de bordas cortantes com auxílio dos discos abrasivos, seguido de aplicação de verniz fluoretado, e em uma segunda sessão a restauração definitiva em resina composta. Em pacientes colaboradores, a

reconstrução pode ser realizada em uma única sessão, restaurando o elemento dentário com resina composta, ou se houver fragmento dental, seguir com a colagem do mesmo. O acompanhamento deve ser feito entre o período de três a quatro semanas após o primeiro atendimento, e é de extrema importância que solicitemos aos responsáveis que entrem em contato frente a qualquer intercorrência (Alves et al. 2022; Barros et al. 2020; Imparato et al. 2021).

1.3 Fratura coronária com exposição pulpar

Em casos de fratura coronária envolvendo o tecido pulpar, o exame radiográfico é crucial, pois através dele observa-se o caso com detalhes, avalia-se alterações em periodonto e possíveis complicações. A conduta clínica imediata envolve a preservação da vitalidade pulpar, que pode ser alcançada através de uma pulpotomia. Caso seja observado durante o exame clínico a proliferação da polpa (pólipo) ou presença de fístula, ou ainda no exame radiográfico o dente apresenta necrose pulpar, o plano de tratamento mais indicado e eficaz consiste na realização de uma pulpectomia, está envolvendo o tratamento endodôntico voltado ao elemento decíduo. A reabilitação do dente afetado pode ser realizada com resina composta ou coroas pré-fabricadas, garantindo função, estética e fonética adequadas ao paciente (Losso et al., 2020). O acompanhamento clínico é essencial a fim de monitorar a qualidade do tratamento escolhido, a durabilidade da restauração e a saúde dos tecidos adjacentes, sendo indicado os retornos entre os períodos de uma semana, seis a oito semanas e 1 ano (Levin et al., 2020). Além disso, é de extrema importância orientar os responsáveis para que retornem caso ocorra alguma intercorrência (Delgadillo et al. 2024; Alves et al. 2022; Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

1.4 Fratura corono-radicular

Este tipo de trauma representa uma categoria complexa, e acomete simultaneamente as estruturas da coroa e da raiz do elemento dentário, sendo considerada uma lesão grave, especialmente em dentes decíduos. Esse tipo de fratura geralmente ocorre em decorrência de traumatismos de alta intensidade, e está frequentemente associada a impactos frontais que envolvem os incisivos superiores — os dentes mais afetados nessa faixa etária. Clinicamente, a fratura corono-radicular pode ser identificada por meio de sinais como fratura coronária com ou sem mobilidade do fragmento, dor à mastigação, sangramento gengival na região cervical do dente e, em alguns casos, exposição pulpar visível (Sousa et al. 2024).

A radiografia periapical é o exame de escolha inicial, sendo imprescindível antes da adoção de qualquer intervenção terapêutica. Ela permite avaliar a extensão da fratura em direção à raiz, bem como a relação do fragmento com os tecidos periodontais e estruturas adjacentes. A realização precoce da radiografia é importante não apenas para confirmar o diagnóstico, mas também para auxiliar na

definição do prognóstico e da conduta clínica mais adequada. Além do exame radiográfico, durante o exame clínico é fundamental avaliar se houve exposição pulpar, uma vez que a comunicação da fratura com a câmara pulpar influencia diretamente na decisão terapêutica. A literatura destaca que o prognóstico da fratura corono-radicular em dentes decíduos depende de diversos fatores, incluindo a presença de sintomatologia dolorosa, alterações na coloração da coroa (como escurecimento, que pode indicar necrose pulpar), progressão da rizogênese (importante em dentes ainda em desenvolvimento), sinais clínicos de infecção como abscesso ou fístula, e a estabilidade do fragmento fraturado (Sousa et al. 2024; Alves et al. 2022).

