

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

# DENTES TRAUMATIZADOS



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



CENTRO DE ATENDIMENTO  
DENTÍSTICA-ENDODONTIA  
TRAUMATISMO DENTAL



CENTRO DE ESTUDOS ENDODÔNTICOS  
JOÃO AUGUSTO FLEURY VARELLA

---

## **DESENVOLVIMENTO**

Prof. Dr. Celso Luiz Caldeira

[celcalde@usp.br](mailto:celcalde@usp.br)



### **COLABORADORES DO CORPO DOCENTE DA DISCIPLINA DE ENDODONTIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

#### **Professor Titular**

Prof. Dr. João Humberto Antoniazzi

#### **Professores Associados**

Prof. Dr. Abílio Albuquerque M. de Moura

Prof. Dr. Antonio Carlos Bombana

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aun

Prof. Dr. José Luiz Lage Marques

Prof. Dr. Manoel Eduardo de Lima Machado

Prof. Dr. Márcia Martins Marques

Prof. Dr. Marcelo dos Santos

#### **Professores Doutores**

Prof. Dr. Celso Luiz Caldeira

Prof. Dr. Giulio Gavini

Prof. Dr. Igor Prokopowitsch

#### **Colaboradores do CADE-Trauma**

Prof. Weber Bueno de Andrade

CD Carmen Vianna Abrão

# Índice analítico

---

<b>TRAUMA A - INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>T6- FRATURAS RADICULARES – TERÇO MÉDIO</b>	<b>15</b>
<b>TRAUMA B - IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>2</b>	<b>T7 – FRATURAS RADICULARES – TERÇO APICAL</b>	<b>17</b>
<b>LEGENDAS</b>	<b>2</b>	<b>T8 – FRATURAS ALVEOLARES</b>	<b>19</b>
<b>Avaliação do procedimento</b>	<b>2</b>	<b>T9 – CONCUSSÕES</b>	<b>20</b>
<b>Radiografias</b>	<b>2</b>	<b>T10- SUB-LUXAÇÕES</b>	<b>21</b>
<b>Códigos de atendimento</b>	<b>3</b>	<b>T11- LUXAÇÕES LATERAIS</b>	<b>22</b>
<b>Códigos adicionais</b>	<b>3</b>	<b>T12- EXTRUSÕES</b>	<b>23</b>
<b>TRAUMA C – DIAGNÓSTICO INICIAL E CLASSIFICAÇÃO DOS TRAUMATISMOS</b>	<b>4</b>	<b>T13- INTRUSÕES</b>	<b>24</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>4</b>	<b>T14- AVULSÕES (RIZOGÊNESE INCOMPLETA)</b>	<b>25</b>
<b>Exame neurológico básico</b>	<b>4</b>	<b>T15- AVULSÕES (RIZOGÊNESE COMPLETA)</b>	<b>27</b>
<b>História médica do paciente</b>	<b>4</b>		
<b>História do Trauma</b>	<b>4</b>		
<b>Exame extra-oral</b>	<b>5</b>		
<b>Exame intra-oral</b>	<b>5</b>		
<b>Exame radiográfico</b>	<b>5</b>		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>6</b>		
<b>Lesões das estruturas duras do dente</b>	<b>6</b>		
<b>Lesões das estruturas de suporte</b>	<b>6</b>		
<b>T1 - FRATURAS DE ESMALTE OU ESMALTE E DENTINA SEM EXPOSIÇÃO</b>	<b>7</b>		
<b>T2 - FRATURAS DE ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR E RIZOGÊNESE INCOMPLETA</b>	<b>8</b>		
<b>T3 - FRATURAS DE ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR E RIZOGÊNESE COMPLETA</b>	<b>10</b>		
<b>T4 - FRATURAS CORONORADICULARES</b>	<b>12</b>		
<b>T5 – FRATURAS RADICULARES – TERÇO CERVICAL</b>	<b>14</b>		



## INTRODUÇÃO

*Neste capítulo são apresentados alguns dados epidemiológicos e de frequência importantes para o atendimento do dente traumatizado, além de justificar a necessidade de que os procedimentos sejam realizados de maneira rápida e eficaz.*

Estudos epidemiológicos revelam que uma em cada duas crianças sofre traumatismo dentário, ocorrendo com maior frequência entre 07 e 12 anos, com incidência pouco maior no sexo masculino. A fratura coronária é o tipo de lesão mais comum, geralmente surgida do resultado de um acidente, prática desportiva ou violência. Na maioria dos traumatismos dentários um tratamento rápido e apropriado pode diminuir seu impacto, tanto do ponto de vista da saúde bucal como estético. As novas tecnologias e uma melhor compreensão do processo inflamatório tem propiciado um enfoque mais conservador no tratamento dos traumatismos dentários. Recentemente, a Associação Internacional de Traumatismo Dentário (IADT), consciente da complexidade do tratamento dos traumatismos dentários, desenvolveu um protocolo que reflete uma acurada discussão entre seus membros.

A Disciplina de Endodontia da FOU SP por sua vez, procurou adaptar esse protocolo à realidade clínica e social brasileira, indicando métodos de diagnóstico e tratamento comprovados em seus estudos, bem como embasada numa revisão detalhada da literatura odontológica internacional. Porém, algumas situações ainda carecem de estudos mais amplos e conclusivos. Nestes casos, as sugestões deste protocolo são baseadas na opinião de consenso dos professores.

