

# *pediatria* **atualize-se**



Diabetes mellitus e saúde oral na infância • Página 4

Quando encaminhar para avaliação da oclusão dentária? • Página 6

Traumatismo dentário: importância do diagnóstico e pronto atendimento • Página 9



## Saúde oral em Pediatria

# SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA  
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para  
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos  
eventos da SPSP



[www.spspeduca.org.br](http://www.spspeduca.org.br)

## Expediente

Diretoria da Sociedade  
de Pediatria de São Paulo  
Triênio 2022-2025

### Diretoria Executiva

Presidente  
Renata Dejtiar Waksman  
1º Vice-presidente  
Sulim Abramovici  
2º Vice-presidente  
Claudio Barsanti  
Secretária-geral  
Maria Fernanda B. de Almeida  
1º Secretário  
Ana Cristina Ribeiro Zollner  
2º Secretário  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck  
1º Tesoureiro  
Aderbal Tadeu Mariotti  
2º Tesoureiro  
Paulo Tadeu Falanghe

### Diretoria de Publicações

Diretora  
Cléa R. Leone  
Coordenadores do *Pediatra  
Atualize-se*  
Antonio Carlos Pastorino  
Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador:  
Núcleo de Estudos Saúde Oral

### Informações Técnicas

Produção editorial  
Sociedade de Pediatria  
de São Paulo  
Jornalista responsável  
Paloma Ferraz (MTB 46219)  
Revisão  
Lucia Fontes  
Projeto gráfico e diagramação  
Lucia Fontes

Foto de capa  
© biancoblu  
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral  
Versão eletrônica: [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

Contato comercial  
Karina Aparecida Ribeiro Dias:  
[karina.dias@apm.org.br](mailto:karina.dias@apm.org.br)  
Malu Ferreira:  
[malu.ferreira@apm.org.br](mailto:malu.ferreira@apm.org.br)

Contato produção  
Paloma Ferraz:  
[paloma@spsp.org.br](mailto:paloma@spsp.org.br)

ISSN 2448-4466

## • *editorial*

# A interface da Odontopediatria com a Pediatria

Atualmente, para o bem-estar das nossas crianças, é imprescindível uma grande interface entre a Odontopediatria e a Pediatria.

Cito dois exemplos para justificar essa afirmação:

- Inserção do odontopediatra no curso de gestantes, cujo papel é ensinar às futuras mães os cuidados orais, desde a higiene até a percepção de alterações em erupções dentárias, da dentição decídua até a permanente;
- No âmbito da Puericultura moderna, a visita ao odontopediatra é obrigatória e o pediatra tem o papel de incentivar essa prática.

Nesse contexto, a Sociedade de Pediatria de São Paulo, atendida como sempre, criou o Núcleo de Estudos (NE) Saúde Oral, que tem a finalidade de assessorar a Diretoria Executiva por meio da emissão de pareceres, normas ou recomendações e a realização de reuniões periódicas, encontros e cursos relacionados aos assuntos específicos da área. Nesse núcleo, a Odontopediatria se insere e trabalha ativamente para difundir o tema para pediatras e a população geral.

Nesta edição do *Pediatra Atualize-se*, o NE Saúde Oral preparou três artigos de ótima qualidade, abordando o diabetes mellitus, a oclusão dentária e os traumatismos.

Boa leitura!



Arquivo pessoal

**Mário Cícero Falcão**

Editor da Diretoria de Publicações

## • *sumário*

### **Diabetes mellitus e saúde oral na infância**

por Dóris R. Ruiz, Vera R.M. Dishchekian, Ana M<sup>a</sup> Araujo, Cristina G. Del Conte

4

### **Quando encaminhar para avaliação da oclusão dentária?**

por Sílvia J. Chedid, Patricia C. Roulet, Adriana Mazzoni, Cristina G. Del Conte

6

### **Traumatismo dentário: importância do diagnóstico e pronto atendimento**

por Lúcia Coutinho, Maricene C.M. Ferreira, Sílvia L. Ferreira, Cristina G. Del Conte

9

# Diabetes mellitus e saúde oral na infância

## Dóris Rocha Ruiz

Cirurgiã Dentista. Especialista em Odontopediatria (CROSP-CRO). Mestre em Ciências pela Disciplina de Endocrinologia - UNIFESP.

