



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA

ANQUILOSE DENTÁRIA NA DENTIÇÃO MISTA: DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO - RELATO DE CASO

FORTALEZA – CE
2025

MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA

ANQUILOSE DENTÁRIA NA DENTIÇÃO MISTA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof^a. Me. Karol
Albuquerque Martins Rodrigues

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Centro
Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro
Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O48a Oliveira, Marillya Vitoria da Silva.
 ANQUILOSE DENTÁRIA NA DENTIÇÃO MISTA:
 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO : RELATO DE CASO / Marillya
 Vitoria da Silva Oliveira. - 2025.
 38 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Me. Karol Albuquerque Martins Rodrigues.

1. Anquilose dental. 2. Tratamento conservador. 3.
Restauração dentária. I. Título.

CDD 617.6

MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA

ANQUILOSE DENTÁRIA NA DENTIÇÃO MISTA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
– RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia
do Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof^a. Me. Karol
Albuquerque Martins Rodrigues

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Karol Albuquerque Martins Rodrigues (Orientadora)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Dra. Lis Monteiro de Carvalho Guerra
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Dra. Isabella Fernandes Carvalho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me conceder força, sabedoria e serenidade em cada etapa dessa jornada. Sem Ele, nada disso seria possível. Foi o seu amor e a sua misericórdia que me sustentaram nas noites difíceis e me deram ânimo para continuar nos dias seguintes, sua presença constante que me sustentou nos momentos de incerteza e me guiou até esta conquista. A cada obstáculo, encontrei em Ti, Senhor, a razão para seguir em frente e acreditar que os Teus planos são sempre maiores e melhores do que os meus. Obrigada, meu Deus, por me permitir realizar este sonho.

À minha amada mãe, Fransquinha, que mesmo não estando mais presente fisicamente, permanece viva em meu coração e em cada conquista da minha vida. Sua dedicação, amor e ensinamentos me tornaram quem sou hoje. Esta vitória também é sua. Sei que o seu amor e suas orações me acompanham todos os dias. Tudo o que sou carrego um pouco de você, e dedico esta vitória à sua memória com todo o meu amor e saudade. um dia quero ser pelo menos 50% da mulher que você foi em vida, espero que a senhora esteja muito orgulhosa de mim ai de cima. Eu te amo eternamente e farei de tudo para conseguir dar o meu melhor como profissional e ser humano.

Ao meu pai, Marcos, por ser meu alicerce, exemplo de trabalho e persistência. Agradeço todo o esforço, dedicação e amor incondicional. Por acreditar em mim mesmo quando eu duvidava, e por ser meu exemplo de honestidade, fé e perseverança. Obrigada por estar ao meu lado em cada passo dessa caminhada, por seus conselhos e por me ensinar que o trabalho e a humildade sempre abrem caminhos. O senhor sempre fez e faz de tudo para me proporcionar conseguir chegar aos meus objetivos. Esse é apenas o começo do nosso sonho, espero que eu possa dar ainda mais orgulho e que possamos comemorar grandes vitórias juntos.

Aos meus irmãos, João Marcos e Jefferson, por todo o carinho, apoio, companheirismo e incentivo durante essa caminhada. Obrigada por me mostrarem, cada um à sua maneira, o valor da família. Mesmo com as diferenças e a correria da vida, saber que posso contar com vocês sempre me dá força para continuar. Às minhas cunhadas, Tatiane e Kelly, por me acolherem com tanto carinho e fazerem parte da minha jornada. Agradeço por cada palavra de incentivo, por cada gesto de afeto e pelas risadas compartilhadas ao longo desses anos.

Aos meus sobrinhos Laís, Eric e Antony, que enchem meus dias de alegria e me lembram constantemente a beleza da simplicidade e do amor genuíno. O sorriso deles me recarrega todos os dias. Eles são motivos de orgulho e me inspiram a ser um exemplo de determinação.

À minha prima Iasmyn, pela amizade, apoio e por estar sempre presente nos momentos em que precisei de uma palavra de conforto ou de um ombro amigo. Você é uma irmã para mim, obrigada por todo o incentivo durante a faculdade e por todo o companheirismo durante a vida. Amo nossa conexão e saber que agora também vamos poder compartilhar a mesma profissão me faz transbordar de alegria. Eu amo você e espero que possamos conquistar ainda mais coisas juntas.

À minha madrinha Terezinha, pelo carinho, pelas orações e por ser um exemplo de fé e força na minha vida. Obrigada por me acompanhar de perto e torcer por cada passo meu. A senhora é uma mãe para mim e parte dessa conquista também é dedicada a você que correu atrás desse sonho comigo e fez acontecer. Me apoiou, me ajudou e me ensinou a ser a mulher que eu sou hoje, uma mulher independente, forte e que sempre corre atrás dos seus objetivos.

À minha orientadora, Prof.^a Karol, por toda a paciência, dedicação e confiança depositada em mim. Sua orientação foi essencial para a construção deste trabalho. Obrigada por dedicar tempo, compartilhar conhecimento e me acolher nessa fase tão desafiadora da graduação, sou muito grata a senhora por me ajudar a conseguir chegar até aqui! Agradeço também às professoras Lis e Isabella, membros da banca examinadora, pela disponibilidade, pelos ensinamentos e pelas valiosas contribuições que tanto acrescentaram à minha formação.

E um agradecimento especial às minhas parceiras de jornada acadêmica, Eduarda e Amanda, que estiveram comigo em tantos momentos da faculdade. O trio que formamos foi essencial para que os atendimentos se tornassem mais leves, produtivos e cheios de aprendizado. Obrigada pela parceria, amizade e por tornarem essa trajetória muito mais especial. Conseguimos unir forças e trabalhar juntas do início ao fim dessa jornada com bastante respeito, lealdade e companheirismo. Sou muito grata por termos conseguido chegar até aqui juntas e espero que nossa amizade vá muito além da graduação.

A cada um de vocês, o meu mais sincero muito obrigada. Esta conquista é fruto não apenas do meu esforço, mas também do amor, apoio e fé que recebi de todos.

