



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS PORTO LTDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ELIZIANNE DA COSTA PINTO
LYDIANNE BARBOSA GOMES BARROS**

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIGRÁFICO DE REIMPLANTE DE DENTE
DECÍDUO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PORTO NACIONAL-TO
2017**

**ELIZIANNE DA COSTA PINTO
LYDIANNE BARBOSA GOMES BARROS**

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO DE REIMPLANTE DE DENTE
DECÍDUO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Projeto de Pesquisa submetido ao Curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Ma. Laura Souza de Castro Santos

**ELIZIANNE DA COSTA PINTO
LYDIANNE BARBOSA GOMES BARROS**

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO DE REIMPLANTE DE DENTE
DECÍDUO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho apresentado ao Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda, como requisito para aprovação e conclusão do curso de graduação em Odontologia.

Monografia apresentada e defendida em ____/____/____ pela banca examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: Prof^a. Ma. Laura Souza de Castro Santos
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

Prof^a. Ma. Mariana Vargas Lindemaier e Silva
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

Prof. Dr. Felipe Cavalcanti Sampaio
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

**PORTO NACIONAL-TO
2017**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Contenção semirrígida.....	11
Figura 2 Radiografia inicial oclusal.....	11
Figura 3 Radiografia 6 meses.....	14
Figura 4 Aspecto radiográfico e clínico 9 meses.....	14

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD - Comprimento do Dente

CT - Comprimento de Trabalho

EDTA - Solução de Ácido Etilenodiaminotetracético

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASO.....	10
3. DISCUSSÃO.....	14
5. CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO DE REIMPLANTE DE DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Elizianne da Costa Pinto¹
Lydianne Barbosa Gomes Barros¹
Laura Sousa de Castro Santos²

¹ Acadêmica de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

² Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Laopoldo Mandic, Especialista em Odontopediatria pela EAP/GO.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os traumas em dentes decíduos consistem em acidentes comuns na primeira infância podendo causar danos funcionais e estéticos, além de promoverem um grande impacto emocional e psicológico, tanto na criança, como nos pais. Um dos tipos de traumatismo dental é a avulsão que se caracteriza pelo deslocamento completo do dente de seu alvéolo em decorrência de um impacto. **OBJETIVO:** Relatar um caso clínico de reimplante de dente decíduo com acompanhamento de 9 meses descrevendo os aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da avulsão de dente decíduo. **CONCLUSÃO:** A recomendação generalizada que se abstenha de reimplante de decíduos avulsionados está fundamentada essencialmente em opiniões e suposições e não em provas sólidas, desse modo, em condições ideais o reimplante pode ser um tratamento viável.

Palavras-chave: Dente Decíduo. Traumatismos Dentários. Avulsão Dentária. Reimplante Dentário.

ABSTRAC

INTRODUCTION: Trauma in primary teeth consists of common early childhood accidents that can cause functional and aesthetic damage, as well as promote a great emotional and psychological impact, both in the child and in the parents. One of the types of dental trauma is avulsion, it is characterized by the complete displacement of the tooth from its alveolus due to an impact. **OBJECTIVE:** To report a clinical case of deciduous tooth reimplantation with a 9-month follow-up describing aspects related to the diagnosis and treatment of deciduous tooth avulsion.

CONCLUSION: The general recommendation to refrain from reimplantation of avulsed deciduous patients is based essentially on opinions and assumptions rather than on solid evidence, so that in ideal conditions it can be a viable treatment.

Key words: Deciduous Tooth. Tooth Injuries. Tooth Avulsion. Reimplantation.

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, de origem acidental ou intencional, causada por forças que atuam no órgão dentário decorrente de acidentes, espancamento, etc (CORRÊA, 2011).

O traumatismo pode acontecer já nos primeiros meses de vida da criança, (CORRÊA, 2013) e, sua prevalência em dentes decíduos é alta, atingindo 36,8% das crianças em idade pré-escolar (COSTA; QUEIROZ; NÓBREGA, 2014) e o maior número de traumatismos ocorre na faixa de 2 a 4 anos de idade, sendo que a avulsão compreende de 7 a 13% de todas as lesões dentárias na dentição decídua (POLUHA; NASCIMENTO; TERADA, 2016).