No atendimento de dentes traumatizados, os protocolos de atendimento são extremamente necessários, uma vez que permitem ajudar os cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde a trabalhar de maneira cuidadosa e eficiente.

É muito importante promover a consciência pública e educar a população que está sujeita ao risco de traumatismo dental. Por isso, este documento apresenta informações básicas de prevenção e primeiros socorros relacionados ao trauma. A aplicação correta destas técnicas, imediatamente após a ocorrência do traumatismo dentário, deverá melhorar o prognóstico a curto e longo prazo. Além disso, o protocolo pretende servir não somente como guia de atendimento mas também como referência de ensino.

Ainda, convém salientar que este protocolo não enfoca temas relacionados ao diagnóstico e tratamento de traumas faciais maiores, dos ossos e dos tecidos moles, que são a primeira etapa crítica no manejo do paciente traumatizado, bem como o atendimento de crianças com dentição decídua, o que exige um cuidado particular.






## IDENTIFICAÇÃO

*O diagnóstico e tratamento das situações traumáticas são classificadas e identificadas por marcadores para orientar o tratamento e ressaltar os casos que envolvem maior risco*

Qualquer tipo de atendimento em saúde deve ser baseado em experiências clínicas que, em algumas situações envolvem procedimentos ainda discutíveis, ou envolvem métodos paliativos, ou casos em que a dificuldade do tratamento, bem como a condição do paciente ou do dente traumatizado, pode não trazer o benefício esperado e infelizmente se tornar um insucesso. Neste sentido, foi proposto que cada situação de diagnóstico e tratamento fosse acompanhada por uma classificação identificada por marcadores coloridos que, registradas a seguir, orientam o profissional e avaliam os riscos ou dificuldades.

## LEGENDAS

### AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO

	Condições para a qual há evidência e/ou acordo geral que um determinado procedimento é benéfico, útil ou efetivo
	Condições para a qual há evidência conflitiva e/ou divergente de opiniões sobre a eficácia de um procedimento ou tratamento.
	Condições para a qual há evidência e/ou acordo geral que um procedimento/tratamento pode não ser efetivo






### RADIOGRAFIAS

<b>O</b>	<b>OCLUSAL</b>
<b>C</b>	<b>PERIAPICAL CÊNTRICA</b>
<b>E</b>	<b>PERIAPICAL EXCÊNTRICA</b>
<b>I</b>	<b>INTERPROXIMAL</b>
<b>M</b>	<b>TECIDOS MOLES</b>

## CÓDIGOS DE ATENDIMENTO

	<b>EXAME CLÍNICO</b>
	<b>EXAME RADIOGRÁFICO</b>
	<b>MATERIAL NECESSÁRIO</b>
	<b>TÉCNICA</b>
	<b>ACOMPANHAMENTO</b>

## CÓDIGOS ADICIONAIS

	<b>ALTERNATIVAS E SUGESTÕES</b>
	<b>ATENÇÃO</b>
	<b>PROCEDIMENTO INCORRETO NÃO FAÇA !!!!</b>
	<b>PROGNÓSTICO BOM</b>
	<b>PROGNÓSTICO DUVIDOSO</b>



# DIAGNÓSTICO INICIAL E CLASSIFICAÇÃO DOS TRAUMATISMOS

## DIAGNÓSTICO

*O tratamento de urgência das lesões traumáticas talvez seja aquela que mais exija do dentista: discernimento, experiência, habilidade, paciência, acuidade e precisão na tomada dos dados coletados do paciente e da condução da terapia mais adequada. Convém lembrar que, infelizmente, as lesões traumáticas são mais frequentes em crianças e jovens, tanto as da fase pré-escolar como os pré-adolescentes, alertando ainda mais para a necessidade de conduzir cada caso com muita atenção.*

Um EXAME NEUROLÓGICO BÁSICO é essencial em todas as situações que envolvem traumatismos, e deve sempre ser realizado antes de qualquer procedimento local, porque, além da importância para a saúde geral do paciente, toma pouco tempo, e é realizado através da tomada dos sinais vitais, de observações visuais clínicas e relatos do paciente quanto à presença de visão dupla, náuseas ou vômitos, períodos de inconsciência, amnésia, cefaléia e tontura. Nestas situações o encaminhamento imediato para atendimento médico, de preferência em nível hospitalar, é imprescindível.

Cabe, a seguir, questionar sobre a HISTÓRIA MÉDICA DO PACIENTE, para inquirir sobre hipersensibilidade alérgica do paciente, medicamentos de rotina, problemas sistêmicos, e grau de imunização ao tétano que possui, a seguir, direcionar as questões particularmente ao trauma ocorrido.

Conhecer a HISTÓRIA DO TRAUMA, sabendo como, quando e onde ocorreu o acidente, é de importância ímpar para a resolução do caso, não somente do ponto de vista legal, como para imprimir o tratamento imediato mais correto.

Recordar datas e/ou horários e verificar a direção do impacto sobre a estrutura dentária pode conduzir o diagnóstico e tratamento, estar alerta para regiões laceradas de lábio e língua, fraturas de osso alveolares e maxilares, indicando até áreas com fragmentos de objetos ou superfícies do local do trauma "escondidos" na mucosa bucal.

## EXAME EXTRA-ORAL

Deve-se proceder à análise de sinais visíveis de laceração facial, edemas, fragmentos de objetos, disformia facial causada por deslocamento ósseo, e outras características clínicas a serem consideradas, assim como devemos investigar dores na articulação temporomandibular, indicadoras de luxação ou fraturas.