## Vera Regina Mello Dishchekian

Nutricionista. Mestre e doutora em Nutrição EPM/UNIFESP.

## Ana Maria Araujo

Cirurgiã Dentista. Especialista e mestre em Odontopediatria pela UNIP/SP.

## Cristina Giovannetti Del Conte

Cirurgiã Dentista. Especialista, mestre e doutora em Odontopediatria pela USP.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup> destaca a necessidade contínua de ações globais para estimular e apoiar a adoção de medidas efetivas de vigilância, prevenção e controle do diabetes mellitus e suas complicações, visto que essa doença metabólica crônica é um grave problema de saúde pública ao redor do mundo, que eleva as taxas de comorbidades e de mortalidade. Cita-se na literatura que, ao longo da vida, o indivíduo portador de diabetes não controlado poderá ter um risco maior de apresentar manifestações/complicações orais, como: doença periodontal, dificuldade na cicatrização de feridas, alterações salivares, cárie dentária, infecções bacterianas/fúngicas, halitose, líquen plano oral, distúrbios no paladar e oroneurosensoriais, como a síndrome da ardência bucal.<sup>2-3</sup>

A condição periodontal é classificada da seguinte maneira: saudável (saúde gengival e saúde periodontal), gengivite (gengivite induzida por biofilme e doenças gengivais não induzidas por biofilme) e periodontite (periodontite, periodontite necrotizante e periodontite como manifestação de condições sistêmicas).<sup>4</sup> Dessa forma, a doença periodontal engloba um grupo de doenças inflamatórias/infecciosas (gengivite/periodontite) que envolvem os tecidos de proteção e sustentação do dente (gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar), tendo etiologia e patogênese multifatoriais resultantes de interações entre fatores de riscos biológicos, ambientais, sistêmicos, sociais, econômicos e psicológicos.<sup>4-6</sup> Essa doença na cavidade oral é considerada como a sexta complicação clássica do diabetes mellitus e há evidência que exista uma relação bidirecional entre o diabetes e a doença periodontal, na qual os pacientes portadores de diabetes não controlado têm maior risco e severidade de doença periodontal e, de modo inverso, a doença periodontal pode afetar o controle do diabetes mellitus.<sup>3,5-6</sup>

Na infância, a condição da gengivite é uma ocorrência encontrada devido ao acúmulo de biofilme. Entretanto, a condição da periodontite é considerada um achado raro e pode indicar o diagnóstico de uma doença sistêmica ou uma síndrome subjacente.<sup>7</sup> Salienta-se que o odontopediatra poderá contribuir com uma ação efetiva na triagem inicial do diabetes mellitus através do diagnóstico da condição oral infantil.

O estudo de Jensen e col. (2021a)<sup>8</sup> reportou que as crianças com diabetes mellitus tipo 1 apresentaram uma

relação significativa entre controle glicêmico (HbA1c) e aumento de marcadores periodontais precoces da doença periodontal (índices de placa gengival, sangramento à sondagem, índice gengival e de profundidade à sondagem periodontal). Nesse estudo, o controle glicêmico também foi relacionado à complexidade da microbiota da placa, com a diversidade aumentando à medida que os níveis de HbA1c aumentaram. As recentes metanálises de Jensen e col. (2021b)<sup>9</sup> e Zainal e col. (2021)<sup>10</sup> reportaram que esses marcadores para a doença periodontal descritos acima foram significativamente mais elevados em crianças com diabetes mellitus tipo 1 quando comparados às crianças e adolescentes saudáveis sem diabetes. Carelli e col. (2023),<sup>11</sup> em estudo com crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, detectaram no microbioma oral uma prevalência elevada das bactérias cariogênicas e periodontopatogênicas desde a tenra idade, associados aos parâmetros de controle glicêmico (HbA1c) e de hábitos de higiene oral. Esse estudo ressalta a importância da atenção ao controle glicêmico e à higiene oral regular para evitar o estabelecimento de uma microbiota oral predisponente à patologia dentária e periodontal em indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 desde a infância.