As causas mais frequentes associadas ao traumatismo bucodentário em faixas etárias muito baixas são as quedas, pois as crianças estão aprendendo a andar, correr, e ainda não possuem a coordenação motora necessária ao equilíbrio exigido para essas atividades. Os meninos estão mais propícios que as meninas; a proporção chega a ser dois meninos para cada menina e os dentes mais atingidos são os incisivos centrais superiores. Quando o cirurgião-dentista é solicitado a atender um caso de traumatismo dentário, o profissional deve estar preparado para solucionar não apenas o problema da lesão, mas também os problemas emocionais da criança e da família, pois na maioria das vezes, os familiares mostram-se mais ansiosos e preocupados do que o próprio paciente, na busca de um atendimento imediato que possa reabilitá-lo (TOLEDO, 2012). Além disso, de acordo com a literatura, 50% das crianças em idade escolar têm possibilidade de sofrer um traumatismo alveolodentário (COSTA; QUEIROZ; NÓBREGA, 2014).

Os principais objetivos do diagnóstico e tratamento de lesões traumáticas que afetam crianças na primeira infância são o controle da dor e a preservação de possíveis danos ao germe do dente permanente que está em desenvolvimento (CORRÊA, 2011).

As lesões traumáticas podem envolver os tecidos moles, tecidos dentais e os tecidos de suporte (ligamento periodontal e osso alveolar). Existem na literatura várias classificações para as lesões dentárias traumáticas. É importante salientar que um único paciente pode apresentar no mesmo dente diferentes tipos de lesões traumáticas (GUEDES-PINTO et al., 2010).

Um dos tipos de traumatismo dental é a avulsão que se caracteriza pelo deslocamento completo do dente de seu alvéolo, havendo a ruptura das fibras do ligamento periodontal em decorrência de um impacto súbito como uma pancada, colisão com um objeto sólido ou durante uma queda. Afeta principalmente incisivos centrais superiores, tanto na dentição decídua quanto na permanente e cerca de 35% de todas as avulsões ocorrem antes dos 9 anos de idade, ou seja, antes do completo desenvolvimento radicular dos incisivos (MASSARA et al., 2013). Para o tratamento da avulsão de dente decíduo existem três possibilidades: sem tratamento, substituição protética e reimplante do dente, sendo o último controverso quanto à necessidade e vantagens (CORRÊA, 2011).

O prognóstico de um reimplante está diretamente relacionado à viabilidade do ligamento periodontal remanescente na superfície radicular do dente avulsionado. O dano às células do ligamento periodontal pode ser causado pela desidratação das mesmas, devido a um período extra-bucal longo, ou pelo armazenamento do dente em um meio desfavorável antes do reimplante (MASSARA et al., 2013).

A *International Association of Dental Traumatology* e a *American Academy of Pediatric Dentistry* não recomendam o reimplante de dentes decíduos avulsionados, em razão da grande possibilidade de lesar o germe do permanente. No entanto, há autores que realizam o reimplante do dente decíduo em condições favoráveis: criança jovem, tempo decorrido após o acidente menor que 30 minutos, transporte adequado do dente (leite, saliva, soro fisiológico), região e dente afetados sem contaminação para minimizar a infecção, osso alveolar intacto (CORRÊA, 2011). Além disso, são imprescindíveis a presença de dentes adjacentes para a realização da contenção, o consentimento dos responsáveis, uma equipe de trabalho pronta para a realização do tratamento e o controle do comportamento da criança. O acompanhamento clínico e radiográfico é importante, pois na avulsão há maior risco de repercussão para o dente permanente (GUEDES-PINTO et al., 2010).

O uso da saliva como meio de armazenamento, através da colocação do dente avulsionado debaixo da língua ou no vestibulo bucal do próprio paciente ou dos pais, está contraindicada em função do risco de deglutição do mesmo pela criança e de infecção cruzada, quando armazenado na saliva de outra pessoa (MASSARA et al., 2013).

