

Reabilitação estética em dente anterior fraturado através da colagem de fragmento autógeno: relato de caso clínico

Esthetic rehabilitation in fractured anterior teeth by autogenous fragment reattachment: clinical case report

Rehabilitación estética en diente anterior fracturado a través de collage de fragmento autógeno: relato de caso clínico

Bianca Isabela Peixoto **FERREIRA**¹
Anderson Félix Ribeiro de **OLIVEIRA**¹
Sandra Regina **BARRETTO**²
Adriano Augusto Melo de **MENDONÇA**³
Giulliana Panfiglio **SOARES**²

¹Acadêmico(a) de Graduação em Odontologia da Universidade Tiradentes, UNIT, 49010-450 Aracaju, SE, Brasil

²Professora Titular I, Área de Dentística da Universidade Tiradentes, UNIT, 49010-450 Aracaju, SE, Brasil

³Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde e Biológicas,

Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, UFS, 49060-100 Aracaju, SE, Brasil

Resumo

O traumatismo dentário tem se tornado uma emergência frequente no consultório odontológico e afeta principalmente crianças e adolescentes em idade escolar. O cirurgião dentista deve recuperar a estética do sorriso, bem como devolver função e características anatômicas ao elemento dentário fraturado, isso acompanhado de um preciso diagnóstico e correta execução do procedimento. A colagem de fragmento autógeno em dente anterior representa uma técnica operatória simples, eficaz e de baixo custo. Fatores como integridade do remanescente coronário e do fragmento, bem como a condição pulpar são importantes na escolha da conduta restauradora. O presente relato apresenta um caso clínico de fratura coronária em incisivo central superior em paciente jovem, no qual foi realizado a colagem de fragmento dental autógeno. Tanto o remanescente quanto o fragmento dentário foram condicionados com ácido e aplicado sistema adesivo. A união entre as duas partes foi promovida por meio de resina composta. O excesso de material foi removido e o acabamento e polimento realizado. A presença da linha de fratura foi modificada pela aplicação de resina composta com cores para dentina e esmalte. Decorrido sete dias, nova avaliação foi realizada, obtendo-se resultado adequado. Levando-se em consideração a idade da paciente, o estado do fragmento e a decisão por uma técnica rápida, pôde-se obter um resultado com estética e função satisfatórias.

Descritores: Colagem Dentária; Dentística Operatória; Estética Dentária.

Abstract

Dental trauma has become a frequent emergency in dental office and mainly affects school-age children and adolescents. The dentist must recover the aesthetics of the smile as well as return function and anatomical characteristics to the fractured tooth, it supported by a correct diagnosis and correct execution of the procedure. The autogenous fragment reattachment in anterior tooth represents a simple surgical technique, effective and low cost. Factors such as remaining coronary and integrity of the fragment, as well as pulp condition are important in the choice of restorative conduct. This report presents a clinical case of coronary fracture in maxillary central incisor in young patient, which was held the dental autogenous fragment reattachment. Both, the tooth than the dental fragment were conditioned with acid and applied adhesive system. The union between the two parties was promoted through composite. The excess material was removed and the finishing and polishing carried out. The presence of the fracture line was modified by application of composite resin to dentin and enamel colors. After seven days, new evaluation was performed, obtaining adequate result. Considering the age of the patient, the state of the fragment and the decision by a quick technique, it might get a result with satisfactory function and aesthetic.

Descriptors: Dental Bonding; Dentistry Operative; Esthetics Dental.

Resumen

El traumatismo dentario se ha convertido en una emergencia frecuente en el consultorio odontológico y afecta principalmente a niños y adolescentes con edad escolar. El cirujano dentista debe recuperar la estética de la sonrisa, así como devolver función y características anatómicas al elemento dentario fracturado, eso acompañado de un diagnóstico preciso y correcta ejecución del procedimiento. El collage de fragmento autógeno en diente anterior representa una técnica operatoria simple, eficaz y de bajo costo. Factores como integridad del remanente coronario y del fragmento, así como condición de la pulpa son importantes a la hora de elegir la conducta restauradora. El presente relato presenta un caso clínico de fractura coronaria en incisivo central superior en paciente joven, en el que fue realizado el collage de fragmento dental autógeno. Tanto el remanente como el fragmento dentario fueron condicionados con ácido y aplicado sistema adhesivo. La unión entre las dos partes fue promovida por medio de resina compuesta. El exceso de material fue removido y el acabado y pulimento realizado con gomas y discos de fieltros. La presencia de la línea de fractura fue modificada por la aplicación de resina compuesta con colores para dentina y esmalte. Transcurrido siete días, nueva evaluación fue realizada, obteniendo resultado adecuado. Tomando en consideración la edad de la paciente, el estado del fragmento y la decisión por una técnica rápida, se pudo obtener un resultado con estética y función satisfactorias.

Descriptores: Recubrimiento Dental Adhesivo; Operatoria Dental; Estética Dental.