“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele tudo fará”
(Salmos 37:5)

RESUMO

A anquilose dentária consiste na união estrutural do cimento ou da dentina ao osso alveolar, resultando na ausência do ligamento periodontal. Essa alteração ocorre com maior frequência na dentição decídua e pode manifestar-se em diferentes fases do processo eruptivo, inclusive após o dente já ter atingido o plano oclusal. Embora sua etiologia não seja totalmente esclarecida, fatores como traumatismos, alterações metabólicas e predisposição genética têm sido apontados como possíveis desencadeadores. O tipo de tratamento de anquilose vai depender se o dente anquilosado é decíduo ou permanente, do tempo de início da anomalia, da época do diagnóstico, da existência ou não de dentes sucessores, do padrão de erupção e severidade da infraoclusão e da relação dos dentes anquilosados com os adjacentes e antagonistas. Nos casos de anquilose em molares decíduos, quando a infraoclusão é leve ou moderada, a reconstrução coronária ou restauração direta pode ser considerada uma alternativa de tratamento conservador, visando preservar a função e a estética. Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente infantil, do sexo feminino, de 8 anos de idade, que apresentava molar decíduo (64) acometido pela anquilose dentária. Após diagnosticado a patologia e o grau de severidade da mesma através de exame clínico e radiográfico, foi proposto como tratamento restauração direta com resina composta, visando preservar a dentição e restabelecer a oclusão. Essa abordagem mostrou-se eficaz, oferecendo benefícios funcionais e estéticos. No entanto, o acompanhamento clínico contínuo é essencial para garantir a longevidade da restauração e monitorar a evolução do caso, prevenindo possíveis complicações.

Palavras chaves: anquilose dental; tratamento conservador; restauração dentária

ABSTRACT

Dental ankylosis consists of the structural union of the cementum or dentin to the alveolar bone, resulting in the absence of the periodontal ligament. This condition occurs more frequently in primary dentition and can manifest at different stages of the eruptive process, including after the tooth has already reached the occlusal plane. Although its etiology is not fully understood, factors such as trauma, metabolic alterations, and genetic predisposition have been suggested as possible triggers. The type of treatment for ankylosis will depend on whether the ankylosed tooth is primary or permanent, the time of onset of the anomaly, the timing of the diagnosis, the presence or absence of successor teeth, the eruption pattern and severity of the infraocclusion, and the relationship of the ankylosed teeth with adjacent and opposing teeth. In cases of ankylosis in primary molars, when the infraocclusion is mild or moderate, crown reconstruction or direct restoration can be considered a conservative treatment alternative aimed at preserving function and aesthetics. This work aims to report the clinical case of an 8-year-old female pediatric patient who presented with a primary molar (tooth 64) affected by dental ankylosis. After diagnosing the pathology and determining its severity through clinical and radiographic examination, direct restoration with composite resin was proposed as treatment, aiming to preserve the dentition and restore occlusion. This approach proved to be effective, providing functional and aesthetic benefits. However, continuous clinical follow-up is essential to ensure the longevity of the restoration and monitor the case's progression, preventing possible complications.

Keywords: dental ankylosis; conservative treatment; dental restoration

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Graus da anquilose dentária.....	16
Figura 2: Anquilose dentária grau leve, moderado e severo.....	16
Figura 3: Vista intraoral lateral esquerda paciente A.S.M. antes do tratamento, evidenciando infraoclusão em região de dente decíduo anquilosado.....	22
Figura 4: Radiografia panorâmica da paciente A.S.M., mostrando discrepância oclusal do dente decíduo anquilosado em relação aos adjacentes.....	23
Figura 5: Vista intraoral lateral esquerda da paciente A.S.M., evidenciando grau leve de anquilose.....	23
Figura 6: Radiografia panorâmica anterior trazida pela paciente, evidenciando grau leve de anquilose no dente decíduo.....	24
Figura 7: Restauração concluída, mostrando o restabelecimento funcional e estético do dente e a reintegração ao plano oclusal.....	25
Figura 8: Radiografia panorâmica final com o dente já restaurado.....	26
Figura 9: Avaliação após oito meses, mostrando a esfoliação natural do dente decíduo e sucesso do tratamento conservador.....	26
Figura 10: Radiografia panorâmica após esfoliação do dente.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Anquilose dentária	15
3.2	Diagnóstico da anquilose dentária.....	17
3.3	Formas de tratamento da anquilose dentária em dentes decíduos	18
3.4	Reconstrução ou restauração coronária em dentes anquilosados	19
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	21
4.1	Modalidade de Pesquisa	21
4.2	Aspectos éticos	21
5	RELATO DE CASO	22
5.1	Exames iniciais e diagnóstico	22
5.2	Etapas clínicas do tratamento restaurador.....	24
	<i>5.2.1. Avaliação inicial e diagnóstico:</i>	<i>24</i>
	<i>5.2.2. Consulta para realizar restauração em resina composta de forma direta</i>	<i>24</i>
	<i>5.2.2.1 Anestesia:</i>	<i>24</i>
	<i>5.2.2.2 Isolamento do campo operatório:</i>	<i>24</i>
	<i>5.2.2.3 O dente foi higienizado:.....</i>	<i>24</i>
	<i>5.2.2.4. Aplicação do material restaurador:</i>	<i>25</i>
	<i>5.2.3. Acabamento e polimento:.....</i>	<i>25</i>
	<i>5.2.4. Avaliação oclusal:.....</i>	<i>25</i>
	<i>5.2.5. Reavaliação e acompanhamento:</i>	<i>26</i>
	<i>5.2.5.1 Retorno com 1 mês: Realizada profilaxia + avaliação da restauração.</i>	<i>26</i>
6	DISCUSSÃO	28
7	CONCLUSÃO	30
	APÊNDICES	34
	ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A anquilose dentária ocorre quando há fusão direta entre o cemento radicular e o osso alveolar, promovendo a infraoclusão do dente afetado. Essa alteração é frequentemente observada em molares decíduos e pode interferir no desenvolvimento adequado da oclusão. No âmbito da odontopediatria, a detecção precoce é essencial, pois possibilita a escolha de condutas adequadas ao grau de severidade apresentado. Entre as alternativas de manejo, as restaurações diretas em resina composta são uma opção conservadora, por possibilitarem a recuperação funcional e estética do dente envolvido (BRITO et al., 2010).

