

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

JÚLIA ALI BUENO DE SOUZA

**TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS: REVISÃO
DE LITERATURA**

BAURU
2018

JÚLIA ALI BUENO DE SOUZA

**TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS: REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em odontologia sob orientação da Prof.^a Dra. Sara Nader Marta, e coorientação da M.^a Débora de Melo Trize.

BAURU
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

S7293t	Souza, Júlia Ali Bueno de Traumatismo em Dentes Decíduos: revisão de literatura / Júlia Ali Bueno de Souza. -- 2018. 35f. : il. Orientadora: Prof. ^a Dra. Sara Nader Marta. Coorientadora: M ^a Débora de Melo Trize. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP 1. Traumatismos dentários. 2. Dente Deciduo. 3. Prevenção. 4. Epidemiologia. I. Marta, Sara Nader. II. Trize, Débora de Melo. III. Título.
--------	---

Elaborado por Lidiane Silva Lima – CRB-8/9602

JÚLIA ALI BUENO DE SOUZA

**TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS: REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em odontologia sob orientação da Prof.^a Dra. Sara Nader Marta, e coorientação da M.^a Débora de Melo Trize.

Bauru, 27 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Sara Nader Marta
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Joselene Martinelli Yamashita
Universidade do Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter feito minha vida sempre o melhor para mim, esteve presente na minha caminhada até onde estou me mostrando os melhores caminhos para seguir, desde a escolha até chegar na reta final da conclusão do curso.

Aos meu pais Roberta, Jurandir e meu irmão Alex que me apoiaram desde o início, se esforçando sempre para tornar meu sonho real e nunca desistirem de mim, sempre dando forças ao longo da graduação.

A todos os meus amigos que fiz ao longo dos meus 4 anos de graduação, que com certeza foram os melhores anos dos quais nunca deixaria de existir no meu coração. Especialmente Taiany, minha dupla de clínica e da vida que não me abandona, está sempre ao meu lado, me ajudando, socorrendo nos apuros, me dando os melhores conselhos como amiga/irmã, que sorte a minha ter você como amiga, e tantas outras que fizeram meus dias da faculdade serem melhores, sendo companheiros /amigos/irmãos e me ajudaram um pouquinho do seu jeito. A partir de agora cada um de nós seguirá sua vida, nossa rotina nos afastara, mas os anos que passamos juntos não e vão ficar marcado para sempre! Que vocês se tornem excelentes profissionais, que amem o que façam e que façam com amor e ajam sempre com honestidade, responsabilidade e dedicação em todos os momentos. Estarão para o resto da minha vida guardados no meu coração e nas melhores lembranças, obrigada por tudo!

Ao meu namorado Deivide queria agradecer pelo seu companheirismo e paciência, me acompanhando no final de faculdade e espero para a vida toda. Que possamos servir de alicerce um para o outro. Agradeço a Deus por tê-lo colocado na minha vida.

E claro não poderia me esquecer das pessoas que mais se empenharam no melhor para todos nós formandos: meus professores, sem eles hoje eu não estaria aqui, muito obrigada a cada um pela sua dedicação, esforço, empenho, pelas broncas, nos ensinando sempre o melhor em tudo, devo todo o meu aprendizado e conhecimento da odontologia a vocês nossos professores, agradeço imensamente por tudo. Especialmente um agradecimento a minha orientadora Sara pela sua colaboração, atenção e da enorme admiração que tenho da grande profissional que é e me espelho, não menos importante a minha coorientadora Débora, que me ajudou muito para concluir está etapa final do meu curso, me ajudando, com sua paciência, apoio, prontidão e ensinamentos.

Agradeço também as professoras Dra. Joselene e Dra. Solange por compor com sua presença na minha banca.

Muito obrigada!

RESUMO

O trauma na dentição decídua pode causar impacto físico, emocional e psicológico às crianças de qualquer idade, porém, muitos acabam não atribuindo a devida importância a esta ocorrência. Tendo em vista que aos 2 anos de idade o dente permanente já está em formação, o primeiro aspecto que deve ser relevante é o impacto que o trauma pode causar no dente permanente. As crianças testam seus limites, muitas vezes podendo sofrer traumas de difícil prevenção, porém há alguns cuidados que podem ser observados para evitar esses traumas. Para avaliar o tratamento e as sequelas (tanto no dente decíduo como no permanente) deve-se avaliar qual o tipo de trauma, qual a idade da criança, avaliar os exames clínico e radiográfico e por fim acompanhar esta criança até a erupção do dente permanente. O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre o traumatismo em dentes decíduos. A literatura foi pesquisada através dos bancos de dados da Medline, Biblioteca Cochrane, Embase, Pubmed, Scielo e da Internet. Os critérios de inclusão foram: trauma dentário em dentes decíduos, estudos escritos em inglês e português, e publicados entre 2000 a 2018. De 39 registros encontrados, 24 preencheram os critérios de inclusão. A prevalência de traumatismo em dente decíduo varia amplamente na literatura. A literatura ainda não documenta de forma satisfatória os tipos de prevenção para o trauma de dentes decíduos, e muitas pesquisas em crianças ainda precisam ser feitas.

Palavras-chaves: Traumatismos dentários. Dente decíduo Prevenção. Epidemiologia.

ABSTRACT

The trauma of the deciduous dentition can cause physical, emotional and psychological impact to children of any age, but many end up not giving due importance. Considering that at 2 years of age the permanent tooth is already in formation, the first aspect that should be relevant is the impact it can cause on the permanent tooth. Children test their limits, often suffering traumas that are difficult to prevent, but there are some precautions we can take to avoid these traumas. In order to evaluate the treatment and sequelae in the permanent tooth, it is necessary to evaluate the type of trauma, the age of the child, to evaluate the clinical and radiographic, and finally to follow up the eruption of the permanent tooth. The aim of this study was to review the literature on traumatism in deciduous teeth. The literature was searched through the databases of Medline, Cochrane Library, Embase, Pubmed, Scielo and the Internet. Inclusion criteria were: dental trauma in deciduous teeth, studies written in English and Portuguese, and published between 2010 and November 2018. Of the 39 records found, 24 met the inclusion criteria. The prevalence of trauma in a deciduous tooth varies widely in the literature. The literature does not yet document adequately the types of prevention for trauma of deciduous teeth, and much research on children has yet to be made.

Keywords: Tooth injuries. Tooth Deciduous. Prevention. Epidemiology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
3	METODOLOGIA	18
4	REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1	EPIDEMIOLOGIA.....	19
4.2	CONSEQUÊNCIAS E SEQUELAS DE TRAUMA DENTAL	22
4.3	TRAUMA DE CÔNDILO	25
4.4	TRATAMENTO DE TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA.....	25
4.5	QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM TRAUMA DENTAL	29
4.6	PREVENÇÃO DE TRAUMA EM DENTES DECÍDUOS	29
4.7	PROTETORES BUCAIS PARA CRIANÇAS	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	37
7	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O trauma em dentes decíduos ocorre principalmente em crianças com baixa idade, especialmente quando começam a aprender a engatinhar/andar (WANDERLEY, 2014). A procura do odontopediatra pelos pais está diretamente relacionada com a importância que esses pais dão ao trauma dental, e é dever do cirurgião dentista orientar quanto a importância e prevenção desta ocorrência. As medidas de prevenção estão relacionadas aos cuidados gerais como: evitar pisos e sapatos escorregadios e adaptar os móveis e ambientes de acordo com a idade da criança. Com a precoce prática de esportes individuais e coletivos pelas crianças, uma opção é o uso de protetores bucais como medida de prevenção (RODRIGUES, 2014).