Apesar da abundante literatura sobre o reimplante de dentes permanentes, os estudos sobre reimplante de dentes decíduos ainda são significativamente limitados, daí a importância deste trabalho para contribuir com as estatísticas de êxito ou não do reimplante de dentes decíduos.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reimplante de dente decíduo com um acompanhamento de 9 meses, descrevendo os aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e preservação do dente reimplantado.

2 RELATO DE CASO

Paciente F.B.P.B., melanoderma, 3 anos de idade, sexo masculino, ASA I, pesando 15kg, compareceu ao consultório odontológico, acompanhado por seu responsável, com o dente dentro de um copo com leite. De acordo com o relato da mãe, “a criança estava na escola e durante brincadeiras corriqueiras esbarrou-se com uma coleguinha e teve o dente 61 avulsionado”. O intervalo entre o acidente e a consulta foi de aproximadamente 30 minutos. Observou-se, que a criança se encontrava sem comprometimento sistêmico e sem utilização de medicamentos. Ao exame físico verificou-se edema do lábio superior e avulsão do dente 61. Devido o estado agitado da criança, não foi possível realizar radiografias e fotografias iniciais. A opção de tratamento escolhido foi o reimplante do dente 61. Após a limpeza da cavidade bucal com soro fisiológico, observou-se se havia corpos estranhos, a tábua óssea foi apalpada para avaliar presença de fratura, lavou-se o dente com água corrente e observou se havia fratura radicular. Então o dente foi reposicionado no alvéolo e para melhor prognóstico, colocou-se uma contenção semirrígida com fio de aço para amarrilho número 010 e resina fotopolimerizável de canino a canino e, realização de desgaste na face incisal para evitar contato prematuro do dente avulsionado. Prescreveu-se Amoxicilina 250 mg/ml 5ml a cada 8 (oito) horas por 7 (sete) dias, Ibuprofeno 100 mg/ml 15 gotas por 3 (três) dias e Dipirona 500 mg/ml 8

(oito) gotas por 3 (três) dias. Foram informadas para a mãe recomendações e orientações de higiene bucal eficiente utilizando também clorexidina 0,12% para evitar inflamação gengival, dieta pastosa e adesão ao plano de tratamento. Foi informado também quanto as principais sequelas do reimplante dentário após avulsão, como a anquilose, reabsorção radicular e infecção, podendo levar à perda do dente (figura 1). O responsável legal concordou em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Figura 1: Fotografia da região acometida (dente 61), para verificação da contenção semirrígida.

O acompanhamento clínico e radiográfico foi realizado semanalmente para a análise do reimplante dentário e acompanhamento da diminuição da mobilidade do dente afetado (figura 2).

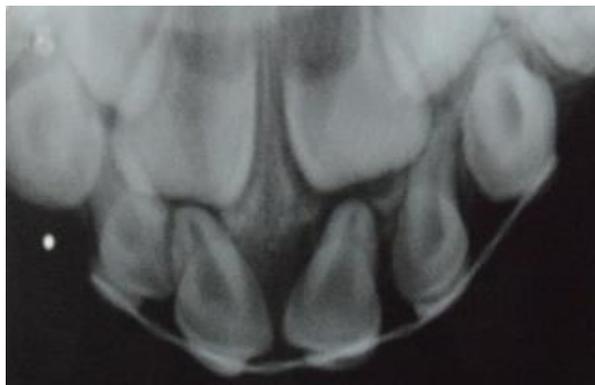


Figura 2: Radiografia oclusal dente 61 para verificação do reimplante.

Após 21 dias o paciente compareceu à Clínica Odontológica do ITPAC Porto, analisou-se o grau de mobilidade, que era discreto, retirou-se a contenção e iniciou o tratamento endodôntico do dente 61.

Não foi necessário o uso de anestesia, pois após o teste de cavidade notou-se necrose pulpar. Fez-se antisepsia com solução de clorexidina 2% e isolamento absoluto, o qual foi realizado com o auxílio de fio dental, com a finalidade de deixar o paciente mais calmo possível. A abertura coronária e remoção do teto da câmara pulpar foram feitas com ponta diamantada esférica.