A prevalência do diabetes mellitus tipo 2 em crianças/adolescentes está aumentando de forma globalmente preocupante em paralelo ao aumento da obesidade infantil.<sup>1</sup> Tendo em vista essa situação, alerta-se para os resultados da metanálise de Martens e col. (2017)<sup>12</sup> e do estudo de Janem e col. (2017),<sup>13</sup> que apresentaram uma associação entre doença periodontal e obesidade na infância. Nesse contexto, vale citar o recente estudo de Todescan e col. (2023),<sup>14</sup> que descreveu que crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 2 apresentaram uma elevada prevalência de periodontite comparáveis àquelas observadas em estudos anteriores e que o diabetes não controlado (HbA1c) influenciou de forma significativa a prevalência da doença periodontal.

A boa condução do diabetes mellitus deve basear-se no envolvimento da criança, dos familiares, dos cuidadores e da rede de profissionais da saúde com o objetivo de desenvolver o autoconhecimento e autonomia do paciente. O tratamento multiprofissional deve ser individualizado, focando na rotina de vida infantil e sempre com apoio psicossocial ao núcleo familiar, sendo fundamental haver um

monitoramento periódico para prevenir as complicações, melhorar os desfechos clínicos e favorecer a boa qualidade de vida infantil.<sup>15-16</sup>

Recomenda-se a implementação de estratégias odontopediátricas integradas à equipe transdisciplinar, visando educar paciente e núcleo familiar sobre cuidados e atenção com a saúde oral para prevenir, detectar e tratar precocemente as repercussões orais, em especial a doença periodontal.

### Mensagem final das autoras

As consultas preventivas regulares com o odontopediatra, associadas aos bons hábitos de higiene oral e alimentação e ao controle glicêmico, são essenciais para favorecer a manutenção da saúde oral e geral da criança com diabetes.

### Referências

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Diabetes [cited 2023 May 25]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1)
2. Ahmad P, Akhtar U, Chaudhry A, Rahid U, Saif S, Asif JA. Repercussions of diabetes mellitus on the oral cavity. *Eur J Gen Dent.* 2019;8:55-62.

3. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, Viñas M, López-López J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22:e586-94.
4. Holzhausen M. Sistema de classificação das doenças e condições periodontais. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019.
5. Stöhr J, Barbaresko J, Neuenschwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sci Rep.* 2021;11:13686.
6. Graziani F, Gennai S, Solini A, Petrini M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes an update of the EFP-AAP review. *J Clin Periodontol.* 2018;45:167-87.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Classification of periodontal diseases in infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:451-65.
8. Jensen E, Selway CA, Allen G, Bednarz J, Weyrich LS, Gue S, et al. Early markers of periodontal disease and altered oral microbiota are associated with glycemic control in children with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2021;22:474-81.
9. Jensen E, Allen G, Bednarz J, Couper J, Peña A. Periodontal risk markers in children and adolescents with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2021;37:e3368.
10. Abidin ZZ, Zainuren ZA, Noor E, Nor NS, Saffian SM, Halim RA, et al. Periodontal health status of children and adolescents with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Aust Dent J.* 2021;66(Suppl 1):S15-26.
11. Carelli M, Maguolo A, Zusi C, Olivieri F, Emiliani F, Grandi G, et al. Oral microbiota in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: novel insights into the pathogenesis of dental and periodontal disease. *Microorganisms.* 2023;11:668.
12. Martens L, Smet S, Yusuf MY, Rajasekharan S. Association between overweight/obesity and periodontal disease in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18:69-82.
13. Janem WF, Scannapieco FA, Sabharwal A, Tsompana M, Berman HA, Haase EM, et al. Salivary inflammatory markers and microbiome in normoglycemic lean and obese children compared to obese children with type 2 diabetes. *PLoS One.* 2017;12:e0172647.
14. Todescan SM, Schroth RJ, Dean H, Wicklow B, Michel-Crosato E, Sellers E. High prevalence of periodontitis in children and adolescents with type 2 diabetes. *J Periodontol.* 2023;94:174-83.
15. SBD [homepage on the Internet]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. [cited 2023 Jun 05]. Available from: [www.https://diretriz.diabetes.org.br/](https://diretriz.diabetes.org.br/)
16. [No authors listed]. Role of the diabetes educator in inpatient diabetes management. *Diabetes Educ.* 2017;43:28-33.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.



