

Universidade Paulista – UNIP

BEATRIZ POLETTI DIAS SANTOS

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS

São Paulo

2025

BEATRIZ POLETTI DIAS SANTOS

TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
Odontologia apresentado à
Universidade Paulista – UNIP.

Orientadora: Prof.^a M.^a Ana Maria
Peixoto Guimarães de Araujo

São Paulo

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Beatriz Poletti Dias

Traumatismo em dentes decíduos / Beatriz Poletti Dias Santos. -
2025.

51 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto
de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Ciências da saúde.

Orientadora: Prof.^a Me. Ana Maria Peixoto Guimarães Araujo.

1. Traumatismos dentários . 2. Odontopediatria. 3. Dente decíduo . 4.
Assistência Odontológica para crianças . I. Araujo , Ana Maria Peixoto
Guimarães (orientadora). II. Título.

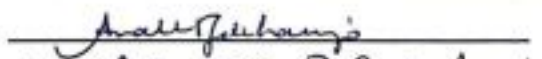
BEATRIZ POLETTI DIAS SANTOS

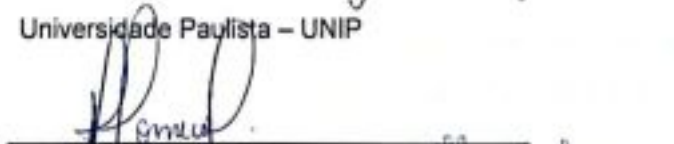
TRAUMATISMO EM DENTES DECÍDUOS

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP

Aprovado(a) em: 12 / 12 / 2025 Nota: Dez

BANCA EXAMINADORA


Nome: Ana Maria P. G. de Araújo
Universidade Paulista – UNIP


Nome: Alexandre Luiz Affonso Lomera
Universidade Paulista – UNIP


Nome: Suelma M. Long
Universidade Paulista - UNIP

NBR 14724: Informação e documentação: Trabalhos acadêmicos – Apresentação

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade da vida, pela saúde e pela força que me sustentou durante todos os anos da graduação. Foi pela fé que encontrei motivação para seguir em frente mesmo diante das dificuldades, acreditando que cada desafio fazia parte do propósito maior que Ele reservou para mim.

À minha mãe, exemplo de amor, garra e dedicação, agradeço pelo apoio incondicional em cada passo desta jornada, pelas palavras de incentivo nos momentos em que pensei em desistir. Ao meu pai, pela confiança, pelos conselhos sábios e pelo incentivo constante a nunca desistir dos meus sonhos. A vocês dois, minha eterna gratidão por acreditarem em mim mais do que eu mesma.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado, torcendo pelas minhas vitórias e acolhendo-me em meus momentos de fragilidade. O carinho e o suporte foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui com coragem e esperança.

Ao meu namorado, agradeço pela paciência, compreensão e apoio diário, por me acompanhar em cada etapa deste percurso e por acreditar na minha capacidade mesmo quando eu duvidava.

Às minhas amigas, que tornaram esta caminhada mais leve, preenchida de risos, partilhas e apoio mútuo. Obrigada por cada gesto de amizade, por compreenderem as ausências e celebrarem comigo cada conquista.

Aos meus professores, que desempenharam papel fundamental na minha formação, transmitindo conhecimento, sabedoria e valores que levarei para toda a vida. À minha orientadora, agradeço pela dedicação, paciência e orientação cuidadosa durante a construção deste trabalho, que foi essencial para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta etapa tão significativa da minha vida. Cada palavra, gesto e ensinamento fizeram a diferença para que este sonho se tornasse realidade.

EPÍGRAFE

"Nascer, morrer, renascer ainda e progredir sempre, tal é a lei"

- Allan Kardec

RESUMO

O traumatismo dental em dentes decíduos é uma ocorrência comum na infância, especialmente entre crianças de 1 a 3 anos, período caracterizado por maior atividade motora e pouca coordenação. Esses traumas representam uma das principais causas do atendimento odontopediátrico relacionado à urgência e podem comprometer não apenas a saúde bucal imediata, mas também o desenvolvimento dos dentes permanentes. Este trabalho tem como objetivo analisar as causas, fatores predisponentes, classificação, diagnóstico e tratamento das lesões traumáticas na dentição decídua, com destaque para as complicações decorrentes e a importância do acompanhamento clínico. Também aborda a relevância do cirurgião-dentista na identificação de possíveis casos de maus-tratos infantis relacionados a traumatismos. Através de uma revisão de literatura, o estudo reforça a necessidade de uma abordagem cuidadosa, com foco na prevenção e em intervenções que preservem a integridade da criança e evitem sequelas funcionais e estéticas futuras.

Palavras-chave: Traumatismos dentários; Odontopediatria; Dente decíduo; Assistência Odontológica para Crianças.

ABSTRACT

Dental trauma in primary teeth is a common occurrence in early childhood, particularly between the ages of 1 and 3, a period marked by increased motor activity and limited coordination. These injuries are among the leading causes of pediatric dental visits and may affect not only immediate oral health but also the development of permanent teeth. This study aims to analyze the causes, predisposing factors, classification, diagnosis, and treatment of traumatic injuries in primary dentition, emphasizing the resulting complications and the importance of clinical follow-up. It also highlights the role of dental surgeons in identifying potential cases of child abuse related to maltreatment. Through a literature review, the research reinforces the need for a careful and preventive approach, focusing on preserving the child's integrity and avoiding future functional and aesthetic sequelae.

Keywords: Tooth Injuries; Pediatric dentistry; Tooth, Deciduous; Dental Care for Children.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	10
2OBJETIVOS	13
3JUSTIFICATIVAS	13
4MATERIAIS E MÉTODOS	14
5REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 Traumatismo em dentes decíduos	15
5.2 Epidemiologia	16
5.3 Etiologia	17
5.4 Fatores predisponentes de traumatismo dental em crianças	18
5.5 Traumatismo dental relacionado aos maus-tratos infantis	19
5.6 Exame do paciente	21
5.6.1 Anamnese	21
5.6.2 Exame clínico	22
5.6.3 Exames complementares	23
5.7 Classificação dos traumatismos	23
5.8 Tratamento das lesões traumáticas	28
5.9 Imunização antitetânica	36
5.10 Orientações caseiras pós-trauma	37
5.11 Complicações tardias do traumatismo	38
5.11.1 Complicações relacionadas aos dentes decíduos	38
5.11.2 Complicações relacionadas aos dentes sucessores	40
6 DISCUSSÃO	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dental em crianças, especialmente em dentes decíduos, é apontado na literatura como uma condição de relevância significativa na clínica de Odontopediatria, sendo uma das principais causas da procura por consultórios odontológicos (Lopes *et al.*, 2020).

Apresenta uma alta prevalência em crianças pequenas, principalmente quando estão começando a andar, devido à falta de coordenação motora nesse início da vida (Losso *et al.*, 2011; Cantanhede *et al.*, 2021). Os traumatismos dentários ocorrem frequentemente em crianças de 1 a 3 anos de ambos os gêneros, afetando os dentes anteriores superiores, principalmente os incisivos (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Elleray *et al.*, 2025).

Os dentes decíduos apresentam uma relação anatômica com os dentes permanentes, que são formados atrás de suas raízes, no caso de dentes decíduos anteriores. E essa relação de proximidade na questão do traumatismo, é um fator importante a ser considerado, pois pode acarretar repercussões negativas para os sucessores permanentes (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023). Por essa razão, deve-se dar muita importância aos traumatismos na dentição decídua, examinando periodicamente o paciente acometido pelo traumatismo, visando detectar precocemente alterações nos dentes decíduos e nos sucessores em desenvolvimento (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023).

A etiologia desses traumas dentais em crianças está associada a quedas, acidentes esportivos, desequilíbrio em relação ao próprio corpo ou até mesmo a brincadeiras do dia a dia, podendo ocorrer em diversos dentes ou em um único elemento (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Fracasso *et al.*, 2016; Pinto, 2021). Vale ressaltar que, muitas vezes esses traumatismos são decorrentes de violência contra crianças, na maioria das vezes causados pelos próprios pais. A maioria dessas lesões decorrentes de maus-tratos acontecem na região de cabeça e pescoço e, por esse motivo, o cirurgião-dentista representa um papel importante na identificação, diagnóstico e tratamento desses pacientes, devendo notificar o Conselho Tutelar casos suspeitos ou confirmados de violência contra menores de idade (Araujo *et al.*, 2018; Peres *et al.*, 2019; Araujo *et al.*, 2024;).

Além disso, a presença de traumas recorrentes no mesmo elemento dental pode estar relacionada diretamente com fatores predisponentes ou fatores de risco, como o *overjet* maxilar acentuado e a mordida aberta anterior superior (Losso *et al.*, 2011; Cantanhede *et al.*, 2021).

Independentemente da origem que levou ao trauma dental, há diversas maneiras de manifestações nos dentes e na cavidade oral. Segundo Santos e colaboradores (2023), as lesões podem causar danos ao esmalte, à dentina, à polpa, ao ligamento periodontal e ao tecido ósseo, acometendo uma dessas estruturas ou várias ao mesmo tempo.

Quantas e quais estruturas serão afetadas dependerá do tipo de trauma, de sua força e velocidade que, a partir disso, são classificados como trincas, fraturas, concussões, luxações e subluxações. O traumatismo em dentes decíduos pode não só afetar a saúde bucal da criança, mas também podem haver consequências a longo prazo, influenciando na formação dos dentes permanentes e levando a uma maloclusão que, se não tratada, pode causar injúrias na saúde do paciente, estéticas e psicológicas (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Cantanhede *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023).

Além disso, a gestão correta dessas lesões é essencial para prevenir complicações, como problemas estéticos, infecções e reabsorções radiculares, avaliando todos os aspectos da injúria traumática sofrida pelo paciente infantil (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023). Para evitar essas dificuldades, o diagnóstico dessas lesões é de suma importância e, de modo geral, é focado na anamnese, contando a história completa do trauma; no exame clínico, verificando a oclusão, palpação do dente, inspeção das margens ósseas e análise de outros dentes, isso porque é comum haver mais de um dente lesionado; e, por fim, no exame radiográfico, que ajuda na verificação da extensão da lesão e se esse trauma se estendeu aos dentes permanentes irrompidos (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023).