Para irrigação do canal radicular utilizou-se Solução de Milton (solução hipoclorito de sódio 2,5%). Após, começou-se a instrumentação com a Lima FlexoFile #25 no comprimento de trabalho 13 mm, seguida pelas limas #30, #35 e finalizando com a lima #40, mantendo sempre o canal irrigado com hipoclorito de sódio 2,5%. Colocou-se como medicação intra-canal hidróxido de cálcio PA adicionado ao propilenoglicol.

Uma semana após a primeira sessão, o paciente retornou a Clínica do ITPAC Porto, para iniciar a segunda sessão do tratamento endodôntico, observou-se que a mobilidade era inexistente, realizou-se um novo isolamento absoluto, e a retirada da restauração provisória, com o auxílio da ponta diamantada 1012. Para a remoção da medicação intra-canal, utilizou-se uma lima #25. O canal foi irrigado com hipoclorito de sódio 2,5% para promover a suspensão de partículas, favorecendo assim a sua remoção. O toailete do canal com Solução de Ácido Etilenodiaminotetracético - EDTA, 3 minutos sob agitação constante dentro do canal com lima tipo K, irrigação com soro fisiológico e secagem com pontas de papel absorvente #35. Os materiais de escolha para realização da obturação foram óxido de zinco, que tem finalidade de se tornar radiopaco, hidróxido de cálcio e propilenoglicol, e, com uma lima, a pasta formada foi depositada dentro do canal radicular para finalizar, colocou-se uma lamínula de guta percha rosa para o selamento do canal.

Após, foi realizada a restauração em resina composta na face palatina do dente 61, o ajuste oclusal, acabamento e polimento foram realizados com pasta de polimento e taça de borracha.

A partir daí, estabeleceu-se um protocolo de preservação, com consultas de controle a cada 3 meses. O caso foi preservado radiograficamente por 6 (figura 3) e 9 meses, não houve sinais de reabsorção radicular patológica, lesão periapical ou

mobilidade dentária e, a gengiva está com aspecto de normalidade (figura 4). O paciente será acompanhado até a perda do dente 61 e erupção do dente permanente 21.



Figura 3: Radiografia periapical após 6 meses de acompanhamento.



Figura 4: Na esquerda da imagem; uma radiografia periapical da região do dente acometido 61 com 9 meses de acompanhamento. Do lado direito; fotografia da região acometida, aspecto clínico atual.

3 DISCUSSÃO

O conhecimento e atitudes de cirurgiões-dentistas diante de situações de traumatismos dentários, avulsões e reimplantes de dentes permanentes foi extensamente pesquisado, entretanto, a literatura é bastante conflitante quando o assunto se estende à dentição decídua, além disso, poucos estudos buscaram avaliar o sucesso ou insucesso do reimplante de dentes decíduos, revelando uma lacuna na literatura odontológica (SILVA et al., 2014). A literatura descreve os

resultados de dentes decíduos reimplantados com relatos de casos isolados, sem haver de fato, pesquisa de investigação sobre as frequências de sucesso do procedimento nos dentes decíduos (POLUHA et al., 2016).

O presente trabalho mostrou que o reimplante imediato de dente decíduo pode ser sim, uma alternativa de tratamento nos casos de avulsão traumática, de acordo com o que preconiza a literatura.

A Associação Internacional de Traumatismo Dentário, bem como a Academia Americana de Odontopediatria contraindicam o reimplante de dente decíduo, em virtude do risco de lesão ao sucessor permanente, dificuldades normais de obtenção de sucesso para esta técnica e a falta de colaboração do paciente. Por outro lado, outros autores relataram casos de sucesso de dentes decíduos reimplantados, afirmando a possibilidade do procedimento, desde que alguns critérios sejam observados, como o estágio de desenvolvimento da raiz; meio de estocagem do dente; grau de contaminação; execução da técnica de reimplante; tratamento endodôntico; período de acompanhamento (SILVA et al., 2014) e o mais importante, o tempo decorrido do trauma até o atendimento. Tempo este, que não deverá ser superior a 30 minutos, visto que após este período, as células do ligamento periodontal sofrem uma degeneração que não pode ser revertida (COSTA et al., 2014). No caso descrito, o dente passou menos de 30 minutos extra-alveolar o que indica um prognóstico favorável, além disso o meio de armazenamento foi o leite, cujo uso em baixa temperatura, diminui a possibilidade de desnaturação de proteínas do ligamento periodontal e de crescimento de bactérias. Contribui também para a redução do metabolismo das células, favorecendo sua sobrevivência (MACIEL, 2014).