# Quando encaminhar para avaliação da oclusão dentária?

## Silvia José Chedid

Cirurgiã Dentista. Mestre e doutora em Odontopediatria - FOU SP. Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares (CRO-CFO).

## Patricia Camacho Roulet

Cirurgiã Dentista. Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares (CRO-CFO).

## Adriana Mazzoni

Cirurgiã Dentista. Certificadora oficial da avaliação do freio lingual pelo Ministério da Saúde.

## Cristina Giovannetti Del Conte

Cirurgiã Dentista. Especialista, mestre e doutora em Odontopediatria pela USP.

O desenvolvimento adequado da oclusão decídua (somente dentes de leite) ou mista (dentes de leite e permanentes) é reconhecidamente importante para a saúde bucal dos pacientes pediátricos.<sup>1</sup>

O odontopediatra é o profissional indicado para monitorar a saúde bucal e o desenvolvimento da oclusão decídua desde a primeira infância. Dessa maneira, há três faixas etárias nas quais podemos identificar momentos oportunos de intervenção, cada uma delas definida por suas próprias características.

Nesse contexto, seria importante que outros profissionais de áreas afins também estivessem atentos ao desenvolvimento orofacial desde tenra idade. Assim, ginecologistas, obstetras, pediatras, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, osteopatas, dentre outros, poderiam contribuir na elaboração de um diagnóstico transdisciplinar conjuntamente com o odontopediatra.

Descreveremos a seguir as três fases que consideramos importantes para a avaliação da oclusão e do desenvolvimento dos maxilares.

## Faixa etária de 0 a 3 anos

Está bem estabelecido na literatura que o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida apresenta um efeito positivo no desenvolvimento dos maxilares, podendo, inclusive, representar um fator de proteção da maloclusão na dentição decídua. Dessa maneira, pode ser considerada uma importante estratégia populacional para a prevenção de oclusopatias desde a primeira infância.<sup>2,3,4</sup>

Por volta dos seis meses de idade, e com a erupção dos dentes decíduos anteriores, ocorre a transição alimentar de líquida para sólida, estimulando o desenvolvimento das arcadas dentárias. Nessa fase, é importante observar se os incisivos irrompem em uma relação correta entre si, denominada de guia incisal, onde os dentes inferiores se encontram atrás dos dentes superiores, importante para a função de cortar os alimentos (Figuras 1A, B e C). Nesse período, recomenda-se monitorar e interceptar qualquer alteração na erupção dos primeiros molares decíduos (Figuras 2A e B). Observar também hipotonia muscular e posturas

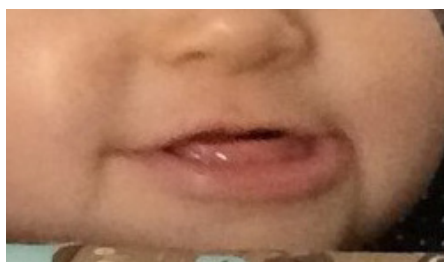


Figura 1A – Posição invertida dos rodetes gengivais (3 meses de idade).<sup>6</sup>

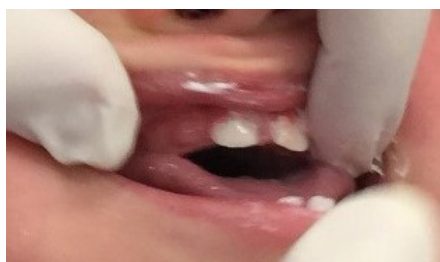


Figura 1B – Erupção dos incisivos em posição invertida (17 meses de idade).<sup>6</sup>



Figura 1C – Mordida corrigida após intervenção transdisciplinar (21 meses de idade).<sup>6</sup>



