



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
***CAMPUS SOBRAL***  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**FELIPE FERNANDES DE FREITAS MORAES**  
**LUCAS DE CASTRO SILVA RIBEIRO**

**INTRUSÃO SEVERA DO DENTE 51 COM DESLOCAMENTO PARA A CAVIDADE  
NASAL – RELATO DE CASO CLÍNICO**

**SOBRAL**  
**2022**

**FELIPE FERNANDES DE FREITAS MORAES**

**LUCAS DE CASTRO SILVA RIBEIRO**

**INTRUSÃO SEVERA DO DENTE 51 COM DESLOCAMENTO PARA A CAVIDADE  
NASAL – RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Odontologia da  
Universidade Federal do Ceará – Campus  
Sobral, como requisito parcial à obtenção  
do título de Bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Kelly de  
Sousa Santiago Barbosa

**SOBRAL**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

R369i     Ribeiro, Lucas.

INTRUSÃO SEVERA DO DENTE 51 COM DESLOCAMENTO PARA A CAVIDADE  
NASAL – RELATO DE CASO CLÍNICO / Lucas Ribeiro. – 2022.  
45 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus  
de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa.

1. Dente decíduo. 2. Trauma. 3. Luxação intrusiva. I. Título.

CDD 617.6

---

**FELIPE FERNANDES DE FREITAS MORAES**  
**LUCAS DE CASTRO SILVA RIBEIRO**

**INTRUSÃO SEVERA DO DENTE 51 COM DESLOCAMENTO PARA A CAVIDADE  
NASAL – RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Odontologia da  
Universidade Federal do Ceará – Campus  
Sobral, como requisito parcial à obtenção  
do título de Bacharel em Odontologia

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Iracema Matos de Melo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Jozely Francisca Mello Lima  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todos que estiveram presentes na nossa jornada acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Acredito que Deus tenha guiado todo meu caminho até aqui e só me resta agradecer por tudo que Ele tem feito.

Agradeço aos meus pais, Tirza e Fernando por me proporcionarem todo o apoio e oferecerem o máximo que estava aos seus respectivos alcances para que esse dia chegasse.

Um agradecimento especial ao meu irmão Fernando, que foi o maior responsável por eu estar aqui hoje, pois acreditou em mim desde o início, quando nem eu nem ninguém acreditou e por sempre estar ao meu lado quando precisei.

A minha dupla Lucas, que apesar de que essa oportunidade aconteceu apenas no final do curso, sou muito grato por ter me aproximado e trabalhado com alguém tão incrível como amigo de vida e colega de profissão, trazendo alegria ao box 26 desde o primeiro dia.

Não caberia aqui os agradecimentos aos amigos que tive o prazer de dividir a vida durante os últimos anos em Sobral, foram diversos aprendizados, experiências e aventuras que mudaram para sempre minha forma de ver e viver a vida. Desde breves risadas durante a rotina clínica até realmente considerar parte deles minha família que espero carregar para toda a vida. Ainda assim, acredito que seja válido agradecer ao grupo “Convide-se” por tornar a rotina mais leve e aos integrantes do estranho grupo “Irmãs Wilson”, por todo o companheirismo durante esses anos.

Agradeço a Universidade Federal do Ceará pela oportunidade de ter me ensinado uma Odontologia que me admira e me inspira.

A grande parte do corpo docente, por consistir em excelentes Cirurgiões-dentistas e professores, que nos ensinam diariamente desde técnicas cirúrgicas até atitudes de empatia ao próximo.

A professora Jozely Mello, por ter sido minha orientadora desde o início na disciplina em que hoje pretendo seguir carreira, pois sua forma de trabalhar, seus ensinamentos e sua amizade fortaleceram essa decisão.

A professora Iracema Melo, por ter aceitado o convite como banca avaliadora e por toda sua paciência e forma de ensinar a odontologia.

Por fim, a professora Adriana por ser uma grande inspiração como pessoa e profissional desde o primeiro contato, representa aquela pessoa em que estaríamos satisfeitos se um dia conseguíssemos ser metade do que ela é. Obrigado pela confiança que sempre depositou, pelos conselhos, ensinamentos e pelas broncas!

Felipe Fernandes de Freitas Moraes

## **AGRADECIMENTOS**

A minha mãe Meiriane Castro, ao meu pai José Marinho e a minha família, por toda força, dedicação e empenho durante minha vida e nos anos da minha graduação. sem vocês nada disso seria possível.

A Profa. Dra. Adriana Kelly, por todas as oportunidades, por suprir o papel de mãe nos momentos em que estive afastado da minha, por sempre me escutar e estar ao meu lado em todos os anos de graduação.

A Profa. Jozely e a Profa. Iracema, pela amizade, pelas conversas e por estarem sempre me apoiando nas decisões clínicas e pessoais.

A todos os professores do Corpo Docente, principalmente aos professores Denise, Jacques, Mariana, Virgínia, Hellíada e Hilmo, por me inspirarem profissionalmente e por todo o conhecimento passado.

A todos os técnicos e servidores da UFC e do Bloco da Odontologia por todo o suporte e por me escutarem sempre que precisei.

A todos os colegas de turma, saibam que levarei um pouco de vocês comigo.

Aos meus amigos próximos que estiveram comigo nessa jornada: Lívia, Bernadete, Renato, Flávia Feitosa, Juliana, Karen, Gabriela, Katlyn, Axelle, João Victor, Walyson, Yasmin, Silvana, Tainara, Bárbara Cavalcante, Alarice, Camila e Suzeline. Jamais esquecerei de vocês!

Aos meus amigos de vida Felipe, Evelyn e Emilly, que são meu suporte e que estiveram comigo principalmente nos piores momentos. Amo vocês!

Ao meu melhor amigo Mesley Portela, que foi a minha família e minha companhia durante minha estada em Sobral, e que dividiu momentos maravilhosos comigo durante esse tempo.

E a todos que estiveram presentes de alguma forma, em projetos de extensão e monitorias em que estive envolvido, aprendi bastante com vocês. Muito obrigado!

Lucas de Castro Silva Ribeiro



“É justo que muito custe o que muito vale.”

Santa Tereza D’Ávila

## RESUMO

A luxação intrusiva é caracterizada pelo deslocamento axial de um dente em direção ao alvéolo, representa um dos principais tipos de trauma que acometem a dentição decídua, podendo causar danos à polpa, ligamento periodontal, tecido gengival, osso alveolar, além de trazer possíveis sequelas à dentição permanente. Quando se trata de uma intrusão total, seu diagnóstico pode ser confundido com avulsão caso não seja realizado um bom exame clínico e radiográfico, interferindo no prognóstico do caso. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de luxação intrusiva severa, assim como discutir o correto diagnóstico, conduta do caso e as possíveis sequelas para o dente permanente. O caso clínico relatado consiste em uma intrusão severa com deslocamento para a cavidade nasal em paciente pediátrico que, devido a gravidade do deslocamento e o diagnóstico tardio, fez com que o tratamento realizado fosse a exodontia do elemento, visto que as chances de reerupção espontânea e o tracionamento ortodôntico não representavam opções viáveis e a situação apresentava riscos para a criança. Quando se tem um trauma em dentição decídua é possível que ocorra sequelas tanto na própria dentição decídua quanto na permanente, visto que o desenvolvimento e mineralização dos incisivos permanentes ocorrem de 0 a 3 anos de idade. Portanto, diante do exposto, é fundamental que o processo de diagnóstico seja realizado de modo adequado para que ocorra um manejo correto do caso, favorecendo o prognóstico.