De acordo com Marzola & Hille (2014) infecção bucal, comunicação pulpar com o osso alveolar devido obturação parcial, ou por condutos muito grandes, deficiência na imobilização do dente, reabsorção que não pode ser controlada, anquilose, trauma excessivo na manipulação da raiz, eliminação da membrana periodontal da raiz e do alvéolo, idade do paciente, operação muito demorada, hiperoclusão do dente reimplantado, falta de colaboração por parte do paciente e, falta de conhecimentos científicos por parte dos profissionais, são alguns dos possíveis fatores relacionados ao insucesso do reimplante dental.

Marzola & Hille (2014) disseram também que, apesar de muitos autores e profissionais contraindicarem, os reimplantes dentais podem e devem ser realizados

sempre que existir possibilidade de se salvar um dente, desde que siga a técnica correta e que ofereça condições para chegar-se ao sucesso do tratamento.

O sucesso do reimplante está relacionado às condições de reparo do ligamento periodontal e da polpa, as quais, por sua vez, dependem do tempo de permanência extra-alveolar e do meio de conservação do dente, como já dito anteriormente. Caso o profissional opte pelo reimplante do dente decíduo, deverá fazê-lo de preferência em pacientes com pouca idade (antes dos 4 anos), desde que não haja comprometimento do arcabouço alveolar. No caso apresentado não houve comprometimento do alvéolo e o paciente tinha 3 anos de idade, portanto dentro do limite de idade recomendado. Além do mais, possuía dentes adjacentes para a confecção da contenção semirrígida (Massara, et al. 2013).

A literatura relacionada ao tratamento de dentes decíduos avulsionados, segundo Holan (2013), tem rejeitado a ideia do reimplante destes, devido à uma série de argumentos, como o de que, criança não tem exigência estética, custos financeiros, consumo de tempo e falta de cooperação das crianças, risco de reabsorção radicular externa, danos ao sucessor permanente, anquilose, a falta de evidências científicas e risco de aspiração. Sendo assim, alguns autores sugeriram o uso de aparelhos fixos ou removíveis para preencher o espaço criado pela ausência dentária. Entretanto sabe-se que hoje em dia as crianças estão bem mais avançadas e possuem exigência estética sim, e a maioria já repara na ausência dentária, como no caso descrito em que a mãe relatou que a criança já a havia questionado quanto a falta de um dente na colega de escola.

Dentre as principais vantagens Poluha et al. (2016) citam a manutenção da estética, desejada especialmente pelos pais. Além disso, quando devolvido ao seu lugar natural, o dente mantém o espaço no arco, evitando assim a erupção tardia do permanente ou sua mal oclusão favorecendo o crescimento facial. No que concerne a indicações o procedimento deve ser preconizado para crianças menores de três anos de idade que não conseguem utilizar um dispositivo mantenedor de espaço, em casos onde a lesão aos tecidos circunvizinhos é mínima, quando existe unidade de ancoragem para confecção da contenção e quando a possibilidade de injúria ao sucessor permanente é reduzida. O prognóstico não pode ser antevisto. No entanto, o tratamento é viável desde que, se prime por circunstâncias ótimas, como o estágio de nolla com 2/3 de raiz formada, contaminação mínima, meio de armazenamento do dente avulsionado deverá ser preferivelmente leite, saliva ou

solução salina, a agilidade no reimplante, dado que períodos fora do alvéolo superiores a duas horas é sinônimo de extensas reabsorções radiculares, restrição de dieta nas duas semanas pós-trauma e a viabilidade de acompanhamento periódico.