Porém muitos dentistas ainda acreditam que não há sequelas graves e isso pode estar relacionado à escassa evidência científica com abrangência a todos os aspectos que envolvam trauma em dentes decíduos (WANDERLEY, 2014). Muito se baseia na experiência clínica de cada profissional e a variedade de casos que aparecem, isso faz com que se busque novos conceitos para o atendimento do paciente traumatizado.

Um agravamento para o trauma de dente decíduo é a mordida aberta anterior, pois as crianças pequenas não possuem o reflexo de proteger o rosto colocando as mãos para frente durante a queda, deixando a parte mais protuberante da face propícia ao trauma (WANDERLEY, 2014).

Existe uma grande relação do dente decíduo com o germe que irá formar o dente permanente (CORTESE, 2014). Essa formação começa aos 2 anos de idade os processos de desenvolvimento da dentadura decídua e permanente podem ser perturbados pela ocorrência de um traumatismo dental (WANDERLEY, 2014). Normalmente os traumas ocorrem quando as crianças sentem a necessidade de explorar o mundo exterior que coincide com o início da formação do dente permanente.

O trauma no dente decíduo pode causar alteração de cor, necrose pulpar, fístulas, cistos, reabsorções (VARGAS, 2014). Nos dentes permanentes pode causar alteração de formação, retenção prolongada, desvio do eixo de erupção (CORTESE, 2014). Um trauma que não é atribuído valor merecido é o trauma de côndilo que é de difícil diagnóstico e muitas vezes tardio (MEDINA, 2014).

Com o diagnóstico e tratamento corretos pode-se amenizar o impacto desta ocorrência, desde o ponto de vista psicológico, durante e pós tratamento. O profissional precisa utilizar uma adequada abordagem comportamental e transmitir segurança aos pais quanto ao tratamento nas mais diversas possibilidades (BONINI, 2014).

2 OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho foi descrever, mediante uma revisão da literatura, os tipos de traumatismo em dentes decíduos, seus tratamentos, e possíveis métodos de prevenção.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado através de revisão de literatura de forma exploratória utilizando referências bibliográficas informativas sobre fatores relacionados ao traumatismo na dentição decídua.

A pesquisa foi realizada por meio de livros, artigos científicos e estudo de casos publicados utilizando as bases de dados Medline, Biblioteca Cochrane, Embase, Pubmed, Scielo. Foram utilizadas também fontes documentais paralelas, mais precisamente na Internet onde o fluxo de informações a respeito é constantemente revisado, atualizado e discutido pelos profissionais da área, além de oferecer artigos e resenhas que geralmente não são encontrados nas fontes bibliográficas usuais, mais oferecem pontos de vista interessantes relacionados a este tema. Os descritores utilizados para esta busca foram: Traumatismos dentários. Dente decíduo Prevenção. Epidemiologia, em português e inglês.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 EPIDEMIOLOGIA

O traumatismo facial que resulta em dentes fraturados, deslocados ou perdidos, pode apresentar efeitos negativos consideráveis sobre os aspectos funcional, estético e psicológico da criança (ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007). Cirurgiões-dentistas e médicos deveriam colaborar para educar o público sobre prevenção e tratamento de lesões de traumatismo bucal.

A maior incidência de traumatismo na dentição decídua ocorre entre 2-3 anos de idade, quando a coordenação motora da criança está em desenvolvimento (CUNHA; PUGLIESI; VIEIRA, 2001).

Granville-Garcia et al. (2006) realizaram um estudo com objetivo de mostrar a prevalência do trauma em dentes decíduos e seus fatores associados. Participaram da amostra 2651 crianças de escolas particulares e estaduais na cidade do Recife-BR. Foram realizados exames clínicos e avaliadas medidas de peso e estatura. A prevalência do traumatismo foi de 36,8%, o tipo de trauma com maior frequência foi a fratura de esmalte, as crianças mais afetadas foram do sexo masculino com sobrepeso/obesidade. Os autores concluíram que por existir uma grande prevalência do trauma, a implementação de políticas públicas de saúde são fundamentais para a prevenção do traumatismo dentário (GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; LIRA, 2006).

Assunção et al. (2007) revisaram artigos relacionados a fatores epidemiológicos e sequelas decorrentes de traumatismos em dentes decíduos. Verificaram que os traumas são frequentes em crianças de pouca idade com maior prevalência do gênero masculino sendo os incisivos com maior incidência, as sequelas com maior frequência foram a descoloração coronária, necrose pulpar, obliteração do canal pulpar e reabsorção radicular. Concluíram que existe a relação entre o trauma e sequelas, e enfatizaram a importância da preservação dos casos (ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007).

Robson et al. (2009) realizaram um estudo com 419 crianças de 0 a 5 anos em dezoito da cidade de Belo Horizonte-BH, com intuito de avaliar a prevalência das lesões traumáticas e seus fatores determinantes. O estudo foi realizado por meio de exames

clínicos e aplicação de questionários aos pais. A prevalência do trauma nos dentes decíduos foi de 39,1%, fraturas de esmalte foram as lesões mais comuns, o gênero masculino 1,62x mais que do gênero feminino, as crianças com cobertura labial alterada tiveram 3,75x mais chances de ter a lesão traumática e a frequência nas escolas públicas foi 2x maior do que nas privadas. Os autores concluíram que a prevalência de trauma foi alta, constituindo-se como um problema de saúde pública (ROBSON et al., 2009).

Ferreira et al. (2009) analisaram a prevalência do trauma comparado com a carie em 3489 crianças de 3 a 59 meses de idade, na cidade de Recife- Brasil. O estudo foi realizado por meio de exames clínicos com total de 56.142 dentes. A prevalência de trauma foi de 14,9%, os dentes mais afetados foram os incisivos centrais superiores. O tipo de trauma mais prevalente foi a fratura dentária, seguida de descoloração, intrusão e extrusão (FERREIRA et al., 2009).

Sanabe et al. (2009) compararam dados de artigos da base Pubmed e Bireme dos últimos 13 anos para verificar qual a melhor conduta frente ao trauma. Observaram que há uma grande frequência do trauma nas crianças, principalmente as que possuem overjet >5mm. Concluíram que o conhecimento sobre a conduta e agilidade no tratamento são essenciais para minimizar as sequelas (SANABE et al., 2009).

Wendt et al. (2010) verificaram a prevalência do traumatismo, com envolvimento de 571 crianças de 12 a 71 meses, na cidade de Pelotas-RS. Foram coletados dados por meio de exames clínicos e aplicação de questionários aos pais. A prevalência do trauma foi de 36,6%, os incisivos centrais superiores, não encontraram diferença de idade, a fratura de esmalte foi o tipo mais comum de trauma e o local de maior ocorrência foi na própria casa da criança. Os autores enfatizam a importância do atendimento logo após ocorrência para minimizar as sequelas (WENDT et al., 2010).

Jesus et al. (2010) verificaram a prevalência do traumatismo em crianças de 0 a 6 anos que foram atendidas na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Registraram 201 dentes traumatizados e foram coletados dados da etiologia do trauma. Houve maior prevalência em crianças do gênero masculino com 56,7%, os dentes mais afetados foram os incisivos centrais superiores 84,7% e a etiologia do trauma foi por quedas. A descoloração coronária e reabsorção externa foram as sequelas clínicas e radiográficas mais observadas e a lesão mais frequente foi a luxação (JESUS et al., 2010).

