

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

*Vivian Vicentin Massoni*

**TRAUMATISMOS NA DENTIÇÃO DECÍDUA EM PACIENTE  
PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL DIPLÉGICA - RELATO  
DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação  
apresentado à Faculdade de Odontologia de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Área: Odontopediatria  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Raquel Assed B. Segato

Ribeirão Preto  
2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me guiar até este momento.

A minha família, em especial aos meus pais, pelo incentivo e apoio incondicional durante essa jornada.

A minha orientadora, Prof. Dra. Raquel Assed Bezerra Segato, pela orientação. Agradeço imensamente por todo o apoio, correções e paciência.

A doutoranda Lana Key Yamamoto, pelas correções e apoio na confecção do trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco Wanderley Garcia de Paula e Silva pela orientação na disciplina de Tópicos em Traumatologia Dentária e disponibilização do caso.

Ao meu namorado por todo incentivo, colaboração e amor.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração pelas contribuições para a minha formação, ensinamentos e anos de convivência.

Por fim aos amigos, que vivenciaram essa fase tão especial comigo, e que serão lembrados para sempre.

## **RESUMO**

Os traumatismos dentários representam hoje um desafio para os cirurgiões dentistas, sendo de extrema importância a realização de um diagnóstico preciso, para elaboração de um plano de tratamento correto, além de uma criteriosa preservação do caso. Sabe-se que o número de casos aumenta consideravelmente quando o paciente é portador de necessidades especiais, e que é preciso desenvolver uma abordagem individualizada para cada situação, quanto ao tratamento, técnicas de manejo de comportamento, complicações na história médica. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de traumatismo dentário e a sua abordagem clínica em uma paciente portadora de paralisia cerebral diplérgica. Durante o atendimento foram realizados os procedimentos de contenção da fratura dentoalveolar dos elementos inferiores, raspagem supragengival, aplicação de clorexidina e acompanhamento do caso. Este relato de caso visou orientar a conduta frente a casos complexos de traumatismos dentais, os quais exigem tratamento efetivo e imediato, independente da condição cognitiva ou motora dos pacientes acometidos.

Palavras chave: traumatismo dentário, dente decíduo, paralisia cerebral diplérgica.

## INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário acomete em sua maioria, crianças e a população jovem. A energia do impacto gerada após os episódios traumáticos, podem resultar em diversas lesões, com nível de gravidade variável (Gabris et al., 2001), afetando assim, a qualidade de vida desses pacientes. As lesões decorrentes do trauma podem causar dor, comprometimento funcional, estético, problemas psicossociais e comprometimento das atividades cotidianas (Teixeira et al., 2012).

As principais causas dos traumatismos dentários são a quedas, acidentes automobilísticos, agressões físicas e distúrbios neurológicos. Os fatores predisponentes para o acontecimento dessa condição estão relacionados com a presença de maloclusões, *overjet* acentuado dos incisivos superiores, classe II esquelética, selamento labial inadequado, diastemas, apinhamentos dentários e mordida aberta (Primo-Miranda et al., 2018; Soares et al., 2018).

As lesões traumáticas são causadas por um impacto externo em um dente e seus tecidos circundantes. O arco superior é mais frequentemente afetado que o inferior, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais comumente afetados na dentição decídua, devido sua posição anatômica de maior exposição na arcada dentária (Atabek et al., 2014). Segundo Magno et al., 2019, indivíduos que já passaram por algum traumatismo estão mais sujeitos à ocorrência de novos episódios. Dentre os traumatismos dentários, as luxações são o tipo de traumatismo mais frequente na dentição decídua, enquanto que as fraturas coronárias ocorrem mais na dentição permanente. Esse acometimento é explicado pela diferença de resiliência entre o osso alveolar do dente permanente e o decíduo uma vez que o tecido ósseo do dente permanente é mais compacto e não amortece o impacto, facilitando a ocorrência de fraturas. Já no dente decíduo, o osso é mais medular e por esse motivo, as luxações se fazem mais presentes (Diangelis et al., 2012).