**Palavras-chave:** dente decíduo; trauma; luxação intrusiva.

## **ABSTRACT**

Intrusive dislocation is characterized by the axial displacement of a tooth towards the alveolus, it represents one of the main types of trauma that affect the deciduous dentition, and can cause damage to the pulp, periodontal ligament, gingival tissue, alveolar bone, in addition to bringing possible sequelae to the dentition. permanent dentition. When it comes to a total intrusion, its diagnosis can be confused with avulsion if a good clinical and radiographic examination is not performed, interfering with the prognosis of the case. Thus, the objective of this work is to report a clinical case of severe intrusive dislocation, as well as to discuss the correct diagnosis, management of the case and the possible sequelae for the permanent tooth. The reported clinical case consists of a severe intrusion with displacement to the nasal cavity in a pediatric patient who, due to the severity of the displacement and the late diagnosis, made the treatment performed to extract the element, since the chances of spontaneous and orthodontic traction did not represent viable options and the situation presented risks for the child. When there is a trauma in the primary dentition, it is possible that sequelae may occur both in the primary and in the permanent dentition itself, since the development and mineralization of the permanent incisors occur from 0 to 3 years of age. Therefore, in view of the above, it is essential that the diagnostic process is carried out properly so that the correct management of the case occurs, favoring the prognosis.

**Keywords:** primary tooth; trauma; intrusive luxation.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Aspecto clínico intraoral durante a primeira consulta, aproximadamente 1 mês após o trauma ..... | 26 |
| Figura 2 – Aspecto clínico da cavidade nasal direita durante a primeira consulta.....                       | 26 |
| Figura 3 – Telerradiografia lateral modificada realizada na primeira consulta .....                         | 27 |
| Figura 4 – Exodontia do elemento dentário 51 .....  | 27 |
| Figura 5 – Cavidade oral em consulta após 2 anos e 7 meses .....  | 28 |
| Figura 6 – Vista oclusal da cavidade oral em consulta após 2 anos e 7 meses ....                            | 28 |
| Figura 7 – Teleradiografia lateral modificada realizada em consulta após 2 anos e 7 meses .....             | 29 |
| Figura 8 – Radiografia oclusal modificada realizada em consulta após 2 anos e 7 meses .....                 | 29 |

## **LISTA DE TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Comparativo de casos semelhantes ao caso relatado no estudo ..... | 30 |
|--|----|

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |  |
|-----------|--|
| CD        | Cirurgião-dentista   |
| IADT      | <i>Internacional Association of Dental Traumatology</i>                      |
| LDT       | Lesões Dentárias Traumáticas   |
| LI        | Luxação Intrusiva  |
| NEPTRAUMA | Núcleo de Estudos em Pacientes Vítimas de Traumatismo Bucodentário de Sobral |
| UBS       | Unidade Básica de Saúde  |

## LISTA DE SÍMBOLOS

%    Porcentagem

## SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                          | <b>14</b> |
| <b>2</b>   | <b>RELATO DE CASO .....</b>                      | <b>16</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Anamnese e exame físico .....</b>             | <b>16</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Exames radiográficos .....</b>                | <b>16</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Procedimento clínico .....</b>                | <b>17</b> |
| <b>2.4</b> | <b>Prescrição medicamentosa .....</b>            | <b>18</b> |
| <b>2.5</b> | <b>Consultas de acompanhamento .....</b>         | <b>18</b> |
| <b>2.5</b> | <b>Aspectos legais .....</b>                     | <b>18</b> |
| <b>3</b>   | <b>DISCUSSÃO .....</b>                           | <b>20</b> |
| <b>4</b>   | <b>CONCLUSÃO .....</b>                           | <b>23</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                         | <b>24</b> |
|            | <b>APÊNDICE A – FIGURAS .....</b>                | <b>26</b> |
|            | <b>APÊNDICE B – TABELA COMPARATIVA .....</b>     | <b>30</b> |
|            | <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b> | <b>31</b> |
|            | <b>ANEXO A – NORMAS DA RESVISTA .....</b>        | <b>32</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

Traumas orofaciais são uma importante questão de saúde bucal e de saúde geral, tendo consequências de cunho médico, estético e psicológico tanto para o paciente afetado quanto para os familiares que convivem com o paciente<sup>2</sup>. Em alguns casos, podem sofrer impacto financeiro, visto que lesões dentárias traumáticas (LDT) podem demandar serviços caros e exigir acompanhamento de longo prazo<sup>18</sup>.

A incidência de LDT é mais frequente em crianças de 1 a 4 anos de idade, dado que nessa faixa etária as crianças estão em processo de desenvolvimento psicomotor, tornando-as mais propensas a quedas e acidentes<sup>15</sup>. Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de LDT na dentição decídua varia, de acordo com diferentes autores, de 9% a 62%<sup>16</sup>. O dente afetado com mais frequência é incisivo central superior, e as injúrias por luxação são as lesões mais comuns<sup>4</sup>.

A luxação intrusiva (LI) pode ser definida como o deslocamento axial do dente em direção ao seu alvéolo<sup>11</sup>, sendo um tipo de trauma que gera envolvimento grave e extenso do ligamento periodontal, dano ósseo e ruptura do feixe vâsculo-nervoso dentário<sup>19</sup>. Segundo Soares et al. (2018), a frequência da LI está entre 9,3%-12,5% na dentição decídua, dados esses que podem variar baseado na população estudada e na metodologia do estudo. Já a faixa etária média é de 1,8 anos e há predileção pelo sexo masculino numa proporção próxima a 2:1. Além disso, o estudo revelou que o ambiente doméstico é o local de maior frequência para a ocorrência do trauma, que a queda da própria altura é a principal causa e que em 92,2% dos casos estudados a LI ocorreu isolada, sem associação com outros diagnósticos de LDT.

A LI pode causar complicações e sequelas tanto para dentes decíduos quanto para dentes permanentes<sup>5</sup>. Andrade et al. 2021, indicou que as principais consequências da LI em dentes decíduos são: perda dentária prematura, descoloração coronária e obliteração do conduto radicular. Necrose pulpar, recessão gengival, mobilidade dentária, reabsorção radicular e abscessos ou celulites também podem ser complicações de LI na dentição decídua<sup>10</sup>. Ainda assim, dentes decíduos mostraram-se com menor chance de ter complicações e sequelas, quando comparados com dentes permanentes intruídos<sup>21</sup>.

Em geral, as evidências para embasar tratamentos de LDT em dentes decíduos apresentam limitação. A observação do caso é a opção mais apropriada em situações de urgência, exceto nos casos que existam riscos de aspiração, ingestão e interferência oclusal<sup>9</sup>. Autores indicam, além disso, que a exodontia ocorra quando o germe do dente permanente possa ser acometido no trauma ou quando houver incapacidade de cooperação do paciente devido sua idade reduzida<sup>13</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de luxação intrusiva severa, assim como discutir o correto diagnóstico, conduta do caso e as possíveis sequelas para o dente permanente.

## **2 RELATO DE CASO**

### **2.1 Anamnese e exame físico**

Paciente M.J.S.S., um ano e nove meses de idade, gênero feminino, melanoderma, compareceu ao projeto de extensão Núcleo de Pacientes Vítimas de Trauma Buco-Dentário (NEPTRAMA), da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, na companhia da mãe e da avó, que referiram trauma pregresso ocorrido a cerca de 2 meses em ambiente doméstico após uma queda de bicicleta, na cidade de Sobral, Ceará. A mãe relatou edema localizado em lábio superior com aspecto roxo, caracterizando uma contusão. A mesma mencionou não haver lesões cortantes. Inicialmente a paciente foi levada para o serviço médico do Hospital Regional Norte, na cidade de Sobral, Ceará, onde foi orientada a realizar cuidados de limpeza e higiene da região afetada no trauma. Um dia após o trauma, a responsável procurou o atendimento odontológico da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que é cadastrada, pois notou um aumento de volume na base do rebordo alveolar e inserção do lábio superior. O cirurgião-dentista (CD) da UBS avaliou a condição clínica de cicatrização do alvéolo e afirmou que o quadro estava em situação de normalidade. No entanto, o mesmo não solicitou exames por imagem e o caso foi diagnosticado, inicialmente, como avulsão, mesmo o dente não tendo sido encontrado. Dois meses após a ocorrência do trauma, a paciente alegou incômodo na região direita da cavidade nasal, e a responsável procurou o serviço do NEPTRAMA. Ao exame clínico foi verificada a ausência do elemento dentário 51 e cicatrização com aspecto de normalidade para o tempo decorrido da lesão. Contudo, havia aumento de volume na base do rebordo alveolar e inserção do lábio superior (Figura 1). Devido aos sinais e sintomas observados foi realizada uma inspeção da região direita da cavidade nasal e observou-se a presença de um corpo estranho no assoalho da cavidade, a ser melhor observado com auxílio de exames por imagem complementares (Figura 2).