## EXAME INTRA-ORAL

### ***TECIDOS MOLES***

A inspeção e a palpação destas áreas pode revelar fraturas alveolares e outras ósseas, bem como a presença de objetos "incluídos" em lábio, bochecha, palato e soalho da cavidade bucal, que devem ser complementados com o exame radiográfico.

### ***TECIDOS DUROS / SUSTENTAÇÃO***

Deve ser realizado cuidadosamente, intentando preservar as estruturas dentárias e o suporte remanescente. Além da observação clínica quanto à inserção do dente no alvéolo, seu posicionamento e alinhamento, não se deve excluir as áreas maxilares e mandibulares desta análise.

Avaliar os dentes quanto à mobilidade e, se possível graduá-la, da menor mobilidade (0-zero) até a maior (3-três), anotando na ficha clínica.

Qualquer fratura, seja de esmalte, dentina, ou mesmo as radiculares verticais e horizontais, devem ser checadas e anotadas, lembrando sempre de recorrer inclusive à arcada oposta àquela traumatizada, com testes comparativos de percussão horizontal e vertical, e palpação.

Quanto aos testes de sensibilidade, não é incomum encontrar respostas pouco confiáveis num primeiro momento; portanto, deve-se sempre realizá-los dias após o trauma e sempre que o paciente retornar para o controle da terapia efetuada.

Portanto, reconhecer as lesões associadas ao trauma e distinguir entre os recursos semiotécnicos é importante, sendo os mais utilizados: a transiluminação (identificação de rachaduras de esmalte, fraturas e trincas superficialmente) e, principalmente, os testes térmicos, que se valem do estímulo frio, como o gelo e os gases refrigerantes.

O teste deve ser realizado evitando-se pressionar o dente traumatizado em direção horizontal ou axial, quando poderá suscitar em sensibilidade advinda da sustentação periodontal. Além disso, dá-se preferência à utilização dos gases refrigerantes, pois são de fácil aplicação e permitem obter respostas mais confiáveis.

O acompanhamento da vitalidade do dente traumatizado deve ser realizado periodicamente, através dos testes pulpares e da observação clínica de alterações cromáticas e presença de fístula ou edema, entre outros fatores que, somados, denotem a necessidade de intervenção endodôntica com brevidade.

## EXAME RADIOGRÁFICO

O exame radiográfico deve, num primeiro momento, ser realizado na área definida pelo exame clínico inicial e na arcada oposta, postergando-se outras regiões secundariamente envolvidas no trauma. A radiografia deve sempre ser tomada na consulta inicial, para orientar o reposicionamento do dente traumatizado, avaliar a estrutura dentária remanescente e verificar quais dentes foram envolvidos. Nas sessões subseqüentes, será útil para análise da consolidação de fraturas, análise da evolução ou cura das lesões periapicais e laterais, bem como para observação do surgimento ou interrupção dos processos de reabsorção.



## **CLASSIFICAÇÃO**

*Apresentação da classificação dos traumatismos dentários em função das estruturas envolvidas e extensão da lesão traumática, apresentadas nos capítulos seguintes na forma protocolar*

### **LESÕES DAS ESTRUTURAS DURAS DO DENTE**

#### **FRATURA CORONÁRIA**

#### **ESMALTE ou ESMALTE E DENTINA**

#### **ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR**

#### **FRATURA CORONO-RADICULAR**

#### **FRATURA RADICULAR**

### **LESÕES DAS ESTRUTURAS DE SUPORTE (SUSTENTAÇÃO)**

#### **FRATURA ALVEOLAR**

#### **CONCUSSÃO**

#### **SUB-LUXAÇÃO**

#### **LUXAÇÃO LATERAL**

#### **EXTRUSÃO**









#### **INTRUSÃO**

#### **AVULSÃO**

## FRATURAS DE ESMALTE






## FRATURAS DE ESMALTE E






## DENTINA SEM EXPOSIÇÃO

	<p>Considerar extensão da fratura e verificar se há exposição pulpar                  Pode haver sensibilidade dolorosa às mudanças térmicas e/ou mastigação                  Realizar teste de sensibilidade pulpar</p>
	<p><b>C I</b>                  Verificar tamanho da câmara pulpar e estágio de desenvolvimento radicular  <b>M</b>                  Analisar lacerações de tecidos moles em busca de fragmentos dentários ou outros corpos estranhos</p>
	<p>Material para isolamento                  Material clínico e material para Dentística Restauradora                  Brocas                  Mandril para contra-ângulo e tiras de lixa                  Soro fisiológico ou Rinossoro                  Hidróxido de Cálcio pasta - Resina composta- Ionômero de vidro</p>
 	<p><u>Se for apenas fratura de esmalte:</u>                  1. Regularizar bordas cortantes com discos para polimento                  2. ou aplicar ionômero de vidro provisoriamente                  3. ou restaurar usando agente adesivo e resina  <u>Se for fratura de esmalte e dentina:</u>                  1. Aplicar ionômero de vidro provisoriamente                  2. Restaurar usando agente adesivo e resina  <u>Se existir um fragmento intacto:</u>                  1. Limpar o fragmento e hidratar em soro fisiológico ou Rinossoro por 10 minutos                  2. Reposicionar e “colar” com um sistema adesivo   Se houver proximidade com a polpa, usar uma base de Ca(OH)<sub>2</sub></p>
	<p>Avaliar mensalmente durante 6 meses  </p>