Este trabalho irá abordar os tipos mais frequentes de traumatismos em dentes decíduos, suas causas, classificações, consequências e os melhores tratamentos através de uma revisão da literatura e análise de casos clínicos, com o fim de destacar a importância da prevenção, atendimento rápido e adequado

a essas ocorrências, objetivando a garantia da saúde bucal e do bem-estar geral das crianças.

2 OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é destacar a importância do conhecimento sobre os tipos de traumatismos que acometem os dentes decíduos, suas implicações clínicas e possíveis sequelas a longo prazo, bem como analisar as estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção, por meio de uma revisão da literatura odontológica.

3 JUSTIFICATIVAS

O traumatismo dentário em dentes decíduos configura-se como uma condição clínica de elevada prevalência na infância, sobretudo entre crianças de 1 e 3 anos, período caracterizado pelo início da marcha independente e limitada coordenação motora. Tais eventos traumáticos representam uma das principais causas de urgência odontológica em Odontopediatria, podendo acarretar comprometimentos imediatos à estrutura dentária, bem como repercussões a longo prazo sobre a dentição permanente e o desenvolvimento orofacial da criança. Ademais, o correto diagnóstico e acompanhamento das lesões traumáticas são fundamentais para a escolha da conduta terapêutica mais adequada a fim de não comprometer o desenvolvimento do sistema estomatognático da criança.

Outro aspecto de significativa importância é o papel do cirurgião-dentista na identificação de possíveis casos de maus-tratos infantis, visto que a maioria das lesões decorrentes de violência ocorre na região de cabeça e pescoço. Neste contexto, o profissional da Odontologia deve estar capacitado não apenas para o atendimento clínico, mas também para atuar como agente de proteção à infância, notificando os órgãos competentes sempre que necessário.

Diante disso, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento científico acerca dos traumatismos em dentes decíduos, com vistas a subsidiar a prática clínica do cirurgião-dentista, capaz de oferecer um cuidado integral, ético e eficaz às crianças acometidas por tais intercorrências.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura narrativa. Foi realizada uma análise crítica de estudos científicos previamente publicados, com o objetivo de reunir informações relevantes e atualizadas acerca dos traumatismos em dentes decíduos, suas classificações, implicações clínicas, tratamento e possíveis repercussões na dentição permanente.

A busca bibliográfica foi conduzida em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, tais como **SciELO (Scientific Electronic Library Online)**, **PubMed**, e **Google Acadêmico**, utilizando como descritores: *"traumatismo dentário"*, *"dente decíduo"*, *"odontopediatria"*, *"lesões traumáticas"*, *"diagnóstico"*, *"tratamento"* e *"prevenção de traumatismos dentários"*.

Foram incluídos artigos científicos, dissertações, diretrizes clínicas e livros publicados entre os anos de **1985 e 2025**, com prioridade para publicações mais recentes. Os critérios de inclusão consideraram trabalhos que abordassem exclusivamente traumatismos na dentição decídua, suas consequências clínicas e terapêuticas, além de estudos que envolvessem a correlação com os dentes permanentes sucessores. Foram excluídas publicações que tratassem exclusivamente de dentes permanentes, relatos de caso sem fundamentação científica e materiais que não apresentassem metodologia clara.

Ao final do processo de seleção, os materiais relevantes foram organizados, analisados e discutidos de maneira crítica, de modo a atender aos objetivos do estudo e à prática clínica odontopediátrica.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Traumatismo em dentes decíduos

O traumatismo em dentes decíduos é uma situação clínica recorrente na infância, principalmente entre crianças de 1 a 3 anos, período em que há maior atividade motora e menor habilidade na coordenação, o que gera um aumento considerável do risco de quedas e acidentes (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Elleray *et al.*, 2025). Esses traumas variam desde pequenas fraturas até luxações complexas; esses episódios podem comprometer não apenas a estética e o processo mastigatório da criança, mas também afetar de maneira negativa o desenvolvimento dos dentes permanentes que serão seus sucessores (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Elleray *et al.*, 2025).

Além do impacto físico, as lesões podem trazer efeitos desfavoráveis para o psicológico da criança. A abordagem clínica deve ser cuidadosa e aprimorada, devendo levar em conta a idade da criança, o tipo de trauma, o comportamento do paciente e o risco de prejuízos aos tecidos e germes dentários permanentes (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; BRASIL, 2024; Elleray *et al.*, 2025).

Infelizmente, muitos pais e responsáveis não atribuem a devida importância às lesões traumáticas dentárias, o que resulta em uma procura tardia por atendimento profissional. Na maioria dos casos, a busca por cuidados ocorre apenas após o surgimento de sintomas agudos, como inflamação ou comprometimentos estéticos evidentes (Meyfarth *et al.*, 2021).

O exame do paciente e o pronto atendimento dos casos de injúrias traumáticas são fundamentais para o melhor prognóstico do caso (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; BRASIL, 2024). O cirurgião-dentista tem o papel de educador em saúde, e deve ser um agente de informação sobre os riscos, como prevenir situações que favorecem ao trauma dental em crianças pequenas; orientando pais nesse sentido (Losso *et al.*, 2011).

Esta revisão de literatura possui como propósito reunir e analisar as principais evidências científicas relacionadas ao traumatismo em dentes decíduos, contribuindo para uma abordagem mais eficaz e justificada do tema no dia a dia prático da odontopediatria (Lembacher *et al.*, 2022).

5.2 Epidemiologia

A incidência de traumatismo em dentes decíduos é extensamente estudada devido à sua elevada frequência na infância, período em que os elementos anatômicos e comportamentais tornam as crianças mais suscetíveis a acidentes. A prevalência do traumatismo ligado aos dentes decíduos varia de 11% a 35%, com predominância entre 1 e 3 anos, o que condiz com o início do deslocamento motor independente, aumentando o risco de tombos e impactos (Elleray *et al.*, 2025).

Quando se cita a relação do tipo de trauma mais recorrente nessa fase, a maior incidência é relacionada à queda da própria altura da criança, com uma porcentagem que chega a 80% das ocorrências relatadas. Os dentes com maior frequência de trauma são os incisivos superiores, podendo o trauma ocorrer em grupo ou apenas em um dente isolado. O que irá determinar essa predominância será o motivo do trauma, sendo mais comum o impacto em mais de um elemento, seja em acidentes durante a prática esportiva ou acidentes automobilísticos (Losso *et al.*, 2011).

Segundo Gomes e colaboradores (2020) a incidência de traumatismos dentários não está necessariamente relacionada à condição socioeconômica. Os casos relatados são mais frequentes em famílias não nucleares, onde os pais da criança são separados, e as mães possuem menor nível de escolaridade. A explicação dos autores sobre esses achados pode estar relacionada ao fato de serem mães que desempenham atividade laboral ou estão ocupadas com outras atividades, negligenciando a supervisão da criança (Gomes *et al.*, 2020).

Segundo Vieira e colaboradores (2021), a região Nordeste apresentou uma alta prevalência de traumatismo dentário (53%), e os meninos mostraram prevalência superior (40%) em comparação às meninas (34%), embora a diferença entre os sexos não tenha sido estatisticamente significativa. Entre os fatores analisados, apenas a idade média das crianças teve influência relevante na variabilidade dos dados: a cada aumento de um ano, a prevalência crescia em 0,12 casos de traumas em dentes decíduos.

5.3 Etiologia

A etiologia dos traumas dentários especificamente em dentes decíduos está estreitamente relacionada ao período e estágio de desenvolvimento motor e desempenho comportamental das crianças. A maior incidência desses acidentes ocorre na primeira infância, entre 1 e 3 anos de idade, período no qual a criança começa a andar de forma independente, mas ainda não possui total controle de seus movimentos (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Meyfarth *et al.*, 2021; Elleray *et al.*, 2025).

As quedas durante atividades recreativas ou dentro do ambiente familiar representam as causas mais recorrentes, como choques com objetos e acidentes em brinquedos, o que foi citado por Santos e colaboradores (2023). Além disso, em menor frequência estão os casos de negligência dos responsáveis legais ou até mesmo violência física (Pinto, 2021; Zarzar *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023; Araujo *et al.*, 2024).

Alguns fatores podem levar à maior predisposição para a ocorrência de traumas, como o tipo de oclusão e hábitos deletérios, podendo-se citar como exemplo a sucção digital ou o uso prolongado de chupeta, bem como a falta de supervisão por parte de adultos, que contribuem significativamente para a ocorrência de traumas (Losso *et al.*, 2011). A anatomia craniofacial infantil também é uma grande influência para episódios traumáticos na dentição decídua, sendo descrita por uma proeminência maior da maxila em relação à mandíbula, aumentando a vulnerabilidade dos incisivos superiores, tornando-os os dentes mais afetados (Losso *et al.*, 2011; Cantanhede *et al.*, 2021).

Além disso, o contexto escolar e a participação em atividades físicas também são considerados fatores etiológicos relevantes, principalmente nas faixas etárias mais próximas da transição para a dentição mista (Cardoso *et al.*, 2023).

É importante mencionar o impacto causado pela pandemia da COVID-19 em relação aos traumatismos dentais infantis. Com o fechamento das escolas observou-se um aumento dos traumatismos dentários em crianças entre 0 e 6 anos causado, principalmente por acidentes domésticos. Devido ao alto risco de transmissão do vírus em ambientes odontológicos, muitos procedimentos eletivos foram suspensos, priorizando-se apenas os atendimentos de urgência. Com a diminuição dos atendimentos presenciais foi necessária a criação de

orientações para reforçar o cuidado dos dentes no ambiente domiciliar, tais como as consultas remotas para casos não emergenciais com foco em medidas de prevenção quanto as brincadeiras dentro de casa que pudessem trazer risco de acidentes. (Almeida *et al*, 2021).

Analisar as etiologias dos traumas é imprescindível não apenas para o gerenciamento clínico, mas também para a elaboração de medidas de prevenção que alcancem a educação de pais, cuidadores, responsáveis legais e profissionais da saúde envolvidos no meio pediátrico (Sousa *et al.*, 2024).