A classificação dos traumatismos é dada a partir do tecido acometido, podendo causar danos às estruturas de suporte ou superfícies duras. As lesões de tecido duro são divididas em: fraturas incompletas de esmalte, fraturas coronárias, fraturas corono radiculares, fraturas radiculares e fraturas do dente e osso alveolar. Já as lesões de estrutura de suporte são classificadas em: concussão, subluxação, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão.

O prognóstico dos traumatismos dentais está intimamente relacionado com a conduta do profissional durante o primeiro atendimento. Muitas lesões são negligenciadas durante o diagnóstico e não são tratadas imediatamente após o trauma, resultando em um prognóstico desfavorável (Longo et al., 2018).

É importante destacar, que os pacientes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), obesidade, (Glendor et al., 2009) e portadores de necessidades especiais, apresentam uma maior predisposição para ocorrência de traumatismos dentais (Batayneh et al., 2017) visto que, a presença de algumas dessas condições, acarretam maiores dificuldades na locomoção, falta de coordenação e dificuldade na percepção de obstáculos (Nordberg et al., 2015). Além disso, é observado que dentre as necessidades especiais apresentadas pelos pacientes e sua associação com os traumatismos dentais, uma condição que exige bastante atenção são os portadores de paralisia cerebral (Batayneh et al., 2017).

A paralisia cerebral é um distúrbio de movimento, postura e habilidade motora, cuja etiologia se deve a uma lesão cerebral não progressiva, adquirida durante o período de desenvolvimento cerebral, que pode ser no decurso da gestação, ao nascimento ou no período neonatal. (Stadskleiv et al., 2017). Os distúrbios motores usualmente são acompanhados por distúrbios de percepção, dificuldade na comunicação e cognição, além de epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários. (Gulati et al., 2018).

Essa condição é classificada em espática, discinética e atáxica, sendo a espática o tipo mais comum da doença, na qual paralisia cerebral diplégica está inserida como um subtipo, sendo uma paralização bilateral (Hubermann et al., 2016, Stadskleiv et al., 2017). O seu diagnóstico é dado por uma combinação de sinais clínicos e neurológicos (Cans et al., 2007).

Embora a lesão cerebral não seja progressiva, as consequências podem mudar ao longo da vida. Algumas dificuldades do paciente, como por exemplo, na área da cognição, podem surgir no final da infância e adolescência (Stadskleiv et al., 2017).

Os indivíduos portadores de necessidades especiais, quando relacionados com pacientes não portadores, apresentam um aumento de 28% de novos casos de traumatismos dentais. Já nos portadores de paralisia cerebral, esse acréscimo é de 57% (Holan et al., 2005). Tais estatísticas alertam sobre a importância de uma

atenção direcionada por parte dos pais e cirurgiões dentistas, para diagnosticar os casos rapidamente e realizar um tratamento adequado, levando em consideração as limitações motoras, neurológicas e cognitivas que os pacientes com necessidades especiais podem apresentar.

## **OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é apresentar por meio de um caso clínico, a ocorrência de traumatismo dental em um paciente com paralisia cerebral diplégica e a conduta quanto ao tratamento odontológico.

## **RELATO DE CASO**

Paciente V.B.S, gênero feminino, quatro anos e oito meses de idade, compareceu à Clínica de Traumatologia Dentária, da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/FORP-USP, para avaliação odontológica.

Durante a anamnese, a mãe da paciente relatou que a criança havia sofrido uma queda do andador em sua residência e conseqüente traumatismo dental. Posteriormente, foram para o hospital, onde foi realizada uma contenção por dentistas plantonistas nos dentes inferiores, e que esta permaneceu fixada nos dentes somente por um dia (Figura 1).



Figura 1. Imagens iniciais obtidas no primeiro dia de atendimento da paciente na FORP-USP.