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário tem se tornado uma emergência frequente no consultório odontológico¹. Tal problema acomete mais crianças e adolescentes que estão em idade escolar, e em suas causas mais frequentes estão as quedas, agressões, acidentes automobilísticos e atividades esportivas². Condições anatômicas também predisõem a vulnerabilidade aos traumas dentários como: a oclusão do tipo Classe II de Angle; que não favorece um selamento labial adequado, mordida aberta, lábio superior curto e pacientes que possuem o hábito da respiração bucal³. As fraturas coronárias geralmente resultam de um choque frontal onde a força exercida no dente supera a resistência do esmalte e da dentina. De tal forma, a fratura acompanha a direção dos prismas de esmalte, provocando desde pequenas trincas até uma exposição pulpar⁴.

A aparência dos dentes anteriores integra, sem dúvidas, a estética facial e pode interferir diretamente no comportamento do indivíduo⁵. Quando um trauma atinge a estrutura dentária, principalmente na região anterior, alguns problemas como injúrias aos tecidos, limitação da fala, deslocamento de dentes, alteração da função mastigatória, assim como, introspecção e mudanças de hábitos no convívio social, podem ser desencadeados⁶. As fraturas coronárias constituem 18 a 22% dos casos de traumatismos dentários. Do total destas fraturas, 96% abrangem os incisivos superiores, onde 80% são incisivos centrais e 16%, incisivos laterais⁷. Por motivo da localização vulnerável na arcada dentária, os incisivos centrais superiores são os dentes mais passíveis de sofrer fraturas^{8,9}. A dimensão e gravidade das fraturas estão relacionadas com a natureza, intensidade do trauma e com as características do dente envolvido^{10,11}.

Algumas alternativas de tratamento foram propostas para a restauração dos dentes fraturados tais como: coroas em cerâmica, facetas, restauração em compósito com ou sem pino¹²⁻¹⁴. Essas alternativas podem recuperar total ou parcialmente a resistência mecânica dos dentes traumatizados¹⁵. Entretanto, segundo estes autores, estas técnicas geralmente exigem desgaste de estrutura dentária sadia para a confecção dos preparos. A colagem de fragmento dentário representa a alternativa mais conservadora e econômica na dentística restauradora¹⁶, objetivando devolver estrutura, aspectos mecânicos e estéticos. A escolha pela colagem do fragmento, possibilita um tratamento imediato do dente envolvido, exigindo nenhum ou mínimo desgaste na estrutura coronária¹⁷. Quando disponível, o fragmento dentário deve apresentar boa adaptação ao remanescente¹⁸. A alteração da cor do fragmento provavelmente está associada à desidratação da dentina¹⁹, o que também pode resultar na diminuição da resistência adesiva

entre o fragmento e o remanescente²⁰.

A fim de se preservar as características ideais do fragmento, recomenda-se conservá-lo em recipiente com solução fisiológica, leite, saliva ou na própria boca, mantendo as condições favoráveis para a reutilização do fragmento e o encaminhando o mais rápido possível para um cirurgião dentista^{21,22}. Todavia, a desidratação tardia pode comprometer o resultado estético da restauração. Na tentativa de desafiar isto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fratura coronária em incisivo central superior em paciente jovem, no qual foi realizado a colagem de fragmento dental autógeno com acondicionamento tardio.

RELATO DO CASO

Paciente sexo feminino, 11 anos, apresentou-se à Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, tendo como queixa principal fratura envolvendo o terço médio da unidade 21 (Figura 1). A fratura foi resultado de um acidente em ambiente escolar, ocorrido 05 semanas antes do atendimento odontológico. Apesar disto, o fragmento dentário somente foi acondicionado em soro fisiológico 30 dias depois do acidente, permanecendo por uma semana antes da cimentação.



Figura 1. A: Aspecto clínico inicial. B: Vista frontal da fratura coronária da unidade 21

Após exame clínico foi constatado não haver exposição da polpa (Figura 2), bem como ausência de mobilidade e dor, e ao exame radiográfico não foi observada nenhuma alteração periapical (Figura 3).



Figura 2. Vista incisal mostrando não haver exposição da polpa

Teste de vitalidade pulpar foi realizado na unidade dentária com spray refrigerado à -50°C (Endo

Ice/Maquira) aplicado em bolinha de algodão, tendo resposta positiva. A partir dos dados obtidos, o tratamento de escolha foi a colagem do fragmento, devido a sua integridade e adaptação no remanescente coronário.



Figura 3. A: Radiografia panorâmica
B: Radiografia periapical da unidade fraturada

O procedimento restaurador foi iniciado com profilaxia da unidade 21 e do fragmento com uma mistura de pedra pomes e água aplicada com taça de borracha em baixa rotação. Em seguida, a seleção de cor da resina composta foi realizada com o auxílio da escala Vitta. Para correta inserção e adaptação do fragmento dentário, um guia confeccionado em resina acrílica, foi preparado com o fragmento em posição e a unidade adjacente sob isolamento absoluto do campo (Figura 4), com o objetivo de facilitar o manuseio e servir de orientação do fragmento no longo eixo do dente. Para promover uma melhor retenção do compósito nessa região, um bisel interno em dentina foi realizado no fragmento com ponta diamantada nº1012 (KG SORENSEN).

