

**Tratamento clínico de traumatismo dentário: relato de caso****Clinical treatment of dental trauma: case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-106

Recebimento dos originais: 29/02/2020

Aceitação para publicação: 30/03/2020

**Anna Líbya Barbosa Duarte**

Cirurgiã-dentista pelo curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: mimas\_duarte@hotmail.com

**Maria Beatriz Monteiro da Silva**

Cirurgiã-dentista pelo curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: biamonteiro3@gmail.com

**Karla Alves Chagas**

Graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: karlaalves97@gmail.com

**Cynthia Maria da Silva**

Graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: cynthia\_mariah\_@hotmail.com

**José Murilo Barbosa dos Santos**

Graduando do curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: josemurilojms@gmail.com

**Laerto de Santa Rosa Júnior**

Cirurgião-dentista pelo curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: laertojunior@hotmail.com

**Vívian Rodrigues Vilar**

Graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: vivianvlr@gmail.com

**Jadson Araujo da Silva**

Cirurgião-dentista pelo curso de Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Alagoa

E-mail: jadson\_araujo16@hotmail.com

**Fernanda Freitas Lins**

Professora de Endodontia do curso de Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

E-mail: fernandasu@hotmail.com

**RESUMO**

O traumatismo dentário é uma urgência odontológica que requer cuidados especiais. Dentre os diversos tipos de traumatismo alveolodentário, estão a fratura de esmalte, uma lesão comum envolvendo pequenas porções de esmalte ou toda borda incisal e a fratura radicular horizontal, que é uma lesão traumática mais rara que envolve dentina, polpa, ligamento periodontal e cimento, ocorrendo com maior frequência em incisivos centrais superiores. O tratamento consiste no reposicionamento do fragmento coronário, quando este se encontra deslocado e imobilização rígida por três meses, possibilitando a recuperação. A intervenção endodôntica deverá ser realizada apenas quando houver necrose pulpar. Este trabalho teve como objetivo relatar o caso clínico de um paciente de nove anos, que sofreu fratura de esmalte e fratura radicular horizontal localizada no terço médio do elemento dentário 21 após ser empurrado durante brincadeira na escola, com mobilidade do fragmento coronário e contenção rígida inadequada realizada no atendimento de urgência. O paciente procurou a Clínica de Odontologia do CESMAC após duas semanas do atendimento de urgência e o tratamento inicial envolveu remoção da contenção inadequada, reposicionamento do dente, colocação de contenção rígida adequada e restauração classe IV com resina composta. Após dois anos de preservação, o dente traumatizado apresenta vitalidade pulpar, ausência de alteração patológica e consolidação da linha de fratura observada através de tomografia computadorizada. As lesões traumáticas alveolodentárias necessitam de um correto atendimento imediato permitindo assim tratamento adequado e um bom prognóstico do dente afetado.

**Palavras-chave:** Fraturas de Dentes. Raiz Dentária. Traumatismo Dentário.**ABSTRACT**

The dental trauma is a dental emergency that requires special care. Among the various types of dental alveolus trauma, there is the fracture enamel, a common injury involving small portions of all enamel or incisal edge and the horizontal root fracture, which is a rare traumatic injury involving dentin, pulp, cementum and periodontal ligament, occurring more frequently in the upper central incisors. The treatment consists in repositioning the coronary fragment, when it is out of its place and immobilization for three months, enabling the recovery. The endodontic intervention should be performed only when there is pulp necrosis. The objective of this study is to report the clinical case of a nine-years-old patient, who suffered enamel fracture and horizontal root fracture located in the middle third of the tooth 21 after being pushed during a prank at school, with the mobility of the coronary fragment and an inadequate rigid containment that was performed in the emergency room. The patient came to the Clinic of Dentistry CESMAC after two weeks of emergency care and the initial treatment involved removal of inappropriate restraint, repositioning of

the tooth, proper placement of rigid restraint and class IV restoration with composite resin. After two years of preservation, the traumatized tooth has pulp vitality, absence of pathological change and consolidation of the fracture line observed by computed tomography. The alveolodentárias traumatic injuries require an immediate and appropriate care, allowing an appropriate treatment and a good prognosis of the affected tooth.