Oliveira et al. (2010) avaliaram as ocorrências dos traumas dentais e oclusopatias. Foi realizado um estudo com 472 crianças de 24 a 60 meses inseridas no programa de saúde da família no município de Salvador-BA. A prevalência ao traumatismo foi de 16,3%, grande parte das crianças apresentaram oclusão normal 50,4%; os demais tinham má oclusão leve, moderada/ severa e destes 26,3% com mordida aberta anterior. (OLIVEIRA et al., 2010).

Amorim et al. (2011) determinaram a prevalência do traumatismo dental. Foram avaliados 2725 registros de crianças de até 7 anos de idade atendidas em clínica privada em Goiânia. A prevalência do trauma foi de 11,9% sendo mais frequente na faixa etária de 13 a 36 meses, não houve diferença significativa entre os sexos, os incisivos centrais superiores foram os mais acometidos (83,3%), a presença de overjet > 3 mm, overbite profunda e negativa estiveram relacionadas a maior incidência de traumatismo, os locais de maior ocorrência foram o lar e escola, as causas mais comuns foram por quedas e colisão a objetos. Concluíram que os traumas na dentição decídua precisam de atenção cuidadosa e a presença de oclusopatias devem ser consideradas como agravantes em relação ao trauma dental (AMORIM; COSTA; ESTRELA, 2011).

Siqueira et al. (2013) compararam por meio de estudo o impacto do trauma na qualidade de vida das crianças e familiares. Foram selecionadas 814 crianças com 3 a 5 anos em escolas na cidade de Campina Grande. O estudo foi realizado por meio de questionários aos pais/cuidadores e foram realizados exames orais. Os incisivos centrais superiores foram os dentes mais acometidos 88,4%, seguido pelos laterais 8,9%, a fratura de esmalte foi o tipo de trauma mais comum, seguido de descoloração. Este estudo não encontrou impacto negativo do trauma na qualidade de vida, apenas histórico de dor de dente foram associados (SIQUEIRA et al., 2013).

Felix et al. (2014) analisaram a prevalência do traumatismo, com dados de 177 crianças de 1 a 4 anos em escolas públicas na cidade de Macapá. A prevalência do trauma foi de 46,3%, não apresentou diferença entre os gêneros, a faixa etária na qual houve um menor número de ocorrência foi de 1 ano, o tipo mais comum de trauma foi fratura de esmalte (88,3%), os dentes com mais acometidos foram os incisivos centrais superiores (17,6%). Medidas preventivas devem ser adotadas em redes públicas e privadas porque é uma ocorrência com alto índice de prevalência e para implementar a promoção de saúde bucal (FELIX et al., 2014).

Kramer et al. (2015) realizaram um estudo afim de explorar o trauma dental em escolas públicas, com dados de 1316 crianças com 0 a 5 anos de idade na cidade de Canoas-RS. Os dados foram coletados por meio fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais. Revelaram que a probabilidade do trauma é 50% maior em crianças que fizeram o uso da chupeta e que apresentam overjet entre 3 e 5 mm, com aumento de três vezes se o overjet for >5 mm quando comparado as crianças com overjet <2mm. Concluíram que há necessidade da realização em estratégias para reduzir e prevenir do uso de chupetas, prevenindo a presença de sobressaliências e com para reduzir a incidência de traumatismo dental (KRAMER et al., 2015).

Berti et al. (2015) avaliaram a prevalência do trauma em dentes decíduos relacionado a fatores biológicos e socioeconômicos em 684 crianças com a faixa etária 5-6 anos na cidade de Barueri. Observaram que 52,3% apresentaram o trauma, os incisivos centrais superiores foram os mais afetados seguido de incisivos laterais superiores, a fratura de esmalte foi o trauma mais comum, seguido de trincas de esmalte. Concluíram que não teve associação do trauma relacionado a fatores biológicos e socioeconômicos (BERTI et al., 2015).

Fracasso et al. (2016) realizaram um estudo na Universidade Estadual de Maringá-PR com 139 crianças com histórico de traumatismo em dentes decíduos. Os resultados mostraram que 33,8% crianças sofreram o trauma aos 24 e 35 meses de idade, sendo 61,2% gênero masculino; o tipo de trauma mais comum foi a fratura de esmalte e luxação lateral, o fator etiológico de maior frequência foram as quedas sendo o incisivo central superior com maior incidência e em geral mais de um elemento dental foi acometido no trauma, a maioria dos tratamentos para as crianças foram os acompanhamentos embora algumas necessitaram de exodontia, endodontia e tratamentos restauradores (FRACASSO et al., 2016).

4.2 CONSEQUÊNCIAS E SEQUELAS DE TRAUMA DENTAL

As lesões comuns na dentição permanente podem ocorrer como sequelas de quedas, seguidas por acidentes de trânsito, violência, e esportes (FERRARI; MEDEIROS, 2002). Todas as atividades esportivas apresentam um risco associado às

lesões orofaciais devido a quedas, colisões, e contato com superfícies duras (NICOLAU; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

As injúrias mais comuns em dentes decíduos são subluxação, luxação lateral e avulsão (ZALECKIENE et al., 2014), como manifestação tardia temos os processos infecciosos: necrose pulpar, reabsorção radicular, fístulas e abscessos e rarefação óssea (HOLAN; FUKS, 1996). Alguns fatores preditivos associados a necrose pulpar são: o deslocamento e ruptura do sistema nervoso e vascular, fratura com exposição pulpar, dor espontânea que caracteriza pulpite irreversível, coloração amarela cinza e marrom, reabsorção radicular interna e rarefação óssea (ALDRIGUI et al., 2013). Fatores que estão menos associados são: obliteração do canal radicular, reabsorção externa com formação óssea e crianças maiores de 4 anos.

Existe uma grande relação do dente decíduo com o germe que irá formar o dente permanente, quanto menos desenvolvido o germe do dente permanente, maior a chance do trauma no dente decíduo afetar a sua formação (CORTESE, 2014). A prevalência de repercussão para o dente permanente quando há trauma no dente decíduo é de 41% (CORTESE, 2014). A maior alteração é a hipoplasia de esmalte (BOIX et al., 2007), processos inflamatórios podem interferir na odontogênese e a pouca idade na formação da coroa. Em idade mais avançada pode haver interferência na formação radicular (ASSUNÇÃO et al., 2009). As alterações coronárias consistem principalmente em hipoplasia, a sequência eruptiva pode adiantar, atrasar, ocorrer a retenção óssea e alterar o desvio do eixo de erupção com vestibularização do dente permanente, deixando-o mais vulnerável a um novo trauma (WANDERLEY, 2014). As alterações no desenvolvimento radicular podem resultar em: duplicação, alteração da angulação e a menos frequente é a dilaceração. Pode ocorrer também a formação de odontomas (CORTESE, 2014).

As principais consequências do trauma dental do tipo intrusão, luxação e avulsão, são as alterações de posição original da raiz do dente decíduo que pode deslocar e atingir o germe do permanente. Por outro lado na avulsão a força de impacto para retirar o dente de dentro do alvéolo é muito grande e o trajeto feito por essa raiz nem sempre é o adequado como em uma extração convencional (WANDERLEY, 2014), isso proporciona uma maior preocupação com o germe do permanente quando um dente decíduo é avulsionado do que em qualquer outra situação de trauma.