5.4 Fatores predisponentes de traumatismo dental em crianças

Diversos fatores predisponentes estão ligados aos traumatismos dentários, incluindo agentes sociodemográficos, socioeconômicos, alterações orais e de desenvolvimento da oclusão, sexo e fatores antropométricos (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Pinto, 2021; Sousa *et al*, 2024).

Os estudos sobre fatores socioeconômicos investigam a relação entre a escolaridade dos responsáveis, a renda familiar e a incidência das lesões traumáticas. Entretanto, a literatura ainda não apresenta consenso sobre essa associação, indicando a necessidade de mais estudos e análises sobre esse fator (Pinto, 2021).

Quanto aos fatores socioeconômicos e antropométricos, estudos apontam uma faixa etária variável para a ocorrência de traumas, porém com maior prevalência em dentes decíduos e na faixa etária de 0 a 6 anos, tornando essa fase da vida um fator predisponente. Outros estudos apontam a faixa etária de 1 a 3 anos como a mais prevalente para as injúrias traumáticas (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Elleray *et al.*, 2025). Sendo que o sexo masculino apresenta maior frequência de lesões, o que pode ser atribuído ao comportamento em práticas esportivas e brincadeiras, mais frequentes quando comparado ao sexo feminino (Pinto, 2021).

Outros fatores comportamentais e hábitos deletérios presentes no cotidiano do paciente, entre eles a sobressalência causada pelo uso de chupeta e o tipo de amamentação (mamadeira) são apontados na literatura como predisponentes aos traumatismos dentários em crianças pequenas (Losso *et al.*, 2011). Crianças amamentadas naturalmente, por pelo menos os seis primeiros

meses de vida, apresentam menor risco de incidência de lesões traumáticas. O mesmo não ocorre com crianças que fazem ou fizeram uso de chupeta e amamentação artificial, devido à maior propensão a alterações no sistema estomatognático de forma geral e na relação dos arcos dentários quando estimuladas por hábitos deletérios (Losso *et al.*, 2011; Pinto, 2021).

Em relação às alterações do sistema estomatognático e suas consequências, pode-se citar a alteração do *overjet* ou sobressaliência. Essa condição contribui para o mau posicionamento vestibular dos dentes anteriores; na dentição decídua, um trespasse horizontal entre os dentes anteriores superiores e inferiores maior ou igual a 3 milímetros já representa um aumento na incidência de traumatismo (Losso *et al.*, 2011; Pinto, 2021).

Também associados ao risco de lesões estão a falta de selamento labial ou o mau posicionamento do lábio que pode ser consequência da respiração bucal, a alteração vertical da oclusão e a mordida aberta anterior. As maloclusões, principalmente na dentição decídua, acarretam maior ocorrência de lesões traumáticas, pois promovem uma desordem no sistema estomatognático, causando mudanças na conformação dos dentes e deixando a região oral do paciente desprotegida frente a injúrias (Losso *et al.*, 2011; Pinto, 2021).

Por fim, é importante citar que procedimentos odontológicos anteriores podem ser uma das causas de traumatismo dentário. Restaurações amplas, dentes com tratamento endodôntico e lesões de cárie geram o enfraquecimento das estruturas dentais, o que, por consequência, aumenta a incidência de lesões traumáticas na dentição decídua (Castro, Mello, 2013).

5.5 Traumatismo dental relacionado aos maus-tratos infantis

O cirurgião-dentista deve estar apto e capacitado para distinguir um trauma acidental daquele causado por maus-tratos, principalmente pelo fato de a maioria das lesões geradas por violência ocorrerem na cabeça e pescoço (Araujo *et al.*, 2018; Araujo *et al.*, 2024). A avaliação diagnóstica é possível por meio da anamnese e de exames clínicos e radiográficos, os quais podem apontar

indícios de que o trauma esteja relacionado à violência contra a criança (Castro, Mello, 2013; Araujo *et al.*, 2018).

Havendo suspeita de maus-tratos, é dever do profissional dentista acompanhar atentamente o tratamento e investigar com maior profundidade para que, caso necessário, sejam tomadas as medidas cabíveis e os órgãos competentes sejam notificados (Araujo *et al.*, 2024). No Brasil, a violência é apontada como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em menores de idade (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2024). Na área da odontologia, a abordagem deve ser interdisciplinar, avaliando não somente o dente lesionado em questão, mas também a boca e o paciente como um todo (Castro, Mello, 2013, Araujo *et al.*, 2024).

Segundo Castro e Mello (2013), para auxiliar no diagnóstico correto do cirurgião-dentista, são citados sete parâmetros considerados clássicos:

1. Demora na procura por assistência médica.
2. História do acidente vaga, com ausência de detalhes e variável durante a repetição.
3. Relato da causa provável incompatível com a lesão observada.
4. Alteração de humor dos responsáveis, que se mostram preocupados apenas com seus próprios problemas.
5. Alteração de comportamento dos responsáveis, que muitas vezes se apresentam hostis.
6. Criança aparentemente triste e com pouca interação com seus responsáveis.
7. História contada pela criança diferente daquela contada pelos pais.

Um dos tipos de lesões mais frequentes é a contusão, comumente observada em lábios, freio labial superior e pescoço. Já as abrasões e lacerações localizam-se frequentemente no palato, assoalho da boca e, de forma mais ampla, na região facial. Em geral, as sequelas causadas por agressões não se limitam à região oral, podendo estar disseminadas por todo o corpo. Desse modo, é importante que o cirurgião-dentista possua não somente um olhar clínico voltado para a cavidade oral, mas que analise o paciente por completo, podendo, assim, notar indícios de queimaduras, marcas de mordida e, principalmente,

traumatismos dentais (Castro, Mello, 2013; Araujo *et al.*, 2018; Araujo *et al.*, 2024).

Portanto, o papel do cirurgião-dentista frente a essa situação é reconhecer a possibilidade de maus-tratos, suprir as necessidades odontológicas do paciente e informar as autoridades responsáveis, de acordo com os protocolos já instituídos. A abordagem deve ser interdisciplinar, e a colaboração de profissionais da assistência social e da psicologia é de suma importância, garantindo tanto a integridade da criança quanto da família (Castro, Mello, 2013; Araujo *et al.*, 2018; Araujo *et al.*, 2024).

5.6 Exame do paciente

O diagnóstico das injúrias traumáticas é bastante complexo, principalmente em casos de maus-tratos, pois a criança não é capaz de informar todos os dados envolvendo o trauma, além de se sentir amedrontada pelo agressor (Araujo *et al.*, 2018). O exame deve se iniciar no momento que o menor de idade entra no consultório acompanhado de seus responsáveis (Araujo *et al.*, 2018). O profissional deve observar tudo, desde a aparência geral, como o paciente está vestido, bem como sua interação com os pais, a fim de verificar qualquer indício que fuja da normalidade (Araujo *et al.*, 2018).

O exame clínico de um paciente pediátrico com traumatismo dental em dente decíduo requer uma abordagem cuidadosa e sistemática, considerando as particularidades anatômicas e fisiológicas dessa fase dentária (Castro *et al.*, 2013).

5.6.1 Anamnese

A anamnese é essencial nessa fase de avaliação, pois, com as informações extraídas será definido o tratamento de maneira mais segura e mais eficaz para o paciente (BRASIL, 2024). Sabendo da condição sistêmica do paciente, o cirurgião dentista conseguirá da melhor maneira possível realizar um procedimento sem que haja intercorrências, dessa maneira, em algumas situações, se faz necessário contatar o médico do paciente para obtenção de mais dados. (Losso *et al.*, 2011)

De modo geral, em relação ao trauma dental deve-se realizar três perguntas essenciais, que irão auxiliar no diagnóstico do caso (Losso *et al.*, 2011):

- **Como** aconteceu o trauma e verificar se é compatível com o relato dos responsáveis da criança e os achados clínicos encontrados
- **Quando** ocorreu, pois o tempo decorrido entre o trauma e o atendimento do paciente interfere no prognóstico do caso
- **Onde** se deu o trauma, para saber se houve uma possível contaminação e se necessário realizar vacinação antitetânica

Além desses questionamentos, é importante perguntar se há histórico de trauma anterior, isso porque achados clínicos e radiográficos poderão ser justificados pelo mesmo (Losso *et al.*, 2011).

5.6.2 Exame clínico

No exame físico é essencial uma abordagem completa, pois se houver direcionamento em apenas uma estrutura pode levar a uma negligência de lesões coexistentes (Santos *et al.*, 2023).

O exame extraoral envolve a inspeção da face em busca de assimetrias, edemas, hematomas ou lacerações. A palpação das estruturas ósseas faciais, como maxila e mandíbula, e da articulação temporomandibular (ATM) é indispensável para descartar possíveis fraturas (Losso *et al.*, 2011).

No exame intraoral, deve-se avaliar cuidadosamente os tecidos moles (lábios, gengiva, mucosa jugal, língua e palato) à procura de lacerações, edemas ou corpos estranhos (Losso *et al.*, 2011). Em seguida, os dentes são inspecionados individualmente, observando-se a presença de fraturas coronárias (esmalte, dentina, com ou sem exposição pulpar), alterações de cor, mobilidade, sensibilidade à percussão e palpação, e possíveis deslocamentos dentários (Losso *et al.*, 2011). O teste de vitalidade pulpar em dentes decíduos pode ser inconclusivo, além de prejudicar o condicionamento do paciente, razão pela qual não deve ser realizado (Losso *et al.*, 2011; Elleray *et al.*, 2025).

É importante salientar que as fraturas de côndilo, embora pouco prevalentes e muitas vezes assintomáticas, representam uma complicação relevante em casos de traumatismos dentários mais severos, podendo exigir intervenção cirúrgica. O diagnóstico clínico deve considerar sinais como

hematoma, aumento de volume nas regiões pré-auricular e mentoniana, desvio mandibular, parestesia no lábio inferior e possíveis manifestações neurológicas. Também é essencial avaliar a estabilidade da oclusão e os movimentos excursivos da mandíbula. (Oliveira *et al*, 2021).