Entre as consequências da anquilose dentária destacam-se a esfoliação tardia do dente decíduo, a alteração no processo eruptivo do permanente sucessor, a inclinação dos dentes vizinhos e a redução do espaço no arco dentário, fatores que podem resultar em má oclusão. O diagnóstico geralmente baseia-se na análise clínica, complementada por exames radiográficos. Diversas opções de tratamento têm sido sugeridas, desde a exodontia do elemento até a sua preservação clínico-radiográfica (MORENO et al., 2021). Além das repercussões funcionais e oclusais, dentes em infraoclusão apresentam maior risco de acúmulo de biofilme, o que favorece o aparecimento de lesões cariosas e inflamações periodontais, devido à dificuldade de higienização da área (ALVES et al., 2011).

Portanto, o correto diagnóstico da anquilose dentária é fundamental para a definição do melhor plano terapêutico. Condições clínicas e radiográficas são as principais características que devem ser levadas em consideração durante o diagnóstico de anquilose. A radiografia periapical é o exame mais indicado para o diagnóstico, por oferecer melhor definição e permitir a visualização de mais detalhes (NEGRI et al., 2019; PAGNONCELLI E OLIVEIRA., 1999). Nos casos de infraoclusão leve, a restauração pode ser indicada para restabelecer a oclusão, associada a acompanhamento clínico e radiográfico ao longo do tempo, até que ocorra a rizólise natural do elemento dentário (BRITO et al., 2010; RANK et al., 2003).

O tratamento com resina composta em pacientes que apresentam anquilose dentária é essencial, pois a intervenção por meio de um tratamento mais conservador corrige a oclusão e promove melhorias funcionais e estéticas, impactando positivamente a qualidade de vida do paciente.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo, relatar um caso clínico que apresenta uma técnica alternativa de tratamento para a anquilose dentária no dente 64, utilizando a técnica de restauração direta com resina composta.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Anquilose dentária

A anquilose dentária ocorre quando o dente se une ao osso alveolar em decorrência da substituição do ligamento periodontal por tecido mineralizado. Essa alteração compromete a mobilidade fisiológica do elemento dentário e, geralmente, está associada a distúrbios durante a formação dentária. A fusão pode afetar apenas uma parte da raiz ou estender-se a múltiplas regiões. Estudos apontam que a anquilose em dentes decíduos é menos comum quando em comparação aos dentes permanentes. Portanto, essa fusão precoce pode causar problemas no desenvolvimento da oclusão e na erupção adequada dos dentes permanentes, sendo necessário o monitoramento odontopediátrico para um diagnóstico precoce e possível intervenção (KAWAUCHI E DAINESI., 2022).

Quando se manifesta precocemente, a anquilose prejudica a erupção dos dentes vizinhos e tende a manter o dente anquilosado em posição infraoclusal, muitas vezes parcialmente coberto por tecido mole. Estudos apontam os primeiros molares decíduos inferiores como os elementos mais afetados, sendo incomum em dentes anteriores, exceto nos casos relacionados a trauma (MADEIRO et al., 2005).

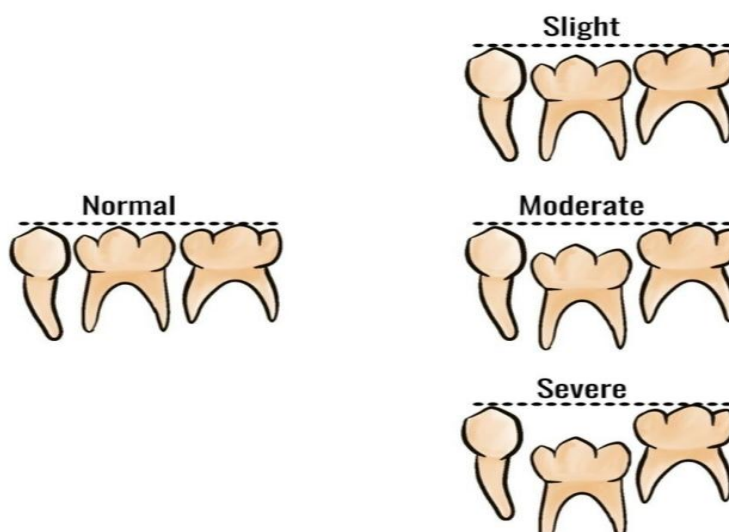
Durante a fase da infância, os dentes desempenham um papel crucial no desenvolvimento oral e na mastigação adequada. O processo de erupção dentária geralmente começa por volta dos seis meses, com a dentição decídua, que é substituída pelos dentes permanentes ao longo dos anos (NEGRI et al., 2019). Nesse contexto, os problemas odontológicos na infância constituem uma preocupação significativa, impactando não somente a saúde bucal imediata, mas também o desenvolvimento geral das crianças. É apropriado salientar que questões como a cárie e a má-formação dentária, assim como a anquilose dentária, são condições que podem surgir durante o crescimento, requerendo intervenções odontológicas precoces (GUIMARÃES et al., 2018).

Diante disso, devemos mencionar que a anquilose pode comprometer não apenas a função mastigatória, mas também impactar a estética e a saúde bucal geral, sendo, portanto, um tema relevante e desafiador na prática odontológica. A problemática associada a tal assunto reside na escolha do tratamento mais adequado para preservar a saúde bucal e favorecer o desenvolvimento correto da dentição permanente (NEGRI et al., 2019).

Registra-se que esta anomalia não se trata de uma condição rara, uma vez que atinge algo em torno de 6% das crianças e adolescentes, não possuindo predileção por gênero, embora seja significativa a sua incidência entre irmãos, estando sujeita à predisposição familiar, através de circunstâncias genéticas ou hereditárias (GUIMARÃES et al., 2018).