Na história médica da paciente destaca-se o diagnóstico de paralisia cerebral diplérgica e nenhuma utilização de medicamentos. Foi relatado pela mãe que a paciente fazia acompanhamento com uma equipe multidisciplinar composta por um profissional fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e médico.

Ao exame clínico dos tecidos moles, foi possível observar abrasão no queixo e ausência de alterações na mucosa, gengiva, língua, freios, palato, fístulas.

Ao exame clínico dental, observou-se acúmulo de biofilme, alteração de cor no dente 82 (amarelado), fratura dento-alveolar nos dentes 71,81,82 e mobilidade de grau 2 nos elementos 82,72 e de grau 3 em bloco nos elementos 71,81,82. Além disso, destacou-se a ausência de lesões de cárie e hábitos deletérios embora as condições de higiene oral tenham sido classificadas como ruins.

Ao exame radiográfico, por meio de radiografia oclusal modificada superior e inferior, foi notada a presença de reabsorção radicular no terço médio do elemento 51, sugerindo o acontecimento de um trauma anterior ao relatado (Figura 2). Entretanto, a mãe da paciente relatou não se recordar de outro episódio de trauma e nem sobre algum tratamento anterior realizado.



Figura 2. Imagens radiográficas pela técnica modificada das regiões anteriores superior e inferior. Destaca-se a presença de reabsorção inflamatória atípica no 51.

Após o exame clínico e radiográfico o diagnóstico dado foi de uma possível concussão no dente 51, causando uma reabsorção radicular atípica no terço médio.

Posteriormente, uma contenção flexível foi instalada nos dentes inferiores—extensão do dente 74 a 84 com resina composta e fio de aço inoxidável de 0,4mm (Figuras 3 e 4). Não foi prescrito antibiótico, pois a paciente havia sido medicada previamente no hospital em que foi atendida.



Figura 3. Aspecto clínico após a realização da contenção flexível inferior.



Figura 4. Aspecto clínico 1 semana após a realização da contenção flexível.

Paciente retornou após 3 meses para acompanhamento, com a presença da contenção completa, com muito acúmulo de biofilme (Figura 5). Notou-se que ainda havia mobilidade em bloco nos dentes 71,81 e 82, evidenciando que a fratura dento-alveolar não foi consolidada. Foi realizada uma profilaxia e a orientação para o uso de digluconato de clorexidina 0,12%, 2 vezes ao dia durante sete dias, e retorno na próxima semana para um maior controle da higiene por parte do dentista, principalmente na região da contenção, pois a falta dela poderia implicar na dificuldade de cicatrização da fratura.



Figura 5. Aspecto clínico do atendimento de acompanhamento após 3 meses da instalação da contenção.

A paciente continua em acompanhamento para preservação do caso e diagnóstico precoce de possíveis sequelas.

## **DISCUSSÃO**

Existem diversos estudos na literatura que avaliaram a ocorrência de traumatismos dentários e sua relação com etiologia, sexo, diagnóstico, tipo de tratamento e prevalência (Andreassen et al., 2007, Zaleckiene et al., 2014). No presente relato de caso, foi diagnosticada a existência de lesões nas estruturas de suporte e em tecidos duros, em uma paciente portadora de paralisia cerebral. Sabe-se que a prevalência de traumatismos dentários aumenta em 57% nos pacientes portadores dessa condição, (Glendor et al., 2009) que se justifica pela coordenação motora afetada, movimentos involuntários e perda do controle muscular. Da mesma maneira, os traumatismos aos tecidos periodontais são as lesões de maior predomínio na dentição decídua (Atabek et al., 2014; Andreasen et al., 2007) como foi possível observar no paciente deste caso clínico, com a presença de concussão nos dentes 51 e 61.