5.6.3 Exames complementares

Os exames radiográficos são fundamentais para complementar o exame clínico, permitindo avaliar a extensão de fraturas coronárias e radiculares, o estágio de desenvolvimento radicular, a relação do dente decíduo traumatizado com o germe do dente permanente sucessor, a presença de fraturas ósseas alveolares e a condição do ligamento periodontal. As radiografias periapicais são as mais indicadas, podendo ser complementadas por oclusais em casos específicos (Losso *et al.*, 2011).

Após realizada as três fases do exame que são compostas pela anamnese, exame clínico e exames complementares o diagnóstico é definido e assim será dado o melhor tratamento para o tipo de lesão e o possível futuro impacto da terapêutica adotada. Tratamentos que podem levar ao risco de erupção e o desenvolvimento do dente permanente são contraindicados (Losso *et al.*, 2011).

5.7 Classificação dos traumatismos

É de suma importância que o sistema de classificação das lesões traumáticas descreva todas as suas variantes, pois, caso contrário podem surgir grandes dificuldades ou erros de diagnóstico (Andreasen, 1985). Os traumatismos dentoalveolares em dentes decíduos são classificados de acordo com as estruturas afetadas (dentes e tecidos de sustentação), seguindo, em geral, a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptada por Andreasen (1985).

A seguir, estão relacionadas as injúrias traumáticas segundo a classificação de Andreasen (1985):

I. Lesões relacionadas aos tecidos dentários:

Trincas de esmalte

Essa lesão é representada por fraturas incompletas em região de esmalte, sem causar a perda de estrutura dental. Na maioria dos casos de trinca não há complicações relacionadas a necrose pulpar, obliteração do canal pulpar ou reabsorção. Porém, como cada paciente possui uma anatomia e sistema diferentes pode existir possibilidade de complicações tardias.

De modo geral, as infrações de esmalte quando isoladas parecem ter um mínimo ou nenhum risco em relação às complicações na polpa ou no periodonto. Ainda são necessários mais estudos para saber se as trincas enfraquecem a coroa e levam a futuras fraturas.

Fraturas de esmalte

Fraturas de esmalte são limitadas apenas a uma estrutura, desse modo, não chegam a expor a dentina. Essas se demonstraram ser seguidas de necrose pulpar em apenas 1% dos casos, chegando perto dos níveis de relatos de dentes controles não traumatizados e, sendo assim, essa classificação representa um risco mínimo de consequências tardias como a necrose pulpar ou periodontal.

Fraturas de esmalte e dentina sem exposição pulpar

São fraturas limitadas às estruturas de esmalte e dentina, sem envolvimento de polpa. Quando atinge a dentina e não feito um correto tratamento ou apenas deixado de lado pelo responsável existem grandes chances de uma contaminação da polpa pelos túbulos dentinários, gerando assim consequências que podem ser irreparáveis ao dente.

Fraturas profundas em regiões laterais como mesial e distal podem levar a uma maior frequência de necrose pulpar do que fraturas superficiais localizadas nos cantos ou fraturas horizontais.

Em conclusão, fraturas que abrangem esmalte e dentina possuem riscos de complicações mínimos, porém, negligenciar o tratamento desse grupo pode levar a um aumento no risco de danos pulpares.

Fraturas de esmalte e dentina com exposição pulpar

Nessa situação, a lesão se estende em esmalte, dentina e polpa. Para esses casos foram desenvolvidos procedimentos para preservar a polpa que foi

exposta, dentre eles estão o capeamento pulpar e a pulpotomia coronária e cervical.

É importante que haja uma diretriz de tratamento, baseada em estudos de longo prazo, sobre a escolha entre procedimentos de capeamento pulpar e pulpotomia. Em casos de fraturas que envolvam exposição pulpar não se pode dar alta ao paciente sem realizar procedimentos que protejam a polpa.

Fraturas corono-radulares

As fraturas corono-radulares além do esmalte e dentina acometem o cemento e ocorrem com ou sem o envolvimento da polpa e o tratamento varia de acordo com a extensão da fratura. Nesses casos, o tratamento é indispensável e deve ser realizado o quanto antes para que não ocorram consequências irreparáveis.

Fraturas radiculares

A fratura radicular é definida como uma lesão combinada que afeta esmalte, dentina, cemento, polpa e ligamento periodontal. O padrão de cicatrização dessas lesões demonstrou variar desde a consolidação por tecido duro da fratura até a interposição de osso e/ou ligamento periodontal entre as superfícies fraturadas, porém, a não cicatrização em conjunto com a necrose pulpar com tecido de granulação também pode ocorrer. Sua taxa de evolução para uma necrose pulpar varia de 22 a 40%, e um fator relacionado a essa lesão foi o deslocamento do fragmento no momento da lesão.

Tabela I - lesões aos tecidos dentários. (fonte: Losso, *et al*, 2011)

Trinca de esmalte	não há perda de estrutura, apenas com linha de fratura em esmalte
Fratura de esmalte	Perda de estrutura reduzida ao esmalte
Fratura de esmalte e dentina	perda de estrutura ao esmalte e dentina, sem exposição da polpa
Fratura de esmalte e dentina com exposição da polpa	Perda de estrutura de esmalte, dentina, com exposição da polpa
Fratura coronoradicular	Perda de estrutura de esmalte, dentina e cemento, sem exposição pulpar
Fratura de raiz	Perda de estrutura que envolve esmalte, dentina, cemento e polpa

II. Lesões relacionadas aos tecidos de sustentação

1. Sem deslocamento dental

Concussão

Lesão nas estruturas de suporte dos dentes, sem a ruptura das fibras, e sem a presença de sangramento pelo sulco gengival, causado por trauma de pequena intensidade. O paciente relata sensibilidade ao toque, não há presença de mobilidade e deslocamento do dente (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023).

Subluxação

Lesão causada por trauma de baixa a moderada intensidade nos tecidos de sustentação. O elemento dental traumatizado não apresenta fraturas, pode apresentar discreta mobilidade e não há deslocamento, podendo haver presença de sangramento pelo sulco gengival (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023).

2. Com deslocamento dental

Luxação extrusiva

Neste tipo de luxação há o rompimento do ligamento periodontal e o dente é parcialmente deslocado para fora do alvéolo, porém, não saindo completamente dos limites anatômicos do alvéolo. É caracterizado por mobilidade, sangramento e grande sensibilidade ao toque.

Luxação Intrusiva

O elemento dental sofre um deslocamento forçado para dentro do alvéolo, parcial ou totalmente. Por conta da intrusão o paciente pode relatar que o dente “sumiu”, pode ocorrer fratura óssea e por isso é importante verificar fundo de vestibulo. O paciente terá sensibilidade ao toque, sangramento e deslocamento do dente (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021).

Luxação Lateral

Traumatismo de maior intensidade que leva ao deslocamento excêntrico do dente no alvéolo, pode se desviar para as paredes mesiais, palatinas, vestibulares e distais.

O dente terá mobilidade, sangramento, deslocamento do dente e até mesmo lacerações em gengiva são comuns (Catanhede *et al.*, 2021).

Avulsão

É o deslocamento total do dente para fora do alvéolo. É importante realizar uma tomada radiográfica para verificar se o dente não está incrustado nos lábios em casos de suspeita ou “perda do dente” ou mesmo sofreu uma intrusão para dentro do alvéolo (Losso *et al.*, 2011; Elleray *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2024).

Tabela II- lesões aos tecidos de sustentação (Fonte: Losso *et al.*, 2011)

Concussão	traumatismo sem ruptura de fibras, sem deslocamento e mobilidade (de baixa intensidade)
Subluxação	traumatismo com pequena mobilidade, sem deslocamento do alvéolo e pode haver sangramento no sulco gengival (de baixa a moderada intensidade)
Luxação Lateral	traumatismo com deslocamento nos sentidos palatino, vestibular, mesial ou distal. (de maior intensidade)
Luxação Intrusiva	traumatismo que leva ao deslocamento do dente para o interior do alvéolo
Luxação Extrusiva	Traumatismo que leva ao deslocamento parcial para fora do alvéolo
Avulsão	Traumatismo que leva ao deslocamento total do dente para fora do alvéolo

5.7.1 Lesões aos tecidos moles

As lesões de tecidos moles podem estar presentes nos traumatismos dentários, por isso é importante que sejam relatadas com o máximo de descrição possível, incluindo sua etiologia, localização, profundidade e tamanho. Dentro das lesões de tecido mole são citadas as abrasões, contusões ou lacerações nos tecidos intraorais e extraorais, podendo incluir os lábios, mucosa oral e gengiva (Elleray *et al.*, 2025).

Diante de ocorrências de lesões aos tecidos moles é essencial fazer uma avaliação em região de lábio, isso porque possíveis fragmentos dentários podem estar alojados no local (Losso *et al.*, 2011; Elleray *et al.*, 2025).

Contusão

Mostra-se como um trauma causado por impacto com objeto, resultando em edema e hemorragia sob a pele ou mucosa. Não há o rompimento da mucosa (Catanhede *et al.*, 2021).

Abrasão

A abrasão é caracterizada como um arranhão ou extirpação mais superficial de uma camada da pele que foi causada por algum tipo de atrito (Catanhede *et al.*, 2021).

Laceração

Laceração é apresentada como um corte superficial ou profundo na pele, geralmente causado por objetos pontiagudos ou impactos mais agressivos (Catanhede *et al.*, 2021).

5.8 Tratamento das lesões Traumáticas

O tratamento das lesões traumáticas na dentição decídua visa de maneira geral aliviar a dor do paciente, evitar possíveis complicações tardias como por exemplo infecções e prevenir danos aos germes dentários sucessores. (Losso *et al.*, 2011 ; Campos *et al.*, 2016 ; Meyfarth *et al.*, 2021 ; BRASIL, 2024 ; Elleray *et al.*, 2025).

É de suma importância que o profissional de saúde faça uma abordagem de conduta e de tratamento padronizadas para obtenção de melhores resultados, dessa maneira, para um melhor direcionamento pode-se usar a proposta criada pela Associação Internacional de Traumatologia Dentária (*International Association of Dental Traumatology* - IADT). Essas diretrizes são voltadas para a filosofia da mínima intervenção e ensinamentos de acordo com a capacitação do cirurgião dentista voltado para o assunto de traumatismo dentário e comportamento diante da criança e dos responsáveis legais (Levin *et al.*, 2020; Pinto, 2021).