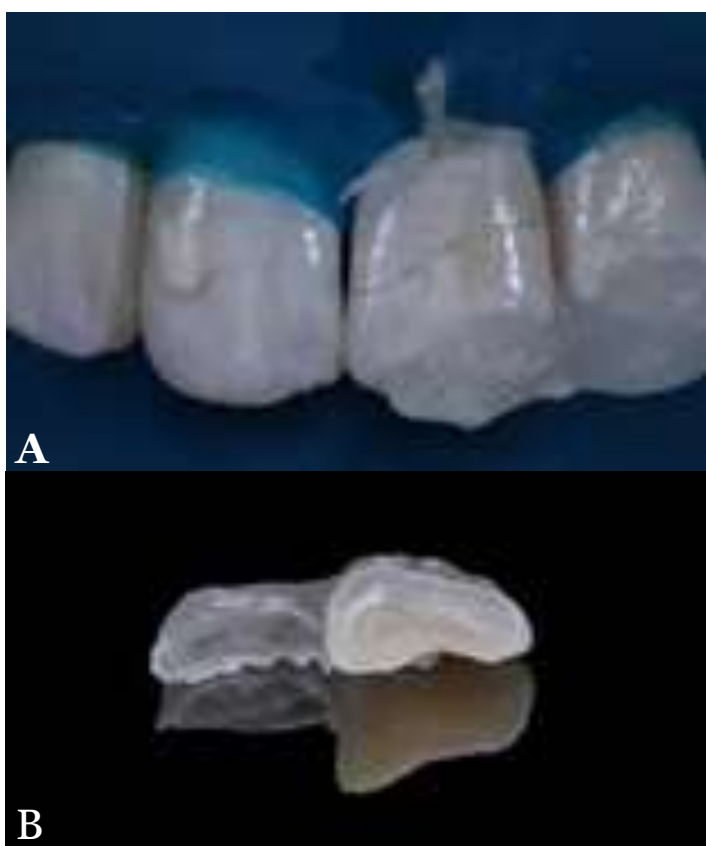


Figura 4. A: Confeção da guia acrílica para correta adaptação do fragmento ao remanescente dentário.
B: Fragmento adaptado na guia acrílica

Foi feito condicionamento com ácido fosfórico 37% (Gel Alpha Etch/DFL) aplicado no fragmento e no remanescente coronário com 15 e 30 segundos em dentina e esmalte respectivamente. Em seguida, lavado em abundância e secado com bolinhas de algodão

estéril seguido da aplicação do sistema adesivo (Âmbar/FGM). A evaporação do solvente foi promovida pela secagem com jato de ar à distância, e o adesivo reaplicado e fotopolimerizado por 20 segundos (Figuras 5,6 e 7). Uma fina camada de resina composta na Cor DA1 (Opallis/FGM) foi inserida na parte interna do fragmento, e com o auxílio da guia de resina acrílica, o fragmento foi reposicionado (Figura 8).