A anquilose dentária é classificada de acordo com a sua extensão de infraoclusão em três graus, fundamentada no nexo da superfície oclusal do dente anquilosado com a superfície oclusal do dente adjacente: 1) grau leve: a superfície oclusal do dente anquilosado encontra-se situada a uma distância de 1 milímetro abaixo do plano oclusal; 2) grau moderado: a superfície oclusal e ambas as cristas marginais encontram-se no mesmo nível da área de contato dos dentes adjacentes; 3) grau severo: encontra-se no mesmo nível ou abaixo do tecido gengival interproximal de uma ou ambas as superfícies dentárias adjacentes (GUIMARÃES et al., 2018).

Figura 1: Graus de anquilose



Fonte: Children 2023, 10, 582

Figura 2: Anquilose dentária grau leve, moderado e severo



Fonte: MOHAMMED; HASHIM; AL-ESSA, 2018

O dente afetado pela anquilose pode apresentar maior suscetibilidade ao desenvolvimento de cárie e alterações periodontais devido à dificuldade de higienização. A infraoclusão funciona como um fator modificador no desenvolvimento dessas condições, uma vez que sua presença cria condições propícias para o acúmulo de biofilme bacteriano, tornando a higienização mais desafiadora (ALVES et al., 2011).

A análise de estratégias terapêuticas eficazes e inovadoras é crucial para mitigar as consequências adversas dessa condição e promover um correto alinhamento dentário na transição para a dentição permanente (KAWAUCHI E DAINESI., 2022; MORENO et al., 2021). Logo, a questão central que orientará esta investigação diz respeito a quais seriam os tratamentos mais indicados para lidar com a anquilose dentária em dentes decíduos (NEGRI; SOUZA NETO; FAVRETTO., 2019; GUIMARÃES et al., 2018).

3.2 Diagnóstico da anquilose dentária

O exame clínico é amplamente reconhecido como o principal meio para o diagnóstico da anquilose dentária, uma vez que permite a identificação de características clínicas sugestivas da condição, tais como: infraoclusão leve a moderada do dente acometido, ausência de mobilidade mesmo em casos de risólise avançada, e presença de som metálico e ressonante à percussão vertical — indicativo da fusão entre o dente e o osso alveolar (TIEU et al., 2013). Contudo, é importante ressaltar que nem todos os dentes anquilosados manifestam esse som característico, uma vez que esse achado depende diretamente da extensão da área de anquilose (DIAS et al., 2011).

Nos casos em que a anquilose provoca infraoclusão severa, com acometimento intraósseo ou submucoso, a radiografia passa a representar o exame complementar mais indicado (TIEU et al., 2013). A radiografia periapical, em particular, permite a observação da descontinuidade do ligamento periodontal na região de fusão entre o cemento radicular e o osso alveolar. Além disso, estudos apontam que a obliteração do espaço do ligamento periodontal, evidenciada radiograficamente, constitui um sinal sugestivo de anquilose (NEGRI et al., 2019).

Entretanto, o diagnóstico radiográfico apresenta limitações inerentes à bidimensionalidade das imagens obtidas por meio da radiografia periapical, dificultando a visualização da área de fusão nas superfícies vestibulares, linguais e

em regiões de furca. Nessas situações, a sobreposição de estruturas pode impedir a confirmação diagnóstica por imagem, restringindo a visualização às áreas proximais do ligamento periodontal (KAWAUCHI E DAINESI., 2022).

Diante dessas limitações, o exame clínico se mantém indispensável, sobretudo no diagnóstico de molares decíduos anquilosados. Nesses casos, a ausência de mobilidade do elemento dentário em infraoclusão, mesmo na presença de reabsorção radicular avançada, constitui um achado clínico fundamental para a confirmação da anquilose (KAWAUCHI E DAINESI., 2022).

3.3 Formas de tratamento da anquilose dentária em dentes decíduos

O manejo de dentes decíduos anquilosados precisa ser singularizado e adaptado em consonância com a situação clínica específica, levando em consideração fatores como o grau de infraoclusão, a idade do paciente, a presença ou ausência do sucessor e outros elementos relevantes (ALVES et al., 2011). O cirurgião-dentista deve compreender os benefícios e malefícios das possibilidades de manejo dessa condição para que ele opte para a conduta que mais beneficie seu paciente (KAWAUCHI E DAINESI., 2022).

É imperioso citar que, inúmeros são os meios de tratamento da anquilose dentária em dentes decíduos, tais como: 1) acompanhamento clínico e radiográfico; 2) reconstrução coronária; 3) luxação cirúrgica; 4) exodontia. Contudo, o tratamento a ser determinado está vinculado a fatores como a idade do paciente, o estágio de infraoclusão dentária, o impacto na oclusão, a presença e localização do sucessor permanente, o estágio de desenvolvimento do sucessor, a gravidade dos danos decorrentes da anomalia e a condição sistêmica do paciente (MADEIRO et al., 2005).

Em casos de anquilose dentária leve a moderada, especialmente quando o dente sucessor permanente está presente e apresenta menos de dois terços de formação radicular, a conduta mais indicada consiste na manutenção do molar decíduo anquilosado, acompanhada de controle clínico e radiográfico periódico. Essa abordagem pode ser adotada independentemente de qual molar decíduo esteja acometido (TIEU et al., 2013).

Estudos apontam que o dente decíduo anquilosado tende a esfoliar espontaneamente dentro de um período de até seis meses após a esfoliação do homólogo contralateral, o que justifica a adoção desse intervalo como referência para monitoramento clínico. Caso, ao final desse prazo, o dente ainda esteja presente na

cavidade oral, a exodontia passa a ser recomendada, a fim de evitar interferências no desenvolvimento da oclusão (KAWAUCHI E DAINESI., 2022).