### **2.2 Exames radiográficos**

No exame radiográfico foram realizadas três tomadas: Radiografias periapical; oclusal modificada utilizando um filme radiográfico periapical adulto, técnica utilizada para crianças desta idade e para visualizar bem os traumas na região da pré-maxila;

e telerradiografia lateral modificada com uma película oclusal adulta, afim de observar o assoalho da cavidade nasal e um possível corpo estranho na região, nos dando visões ântero-posterior e súpero-inferior da maxila (Figura 3). Em todas as imagens radiográficas foram evidenciadas a presença de um corpo estranho, semelhante a um dente, deslocado para a cavidade nasal, alterando o diagnóstico inicial do CD da UBS de avulsão para intrusão severa.

### **2.3 Procedimento clínico**

A terapêutica adotada frente a intrusão do dente 51 nesse caso foi a exodontia. A lesão do caso é caracterizada como uma intrusão severa (completa ou total) invadindo o assoalho da cavidade nasal, causando assim uma comunicação entre as cavidades nasal e bucal que estava selada pela cicatrização do alvéolo dentário. Porém, devido aos riscos de reabsorção local, do tempo decorrido do trauma e possível aspiração do dente, o tratamento cirúrgico foi escolhido.

A exodontia foi realizada sob anestesia local, com infiltração no fundo de sulco vestibular do dente 51, para anestesiá-lo e o alvéolo da região, bem como a anestesia troncular extra-bucal do nervo nasopalatino direito, para que fosse possível manipular a cavidade nasal sem dor para a paciente. Após a etapa anestésica, foi realizado o acesso ao elemento dentário através da crista do rebordo alveolar da região do dente 51, por meio de uma incisão, realizada com uma lâmina 15 e cabo de bisturi nº 3. A escolha pelo acesso intra-oral foi feita devido aos riscos de fazer a remoção do dente pela cavidade nasal, como acesso limitado, idade da criança e posição dentária desfavorável. Após a incisão e descolamento mucoperiosteal, foi notada a presença da coroa dentária do dente 51 na base do rebordo alveolar da região. Foram utilizados abridor de boca, para a manutenção de uma abertura de boca adequada a realização do procedimento, e gases, para evitar que no momento da saída do elemento ele não fosse aspirado ou engolido. Com auxílio de um descolador de Molt nº 9 apoiou-se no ápice da raiz do dente dentro da cavidade nasal e forçou-se o elemento dentário em sentido a cavidade oral, dessa forma o dente saiu rapidamente pelo acesso aberto no rebordo alveolar intrabucal (Figura 4). Após a exodontia foi realizada sutura. O procedimento cirúrgico foi realizado com apoio de contenção física, visto que a paciente não apresentava capacidade de colaborar.

## **2.4 Prescrição medicamentosa**

Foi prescrito amoxicilina 250mg/5ml em suspensão oral a cada 8 horas por 7 dias e ibuprofeno 100mg/ml a cada 8 horas por 3 dias.

## **2.5 Consultas de acompanhamento**

O acompanhamento ideal para esses casos são consultas realizadas após 1 semana, 6-8 semanas, 6 meses e um ano. Entretanto, foram realizadas 4 consultas, as duas primeiras após 7 e 14 dias, a terceira após 3 meses e a quarta 2 anos e 7 meses devido ao cancelamento de atendimentos por motivos da pandemia de COVID-19. Em todas as consultas de acompanhamento foram realizadas tomadas radiográficas para avaliar a cicatrização cirúrgica, o estado e a posição do germe do dente permanente e avaliação física (Figuras 5, 6, 7 e 8).

## **2.6 Aspectos legais**

A responsável pela paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o planejamento, tratamento e a divulgação científica do caso.

### 3 DISCUSSÃO

Lesões intrusivas representam um trauma de grande impacto na dentição decídua e sua alta prevalência se deve à alguns fatores, entre eles o fato de o osso alveolar ser mais resiliente em crianças mais novas, assim, o trauma contra os dentes, muitas vezes, faz com que eles se movam no alvéolo ao invés de fraturar, pois ainda não estão firmemente apoiados<sup>5</sup>. O diagnóstico em alguns casos é simples, no entanto, quando o elemento dental intrui completamente ou até mesmo ao nível da cavidade nasal, não sendo possível observar clinicamente o dente no alvéolo, como é o caso do presente relato, o método diagnóstico do caso torna-se mais complexo. Assim, é de extrema importância a realização de uma anamnese detalhada e de exame clínico acurado, com realização de exames radiográficos complementares e apropriados.

O adequado direcionamento da anamnese, associado a um exame clínico esmiuçado e a um protocolo oportuno de exame radiográficos revelam-se importantes para evitar o diagnóstico equivocado do trauma<sup>8</sup>. A depender do grau de intrusão dentária, o caso pode ser diagnóstico como avulsão, visto que o dente não está visível clinicamente na cavidade oral. A intrusão dentária completa ou total é uma situação de ocorrência rara, porém vale ressaltar a importância de que seja realizada uma inspeção da cavidade quando se há dúvidas sobre a condição apresentada pelo paciente.

O emprego de técnicas de exames por imagens é imprescindível para a obtenção de um diagnóstico diferencial, principalmente em casos de LI, por mais que o manejo odontológico para obtenção de radiografias seja complexo<sup>8</sup>. Variadas técnicas de imagem podem ser utilizadas, a Tabela 1 faz um comparativo entre dois relatos de caso clínico semelhante ao caso abordado nesse estudo. Evidenciando a gama de exames por imagem que podem ser empregados, dentre eles, a radiografia periapical, a radiografia oclusal e a telerradiografia lateral modificada que foram aplicadas no caso do estudo.

A manutenção da dentição decídua na cavidade oral é importante para garantir estética e função, e também para orientar a erupção dos dentes permanentes. LDT podem afetar esse equilíbrio, sendo, portanto, reconhecidas como um importante problema de saúde bucal<sup>16</sup>. Em aspecto diretamente proporcional, quanto mais grave

a lesão, mais graves são as consequências dela decorrentes, incluindo comprometimento da formação e desenvolvimento dos dentes permanentes, custando tratamentos mais extensos e custosos<sup>7</sup>. Desse modo, deve-se ter o conhecimento dos possíveis danos aos dentes decíduos e permanentes para realizar um plano de tratamento adequado, com o intuito de prevenir danos maiores.

Nos casos de luxação intrusiva, as diretrizes anteriores da *Internacional Association of Dental Traumatology* (IADT) do ano de 2012 recomendavam a exodontia imediata caso o decíduo traumatizado tenha se deslocado em direção ao germe do dente permanente, entretanto esse tratamento não é mais recomendado devido à evidência de re-erupção espontânea para dentes decíduos traumatizados, preocupação de que mais danos sejam causados ao germe durante a extração e falta de evidência de que a exodontia minimize os danos ao permanente<sup>9</sup>. Vale ressaltar que esse o procedimento de re-erupção espontânea pode resultar em infraoclusão do dente intruído, porém mantém o espaço adequado para a erupção do dente sucessor<sup>22</sup>. Por outro lado, a diretriz de 2020 da IADT informa que caso haja riscos de aspiração, como foi o caso do presente artigo, ingestão ou interferência na oclusão, a exodontia é recomendada.