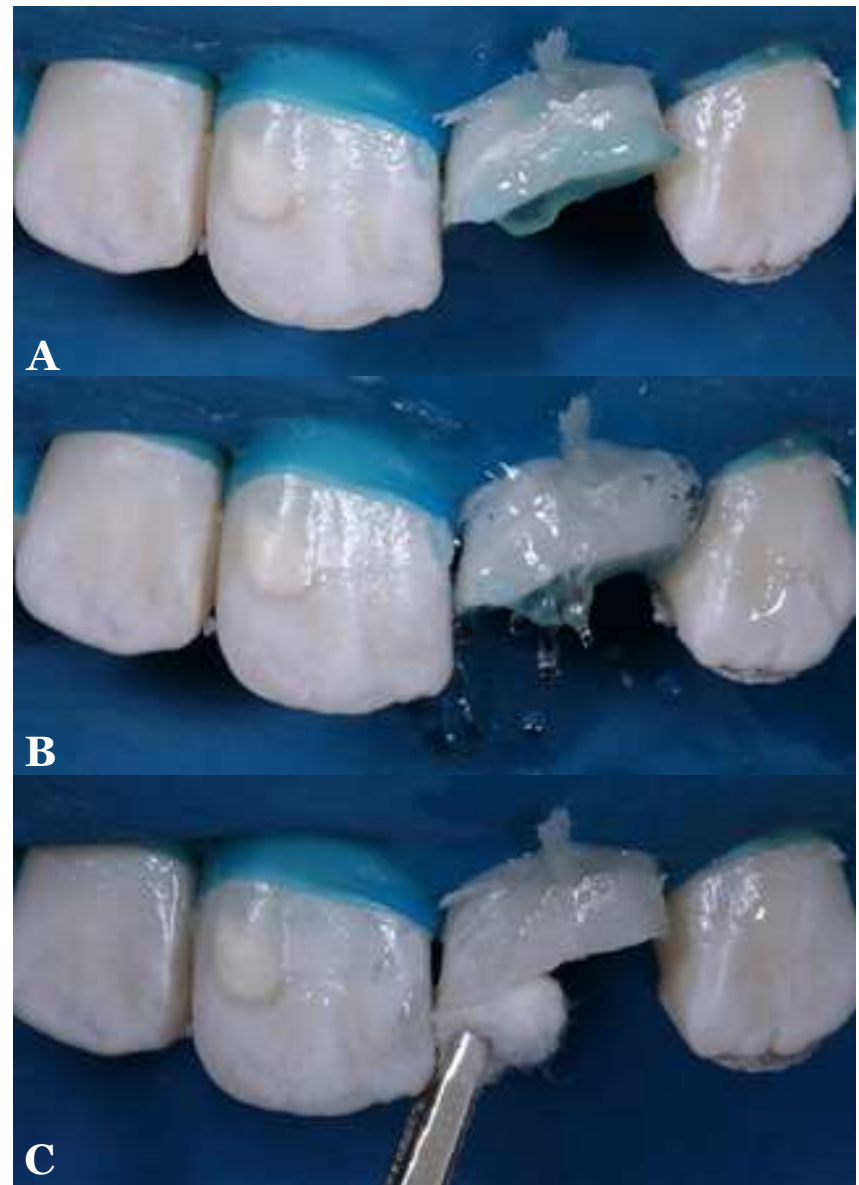


Figura 5. A: Condicionamento com ácido fosfórico 37% do remanescente dental. B: Lavagem abundante.
C: Secagem com bolinha de algodão estéril.

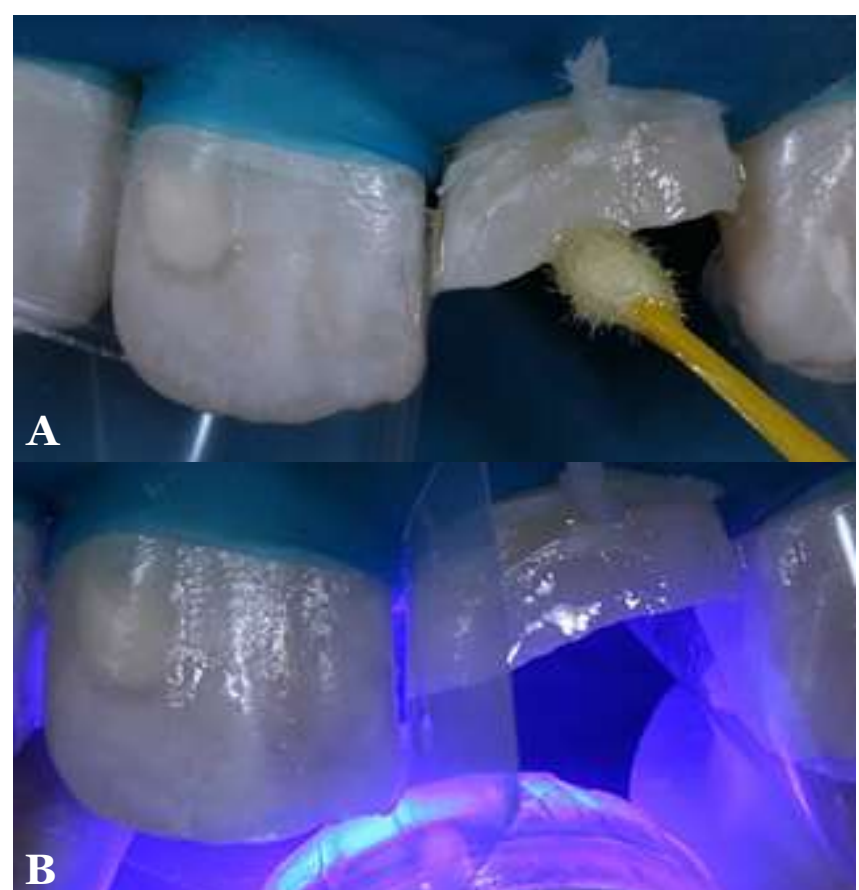


Figura 6. A: Aplicação do sistema adesivo no remanescente dental.
B: Fotopolimerização do sistema adesivo