Mesmo não havendo um consenso na literatura sobre o tratamento das lesões traumáticas em dentes decíduos é obrigação do profissional de saúde considerar a saúde geral e oral do paciente quando propor um tratamento. Fatores como o tipo de trauma, a colaboração do paciente frente a abordagem, rizólise do dente traumatizado, rizogênese do dente sucessor e avaliação da oclusão são de extrema importância para que o resultado seja mais favorável. (Pinto, 2021)

De acordo com as orientações do IADT, devemos priorizar uma abordagem mais conservadora, acompanhamento periódico de acordo com

cada caso e se necessário exames radiográficos (Levin *et al.*, 2020; Pinto, 2021). As tomadas radiográficas para acompanhamento serão indicadas em casos de fraturas amplas e ou achados clínicos que sugerem possíveis patologias, esse cuidado deve ser tomado até a esfoliação do dente permanente. (Pinto, 2021)

5.8.1 Tratamentos de acordo com o tipo de injúria traumática

I. Tratamento das lesões dos tecidos duros

Trinca de esmalte

O tratamento recomendado é simples, não necessitando de nenhum tipo de intervenção invasiva na estrutura dental. Deve-se realizar apenas a profilaxia e aplicação de flúor para evitar quadros de sensibilidade (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Brasil, 2024; Santos *et al.*, 2024).

Prognóstico: favorável.

Fraturas de esmalte

O tratamento nas fraturas de esmalte depende da extensão. Em casos de pequena extensão, deve-se realizar o desgaste e polimento das arestas pontiagudas, e aplicação de tópica de verniz com flúor. Esse alisamento de arestas cortantes auxilia na prevenção de machucados em lábios e língua do paciente (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024). Quando houver uma perda estrutural do esmalte maior, opta-se pela restauração na área afetada (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

Prognóstico: favorável.

Fratura de esmalte e dentina (sem exposição pulpar)

O tratamento irá depender da proximidade que a fratura está da polpa, essa característica poderá ser observada na radiografia (Catanhede *et al.*, 2021).

Em casos com maior quantidade de dentina protegendo a polpa, deve ser inserido o ionômero de vidro para proteção do complexo dentino-pulpar e reconstrução com resina composta. Nos casos de pouca quantidade de dentina é recomendado o forramento com hidróxido de cálcio, uma camada de ionômero

de vidro e, por fim, restauração com resina composta (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

É de grande importância fazer acompanhamento tanto clínico quanto radiográfico até a esfoliação do dente decíduo (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

Prognóstico: favorável

Fratura de esmalte e dentina (com exposição pulpar)

Quando ocorre a exposição pulpar em uma fratura, a radiografia servirá para avaliação da câmara pulpar, o estado de rizogênese do dente sucessor e o grau de rizólise do dente decíduo afetado. O tratamento dependerá da extensão da fratura, momento que o trauma ocorreu e a colaboração da criança (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

No caso de envolvimento pulpar, o planejamento do caso está condicionado a uma série de fatores, tais como extensão da fratura do esmalte e o remanescente dentinário, o grau de rizogênese do sucessor permanente e de rizólise do dente decíduo, o momento em que ocorreu o trauma (se a busca pelo tratamento foi imediata ou tardia) e o grau de colaboração da criança (Losso *et al.*, 2011). Em relação ao grau de desenvolvimento dental, quanto mais jovem for o dente (enquanto a rizogênese estiver incompleta), melhor será a resposta pulpar (Losso *et al.*, 2011). Num primeiro momento poderá ser feito o capeamento direto, caso seja um dente jovem, sem presença de rizólise, o que se verifica em crianças de 0 a 3 anos de idade (Losso *et al.*, 2011). O material geralmente usado para recobrir a polpa é o hidróxido de cálcio PA, seguido pela inserção de ionômero de vidro e restauração com resina composta (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021).

No caso de exposição mais extensa da polpa ou que ultrapassar mais de 2 horas após o traumatismo, está indicada a pulpectomia ou até mesmo a exodontia do dente decíduo, caso o dente apresente um alto grau de rizólise (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021).

O acompanhamento deve ser feito após uma semana, depois de 6-8 semanas, e por fim a cada ano até a esfoliação do dente permanente (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

O prognóstico pode ser tanto favorável quanto desfavorável, o dente poderá apresentar a formação de tecido mineralizado e se manter estável ou apresentar sinais de lesão periapical, por isso o acompanhamento clínico e radiográfico é muito importante (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; Santos *et al.*, 2024).

Fraturas coronorradiculares

O exame radiográfico é fundamental para se identificar a extensão e o tipo da fratura, e se envolve apenas a raiz dental ou também a coroa do dente (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

O tratamento dependerá da sua extensão, ou seja, quando se estende mais de 2mm além do limite gengival, o melhor tratamento é a exodontia mais avaliação ortodôntica, porém, quando a fratura possui menos de 2 milímetros aquém do limite gengival e a criança for colaboradora é possível tratar com uma restauração (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024). Além disso fraturas com menos de 2 milímetros abaixo do limite e com exposição pulpar pode-se optar pelos mesmos tratamentos descritos na fratura de esmalte e dentina (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

O acompanhamento radiográfico é recomendado na primeira semana, após 6-8 meses e depois anualmente até a esfoliação do dente decíduo (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

Prognóstico: O dente pode se apresentar assintomático, ou, sintomas de lesão periapical em alguns casos (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

Fratura Radicular

No exame radiográfico a fratura é localizada no terço apical, médio ou cervical, além do longitudinal. O tratamento é dividido de acordo com os terços, ou seja, quando há lesão no terço apical não é necessário tratamento, apenas acompanhamento clínico e radiográfico, isso porque haverá a reabsorção. No terço médio até 2 horas após o trauma se faz o reposicionamento por pressão digital e contenção semirrígida por 21 dias. No terço cervical e longitudinal é preconizado a exodontia e avaliação ortodôntica (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

O acompanhamento radiográfico deve ser feito para todas as fraturas, uma inicial, após 6 meses e anual até erupção do dente permanente (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

Prognóstico: terço apical possui o melhor prognóstico e a fratura longitudinal o pior (Losso *et al.*, 2011; Catanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

II. Tratamento das lesões dos tecidos de sustentação

Concussão

Na concussão o dentista quase não é consultado de imediato, visto que os dentes não apresentam fraturas, mobilidade ou deslocamentos, e os responsáveis acabam levando a criança apenas se algo ocorrer futuramente (Losso *et al.*, 2011).

Os testes de percussão e térmico não estão indicados, isso porque o resultado não é preciso, e o profissional deverá fechar seu diagnóstico baseado no exame clínico e radiográfico do caso (Losso *et al.*, 2011).

O controle clínico e radiográfico deve ser realizado periodicamente até a esfoliação do dente decíduo, pois podem ocorrer alterações a longo prazo (Losso *et al.*, 2011).

O profissional deverá orientar o repouso dental a dieta do paciente. O ideal é que durante as primeiras 48 horas a dieta se baseie em alimentos pastosos e líquidos, frios ou gelados (Losso *et al.*, 2011).

Caso a criança ainda faça uso de chupetas e mamadeiras, essas devem ser retiradas (Losso *et al.*, 2011).

Em caso de aparecimento de edemas ou fístulas, os responsáveis são orientados a levarem a criança ao consultório novamente para uma nova avaliação do caso (Losso *et al.*, 2011).

Prognóstico: favorável, havendo uma possibilidade de alteração de cor permanente ou transitória em decorrência da hiperemia pulpar. Se essa mudança for tardia, deve ser acompanhada para descarte de necrose pulpar do dente decíduo (Losso *et al.*, 2011).

Subluxação

A subluxação possui a indicação radiográfica igual à da concussão, ou seja, mesmo sem alterações é necessária para acompanhamento, além dos testes de vitalidade e percussão não serem indicados (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023).

O tratamento é seguido pela orientação na dieta, sendo indicado alimentos líquidos e pastosos pelas 48 horas seguintes e restrição do uso de mamadeiras e chupetas. Nos casos que há a mobilidade é necessário o uso de contenção semi-rígida por 7-14 dias (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023; Brasil, 2024).

Prognóstico: Favorável, porém com probabilidade de haver alteração de cor e calcificação pulpar, denominada de degeneração cálcica (Losso *et al.*, 2011).

Luxação Lateral

É importante em casos de lesões classificadas como luxação lateral avaliar a relação do dente decíduo que foi afetado com o germe do permanente e comparar com seu homólogo para um diagnóstico mais preciso (Losso *et al.*, 2011).

Para a escolha do melhor tratamento é necessário avaliar uma série de fatores, dentre eles estão: o tamanho do deslocamento, nível de desenvolvimento dentário e sua relação com o dente sucessor, quando ocorreu a lesão e o grau de colaboração da criança (Losso *et al.*, 2011).

Deslocamentos menores e sem interferência oclusal tendem a se reposicionar naturalmente pelo movimento da língua e do lábio. Em deslocamentos não muito extensos, com o estágio de rizólise até 1/3 de reabsorção e a busca imediata por atendimento, é realizado o reposicionamento com pressão bi digital sob anestesia e em caso de mobilidade é indicado o uso de contenção de 10-14 dias. Já nos casos de grandes deslocamentos o tratamento indicado é a extração (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

Os pais devem ser orientados quanto a dieta leve, a restrição no uso de chupetas e mamadeiras e o controle químico-mecânico do biofilme (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

Para o dente permanente o prognóstico é considerado favorável, entretanto, o dente decíduo afetado pode apresentar necrose pulpar com o decorrer do tempo. (Losso *et al.*, 2011).

Luxação Intrusiva

Além do exame clínico é necessário a realização de tomadas radiográficas para a escolha correta do tratamento. Se na imagem a raiz do dente decíduo estiver encurtada significa que ele se desviou do dente sucessor, e por consequência o ápice radicular ficará vestibularizado (Losso *et al.*, 2011).