**FRATURAS DE ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR**







**RIZOGÊNESE INCOMPLETA**

	<p>Considerar extensão da fratura e constatar a exposição pulpar</p> <p> Verificar há quanto tempo ocorreu o trauma e a exposição</p> <p>Realizar teste de sensibilidade pulpar</p>
	<p><b>C</b> Verificar tamanho da câmara pulpar e estágio de desenvolvimento radicular</p> <p><b>M</b> Analisar lacerações de tecidos moles em busca de fragmentos dentários ou outros corpos estranhos</p>
	<p>Material para isolamento Material clínico, material para Dentística Restauradora e Endodontia Brocas Soro fisiológico ou Rinossoro– Hipoclorito de sódio 0.5% - medicações NDP e PRP Hidróxido de Cálcio p.A. – solução anestésica - Resina composta– Ionômero de vidro</p>
	<p>✓ <b>Micro-exposição pulpar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar a cavidade com hipoclorito de sódio 0.5% e gotejar NDP</li> <li>2. Realizar capeamento pulpar direto com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A.</li> <li>3. Aplicar ionômero de vidro provisoriamente</li> <li>4. Restaurar usando agente adesivo e resina</li> </ol> <p>✓ <b>Média e grande exposição pulpar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar a cavidade com hipoclorito de sódio 0.5%</li> <li>2. Realizar pulpotomia parcial ou total (dependendo da condição clínica do tecido pulpar exposto), gotejar NDP e colocar Ca(OH)<sub>2</sub> p.A.</li> <li>3. Aplicar ionômero de vidro provisoriamente</li> <li>4. Restaurar usando agente adesivo e resina</li> </ol> <p><u>Em ambas situações, se existir um fragmento intacto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpar o fragmento e hidratar em soro fisiológico ou Rinossoro por 10 minutos</li> <li>2. Reposicionar e “colar” com um sistema adesivo</li> </ol>

	<p>✓ <b>Exposição com MORTIFICAÇÃO PULPAR</b>          Cirurgia de acesso, preparo do canal e medicação com <math>\text{Ca(OH)}_2</math> p.A + PRP para promover apicificação e se consiga finalizar o tratamento endodôntico</p> <p> A medicação com <math>\text{Ca(OH)}_2</math> p.A + PRP deve ser renovada quando, na avaliação radiográfica mensal, forem observados espaços vazios em meio à medicação anterior, principalmente no terço apical</p>
	<p>✓ <b>Micro exposição pulpar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar mensalmente a sensibilidade pulpar até se completar a rizogênese</li> <li>2. Avaliar as condições da restauração</li> </ol> <p>✓ <b>Média e grande exposição pulpar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enquanto a rizogênese for incompleta, avaliar as condições de vitalidade pulpar</li> </ol> <p> <u>Ao se completar a rizogênese, realizar tratamento endodôntico</u></p> <p>✓ <b>Exposição com MORTIFICAÇÃO PULPAR</b></p> <p> <u>Ao se completar a apicificação, realizar tratamento endodôntico</u>          Atentar para a necessidade de reforço cervical na restauração final</p> <p></p>

**FRATURAS DE ESMALTE E DENTINA COM EXPOSIÇÃO PULPAR**

**RIZOGÊNESE COMPLETA**

	<p>Considerar extensão da fratura e constatar a exposição pulpar                  Considerar a possibilidade que lesões de estrutura de suporte possam estar associadas                  Realizar teste de sensibilidade pulpar</p> <p> Verificar há quanto tempo ocorreu o trauma e a exposição</p>
	<p><b>C</b>                  Verificar tamanho da câmara pulpar e estágio de desenvolvimento radicular</p> <p><b>M</b>                  Analisar lacerações de tecidos moles em busca de fragmentos dentários ou outros corpos estranhos</p>
	<p>Material para isolamento                  Material clínico, material para Dentística Restauradora e Endodontia                  Brocas                  Soro fisiológico ou Rinossoro – Hipoclorito de sódio 0.5% – medicação PRP                  Hidróxido de Cálcio p.A.- Resina composta– Ionômero de vidro</p>
	<p>★ ✓ <b>Independente do tamanho e tempo da exposição pulpar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na primeira sessão: realizar pulpectomia, se possível PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP</li> <li>2. Completar o tratamento endodôntico</li> <li>3. Restaurar com resina</li> </ol> <p>• <b>Exposição com MORTIFICAÇÃO PULPAR</b>                  Na primeira sessão: realizar penetração desinfetante, se possível PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP</p> <p> <i>A medicação intracanal deve permanecer no mínimo por 45 dias independente do número de trocas realizadas.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A medicação com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP deve ser renovada quando, na avaliação radiográfica, forem observados espaços vazios em meio à medicação anterior, principalmente no terço apical</li> <li>2. Restaurar com resina</li> </ol>











✓ **Independente do tamanho, tempo da exposição pulpar e condição patológica**

1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses
2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos









**FRATURAS CORONORADICULARES**

	<p>O fragmento coronário pode estar aderido ao periodonto e com mobilidade                  Considerar extensão da fratura (geralmente ocorre há 2 a 3 mm abaixo do nível gengival e o fragmento apical não está deslocado)                  Avaliar o grau de rizogênese e verificar se houve exposição pulpar</p> <p> Verificar há quanto tempo ocorreu o trauma e a exposição                  Realizar teste de sensibilidade pulpar</p>
	<p><b>C</b>                  A linha de fratura é geralmente oblíqua em relação ao longo eixo do dente</p>
	<p>Material para isolamento                  Material clínico, material para Dentística Restauradora, Periodontia e Endodontia                  Brocas                  Soro fisiológico ou Rinossoro – Hipoclorito de sódio 0.5%                  Hidróxido de Cálcio pasta - Resina composta– Ionômero de vidro                  Fio ortodôntico rígido 0.50mm</p>
	<p><b>★</b> <b>✓ Tratamento imediato - no momento da urgência</b>                  Se existir um fragmento aderido ao periodonto:                  1. Lavar a área com soro fisiológico ou Rinossoro                  2. Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção de resina APENAS ATÉ PERMITIR SUA REMOÇÃO NA SESSÃO SEGUINTE</p> <p><b>★</b> Se o fragmento NÃO POSSIBILITAR REPOSIÇÃO:                  1. Remover o fragmento                  2. Na exposição pulpar seguir os passos de "Fratura de esmalte e dentina com exposição"</p> <p><b>★</b> <b>✓ Tratamento mediato – sessões seguintes</b>                  1. Expor o limite subgengival : Gengivectomia ou Extrusão (ortodôntica)</p> <p> Rizogênese completa: tratamento endodôntico</p> <p>A medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP deve permanecer no mínimo por 45 dias independente do número de trocas realizadas.                  A medicação deve ser renovada quando, na avaliação radiográfica, forem observados espaços vazios em meio à medicação anterior, principalmente no terço apical</p>








	<p><u>Rizogênese incompleta (polpa viva):</u> pulpotomia e esperar a formação radicular</p> <p><u>Rizogênese incompleta (polpa morta):</u> penetração desinfetante e medicação intracanal com <math>\text{Ca(OH)}_2</math> p.A + PRP para promover apicificação e se consiga finalizar o tratamento endodôntico, seguindo a seqüência de trocas já descritas</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li><li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li></ol> <p></p>



## FRATURAS RADICULARES TERÇO CERVICAL

	<p>Geralmente a coroa do dente está <b>COM MUITA MOBILIDADE</b> e o fragmento deslocado Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter o fragmento</p>
	<p><i>Realizar 3 radiografias periapicais C:</i> 1 paralelismo com posicionador 1 com variação vertical de +20° 1 com variação vertical de -20°</p>
	<p>Material clínico, material para Endodontia Brocas Soro fisiológico ou Rinossoro– Resina composta- Fio ortodôntico rígido 0.70mm</p>
	<p><u>Se existir um fragmento aderido ao periodonto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpar a área com soro fisiológico ou Rinossoro</li> <li>2. Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias)</li> <li>3. Realizar alívio oclusal</li> <li>4. Radiografar novamente</li> </ol> <p><u>Se o fragmento NÃO POSSIBILITAR REPOSIÇÃO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remover o fragmento</li> <li>2. Como há exposição pulpar, seguir os mesmos passos de "Fratura de Esmalte e dentina com exposição pulpar"</li> <li>3. Nas sessões seguintes expor o limite subgingival da fratura: Gengivectomia ou Extrusão (ortodôntica), realizar tratamento endodôntico e protético</li> </ol>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> <b>Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e tomar radiografias</b></p>

## FRATURAS RADICULARES TERÇO MÉDIO

	<p>Geralmente o dente está COM ALGUMA MOBILIDADE e pode ocorrer desalinhamento da borda incisal do dente fraturado em relação aos adjacentes Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter o fragmento Verificar se ocorreu fratura alveolar (em caso positivo ver capítulo 8)</p>
	<p><i>Realizar 3 radiografias periapicais</i> <b>C</b> 1 paralelismo com posicionador 1 com variação vertical de +20° 1 com variação vertical de -20°</p>
	<p>Material clínico, material para Endodontia Brocas Soro fisiológico ou Rinossoro – Resina composta- Fio ortodôntico rígido 0.70mm</p>
	<p><b>★</b> <u>Se existir um fragmento aderido ao periodonto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpar a área com soro fisiológico</li> <li>2. Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias)</li> <li>3. Realizar alívio oclusal</li> <li>4. Radiografar novamente</li> </ol> <p><b>★</b> <u>Se o fragmento NÃO POSSIBILITAR REPOSIÇÃO ou NÃO existir um fragmento:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remover o fragmento e avaliar se é possível a recuperação protética</li> <li>2. SE FOR POSSÍVEL: Nas sessões seguintes expor o limite subgingival da fratura: por Extrusão (ortodôntica), realizar tratamento endodôntico e protético</li> </ol>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e tomar radiografias</p> <p> <b>Constatada ausência de vitalidade pulpar, realizar tratamento endodôntico NO MÍNIMO até a linha de fratura</b></p>



Constatada lesão periapical, tentamos realizar tratamento endodôntico ultrapassando a linha de fratura e colocando um retentor intra-radicular para manter os fragmentos posicionados. Se não for possível, tratar até a linha de fratura e remover o terço apical cirurgicamente



Apesar de não ser uma ocorrência comum, um dente com **RIZOGÊNESE INCOMPLETA** também pode apresentar fratura radicular.

Neste caso, o momento inicial exige a tentativa de manutenção de polpa com vitalidade, para que a maturação se complete.









Portanto, havendo necessidade de intervenção endodôntica, deve-se tratar endodonticamente o dente até a linha de fratura e preservar o remanescente apical sempre que possível.

Ocorrendo mortificação pulpar deve-se proceder com o tratamento para apicificação.