Muitas vezes a coloração alterada do dente pode ser a única indicação de que ocorreu um trauma. A cor rósea indica hemorragia intrapulpal ou reabsorção interna, a cor amarela indica obliteração do canal radicular e a cor cinza existe controvérsias na literatura (VARGAS, 2014). Por isso é necessário o acompanhamento clínico e radiográfico dos dentes traumatizados. (ZALECKIENE et al., 2014).

Tuzuner et al. (2009) relataram um caso de uma criança com 11 anos de idade, do sexo masculino que aos 4 anos de idade sofreu um trauma na dentição decídua afetando os incisivos centrais superiores. Em virtude dessa injúria, houve mobilidade e parada no desenvolvimento radicular nos dentes permanentes o que gerou a perda destes. Foram realizados tratamentos com coroa do próprio dente em um aparelho removível, provisoriamente, até a realização de um tratamento futuro definitivo. (TUZUNER; KUŞGÖZ; NUR, 2009).

Em relatos de casos Miranda et al. (2012) mostraram pacientes que apresentaram história de trauma nos dentes decíduos e tiveram comprometimento com o sucessor permanente. Os resultados foram a ocorrência de coloração alterada, formação interrompida da raiz e queixa de dor a ingestão de alimentos e bebidas. A gravidade das sequelas está relacionada ao grau de formação do permanente, ao tipo de traumatismo e extensão do impacto; quando a dentição decídua sofre uma injúria traumática, o distúrbio de desenvolvimento do dente sucessor pode levar a muitas malformações. Os pacientes que sofreram traumatismo realizaram acompanhamento clínico, radiográfico e também tratamentos para os dentes envolvidos evitando assim maiores danos (MIRANDA; LUIZ; CORDEIRO, 2012).

Soares et al. (2014) realizaram um estudo para determinar a prevalência de sequelas nos dentes permanentes de crianças que tiveram dentes decíduos traumatizados, avaliando dados de 173 de pacientes na Universidade Federal de Santa Catarina-SC. A prevalência das sequelas em dentes permanentes foi de 7,9%, os tipos de traumas que mais afetaram os sucessores permanentes foram a intrusão e a avulsão do dente decíduo e os traumas graves em dentes decíduos tiveram maiores chances de apresentar mudança no sucessores em relação a traumas leves (SOARES; CARDOSO; BOLAN, 2014).

Gonçalves et al. (2017) avaliaram o impacto do trauma e comprometimento estético na qualidade de vida das crianças e seus familiares por meio de um estudo com

192 crianças de 2 a 5 anos de idade em Florianópolis. 62,5% tiveram sofrido trauma; os incisivos centrais superiores foram os dentes mais afetados e 15,6% apresentaram comprometimento estético o que gerou um impacto negativo na qualidade de vida das crianças (GONÇALVES et al., 2017).

Costa et al. (2016) determinaram os riscos de traumatismo dentário com sequelas nos dentes decíduos avaliando 576 registros de crianças com idade entre 8 a 89 meses atendidas em um centro de traumatologia. Foram coletadas informações com os pais e cuidadores sobre história médica e do trauma, seguido de exame clínico e radiográfico. Os resultados mostraram que a presença de sequelas aumentou com a gravidade do trauma, em dentes com fratura de esmalte há um risco de alteração de cor (29%); os incisivos centrais superiores são mais dentes mais afetados (77,8%), e nas avulsões de dentes decíduos não recomendaram os reimplantes por apresentarem alto risco de danificar o germe do dente permanente (COSTA et al., 2016).

4.3 TRAUMA DE CÔNDILO

Um agravamento para os traumas dentais que podem estar associados com grandes traumatismos são as fraturas de côndilo que apesar de possuir baixa prevalência (MEDINA, 2014) e ser assintomático, algumas vezes há a necessidade de tratamento cirúrgico. Para o diagnóstico clínico de fratura de côndilo devemos observar hematoma e aumento de volume das regiões pré-auricular e mento, deslocamento de mandíbula, parestesia do lábio inferior e alguns sinais neurológicos. Deve se observar falta de estabilidade na oclusão e nos movimentos excursivos da mandíbula. Se for identificado fratura de côndilo o tratamento imediato consiste em medicação (antibiótico e anti-inflamatório), dieta macia e fisioterapia (MEDINA, 2009).

4.4 TRATAMENTO DE TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Em qualquer idade o tratamento do trauma (Quadro 1) é dificultado, pois em caso de crianças muito jovens, além de existir o trauma físico há também o psicológico, pois a abordagem comportamental dessa faixa etária envolve o controle do comportamento da criança, o que pode dificultar o atendimento emergencial.

A alteração de cor é uma das consequências pode ser considerada a mais branda pois não necessariamente é sinal de necrose, porém se acompanhadas da presença de fístulas e reabsorções irregulares são sinais de necrose pulpar (ALDRIGUI, 2009). Assim, se um dente decíduo traumatizado apresentar escurecimento e reabsorção regular pode somente ser acompanhado para observar sua integridade. Alguns sinais característicos são: coloração amarela com obliteração do canal radicular apresenta associação negativa com a necrose pulpar, já sem obliteração do canal há uma associação positiva (CORTESE, 2014). A coloração cinza logo após o trauma é indício de necrose pulpar, porém se houver alteração de cor, desaparecendo ou mudando para amarela provavelmente não está relacionado com necrose pulpar. Assim, a alteração de cor não é indicativo definitivo da necessidade de tratamento endodôntico, há necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico (HOLAN, 2006). Em casos de formação de cistos há necessidade de extração do dente decíduo (CARVALHO, 2013).

O tratamento endodôntico está indicado quando da ocorrência de dor espontânea, resposta anormal de testes pulpares, desenvolvimento incompleto radicular ou rompimento do tecido de suporte perirradicular (ANDREASEN et al., 2001). Para estabilizar um dente após a lesão traumática, uma contensão pode ser necessária (ANDREASEN et al., 2001). A contensão flexível auxilia no processo de cicatrização periodontal (ANDREASEN; ANDREASEN, 2000).

As características de uma contensão ideal incluem:

- a) facilidade de fabricação na cavidade bucal sem trauma adicional;
- b) passividade, a menos que forças ortodônticas sejam desejadas;
- c) permita mobilidade fisiológica (exceto para fraturas radiculares);
- d) não cause irritação aos tecidos moles;
- e) não interfira com a oclusão;
- f) permita acesso endodôntico;
- g) facilidade de higienização;
- h) facilidade de remoção.

Instruções para pacientes que recebam uma contensão incluem:

- a) evitar mordida sobre o dente imobilizado;
- b) manter uma higiene bucal meticulosa;

- c) avisar imediatamente o cirurgião-dentista se houver quebra ou perda da contensão;
- d) utilizar clorexidina/antibióticos conforme for prescrito.

Quadro 1 - Tipos de tratamentos para traumatismo de dente decíduo

(continua)

TIPO DE TRAUMA	DEFINIÇÃO	TRATAMENTO
Fratura incompleta de esmalte-	Trinca do esmalte sem a perda de estrutura dentária.	Manter a integridade estrutural e vitalidade pulpar. <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação tópica de flúor • Escovação com dentifrício com flúor • Bochechos com soluções fluoretadas • Se houver sensibilidade indica-se a utilização de selante.
Fratura de esmalte- não complicada	Fratura de esmalte, sem exposição pulpar.	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção das arestas cortantes e aplicação de flúor • Restauração com resina composta.
Fratura coronária – não complicada	Fratura de esmalte ou esmalte-dentina que não envolve a polpa.	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção das bordas cortantes e aplicação de verniz com flúor/ Restauração com CIV ou Resina Composta (dependendo do tamanho da fratura). • Colagem do fragmento dental, se houver.