**Key words:** Tooth Fractures. Tooth Root. Tooth Injuries.

## 1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário é uma urgência odontológica que requer cuidados especiais, pois causa impacto psicológico tanto ao paciente quanto aos familiares envolvidos (TEIXEIRA et al.,2019). A maioria das lesões traumáticas é causada por problemas envolvendo brincadeiras e a prática de esportes, como bicicleta, patins, esportes com bolas, acidentes automobilísticos, lutas, etc., que variam de acordo com o sexo. (SANTOS et al.,2016).

As fraturas radiculares geralmente afetam o terço médio, sendo responsável por cerca de 20 a 25% dos casos. (SANTOS et al.,2016). A fratura radicular horizontal, é uma lesão traumática mais rara envolvendo dentina, polpa, ligamento periodontal e cimento, com incidência entre 0,5 e 7% entre todas as lesões traumáticas dentária (TEIXEIRA et al.,2019).

A fratura resulta usualmente de impacto horizontal ocorrendo com maior frequência em incisivos centrais superiores numa faixa etária entre 11 a 20 anos de idade. Geralmente o terço médio da raiz é o mais acometido, resultando em dois fragmentos: um chamado fragmento apical e o outro fragmento coronário (SANTOS et al.,2016; TEIXEIRA et al.,2019).

O diagnóstico é baseado na mobilidade do dente, no deslocamento do fragmento coronário, na sensibilidade a palpação sobre a raiz e também na linha de fratura, sendo necessário várias incidências radiográficas para detectar a lesão (COSTA et al.,2019).

Os principais aspectos clínicos a serem avaliados nesses casos incluem o grau de mobilidade ou deslocamento do fragmento coronário, a sensibilidade à percussão e à palpação, a presença de sangramento no sulco gengival e o estágio de formação da raiz (TEIXEIRA et al.,2019).

Inicialmente, o seu tratamento consiste no reposicionamento do fragmento coronário, quando este se encontra deslocado e imobilização rígida, possibilitando a recuperação. Esta contenção deverá permanecer por no mínimo 12 semanas, que é o tempo de fixação recomendado (SANTOS et al.,2016).

A intervenção endodôntica deverá ser realizada apenas quando houver necrose pulpar. Na grande maioria dos casos, a necrose ocorre apenas no segmento coronário e o segmento apical permanece vital. Como a circulação pulpar na região apical não é rompida, a necrose no segmento apical é extremamente rara (SANTOS et al.,201. Assim, o tratamento endodôntico é indicado somente no segmento coronário, a menos que uma lesão perirradicular seja observada no segmento apical a longo prazo. Nos raros casos em que tanto a polpa coronária quanto a apical estão necrosadas, o segmento apical necrosado deve ser removido cirurgicamente. Este é um tratamento viável se a raiz remanescente é longa o bastante para fornecer um suporte periodontal adequado (TEIXEIRA et al.,2019).

O prognóstico dos dentes com raízes fraturadas é influenciado pela localização da linha de fratura, pelo deslocamento dos fragmentos, pelo estado do tecido pulpar e estado de saúde geral do paciente.

A preservação deverá ser feita primeiramente a cada dois meses. Após isto se as condições se mantiverem boas, com ausência de alterações patológicas, as verificações podem ser feitas num intervalo de até 6 meses; num período total de 05 anos para acompanhamento clínico e radiográfico (TEIXEIRA et al.,2019).

Este trabalho teve como objetivo relatar um caso de paciente com fratura de esmalte e fratura radicular horizontal localizada no terço médio de incisivo central superior esquerdo, avaliando as características clínicas e radiográficas, e descrevendo o correto tratamento a ser executado. A revisão de literatura foi realizada através das informações obtidas de livros e artigos científicos nacionais e internacionais relacionados ao tema. Os dados do paciente não serão expostos, ficando assim em sigilo a identificação do mesmo. Através dos artigos científicos serão obtidos os dados a serem comparados com o caso relatado.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente gênero masculino, melanoderma, nove anos de idade, compareceu ao Núcleo de Atendimento aos Traumatismos Dentários da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário CESMAC, duas semanas após ter sofrido trauma na região de incisivos superiores. Sua etiologia foi queda da própria altura após ser empurrado durante uma brincadeira na escola, colidindo os incisivos superiores contra objeto rígido (pedra).