Durante o período de observação, também pode ser adotada a técnica de sobrecarga oclusal induzida ou sobreclusão do dente anquilosado, com o intuito de promover estímulo mecânico capaz de reativar ou acelerar o processo de rizólise. Essa intervenção visa compensar a lentidão desse processo nos casos de anquilose, que frequentemente impede a esfoliação fisiológica do elemento decíduo. Se, após esse manejo conservador, não houver esfoliação espontânea ao final dos seis meses, a extração do dente deve ser considerada (DE MOURA et al., 2015).

A permanência prolongada de dentes anquilosados pode resultar em diversas consequências negativas para a oclusão e para o desenvolvimento ósseo da arcada, incluindo:

- Redução do comprimento do arco dentário;
- Formação de defeitos no osso alveolar;
- Impactação do dente sucessor permanente;
- Alterações oclusais ou funcionais significativas (DE MOURA et al., 2015).

Nessa perspectiva, a exodontia é especialmente indicada em situações de anquilose severa, com presença de infraclusão acentuada, ou quando há alteração no trajeto eruptivo do dente permanente sucessor. Outros critérios que reforçam a necessidade de remoção incluem a perda de espaço com inclinação dos dentes adjacentes, extrusão do dente antagonista e evidência de que o sucessor apresenta mais de dois terços da raiz formada (OH et al., 2020; TIEU et al., 2013).

A princípio, em estágios de natureza leve e moderada, é conveniente a supervisão clínica e radiológica, circunstância fundamental para monitorar a progressão da anquilose e avaliar o impacto no desenvolvimento dentário e na oclusão. Destaca-se que, radiografias periódicas, como radiografias panorâmicas e periapicais, podem ser usadas para avaliar a integridade da raiz, a presença de reabsorções e a posição do dente em relação às estruturas circunvizinhas. Ademais, o acompanhamento regular permite uma intervenção precoce, se necessário, para evitar complicações a longo prazo (CARNEIRO et al., 2019).

3.4 Reconstrução ou restauração coronária em dentes anquilosados

Diante da crescente valorização das abordagens conservadoras na odontologia, a reconstrução coronária por meio de restaurações diretas tem sido

indicada como alternativa eficaz no manejo clínico de molares decíduos anquilosados, especialmente nos casos de infraoclusão leve a moderada e anquilose em estágio inicial, mesmo na presença ou ausência do sucessor permanente (MELO et al., 2011).

A restauração direta com resina composta destaca-se como uma solução viável para a recuperação da altura cérvico-oclusal e para o restabelecimento dos contatos proximais, além de oferecer um bom resultado estético e funcional. Essa técnica visa evitar as complicações comuns da infraoclusão causada pela anquilose, como a inclinação dos dentes adjacentes para o espaço deixado pelo dente rebaixado e a extrusão do antagonista (MELO et al., 2011; DE MOURA et al., 2015).

Entre as vantagens da utilização da resina composta em dentes decíduos anquilosados, destacam-se sua capacidade adesiva, boa estética, biocompatibilidade com os tecidos bucais e facilidade de manipulação clínica. O uso de incrementos de resina permite reconstruir de maneira eficiente a anatomia do dente, contribuindo para a estabilidade oclusal e impedindo alterações no desenvolvimento da arcada (BARATIERI et al., 2002).

A literatura aponta que a recuperação da dimensão cérvico-oclusal por meio de restauração direta com resina composta pode representar uma terapia eficaz e definitiva, especialmente quando se busca preservar o dente decíduo por um período adicional até a erupção do sucessor permanente. Além disso, essa abordagem não requer procedimentos invasivos, sendo considerada uma alternativa minimamente invasiva e de baixo custo quando comparada a outras modalidades restauradoras (MADEIRO et al., 2005).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Modalidade de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo observacional realizado em paciente cadastrada no banco de dados da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

4.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unichristus (CAAE: 87651325.9.0000.5049), sob o número de parecer 7.540.288 (ANEXO I). A paciente participante consentiu e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

5 RELATO DE CASO

5.1 Exames iniciais e diagnóstico

A paciente A.S.M., 8 anos de idade, gênero feminino, normossistêmica, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus) acompanhada de sua responsável, relatando como queixa principal “dente fundo”.

Durante a anamnese e o exame clínico inicial, envolvendo avaliações extraoral, intraoral e radiográfica, foi observada discrepância no plano oclusal, com infraoclusão de um dente decíduo em relação aos adjacentes. A radiografia periapical evidenciou a ausência do espaço do ligamento periodontal, confirmando o diagnóstico de anquilose dentária.

Diante do quadro, optou-se por um tratamento conservador com restauração direta em resina composta, objetivando o restabelecimento funcional e estético do elemento dental, além da reintegração ao plano oclusal.

Figura 3: Vista intraoral lateral esquerda paciente A.S.M. antes do tratamento, evidenciando infraoclusão em região de dente decíduo (64) anquilosado.



Fonte: Autoral (2025)

Figura 4: Radiografia panorâmica da paciente A.S.M., mostrando discrepância oclusal do dente decíduo anquilosado em relação aos adjacentes.



Fonte: Autoral (2025)

Buscou-se por raio x anteriores e a paciente trouxe panorâmica e foto que mostrava um grau leve de anquilose.

Figura 5: Vista intraoral lateral esquerda da paciente A.S.M., evidenciando grau leve de anquilose.



Fonte: Autoral (2025)

Figura 6: Radiografia panorâmica anterior trazida pela paciente, evidenciando grau leve de anquilose no dente decíduo.



Fonte: Autoral (2025)

5.2 Etapas clínicas do tratamento restaurador

O tratamento foi conduzido em ambiente clínico sob supervisão docente, seguindo os protocolos técnicos e de biossegurança preconizados pela instituição. As etapas clínicas estão descritas a seguir:

5.2.1. Avaliação inicial e diagnóstico:

Realizou-se a avaliação detalhada da arcada dentária por meio de exame clínico e radiográfico, determinando o grau de anquilose e as condições periodontais do elemento afetado.

5.2.2. Consulta para realizar restauração em resina composta de forma direta

5.2.2.1 Anestesia:

Aplicou-se anestesia local infiltrativa para garantir o conforto e a segurança da paciente durante todo o procedimento.