Figura 2A – Mordida cruzada anterior e posterior (2 anos de idade).<sup>6</sup>



Figura 2A – Correção da mordida após intervenção transdisciplinar e uso de aparelho intra-oral (2 anos e 8 meses de idade).<sup>6</sup>

inadequadas de língua, bem como fazer o aconselhamento referente aos hábitos de sucção. Atenção especial deve ser dada ao estabelecimento da respiração nasal. Também é muito importante orientar os pais sobre os comportamentos alimentares e estabelecimento de hábitos saudáveis e adequados com referência à restrição de açúcares e inclusão de alimentos *in natura* em diferentes texturas, que são necessários para garantir o crescimento fisiológico e saudável da criança, bem como a saúde bucal.<sup>5</sup> Assim, o odontopediatra pode orientar a família desde o nascimento do bebê para a promoção da saúde bucal e para o estabelecimento da oclusão decídua saudável e funcional, reduzindo o risco de maloclusões.<sup>1,6,7</sup>

### Faixa etária de 3 a 6 anos

Nessa fase, todos os dentes decíduos estão irrompidos e exercendo suas funções. As arcadas dentárias devem estar bem desenvolvidas e a presença de espaços entre os dentes anteriores é um indicativo de um bom desenvolvimento transversal, que vai favorecer a erupção dos dentes permanentes anteriores, que são mais largos do que os dentes decíduos. Quando isso não ocorre, já poderia ser considerado um sinal de alerta, pois irá faltar espaço para o correto alinhamento. É importante evitar hábitos de sucção sem fins nutritivos (sucção de dedo e chupeta), bem como uso de mamadeira (Figuras 3A e B). A respiração nasal deve ser estimulada e a deglutição deve estar no padrão de normalidade, pois a respiração oral e a deglutição adaptada levam a desequilíbrios musculoesqueléticos e maloclusão.

Havendo alterações, o tratamento estará indicado, atra-

vés da Ortopedia Funcional dos Maxilares, Ortopedia Facial e/ou Ortodontia Interceptativa.<sup>1,6</sup>

Durante o estabelecimento da “oclusão funcional” devemos observar os movimentos mandibulares e a dinâmica mandibular com o objetivo de se interpretar a função mastigatória, que está diretamente relacionada ao crescimento dos ossos maxilares. Quando há limitações nesses movimentos, podem ser realizados ajustes na oclusão dentária ou realização de guias em resinas sobre os dentes. Essas condutas têm a denominação de reabilitação neuro-oclusal.<sup>8</sup>

### Acima dos 6 anos de idade

A partir dos seis anos começam a irromper os primeiros dentes permanentes, com a erupção dos primeiros molares diretamente no rebordo dentário posterior, atrás do último dente decíduo. Os dentes anteriores (incisivos decíduos) estarão em processo de mobilidade e esfoliação e deve ser dado acompanhamento criterioso com referência à presença de espaços nas arcadas superior e inferior para que, ao longo da esfoliação natural dos dentes decíduos, possa haver espaço suficiente para a erupção dos dentes permanentes. Além disso, a observação da relação maxilomandibular é fundamental para que haja o estabelecimento de uma face harmoniosa (Figuras 4A, B e C). O diagnóstico oportuno da oclusão funcional é crucial, bem como a ação conjunta transdisciplinar com outros profissionais que estão envolvidos com o paciente e sua família. Assim, os pais serão informados sobre as possíveis terapias necessárias para a o tratamento da maloclusão.



Figura 3A – Mordida aberta anterior devido ao uso de chupeta (3 anos e 3 meses de idade).



Figura 3B – Correção espontânea da mordida após remoção do hábito em um período de 4 meses.

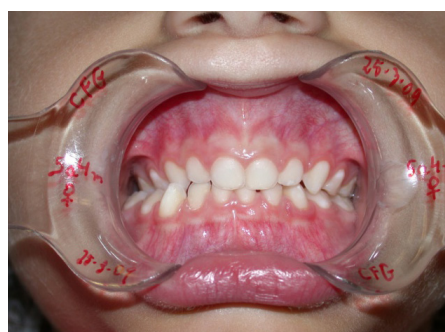


Figura 4A – Mordida cruzada posterior do lado direito (do paciente) na dentição decídua (4 anos e 6 meses de idade).