Quadro 1 - Tipos de tratamentos para traumatismo de dente decíduo

(continuação)

Fratura coronária – complicada	Fratura de esmalte-dentina com exposição pulpar.	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a vitalidade pulpar e restabelecer função e estética normais. • Alternativas de tratamento pulpar: capeamento direto, pulpotomia, pulpectomia • Extração.
Fratura corono-radiculares (não complicada e complicada)	Fratura de esmalte, dentina e cimento com ou sem exposição pulpar.	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a vitalidade pulpar e restabelecer uma função e estética normal. • Quando não poder ser restaurado, o dente deve ser extraído a menos que a remoção de fragmento apical possam resultar na lesão do dente permanente.

Fratura radicular	Fratura de dentina e cimento envolvendo a polpa.	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionar o mais breve possível, estabilizar o fragmento coronário e irrigação neurovascular. • Extração do fragmento coronário (sem insistir na remoção do fragmento apical) ou observação.
Concussão	Lesões nas estruturas de suporte, sem perda anormal ou deslocamento do dente	<ul style="list-style-type: none"> • A menos que haja infecção associada, nenhuma terapia pulpar está indicada • Acompanhamento cuidadoso.
Subluxação	Lesões nas estruturas de suporte, com perda anormal, mas sem deslocamento dental	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a cicatrização do ligamento periodontal e irrigação neurovascular. • O dente deve ser monitorado para avaliar o surgimento de alguma patologia. Se o dente apresentar mobilidade, contensão semi-rígida por 15 a 20 dias. • Deve retornar a condição normal dentro de duas semanas.
Luxação lateral	Deslocamento do dente. O ligamento periodontal é rompido e ocorre contusão ou fratura do tecido ósseo alveolar de suporte.	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionamento e imobilização por 1 a 2 semanas • Exceto quando a lesão for grave ou o dente encontra-se perto da esfoliação. A contensão por 30 a 45 dias também é recomendado por alguns autores.

Quadro 1 - Tipos de tratamentos para traumatismo de dente decíduo

(conclusão)		
Luxação intrusiva	Deslocamento do dente para dentro do alvéolo.	<ul style="list-style-type: none"> • Aguardar re-erupção espontânea (2 a 6 meses) se não errupcionar e o dente não estiver em posição adequada: extrair • Se durante a fase de reirrupção, surgir inflamação aguda, o dente deve ser extraído. • Exodontia quando o ápice estiver deslocado para dentro do germe do dente permanente. • Anquilose pode ocorrer, no entanto, se o ligamento periodontal do dente afetado foi

		lesionado de forma grave, pode haver retardo ou alteração da irrupção do dente sucessor permanente.
Luxação extrusiva	Deslocamento parcial do dente para fora do alveolo.	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionamento exceto quando existem indicações para uma extração (lesão grave ou dente encontra-se perto de sua esfoliação) • Reposicionamento e imobilização por 1 a 2 semanas. • Monitoramento criterioso.
Avulsão	Deslocamento total do dente para fora do alvéolo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não devem ser reimplantados em função de seu potencial para danos aos germes do dente permanente e necrose pulpar é um evento frequente.

Fonte: Percinoto et al., (2009).; Vasconcellos et al., (2003).; Assunção; cunha; ferelle, (2007).; Cunha; pugliesi; vieira, (2001).; Ferrari; Medeiros, (2002).; Gondim; moreira neto, (2005).; Andreasen, (2000).; Andreasen et al., (2001).; Ferrari; medeiros, (2002).; Rodrigues, (2005).

4.5 QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM TRAUMA DENTAL

O trauma dental é um problema para a saúde pública pois é muito frequente e requer tratamento muitas vezes prolongado (BONINI, 2014) com a necessidade de acompanhamento. Quando não tratado pode causar impacto negativo na qualidade de vida de crianças em fase escolar (BENDO et al., 2010), principalmente a avulsão e a alteração de cor (VIEGAS et al., 2012). Por isso os familiares devem sempre ser orientados para conduzir adequadamente a criança nestas condições para melhorar sua qualidade de vida. Portanto a presença de trauma dental em dentes decíduos pode causar perda de função, problemas estéticos e efeitos sobre o bem estar emocional e social das crianças (CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002).

4.6 PREVENÇÃO DE TRAUMA EM DENTES DECÍDUOS

O trauma de dentes decíduos ocorre principalmente em crianças com baixa idade, pois a criança começa a testar seus próprios limites a fim de explorar o mundo exterior (WANDERLEY, 2014). Como medidas de prevenção para esse tipo de trauma

além dos cuidados gerais já citados há também o uso de brinquedos e área de lazer adequada para cada idade. Assim como o uso de protetores bucais.

Como a mordida aberta anterior pode ser um agravante para o trauma de dente decíduo, podemos orientar como medida de prevenção: aleitamento materno (OLIVEIRA et al., 2010), hábito de sucção regulado se houver necessidade, evitar sucção do dedo (PERCINOTO et al., 2009).

É comprovado na literatura que dentes anteriores possuem mais facilidade de trauma (VERRASTRO, 2008), a falta de selamento labial ou por mordida aberta anterior ou por respiradores bucais também são um agravo, pois não há a proteção do tecido mole, fazendo com que aumente o impacto do trauma.

Costa et al. (2014) realizaram um estudo em creches públicas que atendem cerca de 500 crianças com idade de 3 a 5 anos no município de Patos-PB. Foram avaliadas as condutas de 23 educadores em relação ao conhecimento sobre o trauma dental. Observaram que a maioria dos educadores não estão aptos a socorrerem de maneira adequada, somente 8,7% sabem o significado do traumatismo dentário, no caso de um dente avulsionado e fratura coronária 36,9% não saberiam como proceder. Grande parte dos educadores não estão preparados para lidar corretamente com trauma pois nunca receberam um treinamento específico sobre o assunto, apresentaram pouco conhecimento, sendo necessária a implantação de programas preventivos na saúde bucal direcionados aos educadores (COSTA et al., 2014)

Firmino et al. (2014) relataram que o conhecimento da população sobre atitudes corretas quando se depararem com trauma dental garante um melhor prognóstico para os casos e previnem complicações. A conscientização sobre a importância de condutas corretas na ocorrência de trauma na dentição decídua pode ser desenvolvida por meio de campanhas educativas. As medidas podem ser adotadas pelos serviços de saúde pública como ESF (Estratégia de Saúde da Família) e também em escolas, creches (FIRMINO et al., 2014).

Fernandes et al. (2018) relataram um caso de uma criança de 4 anos de idade que apresentou mordida cruzada anterior com interposição lingual entre os incisivos inferiores e superiores. Realizaram a confecção de aparelho e após 30 dias foi removido, foi observado o realinhamento dos dentes anteriores e descruzamento da mordida. O diagnóstico/tratamento precoce da má oclusão deve ser iniciado ao ser identificado pelo

odontopediatra com a intervenção de aparelhos ortodônticos restabelecendo a função e podendo prevenir o trauma (DIAS et al., 2018).