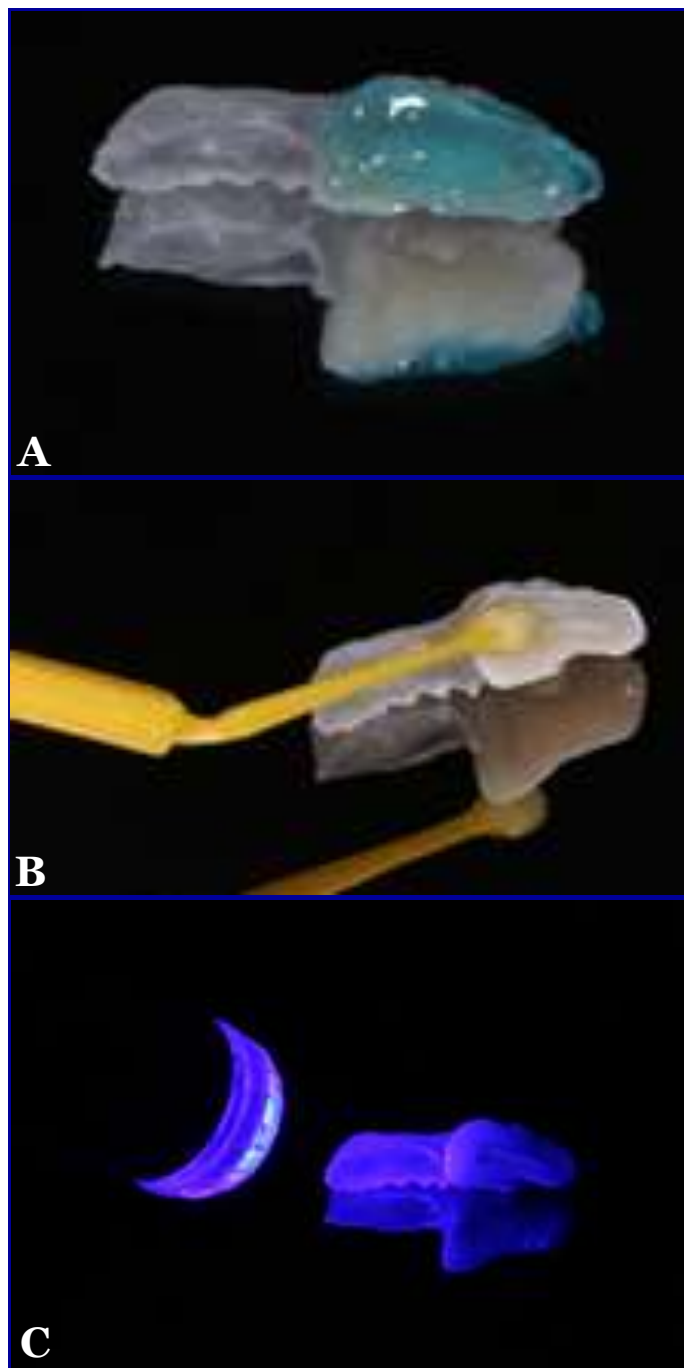


Figura 7. **A:** Condicionamento com ácido fosfórico 37% no fragmento adaptado à guia acrílica. **B:** Aplicação do sistema adesivo. **C:** Fotopolimerização do sistema adesivo



Figura 8. Adaptação do fragmento ao remanescente coronário.

Após a remoção dos excessos, o material restaurador foi fotopolimerizado por 40 segundos e o isolamento absoluto foi removido (Figura 9).

Seguiu-se do ajuste oclusal com o posicionamento mandibular em máxima intercuspidação habitual, protusão e lateralidade, identificando os contatos com tiras de papel carbono (AccuFilm II). Na sessão seguinte, a fim de mascarar a linha de fratura, um pequeno desgaste foi realizado com ponta diamantada nº1012 (KG SORENSEN) (Figuras 10 e 11).



Figura 9. Aspecto clínico logo após a colagem do fragmento e remoção do isolamento absoluto



Figura 10. Realização de bisel vestibular com ponta diamantada esférica



Figura 11. Bisel confeccionado no remanescente dental e no fragmento

Foi realizado condicionamento com ácido fosfórico 37% (Gel Alpha Etch/DFL), por 30 segundos e o gel removido com lavagem em abundância. As superfícies foram secas com bolinhas de algodão estéril, seguida da aplicação do sistema adesivo (Âmbar/FGM). O solvente foi evaporado com aplicação de jato de ar à distância, e uma segunda camada de adesivo foi reaplicada e fotopolimerizada por 20 segundos (Figura 12). Uma camada de resina composta na cor DA1 (Opallis/FGM) foi inserida para cobrir a linha de união entre o dente e o fragmento, e fotopolimerizado por 40 segundos (Figura 13A). A paciente apresentava típicas manchas brancas de fluorose e houve a necessidade de reproduzi-las com pequenos incrementos da resina de efeito na cor Weiss

(Tetric Color/Ivoclar Vivadent) seguido da sua fotoativação por 40 segundos (Figura 13B). Para garantir maior naturalidade e fidelidade ao esmalte foi também utilizada a resina translúcida Pearl Frost (Vit-l-escence), seguido da sua fotoativação por 40 segundos (Figura 13C).



Figura 12. A: Condicionamento com ácido fosfórico 37%.
B: Lavagem. C: Aplicação do sistema adesivo.
D: Fotopolimerização do sistema adesivo