Não realizar pulpectomia ou qualquer intervenção endodôntica sem que se observem sinais evidentes de mortificação pulpar

## FRATURAS RADICULARES TERÇO APICAL

	<p>Geralmente o dente está <b>COM POUCA OU SEM MOBILIDADE</b> Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter o fragmento Verificar se ocorreu fratura alveolar (em caso positivo ver capítulo 8)</p>
	<p><i>Realizar 3 radiografias periapicais</i> <b>C</b> 1 paralelismo com posicionador 1 com variação vertical de +20° 1 com variação vertical de -20°</p>
	<p>Material clínico Brocas Soro fisiológico ou Rinossoro– Resina composta- Fio ortodôntico rígido 0.70mm</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpar a área com soro fisiológico ou Rinossoro</li> <li>2. Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias)</li> <li>3. Realizar alívio oclusal</li> <li>4. Radiografar novamente</li> </ol>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fistula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e tomar radiografias</p> <p> <b>Constatada ausência de vitalidade pulpar, realizar tratamento endodôntico NO MÍNIMO até a linha de fratura</b></p> <p> <b>Constatada lesão periapical, tratar endodonticamente até a linha de fratura e remover o terço apical cirurgicamente</b></p>



Apesar de não ser uma ocorrência comum, um dente com **RIZOGÊNESE INCOMPLETA** também pode apresentar fratura radicular.

Neste caso, o momento inicial exige a tentativa de manutenção de polpa com vitalidade, para que a maturação se complete.








Portanto, havendo necessidade de intervenção endodôntica, deve-se tratar endodonticamente o dente até a linha de fratura e preservar o remanescente apical sempre que possível.

Ocorrendo mortificação pulpar deve-se proceder com o tratamento para apicificação.








**Não realizar pulpectomia ou qualquer intervenção endodôntica sem que se observem sinais evidentes de mortificação pulpar**






**FRATURAS ALVEOLARES**

	<p>O segmento ósseo dos dentes envolvidos está <b>COM MOBILIDADE</b> Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter os dentes envolvidos</p>
	<p><b>C</b> <b>M</b> <b>OUTRAS EXTRA-BUCAIS</b></p>
	<p>Material clínico material para Endodontia Brocas Soro fisiológico ou Rinossoro – Resina composta- Fio ortodôntico rígido 0.70mm</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar a área com soro fisiológico ou Rinossoro</li> <li>2. Redução da fratura óssea (manobra de Champret)</li> <li>3. Reposicionar e estabilizar os dentes envolvidos nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias)</li> <li>4. Realizar alívio oclusal</li> <li>5. Radiografar novamente</li> </ol> <p> <b>ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO BUCO-MAXILO-FACIAL</b></p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fistula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e tomar radiografias dos dentes envolvidos <b>Constatada ausência de vitalidade pulpar, realizar tratamento endodôntico</b></p>

**CONCUSSÕES**








	<p>Dente sensível ao toque Sem mobilidade, deslocamento ou hemorragia do sulco gengival Realizar teste de sensibilidade</p>
	<p><b>B</b> Não se espera observar anomalias na radiografia</p>
	<p>Material clínico Brocas Resina composta- Fio ortodôntico semi-rígido 0.20 ou 0.30mm ou fio de nylon</p>
	<p>Realizar contenção semi-rígida ou flexível <u>para comodidade do paciente</u> durante 7-10 dias, ou de acordo com o diagnóstico de trauma dos dentes vizinhos Realizar alívio oclusal</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas Administrar analgésico para as primeiras 48 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses</li> <li>3. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p>Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SE OCORRER MORTIFICAÇÃO PULPAR: realizar penetração desinfetante, PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP por, no mínimo 45 dias, independente do número de trocas necessárias</li> </ul>

**SUB-LUXAÇÕES**







	<p>Dente sensível ao toque                  Pode apresentar pequena mobilidade, porém sem deslocamento                  Na grande maioria das vezes verifica-se hemorragia no sulco gengival                  Realizar teste de sensibilidade</p>
	<p><b>C</b>                  Não se espera observar alterações na radiografia</p>
	<p>Material clínico                  Brocas                  Resina composta - Fio ortodôntico semi-rígido 0.30 ou 0.40mm ou fio de nylon calibroso</p>
	<p>Realizar contenção semi-rígida ou flexível <u>para comodidade do paciente</u> durante 7-10 dias, ou de acordo com o diagnóstico de trauma dos dentes vizinhos                  Realizar alívio oclusal</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas                  Administrar analgésico para as primeiras 48 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses</li> <li>3. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p>Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar                  SE OCORRER MORTIFICAÇÃO PULPAR: realizar penetração desinfetante, PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP por, no mínimo 45 dias, independente do número de trocas necessárias</p>










**LUXAÇÕES LATERAIS**

	<p>O dente pode estar deslocado em todos os sentidos, geralmente em direção palatina. Geralmente está sensível ao toque podendo apresentar mobilidade Ao teste de percussão observa-se um som “metálico” alto Realizar teste de sensibilidade Verificar o tempo do trauma, pois pode haver dificuldade de reposicionamento do dente</p>
	<p><b>COE</b> O espaço periodontal aumentado apical se observa melhor nas radiografias oclusal ou excêntricas</p>
	<p>Material clínico Brocas Resina composta- Fio ortodôntico semi-rígido 0.30 ou 0.40mm ou fio de nylon calibroso</p>
	<p> <b>Havendo fratura alveolar seguir os passos do capítulo 8</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reposicionar o dente luxado sempre que possível utilizando os dedos polegar e indicador, tracionando o dente ligeiramente para oclusal e relocando-o ao alvéolo</li> <li>2. Realizar contenção semi-rígida ou flexível durante 7-10 dias, ou de acordo com o diagnóstico de trauma dos dentes vizinhos</li> <li>3. Realizar alívio oclusal</li> </ol> <p> Ocorrendo dificuldade em reposicionar o dente, pode-se realizar reposição ortodôntica, passado o primeiro mês de avaliação</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas Administrar analgésico para as primeiras 48 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses</li> <li>3. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p>Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar SE OCORRER MORTIFICAÇÃO PULPAR: realizar penetração desinfetante, PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP por, no mínimo 45 dias, independente do número de trocas necessárias</p>