4.7 PROTETORES BUCAIS PARA CRIANÇAS

A Associação Brasileira de Odontopediatria recomenda a utilização de dispositivos de proteção, incluindo placas intra-orais, aos quais auxiliam na distribuição de forças de impacto, desta forma reduzindo o risco de lesão severa. Lesões dentárias poderiam apresentar desfechos otimizados se a população estivesse consciente das medidas de primeiros socorros e a necessidade da procura de tratamento imediato (FERRARI; MEDEIROS, 2002).

Muitos lugares aceitam crianças a partir de 3 anos para a prática esportiva isso resulta no uso de protetores bucais cada vez mais cedo (RODRIGUES, 2014). Esses protetores bucais podem ser: pré fabricados, termoplásticos ou individualizados, desde que tenha EVA de 3mm, enquanto no adulto pode variar de 3 á 4 mm. O protetor bucal tem a função de proteger o atleta (RODRIGUES; LONG; CHELOTTI, 2003) e para as crianças e jovens que gostam de novos desafios o uso do protetor bucal é de extrema importância. Uma alternativa para estimular o uso de protetor bucal pelas crianças é a confecção desses protetores impressos com figuras de super-heróis preferidos.

Os clínicos têm a responsabilidade de reconhecer, diferenciar, e/ou abordar apropriadamente ou encaminhar crianças com lesões de traumatismo bucal. A condução do caso vai depender da complexidade da lesão, do treinamento individual do clínico, bem como de seu conhecimento e experiência. Vias aéreas comprometidas ou suspeita de perda de consciência exigem uma avaliação médica. A avaliação odontológica inclui o histórico do caso, exame visual e radiográfico, e testes adicionais tais como palpação, percussão e mobilidade. O plano de tratamento leva em consideração o estado de saúde do paciente e o estado de desenvolvimento, bem como a extensão das lesões (GONDIM; MOREIRA NETO, 2005).

5 RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão, dos 39 registros encontrados, 24 preencheram a caracterização (Quadro 2).

Dentre os estudos selecionados para caracterizar o perfil epidemiológico, os estudos descreveram que as crianças sofreram o trauma na dentição decidua com idade entre 0 a 12 anos, apresentam nesta idade maior frequência no gênero masculino, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais acometidos. Os tipos de trauma e as sequelas mais prevalentes variam entre estudos porém o tipo que apresentou maior frequência foi fratura de esmalte e a sequela mais encontrada foi a descoloração da coroa.

Quadro 2 - Artigos relacionados ao traumatismo em dentes decíduos

(continua)

Autor/ ano	AMOSTRA	IDADE/ ANOS	GENERO	TIPO DE TRAUMA	DENTE AFETADO	SEQUELAS
(GRANVILLE- GARCIA; DE MENEZES; DE LIRA, 2006)	2651 crianças Recife.		Masculino	36,8% para trauma dental Fratura de esmalte.		
(ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007)			Masculino		Incisivos	Descoloração coronária, necrose pulpar, obliteração do canal radicular e reabsorção radicular.
(ALDRIGUI, 2009)	521 prontuários (1998-2009)	< 3 anos	46,5% feminino 53,5% masculino	45,9% trauma Trauma periodontal desconhecido (38,4%) Avulsão 164 (16,6%) Fratura de esmalte 58,4%	Incisivos centrais superiores decíduos 311 do total de 2083dentes	
(ROBSON et al., 2009)	419 crianças Belo Horizonte.	0 a 5 anos	Masculino	31,9% fratura dentes decíduos 49,7% Fratura de esmalte.		
(FERREIRA et al., 2009)	3489 crianças Recife.	3 a 59 meses < 5 anos		Fratura dentaria 90,3% fratura de coroa 83,8% descoloração dente	Incisivos centrais superiores.	
(MELLO- MOURA et al., 2009)		8 anos e 10 meses	Masculino		Incisivo centrais superiores.	Erupção ectópica, descoloração amarelo-acastanhada e hipoplásica do esmalte.

Quadro 2 - Artigos relacionados ao traumatismo em dentes decíduos

(continuação)						
(TUZUNER; KUŞGÖZ; NUR, 2009)		11 anos	Masculino		Incisivos centrais superiores.	Mobilidade e parada no desenvolvimento radicular nos dentes permanentes.
(SANABE et al., 2009)	Levantamento de dados dos últimos 13 anos.	2 a 4 anos		Luxação lateral, subluxação avulsão, luxação extrusiva, concussão e fratura de alvéolo.		Hipoplasia de esmalte, interrupção da formação dental, defeitos de textura, alteração erupção, má formação da coroa e raiz e distúrbios na mineralização.
(BENDO et al., 2010)	1612 crianças, Belo Horizonte	11 a 14 anos	41,7% masculino 58,3% Feminino	163 tiveram fratura de esmalte; 40 fratura de esmalte e dentina, 5 fraturas de coroa complicadas, 1 luxação lateral e 2 avulsões	incisivos superiores e inferiores	138 Dor 91 Limitação funcional 135 Dificuldade de comer e beber=
(JESUS et al., 2010)	111 crianças, Rio de Janeiro	0 a 6 anos	56,7% masculino, 43,3% feminino	201 trauma dente decíduo Luxação.	84,7% Incisivos centrais superiores. 13,3% incisivos laterais	Descoloração coronária e reabsorção externa.
(OLIVEIRA et al., 2010)	472 crianças Salvador-BA .	24 a 60 meses	47,7% masculino 52,3% feminino	16,3% trauma dentário < 42 meses >trauma dentário 18,5%	Incisivos centrais superiores.	

Quadro 2 - Artigos relacionados ao traumatismo em dentes decíduos

(continuação)

(WENDT et al., 2010)	571 crianças na cidade de Pelotas.	12 a 71 meses	293 masculino 278 feminino	209 crianças (36,6% trauma dentário) Fratura de esmalte.	Incisivos centrais superiores. 61- 23,1% mais acometido	
(DE AMORIM; DA COSTA; ESTRELA, 2011)	2725 crianças de Goiânia.	0 a 7 anos			Incisivos centrais superiores.	
(LOSSO et al., 2011)		1 e 3 anos	Sem diferença.		Anteriores superiores.	Descoloração coronária. Coloração alterada, formação interrompida da raiz e queixa de dor a ingestão de alimentos e bebidas
(SIQUEIRA et al., 2013)	814 crianças de Campina Grande.	3 a 5 anos		Fratura de esmalte.	Incisivos centrais superiores	
(RAMOS-JORGE et al., 2013)	519 crianças de Belo Horizonte.	1 a 3 anos	Masculino	Fratura de esmalte, fratura de esmalte- dentina e fratura de esmalte-dentina com envolvimento pulpar.	Incisivos superiores.	Descoloração da coroa.
(FELIX et al., 2014)	177 crianças de Macapá.	1 a 4 anos		Fratura de esmalte.	Incisivos centrais superiores	
(SOARES; CARDOSO; BOLAN, 2014)	173 de pacientes na Universidade Federal de Santa Catarina-SC.			Intrusão e avulsão.		