O tratamento irá depender da relação entre a direção da intrusão com a tábua óssea e presença de fratura óssea, bem como da proximidade com a raiz do dente permanente em formação (Losso *et al.*, 2011). Em caso de intrusão na direção do dente permanente sucessor, a extração deve ser o tratamento de escolha (Losso *et al.*, 2011). Quando o dente está na direção vestibular, sem atingir o germe do sucessor permanente, é indicado aguardar sua reerupção passiva, que pode ocorrer em até 6 meses (Losso *et al.*, 2011).

Durante as consultas é avaliado o risco de infecção, caso ocorra, deve-se receitar antibioticoterapia. Em casos de fratura da tábua óssea a reerupção é improvável, dessa maneira, o melhor tratamento é a exodontia (Losso *et al.*, 2011).

As indicações sobre alimentação, utilização de chupetas e mamadeiras, assim como o controle físico e químico do biofilme, seguem os mesmos critérios utilizados no tratamento da luxação lateral (Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

Para o prognóstico ser favorável, o deslocamento deve ser para a vestibular, desse modo sua reerupção irá se iniciar em até 2 meses (Losso *et al.*, 2011).

Luxação Extrusiva

Para a escolha de um melhor tratamento para luxação extrusiva é preciso avaliar alguns fatores como, o grau de rizólise, tempo do acidente até a consulta, extensão do deslocamento e se há presença de interferência oclusal (Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022).

Quando há pequeno deslocamento e o atendimento for tardio, o tratamento de escolha é o acompanhamento clínico e radiográfico, já em casos de grandes deslocamentos e atendimento imediato a abordagem pode seguir dois caminhos: realizar o reposicionamento seguida de imobilização ortodôntica de 15-20 dias ou realizar a extração e fazer o uso de mantenedor de espaço até a erupção do dente permanente (Zarzar *et al.*, 2022).

Prognóstico: em casos de luxação extrusiva o prognóstico é desfavorável, pois é uma das lesões que mais levam a perda dental ou necrose pulpar. O acompanhamento deve ser realizado até a erupção do dente sucessor (Losso *et al.*, 2011).

Avulsão

Em casos de avulsão o exame radiográfico é de extrema importância para que a visualização de algum possível fragmento ou corpo estranho dentro do alvéolo ou se o dente intruiu (Losso *et al.*, 2011).

Não se recomenda o reimplante do dente decíduo, mesmo que o atendimento pelo cirurgião-dentista seja feito em poucas horas após o trauma, pois há risco de se lesar o germe permanente sucessor (Andreasen, 1985; Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

O tratamento será apenas baseado no acompanhamento e controle até a erupção do dente permanente e a avaliação ortodôntica, se necessário deve-se colocar mantenedor de espaço (Zarzar *et al.*, 2022).

Em relação ao dente sucessor o prognóstico em geral é desfavorável pois, é comum a erupção ocorrer com o permanente apresentando hipocalcificações ou hipoplasias (Losso *et al.*, 2011).

III. Tratamento das lesões aos tecidos moles

Contusão

Na contusão o tratamento não é complexo, apenas o acompanhamento profissional e a orientação para os pais/responsáveis sobre a higienização e a limpeza do local com solução de clorexidina a 0,12% de uma a duas vezes por dia durante uma semana sendo, em média suficiente para a recuperação do paciente (Zarzar *et al.*, 2022).

Abrasão

A junção de procedimentos como remoção de corpos estranhos quando houver, escovação, limpeza da área afetada com gaze e digluconato de clorexidina a 0,12% de uma a duas vezes por dia durante uma semana e o acompanhamento clínico é considerado o tratamento de eleição para casos de abrasão (Zarzar *et al.*, 2022).

Laceração

O tratamento para laceração é composto por alguns pontos importantes, dentre eles estão a higienização com gaze e digluconato de clorexidina a 0,12% em âmbito odontológico, debridamento, hemostasia e sutura do local; acompanhamento profissional até a remissão da lesão e orientação caseira para os responsáveis, sendo importante fazer a limpeza do local com gaze e digluconato de clorexidina a 0,12% de uma a duas vezes ao dia durante uma semana, além da importância da escovação para que não haja acúmulo de biofilme (Zarzar *et al.*, 2022).

5.9 Imunização Antitetânica

Em caso de traumatismos e ferimentos nos tecidos moles, é importante verificar se o paciente está com as vacinas atualizadas, devido ao risco de desenvolvimento de tétano (Losso *et al.*, 2011).

Conduta em casos de ferimento quanto ao risco de tétano (Losso *et al.*, 2011):

Ferimentos com baixo risco de tétano:

- Vacinação básica completa e reforço nos últimos 10 anos: nenhuma ação necessária.
- Vacinação completa, mas reforço feito há mais de 10 anos: aplicar uma dose de reforço da vacina antitetânica (TT).
- Esquema vacinal desconhecido, incompleto ou sem vacinação:
- Crianças até 6 anos: administrar a vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche).

- Pessoas com 7 anos ou mais: aplicar vacina DT (difteria e tétano) junto com esquema completo de imunização, podendo incluir a tetravalente (DTP + Hib).

Ferimentos com alto risco de tétano:

- Vacinação básica completa e reforço nos últimos 5 anos: nenhuma medida adicional.
- Reforço feito entre 5 e 10 anos: aplicar uma dose de reforço da vacina dT.
- Vacinação incerta, incompleta, ausente ou com reforço há mais de 10 anos: iniciar esquema completo com DTP ou dT. Associar 250 UI de imunoglobulina antitetânica (IGHAT) por via intramuscular em local diferente do da vacina. Se não houver IGHAT disponível, aplicar 5.000 UI de soro antitetânico (SAT) também por via intramuscular, em local distinto da vacina, com atenção ao risco de reação alérgica imediata

5.10 Orientações caseiras pós-trauma

Após o tratamento realizado em âmbito odontológico são necessárias certas orientações caseiras para o paciente e responsáveis, com o objetivo de ajudar a criança a ter uma recuperação de maneira mais fácil, evitando assim, complicações como infecções ou novos traumas (Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024).

O profissional deve orientar os pais e cuidadores da criança sobre os cuidados caseiros em caso de injúrias traumáticas, tais como (Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023; BRASIL, 2024):

- *Repouso dental*: Principalmente durante os primeiros dias após o trauma é preciso que o dente afetado não faça esforços como o da mastigação e por esse motivo é recomendado uma dieta leve, com alimentos líquidos e pastosos, frios ou gelados.
- *Higienização*: É importante reforçar a higienização, principalmente da área afetada para evitar acúmulo de biofilme e infecções locais. No primeiro momento existe a possibilidade de o paciente não conseguir realizar a escovação por conta da sensibilidade pós trauma, e por esse motivo uma opção é utilizar uma gaze ou cotonete embebido na solução

de clorexidina a 0,12% ou soro fisiológico duas vezes ao dia e quando possível realizar a escovação com escova de cerdas macias e dentifrício fluoretado com pelo menos 1.000ppm de flúor em pouca quantidade.

- *Prescrição de Medicamentos:* Os medicamentos só serão prescritos ao paciente em caso de necessidade, ou seja, quando houver dor, inflamação exacerbada ou infecção. Para analgésicos o de primeira escolha será paracetamol 200mg/ml e para anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) o de eleição será o ibuprofeno 100mg/ml para crianças com quadro mais complicado de trauma e presença de dor.
- *Remoção de hábitos deletérios:* Deve ser removido o hábito do uso de mamadeiras ou chupetas do cotidiano do paciente, isso porque em casos de intrusão por exemplo, pode evitar ou retardar a reerupção natural, o que irá gerar maiores problemas no futuro e a necessidade de um segundo tratamento.
- *Alerta sobre complicações:* É preciso informar aos pais sobre as possíveis complicações como a retenção prolongada, edema, alteração da cor, mobilidade e possibilidade de fístula nos dentes afetados, já na dentição permanente é necessário reforçar esse alerta principalmente em casos de avulsão, fratura alveolar e intrusão.
-

5.11 Complicações tardias do traumatismo

5.11.1 Complicações relacionadas aos dentes decíduos:

Várias podem ser as complicações que atingem os dentes decíduos após o traumatismo dental, o que pode variar é o tipo de complicação de acordo com a classificação do trauma, sua intensidade e o tempo da ocorrência (Losso *et al.*, 2011).

A hiperemia pulpar representa a reação inicial da polpa dentária diante de um trauma, mesmo que este seja de leve intensidade. Frequentemente, observa-se durante o exame clínico um acúmulo de sangue na cavidade pulpar (Losso *et al.*, 2011).

A alteração de cor na coroa é a sequela mais frequente nos dentes decíduos e pode ser temporária ou persistir até a sua queda natural. Colorações amareladas ou esbranquiçadas e opacas costumam estar associadas à obliteração do canal pulpar (Losso *et al.*, 2011). Gomes *et al.* (2023) ressaltam que a alteração de cor, além de ser um sinal clínico importante, também pode gerar impactos psicossociais para a criança e preocupação estética para os pais, evidenciando a importância do tratamento precoce.

Mesmo com o canal obstruído, é comum que esses dentes passem por processo de rizólise normalmente. As tonalidades acinzentadas ou azuladas que surgem após o trauma, geralmente resultam de uma hemorragia na polpa, sendo esta a causa de sua pigmentação. No entanto, se essa alteração de cor aparecer meses ou anos depois do trauma, é possível que a hemorragia tenha evoluído para necrose pulpar (Losso *et al.*, 2011). Meyfarth *et al.* (2021) acrescentam que a necrose pulpar é uma das principais causas de perda precoce de dentes decíduos traumatizados, reforçando a necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico periódico.

Outro sinal clínico decorrente do trauma é a retenção prolongada, situação em que o processo natural de reabsorção da raiz do dente decíduo não ocorre adequadamente e o sucessor permanente apresenta quantidade ideal de raiz para erupção. Nesses casos, é indicada a realização da exodontia do dente decíduo (Losso *et al.*, 2011).