Se for possível, dentro das condições clínicas, o tratamento de escolha normalmente envolve a pulpectomia (caso haja exposição pulpar - que normalmente ocorre) seguida da restauração em resina composta. Caso a fratura encontra-se extremamente subgingival, impossibilitando a reabilitação do elemento, opta-se pela exodontia com posterior manutenção de espaço. Em dentes que, após o tratamento, apresentem evolução desfavorável, com sinais de necrose pulpar, fístula ou reabsorção radicular, ou se o fragmento coronário estiver solto e causar risco de aspiração ou desconforto à criança, a exodontia também deve ser considerada a fim de evitar prejuízos e complicações ao paciente. A abordagem nesses casos, normalmente requer um planejamento criterioso, atenção à história médica e odontológica da criança, controle do comportamento infantil e colaboração dos pais ou responsáveis. É essencial que o profissional esteja preparado para orientar sobre os possíveis desdobramentos pós-trauma, incluindo futuras possíveis alterações na erupção, forma ou mineralização do dente permanente sucessor (Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

O (IADT, 2020), reforça o fato de o plano de tratamento ser sempre individualizado, considerando os fatores clínicos, o estágio de desenvolvimento do dente afetado e a cooperação da criança. O acompanhamento clínico e radiográfico é fundamental nesses casos, mesmo após a realização do tratamento inicial (seja em caso de tratamento endodôntico e restauração ou exodontia seguido de mantenedor de espaço). Recomenda-se o seguimento em períodos específicos, como uma semana após o trauma, seis a oito semanas e, posteriormente, aos doze meses. Durante o acompanhamento, deve-se avaliar a resposta pulpar, a presença de sintomas ou sinais de infecção, alterações periapicais e a manutenção da integridade do dente na cavidade oral.

1.5 Fratura radicular

Frequentemente associada a traumas diretos de maior intensidade, essa fratura compromete exclusivamente a raiz do elemento dentário, podendo ocorrer em diferentes níveis – terço cervical, terço médio ou terço apical –, sendo o nível da fratura um dos principais fatores determinantes para a conduta clínica e o prognóstico (Sousa et al. 2024).

Segundo (Imparato et al. 2020), antes de qualquer intervenção clínica, é fundamental a realização da radiografia periapical inicial com boa qualidade, a fim de confirmar o diagnóstico e identificar com precisão o local da fratura radicular. A correta interpretação dessas informações subsidia a tomada de decisão clínica. Do ponto de vista clínico, deve-se avaliar se o fragmento coronário foi deslocado em consequência do impacto. Em casos de fratura no terço apical, podemos realizar apenas o acompanhamento radiográfico, pois na grande maioria das vezes, a remoção do fragmento é considerada mais prejudicial ao germe do permanente, do que se for mantida em posição. Em casos nos quais o fragmento se apresenta deslocado, mas sem mobilidade excessiva, o reposicionamento pode ocorrer de forma espontânea, dispensando intervenção ativa imediata, adotando uma abordagem conservadora com acompanhamento clínico periódico. Entretanto, quando há mobilidade severa do fragmento coronário, a conduta dependerá da viabilidade de preservação da estrutura. Poderá ser indicada a extração do fragmento coronário ou a aplicação de uma contenção flexível, utilizando os quatro dentes adjacentes como suporte, por um período estimado de quatro semanas, conforme preconizado pela *International Association of Dental Traumatology* (IADT, 2020).

O objetivo da contenção flexível é estabilizar o fragmento durante o período de cicatrização, favorecendo a reorganização do ligamento periodontal e a formação de tecido de reparo entre os fragmentos da raiz. A contenção deve ser passiva, permitindo movimentos fisiológicos leves, o que se mostrou mais favorável à cicatrização do que contenções rígidas, que podem causar reabsorção ou anquilose do elemento. O protocolo de reavaliação também varia conforme o tipo de deslocamento e a intervenção realizada. Em casos nos quais o fragmento coronário não foi deslocado ou foi reposicionado espontaneamente, os retornos clínicos devem ocorrer em uma semana, seis a oito semanas e um ano, mantendo-se o acompanhamento até a esfoliação fisiológica do dente ou a erupção do dente permanente sucessor. Já nos casos em que houve necessidade de reposicionamento com contenção, o seguimento deve incluir reavaliações em uma semana, quatro semanas (para a remoção da contenção), em oito semanas e um ano, ou até a completa erupção do dente permanente (orientando os responsáveis para comparecerem em caso de intercorrências fora desse período estipulado) (IADT, 2020).