Figura 4B – Após tratamento (Reabilitação Neuro Oclusal e Ortopedia Funcional dos Maxilares).



Figura 4C – Em acompanhamento, na fase da dentição mista, com bom desenvolvimento dos maxilares e da dentição.



### Educar e orientar

A atuação conjunta do pediatra e do odontopediatra é fundamental para conscientizar as famílias para que entendam que a má oclusão e outras manifestações que afetam as funções orais, como respiração, sono, mastigação e alimentação, muitas vezes apresentam os primeiros sinais já na idade pré-escolar, muito antes da erupção do primeiro dente de leite. Assim, a avaliação antecipada, como já descrito acima, é fundamental.

A conscientização, não somente dos profissionais, mas da família, é a primeira forma de prevenção. Educar e orientar a família para a promoção de saúde e prevenção de maloclusão é uma mensagem que deve ser transmitida a todos os envolvidos na Pediatria, Odontopediatria, pacientes e familiares.<sup>9,10</sup>

EDUCAÇÃO É SAÚDE.

### Mensagem final das autoras

Promover sorrisos por toda a vida começa desde muito cedo! Procure um odontopediatra desde a gestação.

### Referências

1. Koletsi D, Makou M, Pandis N. Effect of orthodontic management and orofacial muscle training protocols on the correction of myofunctional and myoskeletal problems in developing dentition. A systematic review and meta-analysis. *Orthod Craniofac Res.* 2018;21:202-15.
2. Peres KG, Cascaes AM, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Exclusive breastfeeding and risk of dental malocclusion. *Pediatrics.* 2015;136: 60-7.
3. Thomaz EB, Alves CM, Gomes E, Silva LF, Almeida CC, Brito E, et al. Breastfeeding versus bottle feeding on malocclusion in children: a meta-analysis study. *J Hum Lact.* 2018;34:768-88.
4. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between breastfeeding and malocclusion: a systematic review of the literature. *Nutrients.* 2020;12:3688.
5. Spill MK, Johns K, Callahan EH, Shapiro MJ, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, et al. Repeated exposure to food and food acceptability in infants and toddlers: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(Suppl\_7):978S-89S.
6. Chedid SJ, Húngaro R. Intervention proposal for infant prognathism: a case report in a non-syndromic pediatric patient. *Intern J of Inno Research in Med Science.* 2021;6: 824-30.
7. Semantic Scholar [homepage on the Internet]. Site [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/>
8. Chedid SJ. Monitoring of the inverted relation of gingival pads in a nos-syndromic infant. *Dentistry 3000.* 2023;11:1-6.
9. Planas P. Reabilitação neurooclusal. 2<sup>ed</sup>. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
10. Grippaudo C, Quinzi V, Manai A, Paolantonio EG, Valente F, La Torre G, et al. Orthodontic treatment need and timing: assessment of evolutive malocclusion conditions and associated risk factors. *Eur J Paediatr Dent.* 2020; 21:203-8.
11. Paglia L. Interceptive orthodontics: awareness and prevention is the first cure. *Eur J Paediatr Dent.* 2023;24:5.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.



**RPPED**

Confira os últimos artigos publicados na  
**Revista Paulista de  
Pediatria**

[rpped.com.br](http://rpped.com.br)



# Traumatismo dentário: importância do diagnóstico e pronto atendimento

## Lucia Coutinho

Cirurgiã Dentista. Professora do Curso de Atualização em Odontopediatria Atrami - EPM/UNIFESP.

## Maricene C. de Melo Ferreira

Cirurgiã Dentista. Especialista em Odontopediatria pela FUNDECTO-USP.

## Sylvia Lavinia Ferreira

Cirurgiã Dentista. Membro da Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP.

## Cristina Giovannetti Del Conte

Cirurgiã Dentista. Especialista, mestre e doutora em Odontopediatria pela USP.