O paciente procurou atendimento de urgência no dia seguinte num posto de saúde próximo a sua residência, em Rio Largo - AL, onde foi realizada contenção rígida

inadequada, envolvendo apenas um dente de cada lado do dente acometido. Ao exame físico intra-oral, observou-se que o paciente possuía selamento labial adequado e overjet dentro do padrão e foi diagnosticada fratura de esmalte localizada na face incisal do elemento 21. Foram realizados testes de sensibilidade pulpar (térmico pelo frio), palpação, percussão vertical e horizontal e mobilidade nos dentes 12, 11, 21 e 22; os resultados estão dispostos no quadro 1. Uma tomada radiográfica periapical foi realizada onde foi possível detectar a fratura radicular horizontal, localizada no terço médio do elemento dentário 21. O tratamento imediato proposto foi a remoção da contenção inadequada, reposicionamento do fragmento coronário e colocação de uma correta contenção rígida do elemento dental com fio ortodôntico (0,7 mm) e resina composta, englobando dois dentes de cada lado do dente traumatizado (23, 22, 21, 11 e 12), permanecendo com esta contenção por três meses (Figura 1 e 2). Também foi realizada uma restauração classe IV com resina composta devido a fratura de esmalte no mesmo elemento.

Quadro 1. Avaliação clínica inicial.

DENTE	T.S.P.*	P.H.**	P.V.***	PALPAÇÃO	MOBILIDADE
12	+	-	-	-	-
11	+	-	-	-	-
21	+	-	-	-	+
22	+	-	-	-	-

\*Teste de sensibilidade pulpar

\*\*Percussão horizontal

\*\*\*Percussão vertical



Figura 1 – Radiografia inicial, contenção rígida inadequada realizada no atendimento de urgência.

Fonte: dados da pesquisa.



Figura 2 – Reposicionamento e contenção rígida adequada realizada.

Fonte: dados da pesquisa.

No retorno após três meses, a contenção rígida foi removida e foram realizados novamente os testes de sensibilidade pulpar (frio), palpação, percussão vertical e horizontal e mobilidade, com respostas normais para todos os dentes avaliados. Uma tomada radiográfica periapical foi realizada para avaliação da linha de fratura e estruturas adjacentes (Figura 3). O paciente encontrava-se assintomático e sem sinais de patologia pulpar e perirradicular.



Figura 3 – Avaliação da linha de fratura após remoção da contenção rígida.

Fonte: dados da pesquisa.

O caso foi acompanhado durante dois anos, sendo realizadas proservações a cada três meses durante um ano e de seis em seis meses no segundo ano (Figura 4, 5, 6, 7 e 8). Os dentes envolvidos continuam com vitalidade pulpar e não apresentam sintomatologia, reagindo de acordo com a normalidade. Pôde-se observar diminuição significativa da linha de fratura, com deposição de tecido conjuntivo entre os fragmentos. Uma tomografia computadorizada cone beam® foi realizada após um e dois anos do trauma confirmando a consolidação da fratura (Figura 9 e 10). Na figura 11, podemos observar clinicamente o elemento dentário 21 após os dois anos de controle.



Figura 4 – Proservação após seis meses.

Fonte: dados da pesquisa.

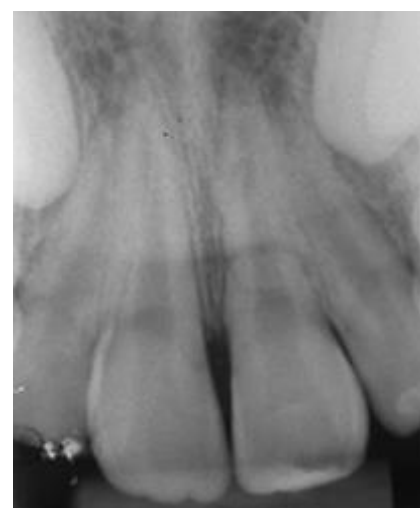


Figura 5 – Proservação após nove meses.

Fonte: dados da pesquisa.

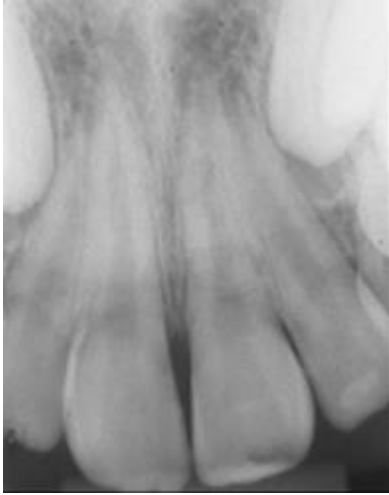


Figura 6 – Proservação após um ano.