5.2.2.2 Isolamento do campo operatório:

Procedeu-se ao isolamento absoluto com dique de borracha, visando evitar contaminação salivar e promover melhor controle do campo operatório.

5.2.2.3 O dente foi higienizado:

A cavidade foi higienizada com pedra pomes e escova de Robson acoplada à caneta de baixa rotação, assegurando a completa limpeza da superfície dentária.

5.2.2.4. Aplicação do sistema adesivo:

O preparo da superfície envolveu condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% por 15 segundos, seguido de lavagem e secagem suave. Em seguida, aplicou-se o sistema adesivo Adper Single Bond 2 (3M ESPE) conforme as instruções do fabricante, garantindo adequada infiltração e adesão à estrutura dentária.

5.2.2.5. Aplicação do material restaurador:

Confeccionado área de retenção para aplicação do material restaurador. Para a restauração direta, foi utilizada resina composta nanohíbrida Filtek Z350 XT (3M), cor A3, escolhida por sua boa resistência mecânica, excelente polimento e integração estética ao dente decíduo anquilosado. O material foi inserido em incrementos e fotopolimerizado conforme as recomendações do fabricante.

5.2.3. Acabamento e polimento:

Após a escultura anatômica da restauração, respeitando a morfologia do elemento dentário, procedeu-se ao acabamento e polimento com discos abrasivos e pontas de borracha, garantindo lisura, brilho superficial e conforto funcional.

5.2.4. Avaliação oclusal:

A oclusão foi verificada por meio de papel carbono, realizando-se ajustes necessários para restabelecer o equilíbrio funcional e evitar contatos prematuros.

Figura 7: Restauração concluída, mostrando o restabelecimento funcional e estético do dente e a reintegração ao plano oclusal.



Fonte: Autoral (2025)

Figura 8: Radiografia panorâmica final com o dente já restaurado.



Fonte: Autorial (2025)

5.2.5. Reavaliação e acompanhamento:

A paciente foi orientada quanto à higiene bucal e retornou para consultas periódicas de acompanhamento, a fim de monitorar a estabilidade da restauração, a função mastigatória e o comportamento do dente anquilosado.

5.2.5.1 Retorno com 1 mês: Realizada profilaxia + avaliação da restauração.

Retorno com 3 meses: Realizada profilaxia + avaliação da restauração.

Retorno com 8 meses: Dente tinha esfoliado e desta forma vimos o sucesso do tratamento de anquilose dentária.

Figura 9: Avaliação após oito meses, mostrando a esfoliação natural do dente decíduo e sucesso do tratamento conservador.



Fonte: Autorial (2025)

Figura 10: Radiografia panorâmica após esfoliação do dente.



Fonte: Autoral (2025)

6 DISCUSSÃO

A anquilose dentária, quando não identificada precocemente, pode comprometer significativamente o desenvolvimento adequado da oclusão em crianças. A ausência de intervenção adequada pode resultar em redução da altura óssea alveolar, atraso na erupção do sucessor permanente, deformidades dentárias e erupções ectópicas de pré-molares. Além disso, destacam-se consequências como acúmulo de placa nos dentes vizinhos, perda de espaço, extrusão de dentes antagonistas e deslocamentos do dente permanente situado sob o decíduo (ALVES et al., 2011).

O manejo da anquilose deve ser individualizado e baseado na severidade da infraoclusão, idade do paciente e condições clínicas. No caso relatado, optou-se por uma abordagem restauradora direta, visando preservar o elemento dentário e restabelecer a oclusão. Essa conduta está alinhada às recomendações da literatura para casos leves e moderados (BRITO et al., 2010; GUIMARÃES et al., 2018).

Além dos aspectos clínicos, é indispensável considerar o manejo comportamental em Odontopediatria. Estratégias personalizadas, fundamentadas na compreensão das necessidades individuais da criança, favorecem a adaptação ao ambiente odontológico, reduzem a ansiedade e aumentam a colaboração durante o atendimento. Técnicas não farmacológicas permanecem como primeira escolha por promoverem melhor comunicação, vínculo e confiança (FERREIRA et al., 2025).

O planejamento para dentes anquilosados deve integrar dados clínicos e radiográficos. Segundo Machado et al. (2001), fatores como idade, estágio de desenvolvimento dentário e severidade da alteração são determinantes para a escolha terapêutica. Entre as alternativas conservadoras, destaca-se o aumento do tamanho vertical da coroa clínica até o plano oclusal, utilizando coroas de aço ou resina composta. Essa abordagem visa restabelecer função, evitar inclinações dentárias e impedir extrusão do antagonista.

A seleção do material restaurador exerce papel fundamental no sucesso do tratamento. A escolha da resina composta na cor A3 buscou compatibilidade estética com os dentes adjacentes, garantindo harmonia no sorriso. Técnicas adequadas de acabamento e polimento contribuem para maior durabilidade da restauração, reduzindo acúmulo de biofilme e prevenindo complicações periodontais (CAVALCANTI et al., 2004). As resinas compostas apresentam vantagens importantes em Odontopediatria, como menor desgaste de estrutura dental hígida, baixa

condutividade térmica, custo acessível e ausência de liberação de vapores de mercúrio, destacando-se como opção segura e eficiente (BARATIERI et al., 2002).

O acompanhamento clínico contínuo é indispensável para avaliar a estabilidade da restauração e monitorar possíveis complicações, como infraoclusão progressiva ou dificuldade na erupção dos sucessores permanentes. Exames radiográficos e avaliações periódicas são essenciais para determinar a necessidade de ajustes ou intervenções futuras (BIAVATI et al., 2011; KAWAUCHI; DAINESI, 2022).

No caso relatado, optou-se pelo tratamento conservador por meio da restauração direta com resina composta, visando restabelecer a oclusão e preservar os elementos dentários comprometidos. Essa escolha baseia-se na evidência de que a reabilitação funcional e estética em dentes anquilosados pode ser alcançada por meio de técnicas restauradoras minimamente invasivas, conforme descrito por Brito et al., (2010) e Guimarães et al., (2018).