O prognóstico da fratura radicular em dentes decíduos dependerá de uma série de fatores clínicos e radiográficos, entre os quais se destacam: a presença ou ausência de sintomatologia dolorosa, alteração de cor da coroa (indicativa de possível necrose pulpar), ocorrência de fístulas ou abscessos, mobilidade anormal do dente, e sinais de reposição espontânea ou não do fragmento. A manutenção de coloração normal, ausência de sintomas e ausência de sinais radiográficos de reabsorção ou infecção são indicadores de bom prognóstico. Vale destacar que, nos casos de fratura radicular em dentes decíduos, a preservação da estrutura dentária deve sempre considerar o potencial de impacto ao germe do dente permanente. Assim, decisões como exodontia ou contenção devem ser cuidadosamente avaliadas com base em uma abordagem individualizada, levando

em conta a idade da criança, o estágio de desenvolvimento dentário e o comportamento durante os atendimentos. O manejo correto da fratura radicular exige conhecimento técnico, habilidade para avaliar os sinais clínicos com precisão e planejamento de um acompanhamento a longo prazo, respeitando as diretrizes clínicas mais atuais (Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

1.6 Fratura alveolar

Trata-se de uma lesão considerada grave, comprometendo a estrutura de suporte ósseo, onde há separação de um segmento do processo alveolar, geralmente envolvendo um ou mais dentes (Losso et al. 2024). Exige diagnóstico preciso, intervenção clínica adequada e acompanhamento contínuo, especialmente em pacientes pediátricos, pois na dentição decídua, a proximidade com os germes dentários permanentes requer atenção redobrada, a fim de prevenir danos ao seu desenvolvimento (Scarparo et al. 2021; Imparato et al., 2020). Recomenda-se a obtenção de radiografias periapicais e radiografias laterais, preferencialmente com diferentes angulações, a fim de se visualizar claramente a linha de fratura, a extensão da lesão, o envolvimento dos dentes adjacentes e a possível proximidade ou impacto sobre os germes dos dentes permanentes (Moura et al. 2022).

Quando o segmento ósseo fraturado apresenta deslocamento e está associado a mobilidade significativa ou a interferência na oclusão, é necessário proceder com o reposicionamento da área afetada. Para isso, é indispensável a realização de anestesia local, de forma a garantir conforto ao paciente durante o procedimento. Após o reposicionamento, deve-se realizar a estabilização do segmento por meio de contenção flexível, utilizando os quatro dentes adjacentes não comprometidos como base de apoio. Essa contenção deve ser mantida por um período estimado de quatro semanas, permitindo a cicatrização do tecido ósseo e periodontal de forma adequada, sem interferir na fisiologia normal dos tecidos. O acompanhamento clínico deve ser realizado de forma sistemática, seguindo um protocolo de reavaliações. A primeira reavaliação deve ocorrer uma semana após o trauma, com o objetivo de verificar a adaptação da contenção, a integridade dos tecidos periodontais e a ausência de sinais infecciosos. Na reavaliação de quatro semanas, deve-se realizar a remoção da contenção e observar a estabilidade do segmento reposicionado. Uma nova avaliação deve ser feita após oito semanas, monitorando a resposta clínica do dente e dos tecidos ao redor. O acompanhamento radiográfico é igualmente importante, pois permite a observação da resposta óssea ao trauma, a condição das raízes dos dentes decíduos envolvidos e, principalmente, a integridade e o desenvolvimento dos germes dentários permanentes (Moura et al. 2022; Pauli et al. 2020).