A concussão acomete as estruturas de suporte do dente e tecidos moles e é usualmente ocasionada por um impacto frontal, onde ocorre o rompimento de poucas fibras do ligamento periodontal, sendo comum o relato de sensibilidade aumentada durante os contatos oclusais (Andreassen et al., 2004). O tratamento mais indicado é a alimentação pastosa por sete dias, associada a bochechos com clorexidina e acompanhamento do caso (Queiroz et al., 2019). O prognóstico seria favorável, porém, no presente caso, devido a paciente ser portadora de necessidade

especial e não se comunicar verbalmente, associado ao fato da mãe não ter identificado precocemente nenhum sinal ou sintoma, o acompanhamento clínico regular não foi corretamente realizado, o que resultou em uma reabsorção interna atípica do dente 51.

A reincidência do trauma dental associada com a falta de diagnóstico precoce e acompanhamento é comum em crianças (Magno et al., 2019), tendo em vista que no presente caso, após a ocorrência de um segundo traumatismo não identificado, foi observada tardiamente a presença de reabsorção radicular atípica na arcada superior, provavelmente ocasionada por uma concussão.

A reabsorção atípica pode ocorrer por diversos fatores, dentre eles pode-se destacar o trauma dental, inflamação pulpar, trauma oclusal e inflamação do periodonto. Durante a reabsorção fisiológica dos dentes, eventos morfológicos, bioquímicos, celulares e moleculares coordenam esse processo para que ele ocorra de forma ordenada. Se houver um desequilíbrio nesse momento, inicia-se uma reabsorção de maneira desordenada. Fisiologicamente, as paredes do dente que estão mais próximas ao folículo dental, começam a ser reabsorvidas primeiro. No caso da reabsorção interna atípica, ela ocorre sem nenhum padrão e de maneira muito mais rápida (Holan et al., 2014). O seu tratamento depende do grau de reabsorção em que o dente se encontra, podendo ser realizado o tratamento endodôntico radical. No caso da paciente em questão, optou-se por acompanhar a evolução fisiológica até a esfoliação dos dentes, pois a reabsorção se encontra em um estágio muito avançado, impossibilitando outra conduta. Após a perda precoce do dente 51, serão ponderadas as dificuldades motoras de higienização oral e de comunicação da paciente com a necessidade de confecção e instalação de um mantenedor de espaço para fins estéticos, visto que na região anterior superior, o espaço da arcada é mantido mesmo com a ausência de dentes (Paula-Silva et al., 2006).

Durante o exame clínico, foi diagnosticada uma fratura dento alveolar na arcada inferior. Nesses casos, a literatura classifica que a fratura envolve o osso alveolar, podendo ou não acometer o osso adjacente, além da presença de mobilidade e deslocamento do segmento alveolar fraturado, com os dentes movimentando-se ao mesmo tempo, como um bloco. Pode-se observar também interferência oclusal

devido ao desalinhamento do segmento alveolar fraturado. Além disso, a resposta ao teste de percussão é positiva e ao teste de sensibilidade pulpar pode ser positiva ou negativa (Lauridsen et al., 2016; Queiroz et al., 2019). Já no presente caso, foi possível diagnosticar a fratura apenas com a presença de mobilidade nos elementos anteriores inferiores, e ausência de interferência oclusal. Quanto aos testes de percussão e sensibilidade, os mesmos não foram realizados devido à dificuldade de comportamento apresentado pela paciente, justificados pela mesma ser portadora de necessidades especiais.

Radiograficamente, as linhas de fratura podem estar localizadas em qualquer nível radicular, desde a margem do osso até o ápice radicular (Andreasen et al., 2011), porém no primeiro exame radiográfico, não foi possível identificá-la. Outros exames complementares como a tomografia são indicados para o diagnóstico desse tipo de fratura (Cohenca et al., 2007), não sendo solicitados devido à dificuldade da criança permanecer estática.