Estudos demonstram que o uso de restaurações diretas em dentes decíduos anquilosados é uma alternativa eficaz, pois permite o restabelecimento da oclusão e oferece benefícios funcionais e estéticos importantes para a autoestima do paciente em fase de dentição mista (RANK et al., 2003; DE MOURA et al., 2015).

Assim, este estudo reforça a relevância da abordagem conservadora em dentes decíduos anquilosados, enfatizando a necessidade de planos de tratamento personalizados que considerem não apenas os aspectos clínicos, mas também o desenvolvimento dentário, o comportamento e os fatores psicossociais de cada paciente.

7 CONCLUSÃO

O tratamento conservador da anquilose dentária por meio de restauração direta em resina composta demonstrou ser uma alternativa eficaz, segura e clinicamente viável para o caso apresentado. Essa conduta minimamente invasiva possibilitou a manutenção do dente decíduo anquilosado, garantindo tanto a longevidade funcional quanto a estética, evitando a necessidade de procedimentos mais invasivos em uma paciente em fase de dentição mista.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. do S. C. et al. Diagnóstico e tratamento de anquilose dentoalveolar severa na dentição decídua: relato de caso. **Rev Odontol UNESP**, v. 40, n. 3, p. 154-159, 2011. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/588018d47f8c9d0a098b4e3c/pdf/rou-40-3-154.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- BARATIERI, L. N. et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. **Editora Santos**, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-336228>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- BIAVATI, A. S. et al. Incidence and distribution of deciduous molar ankylosis, a longitudinal study. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 3, p. 175–178, 1 set. 2011. Disponível em: <https://www.ejpd.eu/abstract-pubmed/incidence-and-distribution-of-deciduous-molar-ankylosis-a-longitudinal-study/>. Acesso em: 08 mai. 2025.
- BRITO, L. N. S. et al. Utilização de restaurações indiretas na reabilitação de dentes decíduos anquilosados. **HU Revista**, v. 36, n. 4, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1113/464>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- CARNEIRO, L. N. **Anquilose na dentição decídua: uma revisão de literatura**. 2019. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br/items/a909e3bc-0e46-4b99-a499-efbf9a18150f/full>. Acesso em: 19 jun. 2025.
- CAVALCANTI, A. L. Restaurações indiretas: uma alternativa na clínica odontopediátrica. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 10, n. 3, 2004. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/388>. Acesso em: 15 ago. 2025.
- DE MOURA, M. S. et al. Restorative Management of Severely Ankylosed Primary Molars. **Journal of Dentistry for Children**, v. 82, n. 1, p. 41–46, 15 abr. 2015.

Disponível em:

<https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/jodc/2015/00000082/00000001/art00007>. Acesso em: 08 mai. 2025.

DIAS, C. et al. Anquilose dentária na dentição decídua e mista: revisão da literatura.

Full dent. sci, p. 183–185, 2011. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-605600>. Acesso em: 28 jul. 2025.

FERREIRA, S. S.; ROCHA, T. P. da; ARAÚJO, L. M. da S. Manejo odontológico de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **REAL – Revista de Estudos**

Avançados, Seção: Artigo de Revisão, 2025. Disponível em:

<https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/5049>. Acesso em: 15 ago. 2025.

GUIMARÃES, K. S. F. de M. et al. Esclarecendo a anquilose dentária em dentes decíduos. **Revista Uningá**, v. 55, n. 2, p. 117–128, 12 jun. 2018. Disponível em:

<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2130>. Acesso em: 06 set. 2025.

KAWAUCHI, M. Y.; DAINESI, E. A. Management of ankylosed deciduous molars with the presence of their respective successor teeth. **Brazilian Journal of Health**

Review, v. 5, n. 5, p. 21569–21580, 30 out. 2022. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/53587/39790/132334>. Acesso em: 18 abr. 2025.

MADEIRO, A. T. et al. Anquilose dento-alveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 20-24, 2005.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-856741>. Acesso em: 28 jul. 2025.

MELO, F. de. Diagnóstico e tratamento da anquilose alveolodentária: revisão de

literatura. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/49040>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MORENO, L. B. et al. Anquilose severa em dentição decídua: relato de caso.

Revista Ciências e Odontologia, v. 5, n. 2, p. 27-33, 2021. Disponível em:

<https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/1442>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NEGRI, A. C. M.; NETO, W. J. D. S.; FAVRETTO, C. O. Anquilose dentária em

molares decíduos: revisão de literatura. **Revista saúde multidisciplinar**, v. 6, n. 2, 2019. Disponível em:

<https://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/99>. Acesso em: 19 jun. 2025.

OH, N. Y. et al. Delayed spontaneous eruption of severely infraoccluded primary

second molar: Two case reports. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 44, n. 3, p. 185-189, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644898/>.

Acesso em: 28 jul. 2025.

PAGNONCELLI, S. D.; OLIVEIRA, F. A. M. A utilização da radiografia panorâmica como uma opção de diagnóstico radiográfico inicial em Odontopediatria. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, p. 186–200, 1999. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/bbo-15204>. Acesso em: 27 mar. 2025.

RANK, R. C. I. C. et al. Técnica restauradora semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. (acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos).

Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 9, n. 3, 2003. Disponível em:

<https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/365/373>. Acesso em: 19 jun. 2025.

TIEU, L. D. et al. Management of ankylosed primary molars with premolar

successors: A systematic review. **The Journal of the American Dental Association**, v.144, n. 6, p. 602–611, 1 jun. 2013. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002817714607649>. Acesso em: 08 mai. 2025.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Alice Souza Melo, você está sendo convidado (a), pela pesquisadora Karol Albuquerque Martins, da Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus, a participar de um estudo do tipo Estudo Observacional descritivo do tipo relato de caso, intitulado: "Anquilose Dentária na dentição mista: Diagnóstico e tratamento – Relato de caso". O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre o estudo que estaremos realizando. A sua participação é importante, porém você não deve participar contra sua vontade e sem sua autorização. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar que teremos prazer em esclarecê-las.