Fonte: dados da pesquisa.



Figura 7 – Proservação após um ano e meio.

Fonte: dados da pesquisa.



Figura 8 – Proservação após dois anos.

Fonte: dados da pesquisa.



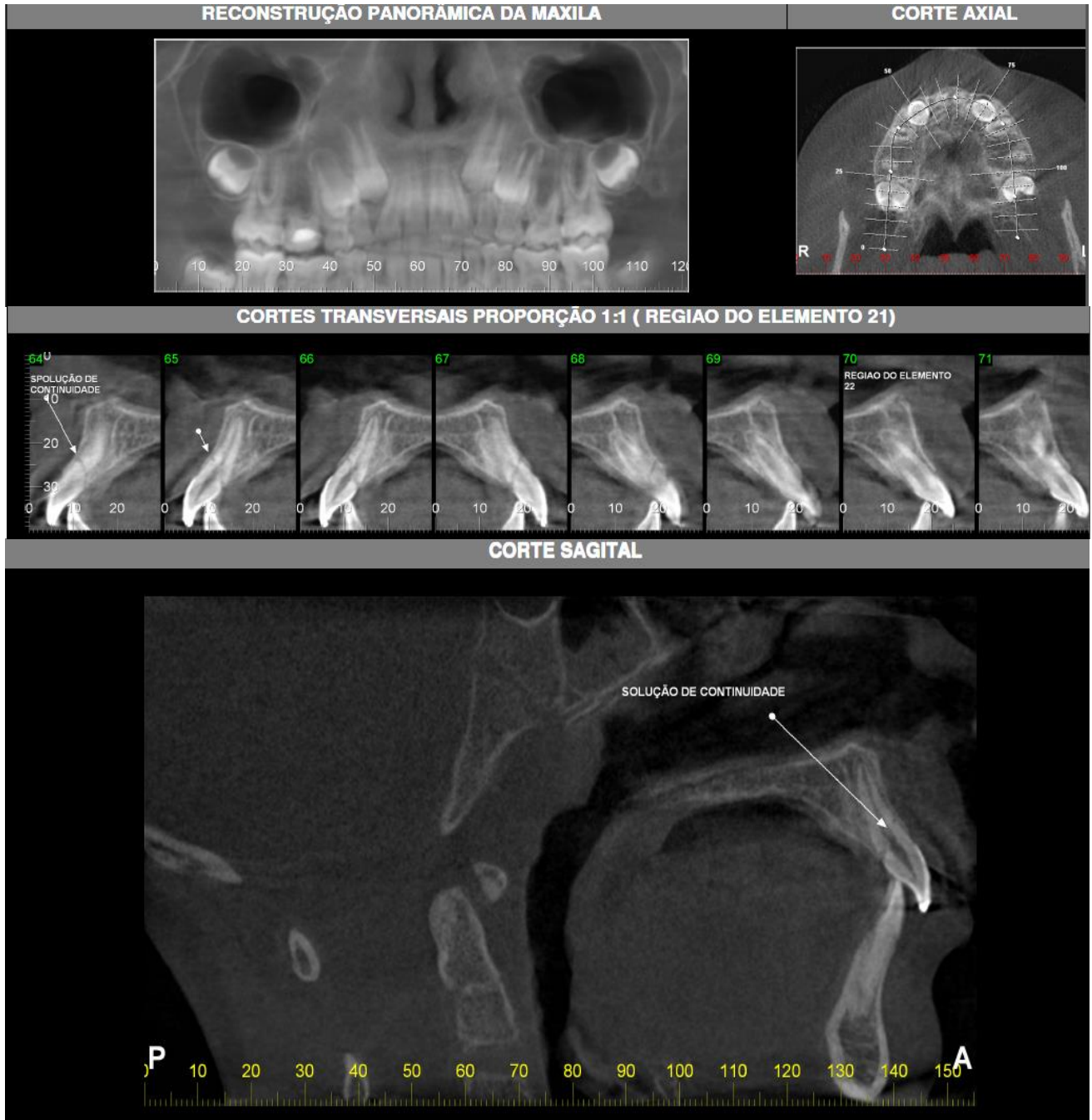


Figura 9 – Tomografia computadorizada após um ano do trauma.

Fonte: dados da pesquisa.



Figura 10 – Tomografia computadorizada após dois anos do trauma.