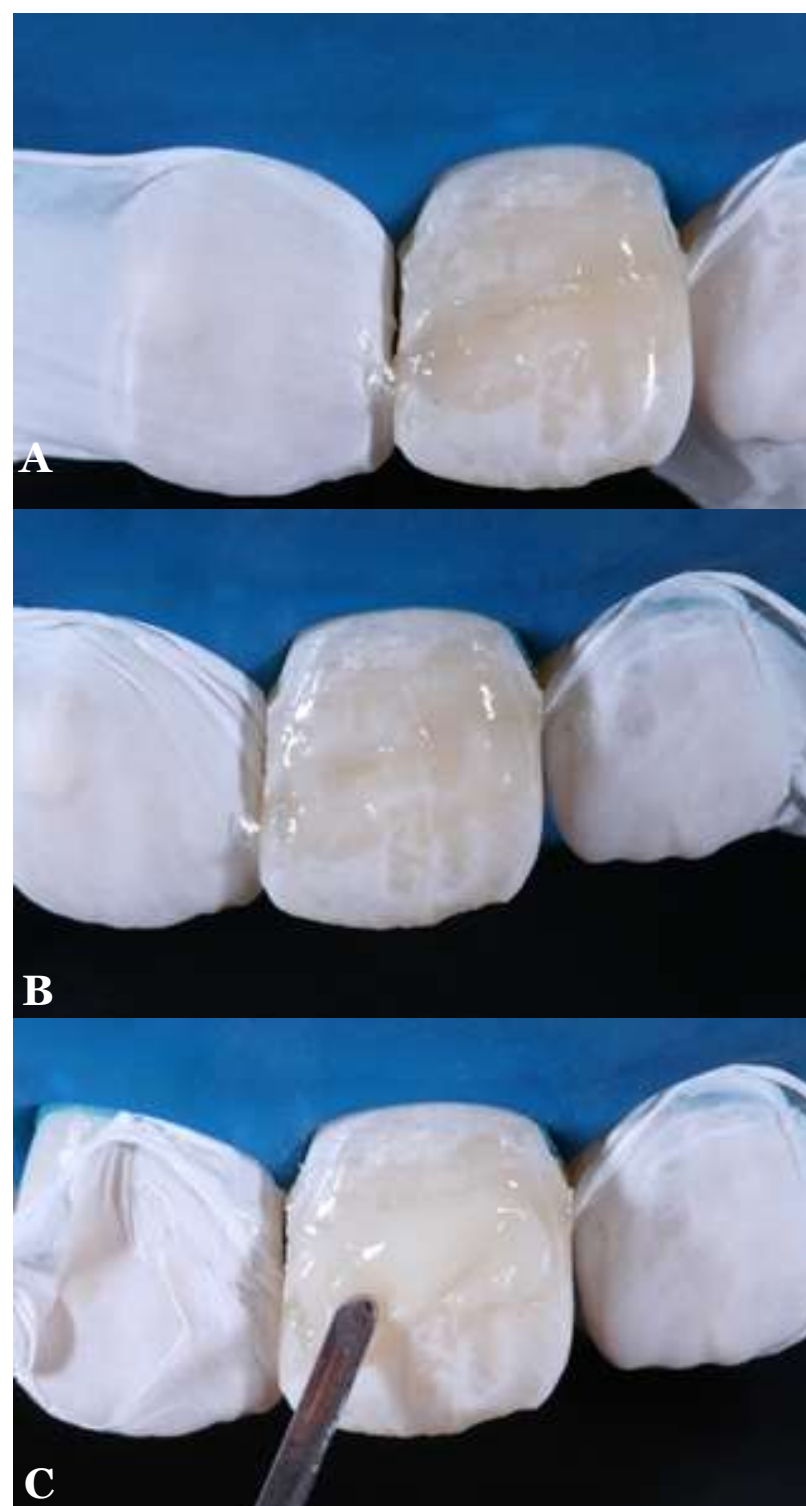


Figura 13. A: Cobertura da linha de fratura com resina composta na cor DA1 (Opallis/FGM). B: Incrementos de resina de efeito na cor Weiss (Tetric Color/Ivoclar Vivadent). C: Inserção de resina composta na cor Pearl Frost (Vit-l-escence)

Foram confeccionados sulcos de desenvolvimento na face vestibular com ponta diamantada nº 2200FF (KG SORENSEN) (Figura 14).



Figura 14. Confecção dos sulcos de desenvolvimento com ponta diamantada nº 2200FF

Foi realizado acabamento com ponta diamantada nº2200FF (KG SORENSEN) e discos de lixa (Kit TDV) (Figura 15A). O polimento do material foi realizado com escovas de carbeto de silício (Ivoclar

Vivadent) (Figura 15B) e pasta de polimento (Enamelize e Porcelize/Cosmedent) aplicada com disco de feltro, alcançando melhor lisura superficial.