Até o momento, com acompanhamento de 9 meses não foram verificados sinais de reabsorção radicular patológica, anquilose, lesão periapical ou presença de fístula, a gengiva está com aspecto saudável e não há mobilidade dentária.

Apesar êxito até o momento no tratamento, deve-se propor novas pesquisas e estudos minuciosos sobre reimplante de dentes decíduos, com maiores pesquisas e abrangências.

4 CONCLUSÃO

A recomendação generalizada que se abstenha de reimplante de decíduos avulsionados está fundamentada essencialmente em opiniões, suposições e não em provas sólidas. Desse modo, de acordo com o êxito do caso acompanhado durante 9 meses, sem alterações clínicas e radiográficas que comprometessem o sucesso do tratamento, o reimplante pode ser considerado uma modalidade de tratamento para dentes decíduos avulsionados, quando da observância das condições ideais, prós e contras de cada caso.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, M. S. N. P. **Conduta clínica e psicológica na odontopediatria**. 2.ed., São Paulo: Santos. 2013. p. 291-304.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria: na primeira infância**. 3.ed., 1.reimpr. São Paulo: Santos. 2011. p. 689-715.

COSTA, L. E. D.; QUEIROZ, F. S.; NÓBREGA, C. B. C. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. Patos, PB. **Rev. Odontol.UNESP**.2014.

FUJITA, Y., SHIONO, Y., MAKI, K.B. *Knowledge of emergency management of avulsed tooth among Japanese dental students*. **MC Oral Health**. Manazuru, Kokurakita-ku, Kitakyushu, Japão. 2014 Apr 8; 14-34.

GUEDES-PINTO, A. C., BÖNECKER, M., RODRIGUES, C. R. M. D. **Fundamentos de Odontologia: Odontopediatria**. São Paulo: Santos. 2010. p. 301-327.

HALAWANY, H. S.; ALJAZAIRY, Y. H.; ALHUSSAINAN, N. S.; AIMAFLEHI, N.; JACOB, V.; ABRAHAM, N. B. *Knowledge about tooth avulsion and its management among dental assistants in Riyadh, Saudi Arabia*. **BMC Oral Health**. Riyadh, Arábia Saudita. 2014 May 6; 14-46.

HOLAN, G. *Replantation of avulsed primary incisors: A critical review of a controversial treatment*. **Dent Traumatol**. Jerusalém, Israel. 2013 Jun;29(3):178-84.

KONDO, K.; MASUDA, I.; FUKAI, S.; KANEKO, T.; HORIE, N.; SHIMOYAMA, T. *Replantation of avulsed teeth using the 180-degree rotation method and a vacuum-formed splint in mixed dentition: a case report*. **J Oral Sci**. Kawagoe, Japão, 2014.

LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. R.; BERTOLI, F. M P. Tópicos da Odontologia: Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Rev. Sul-Brasileira de Odontol**. Curitiba, PR. 2011.

MACIEL, J. **Efeito de diferentes antibióticos no processo de reparo em reimplante de dentes mantidos em leite. Estudo em ratos**. 2014. 66f. Tese (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Araçatuba, 2014.

MARZOLA, C.; HILLE, F. S. Reimplantação de dentes decíduos após traumas dentais e suas repercussões microscópicas nos tecidos biológicos: Uma revista crítica da literatura baseada em evidências. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP. 2014 Out, 14(10): 575-596.

MASSARA, M. L. A.; REDUA, P. C. B. **Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria**. 2. Ed., Santos, 2013.

POLUHA, R. L.; NASCIMENTO, G. H. H.; TERADA, H. H. Reimplante de dentes decíduos: Indicações e contra-indicações. **Arch Health Invest**. Maringá, PR. 2016.

SILVA, C. A. M.; LEITE, G. S.; PASTORIZA, P. S. R.; FERREIRA, J. M. S.; GUARÉ, R. O. **Conduta dos odontopediatras e clínicos gerais: Diante de uma avulsão traumática na dentição decídua**. João Pessoa, PB, 2014.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 4.ed., Rio de Janeiro: MedBook, 2012. p. 283-306.