Radiografias de controle devem ser realizadas quatro semanas após o trauma e novamente após um ano, a fim de avaliar possíveis alterações, como reabsorção radicular, necrose pulpar, distúrbios de erupção ou deformidades no dente permanente em desenvolvimento. O prognóstico da fratura alveolar dependerá de diversos fatores, como a extensão do deslocamento ósseo, o tempo entre o trauma e a intervenção, a qualidade da estabilização realizada, a presença ou não de

infecção, e a resposta dos tecidos ao tratamento. Um acompanhamento criterioso e contínuo é essencial para minimizar possíveis complicações e preservar a saúde da dentição decídua e permanente (Alves et al., 2022).

1.7 Concussão

A concussão é um tipo de lesão traumática que afeta as estruturas de suporte do dente, sem causar seu deslocamento ou mobilidade clínica perceptível. Trata-se de uma lesão comum na dentição decídua, especialmente em crianças pequenas durante quedas ou impactos leves. Na concussão, o dente permanece em sua posição original, sem sinais visíveis de fratura ou movimentação, porém pode apresentar sensibilidade à percussão, indicando envolvimento do ligamento periodontal. Na dentição decídua, esse tipo de traumatismo requer atenção especial devido à proximidade com os germes dos dentes permanentes, e embora seja considerada uma lesão leve, a inflamação resultante pode, em alguns casos, afetar o desenvolvimento do sucessor, principalmente em crianças muito jovens. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na presença de dor à percussão e ausência de mobilidade ou deslocamento (Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

Radiograficamente, geralmente não há alterações visíveis, mas o exame pode ser realizado para descartar fraturas radiculares ou envolvimento de dentes adjacentes. O tratamento da concussão em dentes decíduos é conservador. Recomenda-se apenas o acompanhamento clínico, com orientações aos responsáveis quanto à alimentação (preferir alimentos moles por alguns dias), higiene oral e observação de sinais como mudança de coloração do dente, abscessos ou dor persistente. A criança deve ser reavaliada dentro de uma semana após o trauma e monitorada periodicamente (seis a oito semanas, seis meses e um ano), ou se possível, anualmente até a esfoliação fisiológica do dente afetado. As possíveis complicações incluem necrose pulpar, alteração de coloração e, em alguns casos, reabsorção radicular ou lesão periapical (Feldens et al. 2026). A detecção precoce dessas alterações é essencial para evitar maiores danos ao dente decíduo e ao germe do dente permanente, e mesmo sendo uma lesão de baixa gravidade, a concussão em dentes decíduos exige atenção, documentação cuidadosa e acompanhamento clínico regular para garantir o sucesso frente ao caso (Sousa et al. 2024; IADT, 2020).

1.8 Subluxação

A subluxação é uma lesão traumática do tecido de sustentação de intensidade leve e moderada, onde é possível observar no exame clínico sangramento gengival, uma aumentada sensibilidade ao teste de percussão e grau de mobilidade elevado, mas não havendo deslocamento frente ao tecido de sustentação. É necessário realizar exame radiográfico inicial para verificar os tecidos de suporte, podendo haver até espessamento do ligamento periodontal. O tratamento deve ser individualizado, onde, se não houver ou existir mínima interferência oclusal, recomenda-se reposicionamento espontâneo, e se houver grande interferência oclusal, reposicionar o dente delicadamente, sob anestesia local, seguido de

contenção flexível durante quatro semanas, devido a instabilidade dentária. É importante o monitoramento pelo período de após uma semana do primeiro atendimento e após seis a oito semanas pós-trauma. Prognósticos desfavoráveis envolvem sintomatologia dolorosa, alteração de cor, fístula, abscesso, mobilidade, interrupção da formação radicular e sinais radiográficos de necrose ou infecção (Sousa et al. 2024; Scarparo et al. 2021; IADT, 2020; Imparato et al. 2020).