Quadro 2 - Artigos relacionados ao traumatismo em dentes decíduos

(conclusão)						
(ZALECKIENE et al., 2014)	Revisão		Masculino	Subluxação, luxação avulsão e fratura de esmalte.	Incisivos superiores, seguido de incisivos laterais.	Necrose pulpar, descoloração da coroa, e reabsorção.
(KRAMER et al., 2015)	1316 crianças de Canoas-RS.	0 a 5 anos				
(BERTI et al., 2015)	684 crianças de Barueri.	5 a 6 anos		Trinca de esmalte e fratura de esmalte.	Incisivos centrais superiores.	
(FRACASSO et al., 2016)	139 crianças de Maringá-PR.	24 e 35 meses	Masculino	Fratura de esmalte e luxação lateral.	Incisivo central superior.	
(COSTA et al., 2016)	Avaliaram 576 registros de crianças, atendidas em centro de traumatologia.	8 a 89 meses		Fratura de esmalte.	Incisivo centrais superiores.	Alteração de cor em dentes com fratura de esmalte.
(GONÇALVES et al., 2017)	Estudo com 192 crianças da cidade de Florianópolis.	2 a 5 anos			Incisivos centrais superiores.	Comprometimento estético.
(SILVA-OLIVEIRA et al., 2018)	588 alunos	12 anos	Masculino		Incisivos centrais.	Dor, desconforto e descoloração.
(MAGNO et al., 2018)	Revisão sistemática.			fratura da coroa.	Incisivos	Descoloração da coroa, perda de dentes e fístula.

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

Os dados encontrados na literatura sobre o tema mostraram uma concordância em muitos aspectos e controvérsias em outros como será relatado a seguir.

O traumatismo em dentes decíduos se apresenta com maior ocorrência na região de incisivos centrais superiores, por apresentarem-se em evidência e se sobressaírem, sendo assim o arco superior é o mais afetado pelo trauma (ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007; AMORIM; COSTA; ESTRELA, 2011; BERTI et al., 2015; FELIX et al., 2014; FERREIRA et al., 2009; FRACASSO et al., 2016; WENDT et al., 2010).

Em relação ao gênero, alguns autores não encontraram relação significativa com o trauma (AMORIM; COSTA; ESTRELA, 2011; FELIX et al., 2014; WENDT et al., 2010); embora outros estudos mostram que crianças do gênero masculino apresentam uma maior proporção ao trauma (ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007; FRACASSO et al., 2016; GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; LIRA, 2006; JESUS et al., 2010; ROBSON et al., 2009).

Estudo realizado com crianças pré escolares obteve uma prevalência total de 36,8% para trauma dental, tendo fraturas de esmalte (58,1%), como o mais frequente (GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; LIRA, 2006).

Na análise de prontuários feita em 2009, encontrou-se 45,9% com história de trauma dental antes dos três anos de idade. Do total de 2083 dentes, 377 (18,1%) sofreram algum tipo de trauma dental, e fratura de esmalte foi o mais prevalente com 220 (58,4%) (ALDRIGUI, 2009).

Um estudo transversal com pais de crianças de 0 a 5 anos, determinou uma prevalência de lesão traumática em dentes decíduos de 31,9%, sendo as lesões de esmalte (49,7%) as mais comuns (ROBSON et al., 2009).

A amostra de 3489 crianças, do nordeste do Brasil, com idade menor que 5 anos, obteve através do exame clínico 90,32% de fratura de coroa, e 83,8% de descoloração do dente (FERREIRA et al., 2009).

Um estudo envolvendo 1612 crianças, de 11 a 14 anos de idade, encontrou que 211 (13,1%) apresentavam trauma dentário não tratado, 56 (3,5%) trauma dentário tratado, e 8 (0,5%) com traumas tratados e não tratados (BENDO et al., 2010).

O estudo realizado no Rio de Janeiro, mostrou que a maioria dos traumas em dente decíduo ocorre entre 0 e 3 anos de idade (JESUS et al., 2010).

Em Salvador, BA, foi realizado um estudo onde a prevalência de traumatismo dentário observada foi de 16,3% (OLIVEIRA et al., 2010). Já na pesquisa no Sul do Brasil, a prevalência para trauma dental foi de 36,6% (WENDT et al., 2010).

Numa pesquisa no Município de Patos-PB, professores foram questionados sobre o período de tempo ideal para o reimplante do dente (relacionados a trauma em geral), apenas 26,2% acreditaram ser em menos de 30 minutos, enquanto que a maioria dos Educadores não soube responder (43,5%) (COSTA et al., 2014).

Várias sequelas podem acometer a dentição decídua após o traumatismo, podendo variar de acordo com a intensidade e o tipo de trauma ocorrido, devido à proximidade da raiz do dente decíduo com o germe do permanente o trauma pode lesionar o germe dentário em formação o que podem proporcionar algumas alterações (LOSSO et al., 2011).

As consequências dos traumatismos dentários podem ser: alteração de cor, mobilidade, necrose pulpar, reabsorções ósseas e dentárias se não tratado adequadamente. Essas consequências podem estar relacionadas à falta de tratamento imediato ou pela gravidade do caso (SABANE, 2009). Com a realização de um correto diagnóstico e uma estratégia terapêutica eficaz, minimiza-se os possíveis comprometimentos aos dentes decíduos e sucessores permanentes em longo prazo (FRACASSO, 2011)

Com relação ao uso de protetores bucais, o estudo de Rodrigues (2005) avaliou o conhecimento sobre protetores bucais em 36 atletas, a maioria respondeu que nunca sofreu traumatismo dentário no esporte (80%), a fratura foi apontada por 11%. Quanto ao conhecimento dos protetores bucais, 53% não conhecem este aparato, menos da metade dos atletas (47%) conhecem, destes 59% não o usam durante o esporte (RODRIGUES, 2005). Quanto ao tipo de protetor bucal utilizado, os de estoque convencional obtiveram 44,7% de utilização, 34,2% para os termo-ajustáveis e 21,1% para os confeccionados em consultório odontológico (RODRIGUES, 2014).

7 CONCLUSÃO

Diante da literatura disponível, conclui-se que o trauma dental tem uma prevalência alta em crianças de pouca idade e que pode acarretar no aparecimento de sequelas tanto na dentição decídua como permanente. A conduta correta frente ao trauma e agilidade ao encaminhar o caso a um odontopediatra são de extrema importância para o prognóstico favorável. Faz-se importante o desempenho do cirurgião dentista não só no tratamento mas na orientação e conscientização quanto à medidas de prevenção dos traumas em dentes decíduos.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGUI, J. M. **Fatores relacionados a ocorrência de necrose pulpar em incisivos decíduos traumatizados**. Dissertação (mestrado em ciências odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- ALDRIGUI, J. M. et al. Predictive factors for pulp necrosis in traumatized primary incisors: A longitudinal study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 6, p. 460–469, 2013.
- ANDREASEN, J. et al. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ANDREASEN, J.; ANDREASEN, F. **Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth**. 2nd ed. Copenhagen, Denmark: Munksgaard and Mosby, 2000.
- ASSUNÇÃO, L. et al. Effects on permanente teeth after luxation injuries to the primary predecessor: a study in children assisted at na emergency servisse. **Dent Traumatol**, v. 25, p. 165–170, 2009.
- ASSUNÇÃO, L.; CUNHA, R. F.; FERELLE, A. Análise dos traumatismos e suas seqüelas na dentição decídua: uma revisão da literatura Analysis of dental trauma and its sequelae in the primary dentition: a review of the literature. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**, v. 7, n. 2, p. 173–179, 2007.
- BENDO, C. B. et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. **Health and quality of life outcomes**, v. 8, p. 114, 2010.
- BERTI, G. O. et al. Epidemiological study of traumatic dental injuries in 5- to 6-year-old Brazilian children. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1–6, 2015.
- BOIX, H. et al. Consecuencias de traumatismos em dentición temporal sobre el germe del diente permanete em desarrollo. **Rev. Oper Dent Endod**, 2007.
- BONINI, G. **Impacto das lesões traumáticas dentárias na qualidade de vida de crianças**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014
- CARVALHO, P. **Cistos radiculares em incisivos decíduos traumatizados: série de casos**. **Dissertação (Mestre em ciências odontológicas)**. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2013.
- CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, n. 3, p. 193–198, 2002.
- CORTESE, S. G. **Precursões do trauma na dentição permanente**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014

COSTA, L. et al. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 6, p. 402–408, 2014.