**EXTRUSÕES**








	<p>O dente apresenta-se deslocado em posição abaixo da borda incisal dos dentes adjacentes, sem porém, estar totalmente fora do alvéolo                  Geralmente está sensível ao toque e com alto grau de mobilidade.                  Realizar teste de sensibilidade após a reposição e contenção</p>
	<p><b>C</b>                  Observar aumento do espaço periodontal e desnível com relação à borda incisal/ oclusal dos dentes vizinhos</p>
	<p>Material clínico                  Brocas                  Resina composta - Fio ortodôntico semi-rígido 0.40 ou 0.50mm ou fio de nylon calibroso</p>
	<p>Reposicionar o dente com pressão digital                  Estabilizar o dente com uma contenção semi-rígida por até 3 semanas                  Realizar alívio oclusal</p> <p> <b>Havendo fratura alveolar seguir os passos do capítulo 8</b></p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas                  Administrar analgésico para as primeiras 48 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses</li> <li>3. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p>Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar                  SE OCORRER MORTIFICAÇÃO PULPAR: realizar penetração desinfetante, PQC e medicação intracanal com Ca(OH)<sub>2</sub> p.A + PRP por, no mínimo 45 dias, independente do número de trocas necessárias</p>





**INTRUSÕES**

	<p>O dente está deslocado de axial para apical, no osso alveolar                  Geralmente está sem sensibilidade ao toque e sem mobilidade.                  Ao teste de percussão observa-se um som “metálico” alto                  Realizar teste de sensibilidade</p>
	<p><b>C</b>                  Observar a diferença da borda incisal em relação aos dentes vizinhos                  Observar ausência de espaço pericementário em nível apical</p>
	<p>Material clínico                  Brocas                  Calcitonina ou alendronato sódico – Hidróxido de Cálcio p.A.                  Resina composta- Fio ortodôntico semi-rígido 0.40 ou 0.50mm ou fio de nylon calibroso</p>
 <p>★ ★</p>	<p> Se possível e sentir confiança, luxar MUITO SUAVEMENTE o dente com fórceps</p> <p>✓ <b>dentes com rizogênese incompleta</b>                  Esperar reposição espontânea/reerupção</p> <p>✓ <b>dentes com rizogênese completa</b>                  Aguardar reerupção espontânea por 2 semanas  <b>Se não acontecer:</b> Realizar reposição ortodôntica ou cirúrgica</p> <p>Realizar pulpectomia preventiva 1-3 semanas depois do trauma                  Medicação intracanal com calcitonina ou alendronato sódico nas 2 primeiras trocas e com hidróxido de cálcio nas seguintes, até que se consiga uma ausência ou estabilização do processo de reabsorção, muito freqüente neste caso</p> <p> <b>Havendo fratura alveolar seguir os passos do capítulo 8</b></p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas                  Administrar analgésico para as primeiras 48 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses</li> <li>3. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol>

**AVULSÕES**










**RIZOGÊNESE INCOMPLETA**






	<p>O dente foi totalmente expulso de seu alvéolo</p> <p> Não esquecer dos exames neurológicos básicos Analisar cuidadosamente durante a anamnese: local do acidente, tempo ocorrido desde o trauma e o meio de transporte do dente</p>
	<p><b>C</b></p>
	<p>Material clínico Brocas Resina composta- Fio ortodôntico FLEXÍVEL 0.30 ou tipo Twist ou fio de nylon</p>
 <p>★</p> <p>★</p> <p>★</p>	<p><b>SE O DENTE JÁ FOI REIMPLANTADO</b></p> <p> Não extrair o dente para reimplantá-lo</p> <p>Limpar a área afetada com spray de água, soro ou clorexidina. Suturar lacerações gengivais, especialmente na área cervical Verificar radiograficamente se o dente foi reimplantado na posição adequada Realizar contenção flexível por uma semana</p> <p><b>SE O DENTE FOI MANTIDO EM MEIO ÚMIDO DE CONSERVAÇÃO ADEQUADO E EM TEMPO INFERIOR A 120 MINUTOS</b></p> <p>Lavar a superfície radicular e o forame apical abundantemente com soro fisiológico Remover o coágulo do alvéolo irrigando com soro fisiológico Se houver fratura da parede alveolar, reposicionar com um instrumento adequado Reimplantar lentamente com suave pressão digital Realizar contenção flexível por uma semana</p> <p><b>SE O DENTE FOI MANTIDO EM MEIO INADEQUADO E/OU EM TEMPO SUPERIOR A 120 MINUTOS</b></p> <p> O reimplante não está indicado</p> <p>Realiza-se curetagem do alvéolo e lavagem com soro fisiológico e sutura</p>