Alguns tratamentos têm grande potencial para causar tanto o transtorno pós-traumático, como a ansiedade odontológica, e a exodontia é um desses<sup>9</sup>. Para essas situações, muitas vezes não é possível obter uma colaboração da criança, sendo necessário a utilização de técnicas de manejo, como a técnica dizer-mostrar-fazer, além da contenção física que, apesar de ser usada em último caso, foi necessária.

Após o dente decíduo sofrer o impacto e ocorrer a intrusão, ele e o sucessor podem sofrer sequelas. Na dentição decídua, pode ocorrer recessão gengival, descoloração de esmalte, obliteração radicular, anquilose, lesão periapical, fístula, reabsorção patológica na raiz, rizólise acelerada, perda prematura e alveólise<sup>5</sup>.

Como sequela em dentes permanentes, pode ocorrer distúrbios na erupção, descoloração de esmalte, hipoplasia de esmalte, duplicação de raiz, dilaceração de raiz, dilaceração de coroa, mal formação semelhante a odontoma e sequestro de germe. A mobilidade dentária foi a sequela em decíduo mais prevalente, alguns fatores que poderiam explicar são a resiliência óssea e o comprimento da raiz<sup>1</sup>.

Spinas et al. (2006), revelou em seu estudo que lesões em esmalte e hipoplasia dentinária foram encontradas em 35% dos dentes permanentes que sofreram intrusões graves em seus antecessores decíduos. Bardellini et al. (2017) relatou em seu estudo que 11,9% dos incisivos decíduos traumatizados por luxação intrusiva apresentaram anomalias em seus permanentes, tendo como principal sequela a hipoplasia de esmalte seguida por manchas brancas. Já Andrade et al. (2021) observou em seu estudo que crianças que sofreram lesão traumática envolvendo tecido periodontal, apresentaram 3,7 vezes mais chances de ter sequelas em seus sucessores, tendo a intrusão junto com a avulsão, os tipos de lesões mais graves, que causaram mais sequelas nos permanentes. 35% dos dentes decíduos traumatizados por luxação intrusiva apresentaram sequelas, sendo descoloração e hipoplasia do esmalte as mais frequentes. Além disso, também foi observado que os danos nos dentes permanentes ocorreram em uma maior frequência em crianças que tinham até 4 anos de idade no momento do trauma dentário.

A paciente do caso clínico abordado era uma criança jovem. A situação clínica foi abordada de modo mais apropriada diante dos artifícios dispostos para solucionar o quadro da paciente. As consultas periódicas de retorno são importantes para avaliar possíveis sequelas e para acompanhar o prognóstico do caso, a IADT aconselha que consultas de acompanhamento sejam realizadas após 1 semana, 6-8 semanas, 6 meses e um ano, porém foram realizadas consultas após 7 dias, 3 meses, 2 anos e 7 meses, devido a conjuntura mundial causada pela a pandemia do vírus Sars-Cov-2, as consultas de retorno tiveram um hiato bianual.

É imprescindível a realização de consultas de retorno para avaliar a situação do germe dentário do elemento permanente. Durante a última consulta, foram realizados os exames clínicos e radiográficos, sendo possível observar a manutenção do espaço alveolar para a erupção do permanente e o desenvolvimento do germe dentário do dente 11 sem alterações consideráveis do ponto de vista radiográfico, estando juntamente com o dente 21, no estágio 6 de Lolla.

Dessa forma, as chances de sequelas eruptivas no dente 11 são pequenas, entretanto existem possibilidades consideráveis de que alterações possam ocorrer à nível de coroa dentária, como alterações no esmalte. Assim, já foi comunicado aos responsáveis da criança que podem, ou não, ocorrer tais sequelas e que o tratamento



destas será realizado. Vale ressaltar que a criança continuará em acompanhamento até a erupção do dente permanente.

#### **4 CONCLUSÃO**

Conclui-se que o processo de diagnóstico deve ser cuidadoso e esmiuçado, buscando realizar uma anamnese detalhada, identificando todas as características de como a lesão ocorreu, constatando a natureza do trauma, o local de ocorrência, bem como o tempo decorrido entre o trauma e a consulta inicial. Além disso, o profissional deve associar, sempre que possível, o exame clínico à exames de imagens, que são indispensáveis para realização do diagnóstico diferencial entre os diferentes tipos de trauma. Em casos de Intrusão severa na dentição decídua, é necessário o acompanhamento e monitoramento de possíveis sequelas de trauma, visto que esta lesão pode afetar diretamente o germe dentário do dente sucessor permanente.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, M. R. T. C. *et al.* Traumatic injuries in primary dentition and their immediate and long-term consequences: a 10-year retrospective study from the State University of Rio de Janeiro, Brazil. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 22, n. 1, p. 1067-1076, 27 jul. 2021.
2. ANDREASEN, J. O. *et al.* The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors: II. A clinical and radiographic follow - up study of 213 teeth. **European Journal of Oral Sciences**, v. 79, n. 3, p. 284-294, 1971.
3. BARDELLINI, E. *et al.* Dental anomalies in permanent teeth after trauma in primary dentition. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 41, n. 1, p. 5-9, 2017.
4. CARDOZO, M. *et al.* Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. **Dent Traumatol**, v. 3, p. 129-133, 18 jun. 2002.
5. CARVALHO, V. *et al.* Frequency of intrusive luxation in deciduous teeth and its effects. **Dental Traumatology**, v. 26, n. 4, p. 304-307, 2010.
6. COSTA, L. A. *et al.* Treatments for intrusive luxation in permanent teeth: a systematic review and meta-analysis. **International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 46, p. 214-229, 2017.
7. COSTA, V. P. P. *et al.* Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. **Brazilian Oral Research**, v. 30, ed. 1, p. 1-9, 2016.
8. COSTA, V. P. P. *et al.* Primary incisor intruded through the nasal cavity: a case report. **General Dentistry**, v. 64, n. 3, p. 64-67, May-Jun 2016.
9. DAY, P. F. *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, v. 36, n. 4, p. 343-359, 2020.
10. DE AMORIM, L. F. G. *et al.* Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. **Dent Traumatol**, v. 5, p. 368-373, 27 out. 2011.
11. DIANGELIS, A. J. *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 1, p. 2-12, 2012.