De acordo com a Associação Internacional de Traumatologia Dentária (IADT) e suas diretrizes de tratamento para fraturas dento alveolares, o recomendado é realizar o reposicionamento manual dos dentes e ossos deslocados, sutura das lacerações gengivais e estabilização do fragmento com contenção flexível por no mínimo quatro semanas. A prescrição de antibiótico também é indicada, para evitar a infecção da fratura óssea. No caso em questão, a redução da fratura foi realizada durante o primeiro atendimento de urgência por outros profissionais. Não foram realizadas suturas de lacerações gengivais, pois a paciente apresentava apenas abrasões no queixo. A contenção flexível foi inserida por um período inicial de quatro semanas, e pela evolução do caso, estabeleceu-se a sua permanência por um período de três meses. Essa conduta foi tomada a partir da não consolidação da fratura, possivelmente explicada pelo fato da higiene bucal ser precária e a presença de biofilme interferir no reparo ósseo.

O prognóstico após o reparo ósseo para este tipo de fratura costuma ser favorável quando os dentes afetados respondem positivamente aos testes de sensibilidade pulpar, ausência de sinais e sintomas que indiquem comprometimento periapical e o desenvolvimento radicular segue contínuo em dentes com rizogênese incompleta. Entretanto, algumas características são desfavoráveis, como a presença

de dentes sintomáticos, resposta negativa ao teste de sensibilidade pulpar, sinais de comprometimento periapical e indicação de tratamento endodôntico para terminar a rizogênese. Outra evolução desfavorável é a presença de reabsorção radicular externa do tipo inflamatória (DiAngelis et al., 2012). Neste presente relato de caso, ainda não há a visualização do prognóstico devido aos poucos meses de acompanhamento. Porém, notou-se que após a realização semanal de raspagens com ultrassom e uso diário de digluconato de clorexidina a 0,12%, houve uma melhora significativa do reparo ósseo da fratura, sendo necessário continuar o acompanhamento para a resolução do caso.

Desta forma, durante o tratamento odontológico dos pacientes com paralisia cerebral, é de fundamental importância avaliar as alterações de saúde presentes, procurando estabelecer um plano de tratamento seguro e proporcionar melhor qualidade de vida a estes pacientes.

## **CONCLUSÃO**

O cirurgião-dentista desempenha importante papel frente aos traumatismos dentários, que exigem tratamento efetivo e imediato, independente da condição cognitiva ou motora dos pacientes acometidos. Este relato de caso visou orientar o profissional na conduta inicial diante de casos de traumatismo dentário complexos, principalmente quanto à dificuldade de atendimento em pacientes com necessidades especiais, os quais necessitam de um atendimento diferenciado, levando em conta suas necessidades e limitações, além de ressaltar a importância do correto diagnóstico, tratamento e preservação nestas situações.

## ANEXOS

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 29/05/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 4061 (\*)Nome: Graduação - Tópicos em Traumatologia Dentária

(\*)Sigla: CL3 (\*)Local: Clínica Três

(\*)Código: 39096 (\*)Operador: Vivian Vicentin Massoni

Código:  Auxiliar:

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 03/06/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 14:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
256 ?	Radiografia periapical bisettriz sem posicior	51,52,61,62,71,;	?	?	20086 ?		?
717 ?	Contença de dentes traumatizados por spl	71,72,73,74,81,8	?	?	20086 ?		S03.2 ?
007 ?	Consulta odontologica - Primeira consulta	?	?	?	20086 ?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 04/06/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 249 (\*)Nome: Serviço de Atendimento a Traumatismos Dentais

(\*)Sigla: CL1 (\*)Local: Clínica Um

(\*)Código: 31094 (\*)Operador: Maria Cecilia Gorita dos Santos

Código: 45416 Auxiliar: Ana Carolina Fernandes Couto

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 08/08/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 14:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
246 ?	Consulta de retorno	?	?	?	20086 ?		?
412 ?	Paciente deve retornar ao serviço (PDRS)	?	?	?	20086 ?	acompanhamento	?
007 ?	Consulta odontologica - Primeira consulta	?	?	?	20086 ?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 12/09/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 252 (\*)Nome: Graduação - Odontopediatria e Odontologia p/Bel

(\*)Sigla: CPE (\*)Local: Clínica de Pacientes Especiais

(\*)Código: 39096 (\*)Operador: Vivian Vicentin Massoni

Código: 38737 Auxiliar: Leticia Baiz

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 19/09/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 08:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
014 ?	Raspagem alisamento e polimento supragei	IE,ID	?	?	20086 ?	paciente compareceu para acomp. de	?
007 ?	Consulta odontologica - Primeira consulta	?	?	?	20086 ?		?
?		?	?	?	?		?
?		?	?	?	?		?