O traumatismo dentoalveolar (TDA) é considerado um problema mundial de saúde pública devido à alta prevalência e seus impactos negativos na qualidade de vida do indivíduo, podendo levar ao comprometimento funcional, estético, psicológico e financeiro.<sup>2</sup> O tempo transcorrido entre a injúria e o atendimento,<sup>1</sup> somado à falta de orientação quanto à necessidade de abordagem imediata frente a um TDA, são fatores prejudiciais para o prognóstico e sucesso do tratamento.<sup>1</sup>

O TDA pode afetar o esmalte e a dentina dos dentes decíduos e permanentes, assim como o periodonto e, em alguns casos, pode envolver tecidos moles e ossos da face. Ocorre de forma inesperada e, geralmente, requer atendimento imediato. É considerada a segunda condição mais frequente que acomete o sistema estomatognático da criança, atrás apenas da doença cárie.<sup>1</sup>

A prevalência do traumatismo para dentição decídua varia entre 22,7 e 25% e, para dentes permanentes, gira em torno de 33%. Entre 13 e 30 meses de vida, a coordenação motora da criança é limitada, podendo trazer riscos nos momentos em que começam a rastejar ou andar. Correr, subir escadas e pular também podem ser motivos de injúrias entre essas idades.<sup>1</sup>

Quedas da própria altura e colisões são tipicamente comuns em crianças de um a três anos.<sup>3</sup> Posteriormente a essa idade, as atividades esportivas e de lazer são as razões mais comuns para traumas da face.<sup>4</sup> Alguns fatores de risco estão frequentemente associados com traumatismo dentoalveolar, como: alterações oclusais (mordida aberta anterior, *overjet* acentuado - Figura 1), falta de selamento labial por uso de chupeta/dedo e respiração oral, obesidade (habilidades físicas e equilíbrio limitados) e qualidade

do sono (que pode interferir na atenção das funções diárias da criança).<sup>3</sup>

Os dentes mais acometidos por trauma são os incisivos superiores.<sup>1,4</sup> Na dentição decídua, o trauma mais comum é a luxação (Figura 2), pois são dentes inseridos em estruturas de suporte mais resilientes e imaturas, favorecendo mais o deslocamento do que a fratura. Já na dentição permanente, as fraturas são mais comuns, sendo as de esmalte mais frequentes, seguidas pelas de esmalte e dentina<sup>1</sup> (Figura 3).

A avulsão e a intrusão são os traumatismos mais graves, pois se trata do deslocamento total do dente do alvéolo ou o seu deslocamento intraósseo, respectivamente. No caso da avulsão, pode acontecer alteração na fala, mastigação, deglutição, estética, perda de espaço, além de afetar nas relações sociais e na qualidade de vida da criança.<sup>1</sup> Na dentição decídua, o reimplante dentário não é recomendado. Já na dentição permanente, o reimplante imediato e tardio deverá ser indicado.<sup>3</sup> Tanto a avulsão quanto a intrusão são os traumas com maior risco para complicações no sucessor permanente.

O odontopediatra realiza exame intra e extra bucal detalhado e criterioso, pois, além do trauma dentário, pode haver envolvimento de ossos da face e da articulação temporomandibular. A radiografia dos dentes acometidos também é realizada nesse momento. Na busca do melhor tratamento, deve-se considerar as circunstâncias clínicas específicas de cada caso, tratando imediatamente, com o controle de sangramento, alívio da dor e, quando possível, facilitando o reposicionamento dos dentes, para um bom prognóstico.<sup>1</sup> Além de analgésicos, a laserterapia é grande aliada na reparação tecidual.<sup>5</sup> É importante, também, in-



Figura 1 – Mordida aberta anterior com fratura de esmalte em dente decíduo (3 anos e 8 meses).



Figura 2 – Luxação lateral em incisivos superiores decíduos. Observa-se o sangramento ao redor dos dentes afetados (4 anos e 3 meses).



Figura 3 – Fratura em esmalte e dentina no incisivo central superior permanente (8 anos).

investigar o local onde aconteceu o trauma, pois lugares contaminados requerem profilaxia antibiótica e antitetânica.<sup>4</sup>

Todo trauma deve ser avaliado e acompanhado pelo odontopediatra. Nenhum trauma deve ser menosprezado, mesmo aqueles nos quais, aparentemente, houve pouco impacto na dentição, até mesmo aqueles que acometem lactentes que não possuem dentes.