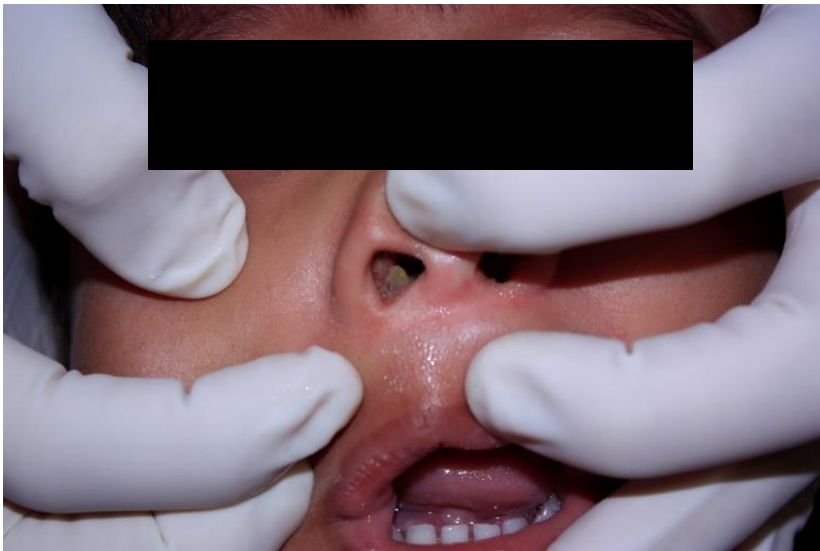
12. DIAB, M. *et al.* Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. **Quintessence International**, v. 31, n. 5, 2000.
13. FIDALGO, T. K. S. *et al.* Minimally invasive intervention of acute trauma in the primary dentition: Successful five-year follow-up. **Gen Dent**, v. 60, n. 3, p. 158-161, 2012.
14. GILBRIDE, M. J. *et al.* Eruption of teeth in nose after trauma to the primary and permanent dentition. **Br Dent J**, v. 198, n. 4, p. 199-200, 2005.
15. JÁCOMO, D. R. E. J. *et al.* Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. **Dent Traumatol**, v. 25, p. 300-304, 27 fev. 2009.
16. JESUS, M. A. *et al.* Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. **Brazilian oral research**, v. 24, n. 1, p. 89-94, 2010.
17. LAURIDSEN, E. *et al.* The risk of healing complications in primary teeth with intrusive luxation – a retrospective cohort study. **Dent Traumatol**, v. 33, p. 329-336, 2017.
18. LEE, J. Y. *et al.* Hidden consequences of dental trauma: the social and psychological effects. **Pediatric dentistry**, v. 31, n. 2, p. 96-101, 2009.
19. MALMGREN, B. *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 3, p. 174-182, 2012.
20. MENDOZA-MENDOZA, A. *et al.* Intrusive Luxation in Primary Teeth: A Case Report. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 39, n. 3, p. 215-218, 2015.
21. SOARES, T. R. C. *et al.* Profile of intrusive luxation and healing complications in deciduous and permanent teeth – a retrospective study. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 76, p. 567-571, 2018.
22. SPINAS, E. *et al.* Therapeutic approach to intrusive luxation injuries in primary dentition. A clinical follow-up study. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 7, n. 4, p. 179, 2006.

## APÊNDICE A - FIGURAS

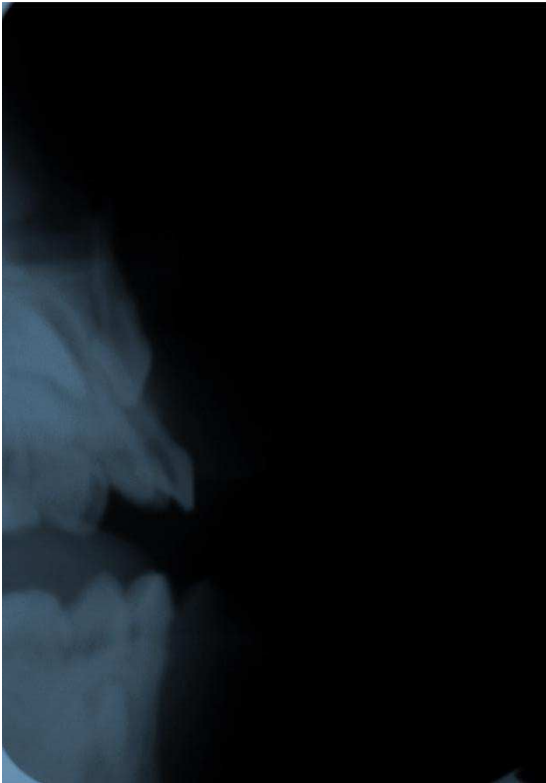
**Figura 1:** Aspecto clínico intraoral durante a primeira consulta, aproximadamente 1 mês após o trauma.



**Figura 2:** Aspecto clínico da cavidade nasal direita durante a primeira consulta.



**Figura 3:** Telerradiografia lateral modificada realizada na primeira consulta.



**Figura 4:** Exodontia do elemento dentário 51.



**Figura 5:** Cavidade oral em consulta após 2 anos e 7 meses.



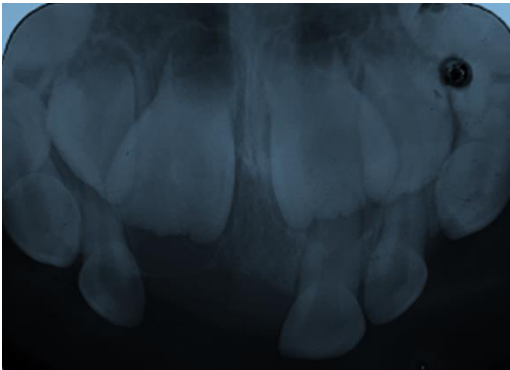
**Figura 6:** Vista oclusal da cavidade oral em consulta após 2 anos e 7 meses.



**Figura 7:** Telerradiografia lateral modificada realizada em consulta após 2 anos e 7 meses.



**Figura 8:** Radiografia oclusal modificada realizada em consulta após 2 anos e 7 meses.





## APÊNDICE B – TABELA COMPARATIVA

**Tabela 1:** Comparativo de casos semelhantes ao caso relatado no estudo.

| <b>Autor</b>   | <b>COSTA et al., 2015</b>  | <b>MENDONZA-<br/>MENDONZA et al., 2015</b>                            |
|--|--|---|
| Sexo   | Feminino   | Masculino   |
| Idade  | 1 ano e 5 meses  | 4 anos  |
| Dentes   | 61   | 51  |
| Tempo decorrido entre o trauma e o atendimento clínico | 1 mês  | 2 anos  |
| Exames de imagem utilizados                            | Radiografia oclusal + radiografia extraoral lateral + tomografia computadorizada de feixe cônico     | Radiografia panorâmica + radiografia oclusal + radiografia periapical |
| Histórico de diagnóstico prévio                        | -  | Avulsão   |
| Sinais e sintomas                                      | Dor ao mastigar, em resposta às mudanças térmicas e ao escovar os dentes + ausência do dente decíduo | Ausência do dente decíduo   |
| Conduta  | Exodontia por via nasal sob anestesia geral em ambiente hospitalar                                   | Exodontia por via nasal sob anestesia geral em ambiente hospitalar    |

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
CAMPUS SOBRAL  
NEP-TRAUMA ( NÚCLEO DE TRAUMATISMO BUCO-DENTÁRIO DE SOBRAL)

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado e estando de acordo com o planejamento proposto, por meio deste instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Núcleo de Traumatismo Bucal-Dentário de Sobral para por intermédio de seus professores, estagiários e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento do menor. Concordo também que todos os exames, radiografias, fotografias, modelos e desenhos, históricos e antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório ou quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico sejam utilizados para fins de ensino, pesquisa e divulgação científica.

Sobral, 22, Agosto, 2019

x Jaqueline dos Santos do Nascimento RG 2007923849-6

Assinatura do responsável

## **ANEXO A – NORMAS DA REVISTA**

### **NORMA DA REVISTA**

#### **ESCOPO**

O Brazilian Journal of Oral Sciences, publicado pela Piracicaba Dental School - UNICAMP, é um periódico internacional sem fins lucrativos. O objetivo principal do Jornal Brasileiro de Ciências Bucais é publicar os resultados de investigações originais, bem como resenhas, comunicações breves e cartas ao editor na área de Odontologia e disciplinas relacionadas. O Brazilian Journal of Oral Sciences está comprometido em publicar os avanços científicos e tecnológicos alcançados pela comunidade odontológica, de acordo com os indicadores de qualidade e o material revisado por pares, para garantir sua aceitação nos níveis local, regional, nacional e internacional.

Embora todos os esforços sejam envidados pelos editores e pelo Conselho Editorial para garantir que nenhuma opinião ou declaração imprecisa ou enganosa apareça nesta revista, eles desejam deixar claro que as opiniões expressas no artigo, correspondência e publicidade aqui contidas são de responsabilidade do colaborador, autor ou anunciante. Consequentemente, os editores, o Conselho Editorial e seus respectivos funcionários, executivos e agentes não assumem nenhuma responsabilidade pelas consequências de qualquer opinião ou declaração imprecisa ou enganosa.