1. TÍTULO DA PESQUISA:

Anquilose Dentária na dentição mista: Diagnóstico e tratamento – Relato de caso.

2. PESQUISADORA:

Dra. Karol Albuquerque Martins.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO:

Acompanhar e relatar um caso de um paciente pediátrico portador de Anquilose Dentária em dente decíduo.

4. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO:

O tratamento proposto demonstra grande relevância e importância, pois tem o objetivo de propiciar uma melhoria na oclusão, na qualidade de vida e da saúde oral, através do tratamento da condição. Sendo assim, consequentemente a paciente também apresentará melhora no bem-estar físico, social e psicológico. Além disso, haverá uma contribuição aos estudos científicos da literatura odontológica. Apesar dos benefícios, alguns riscos comuns presentes em qualquer tratamento odontológico podem ser considerados, como: quebra acidental de sigilo, possibilidade de desconforto durante o tratamento e não obtenção do resultado desejado caso o paciente e/ou responsáveis não colaborem com o tratamento.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar, para isso você deve informar imediatamente sua decisão aos pesquisadores, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir de forma alguma em seu atendimento médico-odontológico.

6. GARANTIA DE SIGILO:

Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou, durante e após o estudo. Além disso, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e a divulgação destas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. As imagens e os dados poderão ser publicados em revistas científicas, porém seu nome será preservado. Os pesquisadores garantem que as imagens e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

7. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, Fabiola de Sousa Pinto Melo, ____ anos, portador (a)
do RG nº 99010283047, responsável legal por
Alice Souza Melo, declaro que li cuidadosamente todo
este documento denominado TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do
mesmo e também sobre o estudo, e recebi explicações que responderam por completo
minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que a
minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento
sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou plenamente de acordo com a
realização do estudo e com a utilização das imagens para publicações em revistas ou artigos
científicos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de
confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expreso e
afirmo estar livre espontaneamente decidido (a) a autorizar a minha participação no estudo e
declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, 28 de fevereiro de 2015.

RESPONSÁVEL Fabiola de Sousa ASSINATURA _____

1º PESQUISADOR(A) Paulo Albuquerque Neto ASSINATURA _____

2º PESQUISADOR(A) _____ ASSINATURA _____

ANEXOS



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Anquilose Dentária na Dentição Mista: Diagnóstico e Tratamento - Relato de Caso.

Pesquisador: Karol Albuquerque Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87651325.9.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.540.288

Apresentação do Projeto:

Anquilose dentária é uma anomalia definida como a fusão anatômica do cimento ou dentina com o osso alveolar havendo a perda do ligamento periodontal, considerada comum na dentição decídua, podendo ocorrer em qualquer fase da erupção dentária e até mesmo após o estabelecimento do contato oclusal. A anquilose dentária apresenta diferentes tipos de terminologias, como impactação, erupção parada, retenção secundária e erupção incompleta, chamada também de infraoclusão. A sua causa não está bem definida, mas pode ser associada com o traumatismo dentário, distúrbio metabólico ou predisposição genética. O tipo de tratamento de anquilose vai depender se o dente anquilosado é decíduo ou permanente, do tempo de início da anomalia, da época do diagnóstico, da existência ou não de dentes sucessores, do padrão de erupção e severidade da infra-oclusão e da relação dos dentes anquilosados com os adjacentes e antagonistas. Atualmente, busca-se adotar abordagens mais conservadoras nos tratamentos odontológicos, e, no caso de dentes anquilosados, a restauração ou reconstrução coronária do dente afetado é indicada como forma conservadora para casos de infraoclusão leve a moderada e início de anquilose tardia em molares decíduos, com ou sem o dente permanente sucessor. Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente infantil, sexo feminino, 6 anos, que apresentava molar decíduos (64) acometidos pela anquilose dentária. Após confirmações da patologia e do grau de severidade da mesma através de exame clínico e radiográfico, foi proposto como tratamento restauração

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

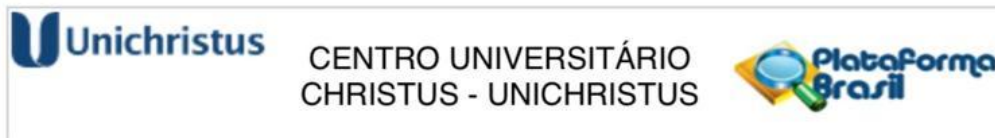
CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.540.288

direta com resina composta, visando preservar a dentição e restabelecer a oclusão. Essa abordagem mostrou-se eficaz, oferecendo benefícios funcionais e estéticos. No entanto, o acompanhamento clínico contínuo é essencial para garantir a longevidade da restauração e monitorar a evolução do caso, prevenindo possíveis complicações. Palavras chaves: Anquilose dental; tratamento conservador; Restauração Dentária Permanente

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

levantamento de artigos sobre o tema anquilose dental em dente decíduo e realizar o tratamento conservador do paciente

Objetivo Secundário:

realizar restauração de resina direta no dente decíduo anquilosado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar dos benefícios, alguns riscos comuns presentes em qualquer tratamento odontológico podem ser considerados, como: quebra acidental de sigilo, possibilidade de desconforto durante o tratamento e não obtenção do resultado desejado caso o paciente e/ou responsáveis não colaborem com o tratamento

Benefícios:

O tratamento proposto demonstra grande relevância e importância, pois tem o objetivo de propiciar uma melhoria na oclusão, na qualidade de vida e da saúde oral, através do tratamento da condição. Sendo assim, consequentemente a paciente também apresentará melhora no bem-estar físico, social e psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa de base científica sobre anquilose e atendimento de paciente para tratamento reabilitador com resina composta

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.540.288

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2506688.pdf	15/03/2025 10:56:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_tccmarillya.pdf	14/03/2025 11:44:12	MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	Termodeanuencia.pdf	14/03/2025 11:36:06	MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Cartadeaceite.pdf	14/03/2025 11:35:41	MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2025 11:27:12	MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/03/2025 11:22:33	MARILLYA VITORIA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Abril de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br