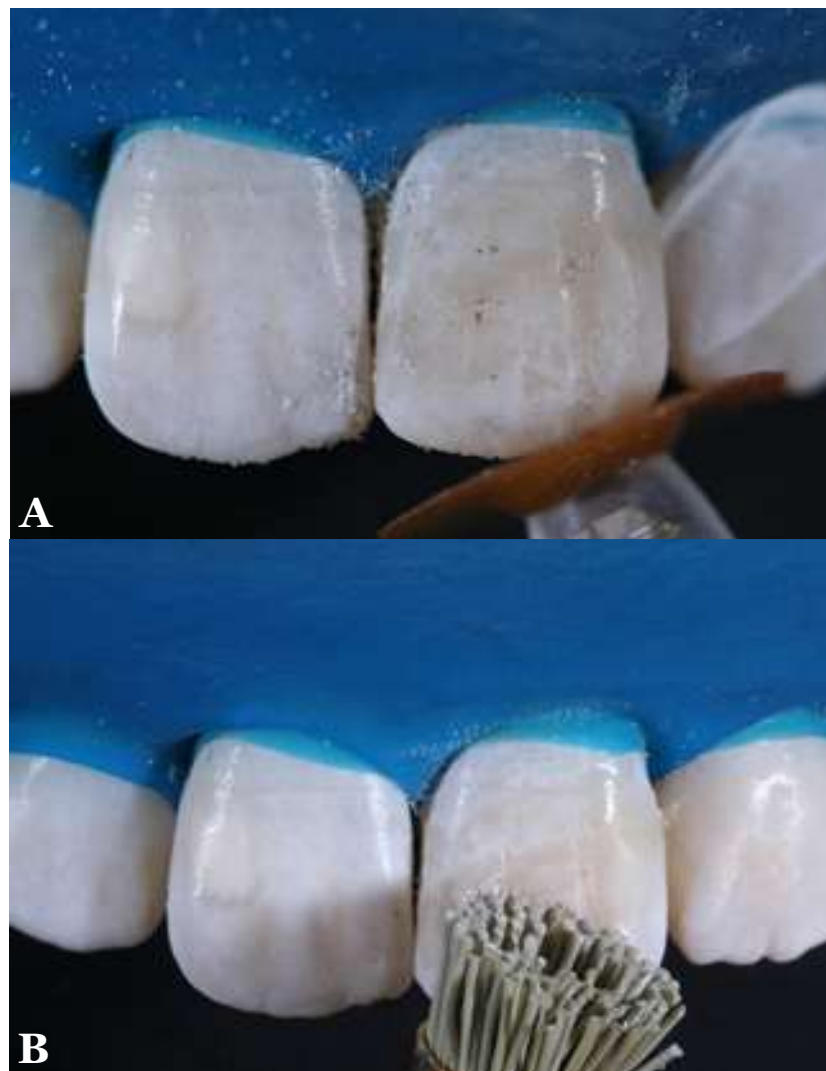


Figura 15. A: Acabamento com discos de lixa.
B: Polimento da superfície dentária com escova de carbeto de silício

Nas regiões proximais foram realizados acabamentos com tiras de lixa (3M/ESPE) (Figura 16).



Figura 16. Acabamento nas proximais com tiras de lixa.

A paciente recebeu orientações a respeito dos cuidados com o dente reabilitado, e sobre as avaliações periódicas para preservação das condições estéticas e funcionais do mesmo (Figura 17).

Após 45 dias da colagem do fragmento foi feita nova reavaliação radiográfica (Figura 18) e clínica (Figura 19) da unidade 21, que apresentou-se estética e funcionalmente satisfatória.



Figura 17. Aspecto clínico final



Figura 18. Aspecto radiográfico após 45 dias da colagem do fragmento



Figura 19. Aspecto clínico após 45 dias da colagem do fragmento

DISCUSSÃO

Considera-se traumatismo dentário as injúrias causadas por força mecânica, agressão química ou térmica provocadas ao dente e suas estruturas de suporte, onde a proporção da injúria excede a resistência dos ossos adjacentes e do dente afetado²³. O trauma dentário deve ser considerado um problema de saúde pública. Isso pode ser afirmado através de uma ampla revisão da epidemiologia das lesões dentais traumáticas²⁴.

Para as lesões causadas por trauma dentário, diferentes classificações são citadas. Abordando as lesões coronárias, estas podem ser divididas em não-complicadas, quando há envolvimento apenas de dentina e esmalte; e complicadas, quando a polpa também é exposta pela lesão²⁵.

Há várias alternativas de tratamento para a reabilitação de um dente fraturado^{12,14}, porém o tratamento mais conservador, quando se pode optar é a colagem de fragmento¹⁶. O primeiro caso publicado envolvendo a colagem de fragmento foi realizado por Chosak e Eidelman²⁶ em 1964, onde reabilitaram um dente fraturado com a própria estrutura que havia sido desagregada do remanescente dental.

Para que se obtenha um bom resultado na colagem de fragmento, a forma como este foi acondicionado pode interferir no sucesso do procedimento. Quando mantido desidratado por tempo prolongado, a predisposição à novas fraturas será maior. No entanto, caso seja acondicionado de forma indicada como em solução salina, saliva, leite ou na boca, sob a língua, a resistência poderá ser restituída^{20,21,27}, sabendo-se que a maioria dos sistemas adesivos são hidrofílicos e necessitam de dentina hidratada²⁸.

No caso clínico relatado no presente trabalho, optou-se por realizar a colagem de fragmento, após a constatação de excelente coloração do fragmento, da boa adaptação ao remanescente, por ser um procedimento de rápida execução e baixo custo, além de devolver as características estéticas e anatômicas do dente, assim como, ser um material psicologicamente mais aceito e satisfatório ao paciente.

Apesar do fragmento ter sido mantido desidratado durante 30 dias, o fato da paciente ter apenas 11 anos de idade e o condicionamento em solução fisiológica ter sido realizado sete dias antes do procedimento restaurador, foram de fundamental importância para a decisão do tratamento a ser realizado, pois esta reidratação visa devolver o resultado estético nas colagens de fragmentos. Em alguns casos, o fragmento volta a se hidratar na primeira semana após a colagem, em outros, isso só ocorre meses depois ou pode não vir a acontecer

completamente²⁹. Recomenda-se ao paciente visitas periódicas ao cirurgião-dentista para que se faça checagem da oclusão, verificação da adesão e da alteração cromática do dente e/ou fragmento.

CONCLUSÃO

A técnica de colagem do fragmento dentário, desde que corretamente planejada e realizada, é uma opção de tratamento simples e conservadora, principalmente em pacientes jovens, faixa etária esta, com maior prevalência de trauma na região anterior.

Diante do exposto, pode-se considerar que a colagem de fragmento é um tratamento viável no que diz respeito aos resultados estéticos e funcionais, necessitando, entretanto, sempre do acompanhamento rigoroso do paciente e de cuidados após a reabilitação para o sucesso do procedimento restaurador.