1.9 Luxação Extrusiva

Em casos de luxação extrusiva, o dente apresenta-se parcialmente deslocado para fora do alvéolo, com mobilidade aumentada à percussão. Ao exame radiográfico, observa-se o alongamento do elemento dentário e o aumento do espaço do ligamento periodontal na região apical. O plano de tratamento depende de diversos fatores, como o grau de deslocamento, mobilidade, presença de interferência oclusal, estágio de desenvolvimento radicular e a capacidade de cooperação da criança. Para deslocamentos de até 3 mm, sem interferência oclusal, é indicado apenas o acompanhamento, pois pode ocorrer realinhamento espontâneo. Em dentes com rizogênese incompleta, o reposicionamento cuidadoso pode ser considerado (Imparato et al. 2021). Em casos com deslocamento superior a 3 mm e rizogênese completa, a extração do dente é o tratamento mais indicado. Os exames clínicos de acompanhamento devem ser realizados pós-trauma nos períodos de uma semana, seis a oito semanas, seis meses e um ano. Exames radiográficos são indicados quando os achados clínicos sugerirem um prognóstico desfavorável, sendo esta interferência oclusal persistente, fístula, sintomatologia, alteração de cor, mobilidade, necrose pulpar, impacto negativo em relação ao permanente (Ministério da Saúde, 2024; Scarparo et al. 2021; Imparato et al. 2020).

1.10 Luxação Lateral

A luxação lateral apresenta características clínicas bem específicas, onde no exame clínico é possível visualizar o elemento sem mobilidade, no entanto, com deslocamento para lingual, vestibular ou lateral, e no exame radiográfico observa-se aumento do espaço do ligamento periodontal. O plano de tratamento varia de acordo com a interferência oclusal, em casos de sem interferência oclusal será apenas acompanhar realinhamento espontâneo; casos com mínima interferência, realizar leve desgaste oclusal; casos com grande interferência, é necessário reposicionamento cauteloso sob anestesia local, realizando pressão e utilização de contenção flexível, e por fim, em casos de deslocamento grave da coroa, extração do elemento (Antipovienè et al, 2021). O acompanhamento em tratamentos com sem interferência ou mínima é necessário entre os períodos de uma semana, seis a oito semanas, seis meses e um ano, e em pacientes com necessidade de contenção, uma semana, quatro semanas para remoção da contenção, oito semanas, seis meses e um ano. O acompanhamento radiográfico pode ser realizado apenas se houver achados clínicos no período das reavaliações (Bueno et al. 2022; Moura et al. 2022; Imparato et al. 2020).

1.11 Luxação Intrusiva

Nesse tipo de trauma, o elemento encontra-se deslocado axialmente em direção ao osso alveolar. Clinicamente, apresenta-se imóvel e a percussão produz um som metálico (anquilosado). Testes de sensibilidade pulpar apresentam resultados negativos. Na dentição decídua, o dente pode estar deslocado através da tábua óssea vestibular ou tocando no dente permanente sucessor. Em relação ao exame radiográfico, o elemento pode apresentar uma aparência encurtada quando houver deslocamento da raiz para vestibular, em direção à tábua óssea; e por outro lado, pode aparecer alongado quando for desviado em direção ao sucessor (Bueno et al. 2022). Nos casos onde não há contato do elemento decíduo com o germe do permanente sucessor, pode-se aguardar reposicionamento espontâneo (orientando aos responsáveis a possibilidade de anquilose), porém, se o elemento estiver de encontro ao sucessor, a extração do decíduo é o tratamento mais indicado, seguido de mantenedor de espaço adequado. (Decurcio et al. 2022, Moura et al. 2022; Imparato et al. 2020). O acompanhamento deve ser realizado nos períodos de uma semana, três a quatro semanas, seis a oito semanas, seis meses, um ano, e anualmente até a erupção do permanente (Sousa et al. 2024).