Fonte: dados da pesquisa.



Figura 1 1– Aspecto clínico após dois anos do trauma.

Fonte: dados da pesquisa.

### **3 DISCUSSÃO**

O presente relato trata-se de um caso de traumatismo dentário em paciente do gênero masculino, melanoderma, de nove anos, causada por queda da própria altura após ser empurrado durante brincadeira na escola. Segundo (SANTOS et al.,2016; MANSINI et al.2010) mostram que indivíduos do gênero masculino, com faixa etária de 7 a 14 anos são mais propensos às lesões traumáticas. Meninos são mais acometidos por serem mais ativos e realizarem atividades físicas com maior exposição.

Estas lesões são causadas principalmente por agressões físicas, quedas da própria altura, acidentes automobilísticos e ciclísticos, traumatismos durante atividade esportiva e acidentes em parques recreativos (TEIXEIRA et al.,2019).

De acordo com Andreasen,2001, o reposicionamento e colocação de contenção rígida podem ser realizados em até uma semana após o trauma para obter um bom prognóstico. No caso relatado, o reposicionamento e a contenção adequada foram realizados após duas semanas do trauma, obtendo ainda assim um bom resultado.

A ausência de selamento labial adequado e overjet incisal aumentados são fatores que predis põem o traumatismo dental (SCHAPPO; MOHR; ALMEIDA, 2017). Porém, Marinho et al. (2013) relataram não haver relação destes fatores com o trauma dental<sup>19</sup>. Neste caso, o paciente que sofreu trauma possui selamento labial adequado e overjet incisal de acordo com o padrão de normalidade.

De acordo com a literatura, os dentes anteriores são os mais acometidos (SANTOS et al., 2016), principalmente os incisivos centrais superiores, seguidos pelos incisivos laterais superiores e incisivos centrais e laterais inferiores<sup>5,21-25</sup>.

Nas situações em que já existe o trauma, é preciso realizar o tratamento restaurador e/ou reabilitador, buscando resolver ou reduzir as consequências de um trauma, para que não haja danos negativos na qualidade de vida do paciente (SCHAPPO; MOHR; ALMEIDA, 2017). No presente caso, o tratamento consistiu de restauração com resina composta.

O tratamento recomendado para as fraturas radiculares consiste na reposição dos fragmentos e na estabilização por meio de contenção flexível ou semirrígida por 4 semanas. Se a fratura estiver localizada no terço cervical, a estabilização poderá ser estendida por 4 meses (ANDREASEN; ANDREASN, 2001; FLORES et al., 2008; LINS et al., 2017). No caso apresentado, o tratamento foi baseado na remoção da contenção inadequada, reposicionamento do fragmento coronário e emprego de uma adequada contenção do tipo semirrígida após duas semanas do trauma. Após a remoção da contenção semirrígida, os dentes envolvidos no trauma apresentaram estabilização e ausência de mobilidade.

Fraturas no terço médio da raiz são mais comuns e apresentam um melhor prognóstico, chegando a 78% de possibilidade de manutenção da vitalidade pulpar, quando estes dentes são adequadamente acompanhados (TEIXEIRA et al., 2019).

Cantore e colaboradores (2009) relataram o caso de paciente do gênero masculino com quatorze anos de idade, que sofreu trauma após acidente automobilístico. Ao exame clínico, foi possível detectar vestibularização da coroa dos elementos dentais 11 e 21. No exame radiográfico, foi possível detectar a linha de fratura horizontal localizada no terço médio desses elementos. O tratamento proposto foi redução, reposicionamento e instalação de contenção rígida. Após dez dias, os dentes apresentavam-se assintomáticos e com respostas normais aos testes. A contenção rígida foi mantida por um período de um ano, devido a mobilidade grave. O paciente foi acompanhado de três em três meses até um ano

quando a contenção foi removida. Após quatro anos os dentes acometidos não apresentam mobilidade com vitalidade pulpar e sem alterações patológicas.

Segundo Andreasen e colaboradores (2004), os fatores que exercem uma maior influência para a cura são a idade do paciente, pois a cicatrização torna-se mais difícil com o aumento da idade; o estágio de desenvolvimento radicular, pois quanto mais divergente o ápice radicular mais chance de cura; a mobilidade e deslocamento do fragmento coronal, pois quanto maiores esses valores, o prognóstico torna-se mais complexo; e a distância entre os fragmentos, pois quanto menor essa distância mais chances de consolidação da linha de fratura.