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 19/09/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 252 (\*)Nome: Graduação - Odontopediatria e Odontologia p/Bel

(\*)Sigla: CPE (\*)Local: Clínica de Pacientes Especiais

(\*)Código: 39096 (\*)Operador: Vivian Vicentin Massoni

Código: 38737 Auxiliar: Leticia Balz

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 26/09/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 09:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
014	Raspagem alisamento e polimento supragel	IE, ID	?	<input type="checkbox"/>	20086	?	?
257	Radiografia periapical bissetriz com posicior	61,62,63,64,71,;	?	<input type="checkbox"/>	20086	?	?
?		?	?	<input type="checkbox"/>	?		?
?		?	?	<input type="checkbox"/>	?		?

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 26/09/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 252 (\*)Nome: Graduação - Odontopediatria e Odontologia p/Bel

(\*)Sigla: CPE (\*)Local: Clínica de Pacientes Especiais

(\*)Código: 39096 (\*)Operador: Vivian Vicentin Massoni

Código:  Auxiliar:

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 03/10/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 08:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
248	Falta justificada do paciente	?	?	<input type="checkbox"/>	20086	?	?
?		?	?	<input type="checkbox"/>	?		?

(\*)Data do Atendimento (DD/MM/AAAA): 10/10/2019  Data realmente antiga

(\*)Registro: RG053386 (\*)Paciente: Valentina Barbara de Souza

(\*)Disciplina Núm.: 252 (\*)Nome: Graduação - Odontopediatria e Odontologia p/Bel

(\*)Sigla: CPE (\*)Local: Clínica de Pacientes Especiais

(\*)Código: 39096 (\*)Operador: Vivian Vicentin Massoni

Código:  Auxiliar:

Data de Retorno (DD/MM/AAAA): 31/10/2019  Horário de Retorno (HH:MM): 09:00

Obs.:

Cód.	Nome	Dentes/Áreas	Faces/Raízes	R/C	Responsável	Observação	CID
014	Raspagem alisamento e polimento supragel	S1,S2,S3,S4,S5,	?	<input type="checkbox"/>	20086	?	?
?		?	?	<input type="checkbox"/>	?		?