Submissões de relatos de casos (incluindo séries de casos e protocolos clínicos) não são mais aceitas pelo The Brazilian Journal of Oral Sciences e manuscritos de revisão (incluindo revisões sistemáticas) só podem ser submetidos a convite do editor

Este Jornal adota a licença Creative Commons **CC-BY**:

"Esta licença permite que outras pessoas distribuam, remixem, ajustem e desenvolvam seu trabalho, mesmo comercialmente, desde que sejam creditadas pela criação original. O CC-BY é a licença mais flexível oferecida. Recomendada para a máxima disseminação e uso de licenças licenciadas. materiais ".

#### **TAXA DE PUBLICAÇÃO**

Não há taxa para autores pela submissão à Revista Brasileira de Ciências Orais nem Taxa de Processamento de Artigo (APC).

#### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

O manuscrito enviado para publicação deve ser original e a submissão simultânea a outra revista, nacional ou internacional, não é permitida. A Revista Brasileira de Ciências Bucais reterá os direitos autorais de todos os manuscritos publicados,

incluindo traduções, permitindo ainda a reprodução futura como uma transcrição, desde que a fonte seja mencionada corretamente.

Somente manuscritos escritos no idioma inglês serão aceitos e os autores serão totalmente responsáveis pelos textos, citações e referências.

A Revista Brasileira de Ciências Bucais tem o direito de enviar todos os manuscritos ao Conselho Editorial, que está totalmente autorizado a estabelecer a conveniência de sua aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões de modificações no texto e / ou adaptação ao texto. regras editoriais da Revista. Nesse caso, o manuscrito será reavaliado pelo Editor Chefe e pelo Conselho Editorial.

Os conceitos estabelecidos no manuscrito publicado são de inteira responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a opinião do Editor Chefe e do Conselho Editorial.

As datas de recebimento do manuscrito original serão indicadas na ocasião de sua publicação.

## REVISÃO POR PARTE

Os manuscritos serão avaliados quanto à apresentação de acordo com as instruções dos autores e a presença de documentos obrigatórios necessários para a submissão. Os manuscritos que não atenderem a esses requisitos serão devolvidos ao autor correspondente para adaptações.

O processo de revisão e avaliação do conteúdo científico do manuscrito será iniciado somente após o cumprimento de todos os critérios descritos nas Instruções aos autores

Os manuscritos seguindo as instruções aos autores serão avaliados quanto ao mérito e métodos científicos por pelo menos dois árbitros ad hoc de instituições diferentes das dos autores, além do Editor-Chefe.

Além disso, todos os manuscritos serão submetidos à análise por um **software de plágio** como parte do processo de avaliação.

Quando a revisão do original for necessária, o manuscrito será devolvido ao autor correspondente para modificação. Uma versão revisada com modificações será submetida novamente pelos autores e reavaliada pelo Editor Chefe e pelo Conselho Editorial.

Autores e árbitros serão mantidos em anonimato durante o processo de revisão.

O conteúdo do manuscrito é de responsabilidade dos autores e não reflete a opinião do Editor Chefe ou do Conselho Editorial.

## PROVA DE GALERIA

As provas da galera serão enviadas ao autor correspondente por correio eletrônico em formato PDF para aprovação final.

A aprovação das provas da galera pelo autor correspondente deve ser devolvida com correções, se necessário, dentro de 48 horas.

As correções nas provas de cozinha devem ser restritas a pequenos erros que não modificam o conteúdo do manuscrito.

Se não for devolvido dentro de 48 horas, o Editor Chefe considerará a versão atual a final e não permitirá novas modificações.

A inclusão de novos autores não é permitida nesta fase do processo de publicação.

É de responsabilidade exclusiva dos autores verificar o uso adequado de seus nomes científicos no manuscrito.

## PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

### Estrutura do manuscrito

Página de rosto - (deve ser enviada como um arquivo suplementar - Página de rosto - através do sistema de envio on-line), que deve conter apenas:

- Título do manuscrito em inglês.
- Nomes dos autores em ordem direta com seus respectivos graus, afiliações e instituições.
- Endereço completo do autor correspondente, a quem toda a correspondência deve ser endereçada, incluindo número de fax e telefone, além do endereço de e-mail.
- O ID do autor Scopus (**número ORCID**) de **todos os autores** deve ser fornecido. Pode ser obtido gratuitamente em: <https://orcid.org/register> . O URL completo deve ser informado. Ex: <http://orcid.org/0000-0002-1825-0097>
- Em uma página separada, a participação de cada autor deve ser justificada e atender aos critérios de autoria e coautoria adotados pelo **Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas**: [http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities / definição do papel dos autores e contribuidores.html](http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/definicao-do-papel-dos-autores-e-contribuidores.html)

### Texto principal

1. O trabalho deve ser traduzido ou revisado anteriormente por profissional ou empresa responsável pelo idioma inglês. Os autores com inglês como idioma

nativo devem enviar como arquivo suplementar uma carta assinada, responsabilizando-se pela qualidade do idioma inglês e pela edição do texto.

2. Título e subtítulo, se necessário
3. Resumo estruturado e palavras-chave
4. Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão
5. Referências
6. Agradecimentos
7. Tabelas
8. Lendas das figuras
9. Figuras, imagens

O nome comercial do material utilizado deve ser seguido pelo fabricante, cidade, estado e país, entre parênteses, na primeira menção. Todas as abreviações devem ser explicadas na primeira menção.

### **Folha de rosto**

Esta página deve conter:

- Título informativo e conciso: o título deve ser limitado a no máximo 110 caracteres, incluindo espaços. Ele deve descrever o conteúdo do artigo de forma específica, clara e concisa, e NÃO DEVE conter nomes comerciais de produtos.
- Nome completo do (s) autor (es), diplomas, afiliação institucional / profissional, incluindo universidade (ou outra instituição), departamento, cidade, estado e país. Os dados de afiliação institucional / profissional devem ser apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada autor.
- Nome e endereço do autor responsável pela correspondência (autor correspondente), incluindo número de telefone, endereço de e-mail e número ORCID.

Recomendamos que os autores colecionem os nomes presentes na Carta de Apresentação com o perfil criado no registro do site para evitar discrepâncias.

### **Abstrato**

- O resumo deve ser apresentado como um único parágrafo estruturado, limitado a 250 palavras, e deve indicar claramente o objetivo, métodos, resultados e conclusões tiradas do estudo.

### **Palavras-chave**

- Os autores devem fornecer 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os keywords registrados no MeSH (Medical Subject Headings ( <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ) ou DeCS (Health Sciences Descriptors ( <http://decs.bvs.br> ).

- Os autores devem usar períodos para separar as palavras-chave, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em maiúsculas Ex: Dental Materials. Inlays. Ensaio Clínico. Ortodontia Preventiva.

## **Introdução**

A relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou campo devem ser abordadas. Os autores devem identificar suas limitações e possíveis vieses e o objetivo, e a hipótese de trabalho do estudo deve ser concisa no final desta seção.

## **Metodologia**

- As características do material pertinente ao sujeito da pesquisa devem ser apresentadas.
- Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, mas com detalhes suficientes para permitir que outros recriem o trabalho.
- As informações dos fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos ou software devem ser explícitas quando mencionadas pela primeira vez nesta seção (nome, cidade e país do fabricante). Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados.
- Os nomes comerciais de técnicas, produtos ou equipamentos científicos e clínicos devem ser citados apenas nas seções “Metodologia” e “Agradecimentos” (de acordo com cada caso), exceto quando o objetivo do trabalho for comparar produtos ou sistemas específicos. Nomes genéricos devem ser usados no restante do manuscrito, incluindo o título.
- Manuscritos contendo radiografias, microrradiografias ou imagens SEM devem incluir informações sobre fonte de radiação, filtros e níveis de kV.