REFERÊNCIAS

1. Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Rev Paul Pediatr. 2009;27(4):447-51.
2. Diniz MB, Aranha AMF, Giro EMA. Reabilitação de dentes anteriores traumatizados pela técnica da colagem de fragmentos. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(3):366-71.
3. Almeida CM, Lopes LGS, Vasconcelos WA, Vaz RR, Barros VM. Recuperação estética através de colagem de fragmentos dentários e afastamento mecânico: caso clínico. Rev Cient SOMGE. 2012;1(1):29-34.
4. Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
5. Narhi TO, Tanner J, Ostela I, Narva K, Nohrstrom T, Tirri T, Vallittu PK. Anterior Z250 resin composite restorations: one-year evaluation of clinical performance. Clin Oral Investig. 2003; 7(4):241-3
6. Belotserkovets LR, Rodrigues JA, Campos IT, Marchi GM. Restabelecimento da estética através da colagem de fragmento dentário. Rev ABO Nac 2005; 13(1):41-4.
7. Maitin N, Maitin SN, Rastogi K, Bhushan R. Fracture tooth fragment reattachment. BMJ Case Rep. 2013 Jul 12;2013.
8. Maia EA, Baratieri LN, de Andrada MA, Monteiro S Jr., de Araújo EM Jr. Tooth fragment reattachment: fundamentals of the technique and two case reports. Quintessence Int. 2003; 34(2):99-107.

9. Macedo GV, Diaz PI, De O Fernandes CA, Ritter AV. Reattachment of Anterior Teeth Fragments: A Conservative Approach. *J Esthet Restor Dent*. 2008; 20(1):5-18.
10. Reis A, Louguercio AD, Kraul A, Matson E. Reattachment of fracture teeth: A review of literature regarding techniques and materials. *Oper Dent* 2004; 29(2):226-33.
11. Avelar FM, Penido CVSR, Cruz RA, Penido SMMO. Colagem homogêna de fragmento dentário em incisivo central superior permanente-relato de caso clínico. *RFO*. 2009;14(1):66-70.
12. Andreasen FM, Norén JG, Andreasen JO, Engelhardtson S, Lindh-Strömberg U. Long term survival of fragment bonding in the treatment of fractured crowns. *Quintessence Int*. 1995; 26(10):669-81.
13. Fredriksson M, Astback J, Pamenius M, Arvidson K. A retrospective study of 236 patients with teeth restored by carbon fiber-reinforced epoxy resin posts. *J Prosthet Dent*. 1998;80(2):151-7.
14. Gorecka V, Suliborski S, Biskupski T. Direct pulp capping with a dentin adhesive resin system in children's permanent teeth after traumatic injuries: case reports. *Quintessence Int*. 2000;31(4):241-8.
15. Torbjorner A, Karlsson S, Odman PA. Survival rate and failure characteristics for two post designs. *J Prosthet Dent*. 1995;73(5):439-44.
16. Bozkurt F O, Demir B, Erkan E. Reattachment of dehydrated tooth fragments: Two case reports. *Niger J Clin Pract*. 2015;18(1):140-3.
17. Marson FC, Sensi LG, Belli R, Monteiro Júnior S, Araújo E. Colagem transcirúrgica de fragmento dental: relato de caso clínico. *Clin Int J Braz Dent*. 2006;2(3):258-66.
18. Yilmaz Y, Zehir C, Eyuboglu O, Belduz N. Evaluation of success in the reattachment of coronal fractures. *Dent Traumatol*. 2008;24(2):151-8.
19. Bruschi-Alonso RC, Alonso RC, Correr GM, Alves MC, Lewgoy HR, Sinhoreti MA, et al. Reattachment of anterior fractured teeth: effect of materials and techniques on impact strength. *Dent Traumatol*. 2010;26(4):315-22.
20. Silva RG, Sousa CR, Martins LRM, Barreto BCF, Oliveira MAVC, Soares CJ, Fernandes-Neto AJ. Colagem de Fragmento Dentário: Revisão Sistemática da Literatura Associada a Relato de Caso Clínico. *ROBRAC*. 2012;21(58):564-9.
21. Andreasen JO, Lauridsen E, Gerds TA, Ahrensburg SS. Dental trauma guide: a source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. *Dent Traumatol*. 2012;28(5):345-50.
22. Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC, Leite MS, Nóbrega WFS, Almeida ER. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43(6):402-8.
23. Zago TM. Prevalência e tratamento de fraturas coronárias decorrentes de traumatismos dentários [trabalho de conclusão de curso]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2012.
24. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol*. 2008;24(6):603-11.
25. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2007;23(2):66-71.
26. Chosack A, Eidelman EDO. Rehabilitation of a fractured incisor using the patient's natural crown. Case report. *J Dent Child* 1964;31(1):19-21.
27. Pugliesi DM, Cunha RF, Delbem AC, Sundefeld ML. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0-3 years. *Dent Traumatol*. 2004;20(3):139-42.
28. Demogalski G, Hilgenberg SP, Silva HA, da, Chibinski ACR, Wambier DS. Colagem autógena em dentes anteriores fraturados: um recurso válido na odontopediatria. *J Bras Clin Odontol Int - Edição Especial*. 2006: 1-5.
29. Moura LFA, Lima MDM, Leopoldino VD, Moura MS, Simplicio AHM, Martins JFM. Homogenous bonding- case report and 18-year follow up. *Dent Traumatol*. 2013;29(2):161-4.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Giulliana Panfiglio Soares
soaresgp@hotmail.com

Submetido em 23/05/2015
Aceito em 12/06/2015