1.12 Avulsão

Caracterizado quando ocorre o deslocamento completo do dente para fora do alvéolo. O exame radiográfico é necessário para verificar se o alvéolo está vazio, confirmando se não ocorreu intrusão completa do elemento decíduo e deslocamento do sucessor. A conduta clínica adequada não envolve a reimplantação do dente decíduo, pois se uma vez reimplantado, pode trazer inúmeros prejuízos ao desenvolvimento do elemento permanente, sugerindo, portanto, apenas higienização do local e posterior confecção de mantenedor de espaço, a fim de auxiliar frente à estética, fonética e demais funções (Miskinin et al. 2019). O acompanhamento deve ser realizado após uma semana da primeira consulta, seis meses, um ano e anualmente até a erupção do permanente sucessor (IADT, 2020; Imparato et al. 2020, Scarparo et al. 2021; Decurcio et al. 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O traumatismo dentoalveolar em dentição decídua representa um desafio clínico que vai além da intervenção imediata. Envolve aspectos anatômicos, funcionais, estéticos e emocionais que exigem do cirurgião-dentista não apenas domínio técnico, mas também acolhimento diante de situações inesperadas que geram grande impacto na criança e em sua família. O diagnóstico preciso e a definição de uma conduta adequada são fatores determinantes para o prognóstico favorável do elemento decíduo afetado e, sobretudo, para a preservação da integridade do germe do dente permanente. Além disso, o acompanhamento clínico e radiográfico periódico é essencial para a detecção precoce de possíveis complicações. A aplicação de protocolos clínicos, o manejo do traumatismo dentoalveolar requer empatia, comunicação clara com os responsáveis e uma abordagem adequada que proporcione segurança e tranquilidade à criança e à sua família, fortalecendo a relação de confiança com o profissional. Dessa forma, evidencia-se a importância da atualização contínua dos cirurgiões-dentistas diante a novos protocolos clínicos

e da valorização das práticas preventivas e educativas. A conscientização sobre medidas de prevenção e a busca por atendimento imediato em casos de trauma são passos fundamentais para minimizar sequelas e garantir. Assim, este trabalho reforça que o sucesso no manejo do traumatismo dentoalveolar na dentição decídua depende da integração entre ciência, técnica e cuidado humano — elementos que, unidos, transformam um momento de urgência em uma oportunidade de acolhimento e preservação da saúde infantil.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa a concretização de uma etapa muito importante de nossas vidas acadêmicas. Nada disso seria possível sem o apoio, a presença e o carinho de pessoas especiais que estiveram ao nosso lado durante toda essa trajetória.

Agradecemos primeiramente à nossa família, por todo amor, paciência, incentivo e compreensão ao longo desses anos. Foram vocês que nos sustentaram emocionalmente nos momentos de cansaço, que celebraram cada conquista ao nosso lado e que acreditaram em nosso potencial mesmo quando nós duvidamos. Essa vitória também é de vocês.

Aos professores do curso de Odontologia do Centro Universitário Integrado, nossa profunda gratidão por compartilharem seus conhecimentos com dedicação, profissionalismo e inspiração. Cada ensinamento contribuiu de maneira única para a nossa formação acadêmica e pessoal.

À nossa orientadora, Lizandra Mensato, agradecemos pela orientação cuidadosa, disponibilidade constante, incentivo e apoio em cada etapa deste trabalho. Sua dedicação e olhar atento foram fundamentais para que este projeto se tornasse realidade.

Aos amigos, que tornaram essa caminhada mais leve e repleta de momentos inesquecíveis. Obrigado pelas risadas, pela parceria, pelo apoio mútuo e por estarem presentes nos momentos bons e difíceis.

Um agradecimento especial ao João Hermes Mendes Moreira Santos, namorado de uma das autoras, pelo apoio incondicional, carinho, compreensão e incentivo diário durante todo esse processo.

E também à Maria Alice Cafisso Pavan, amiga querida de um dos autores, pela amizade, incentivo em momentos que contava com palavras de apoio e motivação, sempre lembrarei dos momentos especiais que vivenciamos com muito carinho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para nossa formação e para a realização deste trabalho, deixamos aqui o nosso mais sincero muito obrigado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Eduarda et al. Traumatismo nos dentes decíduos: cuidados no primeiro atendimento e possíveis sequelas nos sucessores permanentes. **Revista Tudo é Ciência: Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares**, n. 1, p. 1–9, 2022.