## **Resultados**

Os resultados devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado. As observações importantes devem ser enfatizadas e os dados estatísticos devem ser relatados. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados estatisticamente relevantes devem ser apresentados com os valores correspondentes de  $p$ .

## **Tabelas**

As tabelas devem ser numeradas e incluídas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos, e devem ser enviadas dentro do texto principal no formato DOC ou DOCX.

## **Discussão**

Nesta seção, os resultados do estudo devem ser discutidos e relacionados à hipótese do trabalho e à literatura relevante. Deve relacionar as observações do autor e confrontar os resultados (semelhanças e diferenças) com estudos semelhantes encontrados na literatura, fornecendo explicações para os possíveis achados e

diferenças. Além disso, ele deve detectar as limitações do desenho do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

## **Agradecimentos**

O apoio financeiro das agências governamentais deve ser reconhecido, bem como a assistência técnica ou o auxílio de colegas devem ser creditados, e qualquer vínculo entre autores e empresas deve ser revelado.

## **NORMALIZAÇÃO TÉCNICA**

O manuscrito deve ser digitado da seguinte forma: espaçamento 1,5 em fonte Arial de 11 pt, com margens de 3 cm de cada lado, em página A4. Os autores devem manter uma cópia do manuscrito para possíveis solicitações. As páginas devem ser numeradas consecutivamente.

## **Ilustrações e Tabelas**

### **Figuras**

- As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, tabelas etc.), consideradas **figuras**, devem ser limitadas ao mínimo possível, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- Fotografias, micro-radiografias e radiografias devem ser enviadas em cores originais nos formatos JPG ou TIFF, com pelo menos 10 cm de largura e pelo menos 300 dpi de resolução. Deve ser fornecido em arquivos suplementares (Figura) e não inserido no texto principal.
- As legendas das figuras devem ser inseridas juntas no final do texto principal, após as referências.
- As figuras compostas devem ser rotuladas com as letras A, B, C, etc. e devem ser combinadas em uma figura. Não envie figuras com vários painéis separadamente. Figuras únicas não podem exceder 8 cm de largura ou grupos de figuras não podem exceder 16 cm de largura. As figuras devem ser rotuladas com o título do artigo.

### **Tabelas**

- As tabelas devem ser organizadas logicamente nos formatos DOC ou DOCX, numerados consecutivamente com algarismos arábicos. As tabelas devem ser abertas nas laterais direita e esquerda. Cada tabela deve conter todas as informações necessárias para que sejam auto-explicativas. As tabelas devem ser inseridas no texto. O diário permitiu o máximo de 4 tabelas.



## TIPOS DE MANUSCRITOS E FORMATOS

*Pesquisa* - Página inicial do título da *pesquisa*, Texto principal (30.000 caracteres, incluindo espaços) Resumo Estruturado - 250 palavras Palavras-chave - 3 a 5 Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão Agradecimentos Tabelas Referências -até 35 Lendas das figuras Figuras - 8 no máximo

*Comunicação curta* – Página de título, Texto principal (10.000 caracteres, incluindo espaços) Resumo Estruturado – 250 palavras Palavras-chave - 3 a 5 Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão Agradecimentos Tabelas Referências – até 15 Legendas das figuras Figuras - 2 no máximo

*Revisão crítica* - Página de rosto, Texto principal (40.000 caracteres, incluindo espaços) Resumo Estruturado - 250palavras Palavras-chave - 3 a 5 Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão Agradecimentos Referências de Tabelas – até 50 Legendas das Figuras Figuras - 6 no máximo.

*Revisão sistemática e meta-análise* - Página de título Texto principal (40.000 caracteres incluindo espaços) Resumo estruturado - 250palavras Contexto, objetivos, métodos de pesquisa, critérios de seleção, coleta e análise de dados, principais resultados, conclusões dos autores Agradecimentos Tabelas Referências: não Especificadas Legendas das figuras Figuras

*Carta ao editor* - As cartas devem incluir evidências para apoiar a opinião do autor sobre o conteúdo científico ou editorial do BJOS e devem ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

**Citação das referências dos autores** deve ser citada em ordem crescente numérica.

Exemplos:

- Recentemente, foi proposto que os radicais livres podem levar à RAS através da via do estresse oxidativo <sup>1</sup>.
- Além dos relatos de prevalência, poucos estudos avaliaram a resposta à terapia de acordo com o genótipo individual <sup>2,3,6-12,14</sup>.
- um autor: Nelson <sup>15</sup> (2014)
- dois autores: Saad e Aladawy <sup>18</sup> (2013)
- três autores ou mais: Stokes et al. <sup>21</sup> (2015)

## Referências

A lista de referências deve incluir apenas trabalhos citados no texto e que tenham sido publicados ou aceitos para publicação. A lista completa de referências deve vir após a seção "Agradecimentos" e as referências devem ser numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, de acordo com as diretrizes fornecidas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, conforme apresentado em Requisitos uniformes para manuscritos enviados para Revistas Biomédicas

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com a Lista de Revistas Indexados no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) A correta apresentação das referências é de responsabilidade dos autores. O número de referências deve ser de acordo com o tipo de manuscrito, como segue:

*Pesquisa original:* até 35

*Comunicação curta:* até 15

*Revisão crítica:* até 50

*Revisão sistemática e meta-análise:* não especificado

Liste os seis primeiros autores. Com mais de 6 autores, liste os seis primeiros autores, seguidos por et al. (não deve ser escrito em itálico).

### **Exemplos de referências:**

#### **Documento não em inglês**

Viana MO, Lima EICBMF, Menezes JNR, Olegario NBC. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical Rev Odontol Unesp. 2015 Mai-Jun; 44 (3): 125-30. Português.

Molina-Frechero N, Durán-Merino D, Castañeda-Castaneira E, Juárez-López ML. Experiência de cárie dentária e sua relação com a higiene bucal em crianças mexicanas Gac Med Mex. 2015 Jul-Aug; 151 (4): 485-90. Espanhol.

Figueiredo LAA. Análise biomecânica de próteses parciais fixas apoiadas por implantes na região anterior da maxila por meio de técnica extensométrica elétrica. Piracicaba: Universidade de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2015. Português.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. [SB BRASIL 2010: pesquisa nacional em saúde bucal: principais resultados]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 116p. Português.

#### **Artigos**

##### **Artigo de revista padrão**

Lee Y, Kim KH, Kim YK, Son JS, Lee E, Kwon TY. O efeito de novos sistemas Mercapto Silane na resistência da união da resina a ligas de metais nobres dentais. J Nanosci Nanotechnol. 2015 Jul; 15 (7): 4851-4.

Volckova M, Linhartova PB, Trefna T, Vlazny J, Musilova K, Kukletova M, et al. Falta de associação entre polimorfismo da lactotransferrina e cárie dentária. Cárie Res. 2014; 48 (1): 39-44. doi: 10.1159 / 000351689.

### Organização como autor

Associação Internacional de Pesquisa Odontológica. Código de ética para pesquisadores dentários. J Am Coll Dent. Verão de 2014; 81 (3): 19-22.

### Nenhum autor recebeu

Tabaco e cárie dentária: uma revisão sistemática. Br Dent J. 2013, 8 de novembro; 215 (9): 463.

### Artigo com suplemento e / ou edição especial ou Resumo

Sundaram M, Nayak UA, Ramalingam K, Reddy V, Rao AP, Mathian M. Uma avaliação comparativa do Oratest com o método microbiológico de avaliação da atividade de cárie em crianças. J. Pharm Bioallied Sci. Jun 2013; 5 (Suppl 1): S5-9.