Quando ocorre na dentição decídua, é fundamental o acompanhamento clínico e radiográfico pelo odontopediatra até a esfoliação (queda do dente decíduo) e erupção do dente sucessor permanente. O traumatismo pode afetar o próprio dente decíduo, levando à reabsorção radicular e/ou óssea, desenvolvimento de processo infeccioso/inflamatório, anquilose, alterações na fisiologia de esfoliação dentária, entre outros. Salientamos que, dependendo do tipo de trauma na dentição decídua, existe ainda a possibilidade de afetar o desenvolvimento do sucessor permanente, podendo ocorrer desde pequenos defeitos de esmalte e alteração de cor até a paralisação da formação do dente, formação de odontoma e dilaceração radicular (Figura 4).<sup>4</sup>

O médico pediatra é, na maioria das vezes, o primeiro a ser procurado para o atendimento de TDA nos serviços mu-

nicipais de saúde, cuja porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de unidades de pronto-socorro e pronto atendimento. O fluxo para encaminhamento, tanto dentro da UBS, como em outros serviços, deve ser bem estabelecido, devido à importância do atendimento imediato para um melhor prognóstico do caso. É importante salientar que o traumatismo alvéolo dentário pode ser resultante de violência doméstica ou em outros espaços de convívio do usuário, sendo necessário que os profissionais que recebem essas crianças, com caso suspeito ou confirmado, façam a notificação às autoridades locais competentes. A união das especialidades é fundamental para tratar a criança como um ser integral, cuidando sempre com excelência e acolhimento, visando sua saúde geral.<sup>4</sup>

### Mensagem final das autoras

Salientamos a importância do atendimento de urgência frente a um traumatismo dentário, devendo a criança ser encaminhada ao odontopediatra, que irá atender com acolhimento, baseado nos protocolos mais atuais.



Figura 4 – Defeito no desenvolvimento do esmalte e da dentina do incisivo central permanente com alteração de forma, associada a um defeito no desenvolvimento do esmalte do incisivo lateral permanente. Ambas as alterações devido à intrusão do dente decíduo, decorrente de um trauma aos 3 anos de idade.

### Referências

1. Amorin LF. Traumatismo em dentes decíduos e permanentes: ciência na prática clínica. Santos Editora; 2022.
2. Organização Mundial da Saúde [homepage on the Internet]. Relatório sobre a situação global da saúde bucal [cited 2023 Aug 02]. 2022. Available from: [www.https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484](https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484)
3. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, et al. International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. injuries in the primary dentition. Dent Traumatol. 2020;36:343-59.
4. Cadioli IC, Wanderley MT, Corrê MS. Traumatismo em Odontopediatria. In: Correa MS, editor. Condução clínica e psicológica em Odontopediatria – 3ª ed. Santos Editora; 2023. p. 391-407.
5. Bello-Silva MS, Figueiredo A, Paula Eduardo C. Terapia fotodinâmica no tratamento das infecções bucais. In: Takaoka L, Coutinho L, Weiler RE, editors. Odontopediatria: transdisciplinaridade na saúde e educação da criança e do adolescente. Bok2 Tec; 2019. p. 169-75.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Na edição 101 de **Recomendações** abordamos os seguintes temas:

- **Higienização nasal** e o sono do bebê  
Medicina do Sono
- **Banco de leite humano** e a coleta à beira do leito  
Aleitamento Materno
- **Alimentação complementar para o prematuro**  
Neonatologia



CLIQUE PARA ACESSAR O FASCÍCULO E OUVIR O PODCAST



## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

na infância e adolescência

**DEZEMBRO VERMELHO**

Sociedade de Pediatria de São Paulo

anatois | depositeiphotos.com

## DEZEMBRO VERMELHO | PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo pela prevenção de acidentes e proteção de nossas crianças e adolescentes.



# A proteção vale para todos! Prevenção agora para uma pele saudável no futuro



cuidados com as  
**crianças no verão!**

**JANEIRO BRONZE**

A campanha Janeiro Bronze, da Sociedade de Pediatria de São Paulo, é um alerta à população sobre todos os cuidados importantes na época mais quente e alegre do ano: o verão.