COSTA, V. P. P. et al. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. **Brazilian Oral Research**, v. 30, n. 1, p. 1–9, 2016.

CUNHA, R.; PUGLIESI, D.; MELLO VIEIRA, A. Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3 years. **Dental Traumatology**, v. 17, n. 5, p. 210–212, 2001.

AMORIM, L. DE F. G.; COSTA, L. R. R. S.; ESTRELA, C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. **Dental Traumatology**, v. 27, n. 5, p. 368–373, 2011.

DIAS, G. F. et al. A relevância do papel do odontopediatra no diagnóstico e tratamento precoces da mordida cruzada anterior na infância – relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 39, n. 2, p. 47–53, 2018.

FELIX, C. P. et al. Exploratory study of the prevalence of traumatic injuries in preschool children in the city of Macapá, Brazil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 14, n. 2, p. 71–77, 2014.

FERRARI, C.; FERREIRA DE MEDEIROS, J. Dental trauma and level of information: mouthguard use in different contact sports. **Dental Traumatology**, v. 18, n. 3, p. 144–147, 2002.

FERREIRA, J. M. S. et al. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 2, p. 219–223, 2009.

FIRMINO, R. T. et al. Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. **Brazilian Oral Research**, v. 28, n. 1, p. 1–7, 2014.

FRACASSO, M. DE L. C. et al. Injúrias dentárias em dentes decíduos: estudo longitudinal TT - Dental injuries in deciduous teeth: a longitudinal study. **Saude e pesqui. (Impr.)**, v. 9, n. 3, p. 461–471, 2016.

GONÇALVES, B. M. et al. O Impacto Do Traumatismo Dental E Do Comprometimento Estético Na Qualidade De Vida De Pré-Escolares. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 448–455, 2017.

GONDIM, J.; MOREIRA NETO, J. Evaluation of intruded primary incisors. **Dental Traumatology**, v. 21, n. 3, p. 131–133, 2005.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; DE MENEZES, V. A.; DE LIRA, P. I. C. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dental Traumatology**, v. 22, n. 6, p. 318–322, 2006.

HOLAN, G. Long-term effect of different treatment modalities for traumatized primary incisors presenting dark coronal discoloration with no other signs of injury. **Dental**

Traumatology, v. 22, n. 1, p. 14–17, 2006.

HOLAN, G.; FUKS, A. The diagnostic value of coronal darkgray discoloration in primary teeth following traumatic injuries. **Pediatric Dentistry**, v. 18, p. 224–227, 1996.

JESUS, M. A. et al. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. **Braz Oral Res.**, v. 24, n. 1, p. 89–94, 2010.

KRAMER, P. F. et al. Clarifying the effect of behavioral and clinical factors on traumatic dental injuries in childhood: A hierarchical approach. **Dental Traumatology**, v. 31, n. 3, p. 177–183, 2015.

LOSSO, E. M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua TT - Dentoalveolar trauma in the primary dentition. **RSBO (Impr.)**, v. 8, n. 1, 2011.

MAGNO, M. B. et al. The relationship of previous dental trauma with new cases of dental trauma . A systematic review and meta- - analysis. **Dent Traumatol.**, v. 00, p. 1–12, 2018.

MEDINA, A. C. Functional appliance therapy for bilateral condylar fracture in a pediatric patient. **Ped. Dent**, v. 31, p. 432–437, 2009.

MEDINA, A. C. **Tratamento conservador das fraturas de côndilos mandibulares em crianças**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014

MELLO-MOURA, A. et al. Multidisciplinar approach on rehabilitation of primary teeth traumatism repercussion on the permanent successor: 6-year follow-up case report. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v. 27, n. 2, p. 125–130, 2009.

MIRANDA, C.; LUIZ, B. K. M.; CORDEIRO, M. M. R. Consequences of dental trauma to the primary teeth on the permanent dentition. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 9, n. 4, p. 457–462, 2012.

NICOLAU, B.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence, causes and correlates of traumatic injuries among 13-years-old in Brazil. **Dental Traumatology**, v. 17, n. 5, p. 213–217, 2001.

OLIVEIRA, M. S. B. et al. Contexto familiar, traumatismo dentário e oclusopatias em crianças em idade pré-escolar: ocorrência e fatores associados. **Rev. odontol**, v. 39, n. 2, p. 81–88, 2010.

PERCINOTO, C. et al. Abordagem Do Traumatismo Dentário. In: **Associação Brasileira de Odontopediatria Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria/Associação Brasileira de Odontopediatria**. 1ªed. ed. [s.l.] Associação Brasileira de Odontopediatria, 2009. p. 344–376.

RAMOS-JORGE, M. et al. Parents ' recognition of dental trauma in their children. **Dent Traumatol**, v. 29, p. 266–271, 2013.

ROBSON, F. et al. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth

in preschool children. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 1, p. 118–122, 2009.

RODRIGUES, C. C. **Protetores bucais: Uma alternativa viável durante a prática esportiva**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014

RODRIGUES, C. C.; LONG, S. M.; CHELOTTI, A. Mouthguards: Why not minimize the consequences of dental traumas? **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 2, p. 177–181, 2003.

RODRIGUES, H. J. G. **Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru-SP, relacionado aos cuidados de saúde bucal. Dissertação (mestre em odontologia)**. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Univerisidade de São Paulo, 2005.

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

SILVA-OLIVEIRA, F. et al. Traumatic dental injuries in Brazilian children and oral health-related quality of life. **Dent Traumatol**, v. 34, p. 28–35, 2018.

SIQUEIRA, M. B. et al. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of Brazilian preschool children. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, n. 12, p. 6422–6441, 2013.

SOARES, F. C.; CARDOSO, M.; BOLAN, M. Association between trauma to primary incisors and crown alterations in permanent successors. **Brazilian Dental Journal**, v. 25, n. 4, p. 332–335, 2014.

TUZUNER, T.; KUŞGÖZ, A.; NUR, B. G. Temporary management of permanent central incisors loss caused by trauma in primary dentition with natural crowns: A case report. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 5, p. 522–526, 2009.

VARGAS, M. V. **Diagnóstico e tratamento da necrose pulpar em dentes decíduos traumatizados**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014

VASCONCELLOS, R. J. DE H. et al. **Trauma na dentição decídua: enfoque atual**. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. **Anais...**2003

VERRASTRO, A. **Associação entre os hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e as características oclusais e miofuncionais orais em crianças com dentição decídua**. [s.l: s.n.].

VIEGAS, C. M. et al. Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families. **Dental Traumatology**, v. 30, n. 5, p. 338–347, 2012.

WANDERLEY, M. T. **Importância do atendimento aos traumatismos na dentição decídua**. 17º Congresso da Academia Latino-Americana de Odontopediatria e 6º Congresso da APO. **Anais...**2014

WENDT, F. P. et al. Traumatic dental injuries in primary dentition: Epidemiological study among preschool children in South Brazil. **Dental Traumatology**, v. 26, n. 2, p. 168–173,

2010.

ZALECKIENE, V. et al. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 16, n. 17, p. 7–14, 2014.