ANTIPOVIENÈ, Austé et al. Traumatic dental injuries, treatment, and complications in children and adolescents: a register-based study. **European Journal of Dentistry**, v. 15, n. 3, 2021.

AZEVEDO, Luís et al. Comportamentos de saúde bucal, lesões dentárias e conscientização sobre protetores bucais entre uma amostra de atletas portuguesas: um estudo transversal. **Revista de Pesquisa Oral**, v. 8, n. 3, p. 177–184, 2019.

BARROS, Íris Régia Ventura et al. Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. 1–8, abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo clínico de traumatismo alvéolo dentários. 1. ed. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2024.

BUENO, et al. Exames por imagens nos traumatismos dentários. In: Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. **Revista Ciência na Prática Clínica**, 2022.

DECURCIO, et al. Importância do primeiro atendimento, exame clínico e diagnóstico. In: Traumatismo em dentes decíduos. **Revista Ciência na Prática Clínica**, 2022.

DELGADILLO, G. J.; KIMURA, J. S. Uma revisão crítica da literatura das atuais diretrizes pós-traumáticas na dentição decídua. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 14, p. 1–10, 2024.

FELDENS, Carlos Alberto et al. Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence. **Dental Traumatology: Official Publication of the International Association for Dental Traumatology**, v. 32, n. 6, p. 429–437, 2016.

FLORES, et al. Injuries to the primary dentition. In: ANDREASEN, J. O. et al. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 5. ed. p. 556–584, 2019.

IMPARATO, José Carlos Pettorossi et al. **Anuário de Odontopediatria Clínica Integrada e Atual**. v. 4, n. 1, cap. 20. São Paulo: Napoleão, 2020.

LEVIN, Liran et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: general introduction. **International Association of Dental Traumatology**, 2020.

LOSSO, Estela et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, 2020.

MISKININ, A. C. N.; MERCER, K. K. M.; SILVÉRIO, K. C.; MORGADO, L. L. A. Traumatismos em dentes decíduos e suas sequelas nos dentes permanentes. **Journal of Health, Ponta Grossa**, v. 1, n. 22, p. 1–5, 2019.

MOURA, José et al. Atenção odontopediátrica voltada para o traumatismo na dentição da criança. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. 1–12, 2022.

ODERSJO, et al. Incidence of dental traumatic injuries in children 0–4 years of age: a prospective study based on parental reporting. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 19, p. 107–111, 2018.

OLIVEIRA, Karlla Alves de Oliveira et al. Prevalência de traumatismo dentário e suas sequelas em pacientes atendidos em duas clínicas escola de odontologia do estado de Alagoas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 10, p. 1–10, 2022.

ÖZGÜR, Beste et al. A 3-year retrospective study of traumatic dental injuries to the primary dentition. **Dental Traumatology: Official Publication of the International Association for Dental Traumatology**, v. 37, n. 3, 2021.

SCARPARO, Angela et al. *Odontopediatria: Bases teóricas para uma prática clínica de excelência*. 1. ed. Barueri/SP: Manole, 2021.

SOUSA, Ângelo Gaia et al. Promoção e educação em saúde sobre traumatismo na dentição decídua. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1149–1163, 2024.

SOUZA, Rafaela Silva de. Perspectiva de professoras da educação infantil sobre a psicomotricidade e seus benefícios para as crianças. **Revista Eventos Pedagógicos**, v. 13, n. 2, e33, p. 293–303, jun./jul. 2022.

PAULI, Laís Anschau et al. Traumatismos dentários severos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 68, p. 1–9, 2020.

TAKAOKA, et al. Transdisciplinaridade no atendimento do traumatismo dentário. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes**. *Revista Ciência na Prática Clínica*, 2022.

VIANA, Kellen Aires Silva; ALMEIDA, Nathalia Sampaio de; SIMÃO, Niverso Rodrigues. Traumatismo dentário em dentição decídua. In: **V Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 5, p. 1–10, 2019.