## REFERÊNCIAS

1. Dame-Teixeira N, Alves LS, Ardenghi TM, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury with treatment needs negatively affects the quality of life of Brazilian schoolchildren. *Int J Paediatr Dent*. 2013;23(4):266-73.
2. Primo-Miranda E, Homem MA, Souto DS, Stetler AD, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, et al. Association of occlusal characteristics with the occurrence of dental trauma in preschool children: a case control study. *Dent Traumatol*. 2018.
3. Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries-a review of the literature. *Dent Traumatol*. 2009;25(1):19-31.
4. Atabek D, Alacam A, Aydintug I, Konakoglu G. A retrospective study of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2014;30(2):154-61.
5. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):88-96.
6. Magno MB, Neves AB, Ferreira DM, Pithon MM, Maia LC. The relationship of previous dental trauma with new cases of dental trauma. A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*. 2019;35(1):3-14.
- 7- Longo DL, Fumes AC, Kuchler EC, Paula-Silva FWG, Nelsonfilho P, Silva LAB. Efficiency of diferente storage media for avulsed teeth in animal models: a systematic review. *Dent Traumatol*. 2018;34.
8. Andreasen JO, Andreasen FM, Mejare I, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 1. Effect of pre-injury and injury factors such as sex, age, stage of root development, fracture type, location of fracture and severity of dislocation. *Dent Traumatol*. 2004;20(4):192-202.
9. International Association of Dental Traumatology. The Dental Trauma Guide [http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent\\_teeth.aspx2014](http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent_teeth.aspx2014)
10. Lauridsen E, Gerds T, Andreasen JO. Alveolar process fractures in the permanent dentition. Part 2. The risk of healing complications in teeth involved in an alveolar process fracture. *Dent Traumatol*. 2016;32(2):128-39.
11. Soares TRC, Magno MB, Jural LA, Loureiro JM, Chianca TK, de Andrade Risso P, et al. Risk factors for traumatic dental injuries in the Brazilian population: A critical review. *Dent Traumatol*. 2018;34(6):445-54.
12. Queiroz A. Protocolos Clínicos. Traumatismos na Dentição Permanente de Crianças e Adolescentes – Conceitos Atuais para Embasar a Prática Clínica. 1. ed. Cia do eBook Editora Ltda; 2019.
13. Holan G., Yodko E., Sheinvald-Shusterman K. The association between traumatic dental injuries and atypical external root resorption in maxillary primary incisors. *Dental Traumatology*, 2014; 31(1), 35–41.

14. Stadskleiv K., Jahnsen R., Andersen G. L., von Tetzchner S. Neuropsychological profiles of children with cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation*. 2017; 21(2), 108–120.
15. Gulati S., Sondhi V. *The Indian Journal of Pediatrics* . 2018, Volume 85, Issue 11, pp 1006-1016.
16. Hubermann L., Boychuck Z., Shevell M., Majnemer A. Age at referral of children for initial diagnosis of cerebral palsy and rehabilitation: current practices. *J Child Neurol*. 2016; 31 (3): 364-369.
17. Cans C., Dolk H., Platt MJ, Colver A., Prasauskiene A., KrägelohMann I. Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2007;49:35–38.
18. Al-Batayneh, O. B., Owais, A. I., Al-Saydali, M. O., Waldman, H. B. Traumatic dental injuries in children with special health care needs. *Dental Traumatology*. 2017; 33(4), 269–275.
19. Andreasen JO., Andreasen FM., Andersson L., Traumatic injuries to the teeth, 4th edition. Copenhagen: Blackwell Munksgaard. 2007. 271-9.
20. Andreasen JO., Bakland LK., Flores MT., Andreasen FM., Andersson L. Classification of dental injuries. *Traumatic dental injuries- a manual*, 3 edition. Oxford: Wiley-Blackwell. 2011; (16-7).
21. Cohenca, N., Simon, J. H., Roges, R., Morag, Y., Malfaz, J. M. Clinical indications for digital imaging in dento-alveolar trauma. Part 1: traumatic injuries. *Dental Traumatology*. 2007;23(2), 95–104.
22. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. DiAngelis A. , Andreasen JO , Ebeleseder A., Kenny D. , Trope M. , Sigurdsson A., Andersson L. , Bourguignon C., Flores MT., Hicks M., Lenzi A., Malmgren B., Moule AJ., Pohl Y.,Tsukiboshi M. *Dental Traumatology*. 2012;28: 2–12.
23. Paula- Silva F., Stuani S, Queiroz A. Importância da manutenção de espaço em odontopediatria. *Odontol Clín Científ*. 2007; 6(4): 289-92.
24. Nordberg, A., Dahlgren Sandberg, A., Miniscalco, C. Story retelling and language ability in school-aged children with cerebral palsy and speech impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2015; 50(6), 801–813.
25. Holan G., Peretz B., Efrat J., Shapira Y. Traumatic injuries to the teeth in young individuals with cerebral palsy. *Dent Traumatol*. 2005; 21:65-9.
26. Zaleckiene V., Peciuliene V., Brukiene V., Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 2014; 16: 7-14.