Em um estudo realizado por Scheibel, Pavan e Queiroz (2009) no Projeto do Centro Especializado Maringaense de Traumatismo em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, dois casos foram descritos. No primeiro caso, paciente do gênero masculino com doze anos de idade, havia sofrido trauma após queda de bicicleta, fraturando a coroa dos elementos dentários 11 e 21, sem exposição pulpar. Ao exame radiográfico, observou-se fratura radicular no terço médio do dente 21. Este apresentava mobilidade, e o tratamento inicial proposto foi estabelecimento de contenção rígida por três meses. Após vinte e um dias de acompanhamento clínico e radiográfico, o elemento 21 já não apresentava vitalidade no fragmento coronário, necessitando assim de tratamento endodôntico. Após dois anos e quatro meses de acompanhamento, o dente acometido encontrava-se com ausência de mobilidade, de reabsorção radicular e de lesão periapical.

No segundo caso, paciente do gênero masculino com quatorze anos de idade, havia sofrido trauma por agressão física durante atividade esportiva. A radiografia periapical revelou fratura horizontal localizada no terço médio do elemento dentário 21. Ao exame clínico, o elemento apresentava mobilidade e resposta positiva ao teste de sensibilidade. O tratamento realizado foi colocação de contenção rígida por um período de três meses. Após a remoção da contenção, o dente ainda apresentava mobilidade e sensibilidade ligeiramente intensa ao frio indicando uma pulpite reversível. Após um ano e dois meses de acompanhamento o dente encontrava-se com ausência de mobilidade e com sensibilidade positiva ao frio, porém, um tanto reduzida em relação aos outros dentes.

Marion e colaboradores (2013) relataram o caso de um paciente do gênero masculino, 16 anos, que sofreu trauma durante atividade esportiva. Clinicamente, apresentava laceração de tecidos moles, sangramento na região cervical do elemento dentário 11 com mobilidade e ligeira extrusão. No exame radiográfico, foi possível detectar a fratura horizontal no terço

médio deste dente. O tratamento baseou-se na sutura das lacerações, reposicionamento do fragmento coronário e colocação de contenção rígida. Após 45 dias, foram realizados exames clínicos e radiográficos onde foi possível observar a distância entre os fragmentos e ausência de sensibilidade aos testes realizados, sendo necessário o tratamento endodôntico. O caso foi acompanhado durante dois anos e o dente acometido apresentava-se com ausência mobilidade e patologia periapical.

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) está sendo cada vez mais indicada para localização de fratura radicular, pois confere uma imagem tridimensional de alta resolução, possibilitando a visualização das linhas de fratura não detectadas na radiografia periapical (COSTA et al., 2019). Foram realizadas duas tomografias, 1 e 2 anos após o trauma neste caso apresentado. Lins e colaboradores (2017) afirmam que em fratura radicular horizontal, a polpa poderá sofrer estiramento ou rompimento. Na ausência de infecção, se o tecido pulpar permanecer intacto, a resposta será similar a uma exposição pulpar com formação de barreira de tecido duro unindo os dois fragmentos. Se o tecido pulpar foi rompido, o reparo pulpar será realizado por um processo de revascularização.

Durante a revascularização, as células periodontais podem formar uma união entre os fragmentos com deposição de tecido conjuntivo, demonstrada radiograficamente como uma estreita linha radiolúcida entre os fragmentos com bordas arredondadas, ou podem formar uma união por meio da interposição de osso e tecido conjuntivo, quando os fragmentos estão muito separados, demonstrada radiograficamente pela presença de uma ponte óssea entre eles (OLIVEIRA; SILVA; PIMENTEL, 2017).

Em caso de invasão bacteriana, haverá necrose pulpar com interposição de tecido de granulação entre os fragmentos, demonstrada radiograficamente como aumento e/ou desenvolvimento de radiolucidez na linha de fratura (OLIVEIRA; SILVA; PINTO, 2008).

No caso apresentado, após 2 anos de acompanhamento clínico e radiográfico, é possível notar a formação de tecido conjuntivo entre os fragmentos. Este tipo de cicatrização ocorre nos casos onde a polpa foi traumatizada moderadamente, ocorrendo a revascularização, onde as células periodontais podem formar uma união entre os fragmentos com deposição de tecido conjuntivo, demonstrada radiograficamente como uma estreita linha radiolúcida entre os fragmentos com bordas arredondadas. fazendo com que a vascularização e inervação sejam recuperadas, antes que a polpa participe do processo de cicatrização da fratura. Assim, as células do ligamento periodontal são capazes de realizar o processo de cicatrização (LINS et al., 2017).