As reabsorções dentárias podem ser classificadas como internas ou externas e podem ou não estar associadas a outras condições, como a necrose da polpa. Quando as reabsorções são leves, recomenda-se apenas o monitoramento por meio de radiografias. Nos casos mais graves, a extração dentária é o tratamento indicado (Losso *et al.*, 2011). É importante enfatizar que as reabsorções radiculares pós-trauma são diretamente relacionadas à intensidade do impacto e ao grau de comprometimento periodontal, podendo evoluir rapidamente para perda do elemento dental. (Moura *et al.*, 2018)

Santos *et al.* (2023) complementam que a presença de fístulas e abscessos periapicais em decíduos traumatizados é uma manifestação tardia comum, que deve ser cuidadosamente monitorada para evitar repercussões nos dentes sucessores.

Por fim, a anquilose dentária ocorre quando o dente é gradualmente substituído por osso, levando à sua fixação direta ao osso alveolar. Clinicamente, isso se manifesta por infraoclusão em comparação aos dentes vizinhos. Radiograficamente, nota-se a ausência do espaço do ligamento periodontal na região de fusão. Como esse dente não será reabsorvido naturalmente, geralmente é necessário removê-lo para evitar problemas na erupção do dente permanente (Losso *et al.*, 2011).

5.11.2 Complicações relacionadas aos dentes sucessores permanentes:

Há uma relação anatômica estreita entre o ápice radicular dos dentes decíduos e o germe dos dentes permanentes subjacentes. Como consequência, traumas nos dentes decíduos e no osso alveolar podem resultar em alterações no desenvolvimento da dentição permanente, como malformações dentárias, impatações e distúrbios de erupção. Dentre os diferentes tipos de traumatismo, as lesões por intrusão e avulsão são as mais frequentemente associadas ao surgimento dessas anomalias. (Day *et al.*, 2020)

A hipomineralização do esmalte é um distúrbio da mineralização que gera mudança na cor do esmalte, gerando opacidade, causado por traumas menos severos. Essa alteração não traz problemas na função ou forma do dente, apenas na qualidade do esmalte, por essa razão o tratamento é baseado na estética do dente (Losso *et al.*, 2011; Alves *et al.*, 2022).

A perda de estrutura dental não relacionada ao ataque dos ácidos bacterianos, que ocorre no período de formação do esmalte dentário, é chamada de hipoplasia do esmalte. Essa alteração é responsável por problemas estéticos, não tão prejudiciais para a função, sendo resolvido com microabrasão e, em casos mais severos, restauração em resina (Alves *et al.*, 2022).

A dilaceração coronária é uma alteração na direção de formação da coroa dentária, alterando a curvatura da raiz, isso se dá pela intrusão do dente decíduo no germe do seu sucessor, causando um ângulo entre a parte já formada e a que está em desenvolvimento (Losso *et al.*, 2011; Alves *et al.*, 2022). Se a angulação for grande, o indicado é realizar uma exposição cirúrgica seguida de tracionamento ortodôntico ou a exodontia. A condição é mais comum quando a coroa do dente permanente está parcialmente formada, e o dente decíduo não

apresenta rizólise, podendo resultar nesse quadro e interferir com o desenvolvimento e troca dos dentes (Losso *et al.*, 2011).

A perda de um dente decíduo antes do tempo pode levar à alteração do tecido conjuntivo que protege o dente permanente, por esse motivo a erupção e formação dos dentes permanentes ficam afetadas, podendo acarretar problemas na oclusão (Santos *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2024). Por isso, é fundamental orientar pais e todas as pessoas que trabalhem com crianças sobre os riscos do traumatismo dental em crianças pequenas e todos os cuidados necessários à sua prevenção (BRASIL, 2024).

6. DISCUSSÃO

O traumatismo em dentes decíduos retrata uma das principais causas de urgência em consultórios de odontopediatria, principalmente entre crianças de 1 a 3 anos (Losso *et al.*, 2011; Campos *et al.*, 2016; Meyfarth *et al.*, 2021). A literatura entra em consenso ao afirmar que, durante essa fase da vida, a criança apresenta um alto nível de atividade motora e pouca coordenação, o que, junto à curiosidade e a exploração do ambiente, a torna mais suscetível a acidentes domésticos e quedas. Nesse contexto, os incisivos superiores são frequentemente mais atingidos, por conta de sua posição na cavidade oral (Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023; Elleray *et al.*, 2025).

Entretanto, além dos acidentes considerados normais ao desenvolvimento infantil, é preciso levar em conta outros fatores que são etiológicos e predisponentes que, em conjunto, aumentam a incidência de traumatismos. De acordo com Cardoso *et al.* (2023), o ambiente escolar e a participação em atividades físicas são situações consideradas de risco, já fatores como o overjet acentuado, mordida aberta anterior, respiração bucal e a ausência de selamento labial são amplamente relacionados à maior ocorrência de lesões dentárias, isso porque deixam os dentes anteriores mais expostos a traumas como citado por Losso *et al.* (2011), Pinto, (2021) e Sousa *et al.*, (2024).

A anatomia do crânio na infância, é caracterizada pela proeminência da maxila em relação à mandíbula, o que também é um fator que ajuda no risco de lesões traumáticas (Cantanhede *et al.*, 2021). Além disso, particularidades sociais e familiares influenciam consideravelmente. Gomes *et al.* (2020) identificaram uma maior prevalência de traumatismos em crianças de famílias não nucleares, com menor escolaridade materna e falta de supervisão constante.

Outra questão importante abrange os casos de traumatismos decorrentes de maus-tratos infantis. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), a violência contra crianças permanece como um grave problema de saúde pública. Araujo *et al.* (2024) reforçam que o cirurgião-dentista deve estar apto para identificar os sinais clínicos e comportamentais sugestivos de agressão física. A demora para procurar atendimento hospitalar/odontológico, histórico contraditório dos responsáveis, lesões em locais incomuns e

comportamento distante da criança podem ser sinais de maus tratos e devem acender alertas para o dentista (Castro, Mello, 2013; Araujo *et al.*, 2018; Araujo *et al.*, 2024; Elleray *et al.*, 2025;). Na presença dessa realidade, a atuação do profissional dentista deve ser ética, responsável e baseada em diretrizes interdisciplinares de proteção à infância.

O sucesso no manejo dos traumatismos dentários em crianças pequenas depende, em sua maioria, da atuação imediata, priorizando o aconselhamento dos pais ou responsáveis sobre os cuidados caseiros pós-trauma e adoção de medidas preventivas a fim de evitar novos acidentes. No entanto, enquanto Losso *et al.* (2011) destacam a importância de orientar sobre cuidados básicos como a dieta pastosa, higienização local e vigilância de sinais clínicos, Meyfarth *et al.* (2021) chamam atenção para um ponto importante: muitos pais e responsáveis ainda não reconhecem a urgência dos traumas em dentes decíduos, desvalorizando suas possíveis complicações. Essa falta de percepção leva à procura tardia por atendimento odontológico, o que pode comprometer o prognóstico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) vai mais adiante e sugere que a orientação familiar seja desenvolvida e contínua, não apenas limitada ao momento do trauma. As equipes de saúde bucal devem atuar na educação preventiva em escolas e unidades básicas de saúde, ajudando a capacitar pais e cuidadores a identificarem riscos ambientais e hábitos deletérios, como por exemplo o uso prolongado de mamadeiras e chupetas. Losso *et al.* (2011) confirmam essa visão ao falarem que a remoção desses hábitos é essencial, principalmente após traumas que causem a intrusão do dente, pois sua manutenção pode interferir na reerupção do dente ou piorar a situação clínica inicial.

Além disso, Zarzar *et al.* (2022) reforçam a importância de orientar os pais sobre os sinais de alerta no período de pós-trauma, como por exemplo a alteração de cor, mobilidade ou formação de fístulas, que podem levar a indícios de necrose pulpar ou reabsorções. Esse cuidado por parte da família e responsáveis permite o seguimento precoce ao profissional e evitando dessa maneira intervenções mais invasivas.

No entanto, enquanto autores como Santos *et al.* (2023) defendem uma abordagem mais estratégica, voltada para recomendações específicas, Elleray

et al. (2025) enfatizam a necessidade de uma abordagem mais empática e didática, que deve ser adaptada ao nível de compreensão dos responsáveis. Para esses autores, o sucesso do tratamento não depende apenas técnica utilizada, mas também na comunicação entre profissional e família.

Dessa forma, quando comparados os autores, percebe-se um consenso sobre a importância dos pais no trauma, porém, com diferentes destaques: uns priorizam o conteúdo técnico das orientações (Losso *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2023), enquanto outros chamam atenção para a educação e sensibilidade no processo de saúde (Elleray *et al.*, 2025; BRASIL, 2024). Independentemente da abordagem, todos os autores possuem um ponto em comum: a orientação eficaz aos pais é indispensável para o sucesso do tratamento e prevenção de sequelas tanto nos dentes decíduos como nos dentes permanentes.

O diagnóstico eficaz dos traumatismos dentários demanda um procedimento clínico detalhado. A anamnese é a primeira etapa, sendo essencial para o rearranjo do evento traumático e identificação de fatores que estão associados (Losso *et al.*, 2011; BRASIL, 2024). Deve ser verificado o contexto do acidente, o tempo desde o ocorrido e se já houve histórico de trauma anterior. O próximo passo é o exame clínico intra e extraoral que deve verificar se a presença de fraturas, mobilidade dentária, deslocamentos, presença de hematomas, edemas e alterações de cor, com cuidado para não causar a criança mais dor ou medo. (Santos *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2021).

Os exames radiográficos ajudam na complementação da avaliação clínica, possibilitando a posição do dente traumatizado e a análise do estágio de rizólise, além da presença de fraturas ósseas e o comprometimento periodontal (Losso *et al.*, 2011; Elleray *et al.*, 2025). As radiografias periapicais são as mais utilizadas, mas, se necessário as radiografias oclusais também podem ser empregadas na visualização da extensão da lesão.

A classificação dos traumatismos, segundo Andreasen (1985), contribui para a sistematização diagnóstica e escolha correta do tratamento mais adequado para cada caso. As lesões podem acometer os tecidos dentários (trinca, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, com ou sem exposição pulpar, fraturas coronorradiculares e radiculares) ou os tecidos de sustentação (concussão, subluxação, luxações e avulsão). Cada uma apresenta sinais clínicos específicos, grau de complexidade distintos, que devem ser analisadas

antes da escolha da conduta terapêutica (Cantanhede *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2024).