Peres PEC, Del Bel Cury AA, Cury JA. Avaliação in situ de uma formulação de dentifrício com baixa concentração de fluoreto [IADR abstract 1170]. J Dent Res. 2001 mar; 80 (Edição Spec): 673.

### Artigo com DOI / pii

Murray JJ, Vernazza CR, Holmes RD. Quarenta anos de pesquisas nacionais: uma visão geral da saúde bucal infantil de 1973-2013. Br Dent J. 2015 Sep 25; 219 (6): 281-5. doi: 10.1038 / sj.bdj.2015.723.

Machado J, Johnson JD, Paranjpe A. Os Efeitos do Material de Reparo da Raiz de Endosseguência na Diferenciação de Células Dentárias. J Endod. 22 de setembro de 2015. pii: S0099-2399 (15) 00722-0. doi: 10.1016 / j.joen.2015.08.007.

### Livros

Lamster IB. Diabetes mellitus e saúde bucal: uma abordagem interprofissional. Ames, Iowa: Wiley Blackwell; 2014.

### Capítulo do livro

Tenuta LMA, Cury JA. Estudos laboratoriais e humanos para estimar a eficácia anticárie de cremes dentais com flúor. In: van Loveren C, editor. Pastas de dentes. Basileia, Suíça: Karger; 2013. (Monografias em ciências orais, 23). p.108-24.

### Tese / dissertação

Nunes J. A adesão das lojas de glóbulos vermelhos às células endoteliais da veia umbilical humana [dissertação]. Edmonton, Alberta: Universidade de Alberta; 2013.

Catelan A. [Influência da densidade energética nas propriedades físicas e na resistência de união de dois sistemas restauradores] [tese]. Piracicaba: Universidade de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2012. português.

**On-line: indicar apenas documentos URL com acesso aberto**

Assaf JH, Montebello Filho A, Zanatta FB. Implantes curtos com restaurações unitárias em regiões posteriores com altura reduzida - um estudo retrospectivo. *Braz J Oral Sci.* 2010; [cited 17 Jun 2015] 9 (4): 493-7. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=43919>.

Ito H, Uchida T, Makita K. Interações entre células epiteliais alveolares de ratos e células-tronco mesenquimais derivadas da medula óssea: um modelo de co-cultura in vitro. *Cuidados Intensivos Med Exp.* 2015 Dec [cited 2015 Aug 2]; 3 (1): 53. doi: 10.1186 / s40635-015-0053-2. Epub 2015, 24 de maio. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480799/pdf/40635\\_2015\\_Article\\_53.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480799/pdf/40635_2015_Article_53.pdf).

Distúrbios osteomusculares e local de trabalho: região lombar e membros superiores. Washington: National Academy Press; 2001 [citado em 25 ago 2015]. Disponível em: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10032&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10032&page=1).

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. [SB BRASIL 2010: pesquisa nacional em saúde bucal: principais resultados]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 22 de agosto de 2015]. 116p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf). Português.

Não publicado: use "Próximos" em vez de "No prelo", porque nem todos os itens serão impressos.)

Oldoni TL, Melo PS, Massarioli AP, Moreno IA, Bezerra RM, Rosalen PL, et al. Isolamento guiado por bioensaio de proantocianidinas com atividade antioxidante da pele de amendoim (*Arachis hypogaea*) por combinação de técnicas de cromatografia. *Food Chem.* 1 de fevereiro de 2016.

## **PRINCÍPIOS E REGISTOS ÉTICOS**

- Os relatórios de estudos em humanos devem incluir provas de que a pesquisa foi conduzida eticamente com base na Declaração de Helsinque ( *World Medical Association*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> ). Além disso, o número do protocolo de aprovação emitido por um Comitê de Ética Institucional deve ser citado.
- Os ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padrão da declaração CONSORT ( <http://www.consort-statement.org/> ). O número de registro do ensaio clínico e o nome do registro da pesquisa serão publicados juntamente com o artigo.
- Os estudos observacionais devem seguir as diretrizes do STROBE ( <http://stroke-statement.org/> ) e a lista de verificação deve ser enviada.
- Revisões sistemáticas e metanálises devem seguir os protocolos PRISMA ( <http://www.prisma-statement.org/> ) ou Cochrane ( <http://www.cochrane.org/> ).

- Os manuscritos que relatam estudos com animais também devem incluir evidências de que a pesquisa foi conduzida eticamente, e o número do protocolo aprovado emitido pelo Comitê de Instituição de Ética.
- Se a pesquisa envolver um registro genético, antes da submissão, novas sequências genéticas devem ser incluídas em um banco de dados público e o número de acesso deve ser fornecido ao BJOS. Os autores podem usar os seguintes bancos de dados:

GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Genbank/submit>

EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/embl/Submission/index.html>

DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp>

- Os envios de manuscritos que incluam dados de microarranjos devem incluir as informações recomendadas pelas diretrizes Informações Mínimas Sobre o Experimento de Microarranjos (<http://www.mged.org/index.html>) e / ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetido a um dos bancos de dados publicamente disponíveis, como:

ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>

GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

## SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Solicita-se aos autores que enviem seus manuscritos e figuras originais em inglês através do sistema online de submissão e editorial para BJOS. Utilizando este sistema on-line, os autores podem enviar manuscritos e acompanhar seu progresso através do sistema para publicação em: <http://www.fop.unicamp.br/bjos> .

A submissão de um artigo indica que o trabalho descrito não foi publicado anteriormente, que não está sendo considerado para publicação em outro lugar, que sua publicação é aprovada por todos os autores e pelas instituições responsáveis por onde o trabalho foi realizado e que, se aceito, não será publicado em outro lugar da mesma forma, em inglês ou em qualquer outro idioma, inclusive eletronicamente, sem o consentimento por escrito do detentor dos direitos autorais. Para verificar a originalidade, seu artigo pode ser verificado pelo serviço de detecção de originalidade *Turnitin*.

**Idioma inglês:** após serem **aceitos** por seu mérito científico, todos os manuscritos devem ser submetidos a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês. Os autores devem encaminhar o texto revisado juntamente com o certificado de revisão fornecido pela empresa revisora escolhida. **Revisões de idiomas não serão aceitas sem certificado.** A exceção a essa regra é feita quando o correspondente é um falante nativo de inglês.

**Declaração de interesse:** Todos os autores devem divulgar quaisquer relacionamentos financeiros e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar inadequadamente seu trabalho. Se não houver conflitos de interesse, informe: 'Conflitos de interesse: nenhum'.

**Transferência de direitos autorais:** O manuscrito enviado para publicação deve ser acompanhado pelo Contrato de Transferência de Direitos Autorais e pela Declaração de Responsabilidade, disponível no sistema on-line e preenchimento obrigatório.

### **Lista de verificação para autores**

1. Arquivo da página de título (formato DOC, DOCX ou ODT);
2. Arquivo de texto principal - manuscrito (formato DOC, DOCX ou ODT);
3. Tabelas (formato DOC, DOCX ou ODT);
4. Declaração de interesses e financiamento, apresentada em documento separado, se aplicável (formato PDF)
5. Justificativa para a participação de cada um dos autores, fornecida em documento separado (formato PDF);
6. Fotografias, micrografias e radiografias: largura mínima de 10 cm e resolução mínima de 300 DPI (formato JPG ou TIFF). Gráficos, desenhos, diagramas e outras ilustrações vetoriais (formato PDF);
7. Cada uma das figuras deve ser enviada em arquivos separados e individuais, conforme solicitado pelo sistema (NÃO insira figuras no Artigo).

Política padrão de seção

Aviso de direitos autorais

O **Brazilian Journal of Oral Sciences** utiliza a licença Creative Commons (CC), preservando a integridade dos artigos em um ambiente de acesso aberto.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail inseridos neste site da revista serão usados exclusivamente para os fins declarados desta revista e não serão disponibilizados para nenhuma outra finalidade ou para terceiros.