Um atendimento imediato, diagnóstico correto e tratamento adequado são de extrema importância para um bom prognóstico de fraturas radiculares horizontais. No caso apresentado, o tratamento obteve sucesso, pois, o dente acometido encontra-se assintomático com vitalidade pulpar, com ausência de mobilidade e sem alteração patológica. Porém, o acompanhamento clínico e radiográfico deve continuar a ser realizado anualmente, para observar a possibilidade de alguma complicação futura que possa vir a ocorrer.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As lesões traumáticas alveolodentárias necessitam de um correto atendimento imediato, permitindo assim tratamento adequado e um bom prognóstico do dente afetado.

Pacientes que apresentam dentes com fratura radicular horizontal devem ser acompanhados por um período mínimo de dois anos. A preservação deve ser realizada periodicamente, observando a presença ou não de sinais e sintomas, além de acompanhamento radiográfico.

#### **REFERÊNCIAS**

ANDREASEN, J.O; ANDREASEN, F.M. Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental. 3.ed. Porto Alegre: **ArtMed**, p.770, 2001.

ANDREASEN, J.O. et al. Healing of 400 intra-alveolar root-fractures. **Dental Traumatology**, v. 20, n. 2, p. 192-202, 2004.

CANTORE, S. et al. Treatment of horizontal root fracture: a case report. **Cases Journal**, v. 2, n. 8101, p. 1-5, 2009.

COSTA, R.B.A. et al. Avaliação clínica, radiográfica e tomográfica de fraturas radiculares: série de casos. **J.Health Biol.**, v. 7, n. 2, p. 172-176, 2019.

FLORES, M.T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 23, n. 2, p. 66-71, 2007.

LINS, F.F. et al. Traumatismo dentário e endodontia. In: PRADO, M.; ROCHA, N.S. (org.). **Endodontia princípios para prática clínica**. 1ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017, v. 1, p. 279-294.

MARINHO ACMR, et al. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em adolescentes no concelho do Porto. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 2013;54(3):143–149.

MARION, J.J.C. et al. Horizontal root fracture in the middle third: case report. **Dental Press Endodontics**, v.3, n. 1, p. 88-93, 2013.

MANSINI, R. et al. Utilização de tomografia computadorizada no diagnóstico de fraturas radiculares verticais. **Rev. Gaúch Odontol.**, Porto Alegre, v.58, n. 2, p. 185-190, 2010.

OLIVEIRA, A.P; SILVA, K.M.B; PIMENTEL, L.A.R. Revascularização pulpar. **Rev. ACBO.**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 83-91, 2017.

OLIVEIRA, J.C.M; SILVA, F.S.B; PINTO, S.S.L. Fratura radicular horizontal: relato de caso. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v.65, n.1, p.76-79, 2008.

SANTOS, K.S. et al. Fratura radicular horizontal em terço apical: relato de caso. **Rev. Gaúch Odontol.**, Porto Alegre, v. 64, n. 4, p. 467-471, 2016.

SCHAPPO, M.E; MOHR, E; ALMEIDA, L.H. O impacto das fraturas dentárias classe IV na vida de crianças e adolescentes. **Rev. RFO.**, Passo Fundo, v. 22, n. 3, p. 321-325, 2017.

SCHEIBEL, P.C.; PAVAN, N.N.; QUEIROZ, A.F. Ocorrência e relatos de casos de fraturas radiculares do Projeto Centro Especializado Maringaense de Traumatismo em Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. **Revista Odonto**, v.33, n. 17, p. 79-85, 2009.

TEXEIRA, B.C.S.et al. Abordagem terapêutica de fratura radicular com 30 meses de acompanhamento: relato de caso. **Rev. Odontol Bras Central**, v. 28, n. 85, p. 82-86, 2019.