	 <p>Pode-se, conhecendo os riscos e o caráter experimental do procedimento, optar pelo reimplante tardio, conforme descrito no capítulo a seguir</p> <p> <b>EM TODOS OS CASOS:</b>  Administrar antibióticos sistêmicos: Amoxicilina 500mg 4x ao dia por 7 dias.  Para pacientes alérgicos: tetraciclina, eritromicina 4x ao dia por 7 dias  Avaliar sempre a dose apropriada para a idade e peso do paciente  Avaliar a necessidade de soro antitetânico, se a proteção anterior (vacina contra o tétano) não puder ser determinada</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> Considere a possibilidade de revascularização</p> <p>Evite o tratamento endodôntico a <u>não ser que apresente sinais objetivos evidentes de fracasso</u> como: dor, fístula, dente em infra-oclusão, alteração cromática, som metálico à percussão, sinais de reabsorção externa ou lesão periapical ao exame radiográfico</p> <p>O teste de sensibilidade pode demorar até 6 meses para responder positivamente</p> <p>Se o tratamento endodôntico for necessário, siga as recomendações da técnica de apicificação, medicando nas 2 primeiras trocas com calcitonina ou alendronato sódico e nas seguintes com hidróxido de cálcio</p>

**AVULSÕES**

**RIZOGÊNESE  
COMPLETA**

	<p>O dente foi totalmente expulso de seu alvéolo</p> <p> Não esquecer dos exames neurológicos básicos Analisar cuidadosamente durante a anamnese: local do acidente, tempo ocorrido desde o trauma e o meio de transporte do dente</p>
	<p><b>C</b></p>
	<p>Material clínico – Brocas Hipoclorito de sódio 0.5% - Endo PTC Resina - Fio ortodôntico FLEXÍVEL 0.30 ou tipo Twist – fio de nylon -fios 0.70 e 0.90mm Ionômero de vidro Solução de fluoreto de sódio acidulado a 2,4% e pH 5.5 - Hidróxido de cálcio p.A.</p>
 <p></p> <p></p> <p></p>	<p><b>SE O DENTE JÁ FOI REIMPLANTADO</b></p> <p> Não extrair o dente para reimplantá-lo</p> <p>Limpar a área afetada com spray de água, soro ou clorexidina. Suturar lacerações gengivais, especialmente na área cervical Verificar radiograficamente se o dente foi reimplantado na posição adequada Realizar contenção flexível por uma semana</p> <p><b>SE O DENTE FOI MANTIDO EM MEIO ÚMIDO DE CONSERVAÇÃO ADEQUADO E EM TEMPO INFERIOR A 120 MINUTOS</b> Lavar a superfície radicular e o forame apical abundantemente com soro fisiológico Remover o coágulo do alvéolo irrigando com soro fisiológico Examinar o alvéolo. Se houver fratura na parede do alvéolo, reposicioná-la com um instrumento adequado Reimplantar lentamente com suave pressão digital Realizar contenção flexível por uma semana</p> <p><b>SE O DENTE FOI MANTIDO EM MEIO INADEQUADO E EM TEMPO SUPERIOR A 120 MINUTOS (REIMPLANTE TARDIO)</b> Preferentemente remover o ligamento periodontal necrótico, raspando a superfície radicular com uma lâmina de bisturi</p>

	<p>Submergir o dente em solução de fluoreto de sódio acidulado a 2,4% e pH 5.5 por um tempo mínimo de 5 minutos</p> <p>Realizar cirurgia de acesso, preparo químico-cirúrgico com abundante utilização de substâncias químicas (hipoclorito de sódio 0.5% e Endo PTC), medicar com hidróxido de cálcio e selar a cavidade com ionômero de vidro</p> <p>Remover o coágulo do alvéolo com irrigação de soro fisiológico e curetagem</p> <p>Se houver fratura da parede alveolar, reposicionar com instrumento adequado</p> <p>Reimplantar lentamente com suave pressão digital</p> <p><u>Realizar contenção <b>rígida</b> e deixá-la até que se observe clinica e radiograficamente a presença de anquilose (o que geralmente entre 45 a 120 dias)</u></p> <p> <b>Havendo fratura alveolar seguir os passos do capítulo 8</b></p> <p> <b>EM TODOS OS CASOS:</b></p> <p>Administrar antibióticos sistêmicos: Amoxicilina 500mg 4x ao dia por 7 dias. Para pacientes alérgicos: tetraciclina, eritromicina 4x ao dia por 7 dias</p> <p>Avaliar sempre a dose apropriada para a idade e peso do paciente</p> <p>Avaliar a necessidade de soro antitetânico, se a proteção anterior (vacina contra o tétano) não puder ser determinada</p>
	<p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses</li> <li>2. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</li> </ol> <p> <b>SE O DENTE JÁ FOI REIMPLANTADO OU FOI MANTIDO EM MEIO ÚMIDO DE CONSERVAÇÃO ADEQUADO E EM TEMPO INFERIOR A 120 MINUTOS</b></p> <p>No máximo entre 14 a 21 dias deve-se iniciar o tratamento endodôntico, medicando com calcitonina ou alendronato sódico nas 2 primeiras trocas e hidróxido de cálcio nas seguintes</p> <p>Obture o canal apenas quando a lâmina dura intacta puder ser observada ao redor de toda a superfície radicular</p> <p> <b>SE O DENTE FOI MANTIDO EM MEIO INADEQUADO E EM TEMPO SUPERIOR A 60 MINUTOS (REIMPLANTE TARDIO)</b></p> <p>Obture o canal após a remoção da contenção</p>