No que pode ser dito sobre o tratamento, autores como Levin *et al.* (2020) e Pinto (2021) ressaltam a importância de uma conduta focada na filosofia da mínima intervenção, principalmente na dentição decídua. Os tratamentos conservadores, como por exemplo alisamento de arestas pontiagudas, aplicação tópica de flúor, restaurações com ionômero de vidro e resina composta, capeamento pulpar e pulpotomia são indicados de acordo com a gravidade e a profundidade da lesão (Campos *et al.*, 2016; Meyfarth *et al.*, 2021). Procedimentos mais invasivos, como pulpectomias e exodontias, devem ser indicados quando não há chances de recuperação do dente, ou quando representa risco ao desenvolvimento do dente permanente.

As luxações, por exemplo, necessitam de atenção singular. Luxações intrusivas e extrusivas podem levar ao comprometimento do germe permanente. Nestes casos, a opção entre reposicionamento, exodontia ou apenas uma conduta de observação deve considerar fatores como o grau de deslocamento, o tempo de atendimento, a colaboração da criança além da direção da intrusão (Losso *et al.*, 2011; Zarzar *et al.*, 2022; BRASIL, 2024).

É importante considerar os traumatismos dos tecidos moles quando associados, como por exemplo contusões, abrasões e lacerações. Essas lesões necessitam de cuidados como higienização, uso de antissépticos tópicos e, em alguns casos, suturas e acompanhamento (Cantanhede *et al.*, 2021; Zarzar *et al.*, 2022).

As complicações tardias derivadas dos traumatismos dentários são documentadas na literatura. Nos dentes decíduos, é comum verificar alterações de cor, necrose pulpar, anquilose, reabsorções internas ou externas e retenção prolongada (Losso *et al.*, 2011). Já em relação aos dentes permanentes, podem ocorrer malformações, hipoplasias, hipomineralizações, dilacerações coronárias e distúrbios de erupção (Day *et al.*, 2020; Alves *et al.*, 2022). Essas sequelas demonstram a importância de um bom acompanhamento clínico e radiográfico regular, que deve ser continua até a esfoliação do dente afetado. Além disso, é importante realizar a verificação da imunização antitetânica em casos de lesões nos tecidos moles, ou de acordo com a maneira em, que o trauma ocorreu, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024). Sendo

assim, os traumatismos em dentes decíduos não devem ser negligenciados, eles representam uma condição que necessita não apenas de uma habilidade técnica, mas também de ética e abordagem humanizada da criança e de seus familiares, que devem ser orientados e tranquilizados nesse contexto tão estressante. O cirurgião-dentista precisa estar preparado para atuar de forma capacitada, segura, consciente e acolhedora, buscando um tratamento que não prejudique o crescimento e desenvolvimento dos dentes permanentes sucessores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os traumatismos dentários, principalmente em dentes decíduos, configuram-se como uma das situações de urgência de maior ocorrência na odontopediatria e, ao mesmo tempo, continuam sendo um grande desafio para a preservação e cuidado da saúde bucal infantil. Na primeira infância, fase que é marcada por uma intensa curiosidade, descobertas e grande exploração do ambiente, a criança mostra um alto nível de atividade física, porém, com uma coordenação motora em desenvolvimento, o que a deixa mais suscetível a quedas, e acidentes. A revisão da literatura demonstrou que, apesar dos avanços científicos, ainda existem lacunas significativas quanto à conscientização dos responsáveis sobre a importância do atendimento imediato.

Diante disso, ressalta-se que o cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental não apenas no diagnóstico e tratamento, mas também na prevenção e na orientação aos pais e cuidadores sobre o traumatismo dental. A atenção precoce e o manejo adequado reduzem riscos de sequelas funcionais, estéticas e psicológicas na criança, além de contribuir para a preservação da saúde bucal e para o correto desenvolvimento da dentição permanente.

Conclui-se, portanto, que a abordagem dos traumatismos em dentes decíduos deve ser sempre multidisciplinar e contínua, envolvendo profissionais da odontologia, educadores e principalmente familiares. Investir em ações educativas, protocolos clínicos rígidos atualizados e estratégias preventivas é essencial para minimizar os impactos desses acidentes, reforçando a necessidade de novos estudos e de maior conscientização social acerca do tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. M; ALMEIDA, B. L; HABIBE. **Traumatismos nos dentes decíduos: Cuidados no primeiro atendimento e possíveis sequelas nos sucessores permanentes**. Tudo é ciência: do Big Bang ao Metaverso. Congresso Brasileiro de Ciência e Saberes Multidisciplinares, n.1, p.1-9, 2022.

Disponível: <https://doi.org/10.47385/tudoeciencia.133.2022>

ANDREASEN, J.O. **Challenges in clinical dental traumatology**. Endodontics & Dental Traumatology, [s.l], v.1, p.45-55,1985

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, ano 18, 2024. ISSN 1983-7364.

Disponível: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>

Acesso em: 07-07-2025.

ARAUJO, A.M.P.G.; CONTE, C.G.; FERREIRA, S.L.M. **Alerta dos especialistas: Odontopediatria**. Cap. 13D, p.221-225. *In: Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência – 2ª edição – Sociedade de Pediatria de São Paulo / Sociedade Brasileira de Pediatria*. CFM, Brasília, 2018. 332p.

ARAUJO, A.M.P.G.; PEREIRA, G.S.; DIAS, A.L. **Maus-tratos infantis: orientação para futuros cirurgiões-dentistas** [livro eletrônico]. 1ª Ed. São Paulo, 2024. 16p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: manejo clínico de traumatismos alveolodentários em dentes decíduos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 56 p.

CAMPOS, V. C.; LENZI, M. M.; MARÇAL, S. L. **Traumatismo nos dentes decíduos nos dentes anteriores: Estudo retrospectivo do Projeto de Extensão em Traumatologia Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Revista Interagir: pensando a extensão, n. 22, p 46-60, 2016.

CANTANHEDE, L. M. **Traumatismo em tecidos moles e tecidos duros na dentição decídua**. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Saúde Bucal na Atenção Primária: Urgências, Doenças Transmissíveis, Gestantes, Puérperas E Pessoas Com Deficiência. Cuidado em saúde bucal para pessoas em situações de urgências odontológicas. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

CARDOSO, M. R; PAIVA, L.R.; CANGUSSU, M.C. **Prevalência da gravidade trauma na dentição decídua, em crianças de Centros Municipais de Educação Infantil**. Revista de Ciências Médicas de Biológicas, v. 22, p 324 – 331, 2023.

CASTRO, R.G.; MELLO, A.L.S.F. Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: trauma dental / Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.31p. Acessado em 01-08-2025: www.unasus.ufsc.br

DAY, P.F.; FLORES, M.T.; O' CONNELL, A. C. **International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition**. Dental Traumatology, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 343–359, 2020.

ELLERAY, E.; BRIGUELA, M.; PEPPER, T. **Trauma to the primary dentition**. NCBI Bookshelf. A Service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. Statepearls Publishing, 2025.

FRACASSO, M. L. C.; SANTIN, G. C.; TERRA, G. M. O. et al. **Injúrias dentárias em dentes decíduos: estudo longitudinal**. Saúde e Pesquisa, v. 9, p. 461-471, 2016.

GOMES, P. R.; BITENCOURT, J. M.; MARTINS, L. P. et al. **Traumatismo dentário na dentição decídua e condição socioeconômica: uma revisão crítica da literatura.** Arquivos em Odontologia, v. 56, e08, p.1-7, 2020.

LEMBACHER, S.; SCHENEIDER, S.; LETTNER, S. **Prevalence and patterns of traumatic dental injuries in primary teeth: a 3-year retrospective overview study in Viena.** Clinical oral investigation, v. 26, n.2, p.2085 – 2093, 2022.

LOPES, T. S.; MARENGONI, L. A.; ALVES, M. C. X. et al. **Estudo longitudinal dos traumatismos severos em dentes decíduos: complicações clínicas e radiográficas.** Saúde e Pesquisa, v. 13, p. 333-341, 2020.

LEVI, L., et al. **Guías clínicas de la International Association of Dental Traumatology para el manejo de lesiones dentales por traumatismos: Introducción general.** In: *International Association of Dental Traumatology – IADT Guidelines* [recurso eletrônico]. Spanish version. 2020.

LOSSO, E. M.; TAVARES, M.C.; BERTOLI, F. M. **Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua.** Rev. Sul-Brasileira de Odontologia- RSBO, v.8, n.1, p. e1 – 20, 2011.

MEYFARTH, S.; et al. **Dental trauma in primary dentition and the importance of its preservation until the eruption of permanent successor: a 6 – year follow up case report.** Int. T. Burn Trauma, v.11, n.5, p.424 - 429, 2021.

OLIVEIRA, B.C. M. et al. **Por que o trauma na dentição decídua é importante?** Revista da ABENO, v. 21, n. 2, p. 122–130, 2021.

PERES, S; MELO, V; ANDRADE, M. M. **Conhecimento dos acadêmicos de odontologia sobre traumatismo de dentes decíduos.** J. Dent. Public Health, v.10, n.2, p.89-96, 2019.

PINTO, T. N.; **Trauma dental e seus fatores associados na dentição decídua – Estudo de Coorte**. 2021. 82f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Brasília, Brasília, 2021.

RIBEIRO, D. E et al. **Prevention and management of dental trauma in primary teeth in the context of the COVID-19: a critical literature review**. Pesq. Bras. Odontopediatria Clín. Integr., v. 21, p.1-10, 2021.

SANTOS, V.C.; *et al.* **Traumatismo dentário em dentes decíduos: fatores de risco, classificação e efeitos sobre a dentição permanente**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, p. 5-43, 2023.

SOUSA, A. G.; FERREIRA, A. F. A.; FIRMINO, B. S. 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.

VIEIRA, W. A, et al. **Prevalence of dental trauma in Brazilian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 12, p.1-21, 2021.

ZARZAR, P.M; et al. **Guia de atendimento de pacientes com traumatismos na dentição decídua [recurso eletrônico]**. 1ª Ed. FAO UFMG, Belo Horizonte, 2022. 10p. Acesso em: 07.07.2025.