**ANEXO A – TERMO DE CONCESSÃO PARA FINS ACADÊMICOS****TERMO DE CONCESSÃO PARA FINS ACADEMICOS**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: 707NOME DO RESPONSÁVEL (em caso de paciente menor): Jussiana de Oliveira

Este termo refere-se à concessão, por parte do paciente ou do responsável legal, de plenos direitos de retenção e uso de dados da anamnese, exame físico, radiografias, modelos, desenhos, resultados de exames clínicos e laboratoriais, e de quaisquer outras informações relativas ao diagnóstico, planejamento e tratamento que constituem seu acervo de dados pessoais para o(s) seguinte(s) fim (ns) de ensino e aprimoramento científico:

- Apresentação em congressos científicos
- Apresentação em seminários acadêmicos
- Trabalho de conclusão de curso

As informações conseguidas através de concessão desses dados não permitirão a identificação da pessoa do paciente, exceto pelos responsáveis e a divulgação das mencionadas informações será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Em caso de concordância, serão respeitados todos os princípios éticos, e a qualquer momento, o paciente poderá retirar este consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Cabe salientar que o tratamento não está atrelado à concordância com este termo e caso o paciente ou responsável legal não concorde, seu tratamento será realizado da mesma forma, seguindo o plano de tratamento, sem nenhum tipo de prejuízo.

O paciente ou responsável legal deve assinalar abaixo a opção escolhida:

NÃO CONCORDO ( ) CONCORDO (X)

Maceió, 21 de Maio de 2014.

Jussiana de Oliveira

Assinatura do paciente ou responsável

**ANEXO B – LAUDO TOMOGRÁFICO**

**Paciente:** Luciano de Nazareno Costa

**Dr(a):** Daniela Luna

**Data de Nasc.:** 16/12/2002

**Data do Exame:** 03/12/2013

**Exame:** Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (Cone Beam), FOV (campo de visão) de 8,5 cm, voxel de 0,25 na escala real 1:1.

**Região de Interesse:** Maxila

**Região Solicitada:** Região do elemento 21

**Descrição do Exame:**

Reconstruções dos cortes realizadas com 1 mm de espessura e 1 mm de espaçamento.

Foram realizados: reconstruções panorâmica e, corte sagital e cortes axiais, transversais e oblíquos para melhor avaliação da região.

**Laudo Tomográfico:**

De acordo com os cortes transversais de 64 a 66 para o lado direito e 67 a 71 para o lado esquerdo, observa-se solução de continuidade presente no terço médio da raiz do elemento 21 compatível com fratura radicular. Indica-se acompanhamento clínico e radiográfico.

Por favor, caso tenha alguma dúvida, entre em contato com o Radiologista no e-mail: [vanhoscosta@ig.com.br](mailto:vanhoscosta@ig.com.br)

Vânio Santos Costa  
CRO- 1690  
Especialista em Radiologia  
Mestre em Odontologia



Rua Dr. José Afonso de Melo, 68.  
3º andar – Sala C – Jatiúca  
Harmony Center  
(82) 2126-0880 / 2126 0881  
www.diagnosticodaface.com.br

Nome:	_____	Idade:	11 a 10 m
Dr (a).:	Cesmac	Data:	04/11/2014
Exame:	Tomografia computadorizada	OS:	20011302

Tomografia computadorizada por feixe cônico da maxila e/ou mandíbula (tomógrafo Cranex 3D); FOV 6,1 x 7,8 cm; Imagem axial de referência, reconstrução panorâmica e sequência de cortes parassagittais.

- Nos cortes e planos obtidos neste exame observamos fratura radicular transversal (início do terço médio) no elemento 21.

#### LEGENDA:

**IMAGEM AXIAL:** mostra onde foi realizado o corte panorâmico e os parassagittais. Os números na imagem axial correspondem àqueles encontrados no canto superior esquerdo dos cortes parassagittais.

**IMAGEM PANORAMICA:** podemos observar na parte superior da imagem uma indicação numérica que corresponde aos cortes parassagittais.

**SEQUENCIA DE CORTES PARASSAGITAIS:** observar o número do corte que corresponde à numeração na imagem axial e na imagem panorâmica. A letra **b** em azul corresponde à face vestibular. Os cortes parassagittais para implante estão na proporção real (escala de 1:1) e com qualquer régua normal pode-se fazer medidas de altura e largura em qualquer região. Os cortes parassagittais para implante são realizados com 2 mm de distância entre si, com exceção dos exames de pacientes totalmente edêntulos, que são realizados com 4 mm de distância entre si.

AS DEMAIS ESTRUTURAS NAO FORAM AVALIADAS, POIS NAO FORAM ELEITAS COMO OBJETIVO DESTE ESTUDO.