

Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso

Recebido em: out/2013

Aprovado em: fev/2014

Larissa Bortoletto Miyata

Especialista em Odontopediatria - Cirurgiã-Dentista em consultório particular

Gabriela Cunha Bonini

Mestre em Odontopediatria pela São Leopoldo Mandic (SLMandic), doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp), professora assistente da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia e Medicina da SLMandic, professora dos cursos de pós-graduação em Odontopediatria do CPO SLMandic

Ana Flávia Bissoto Calvo

Especialista em Odontopediatria pela USP, mestre em Odontologia (área de concentração Cariologia) pela FOP-Unicamp, doutoranda em Odontopediatria na Fousp

Gabriel Tilli Politano

Especialista e Mestre em Odontopediatria, doutor em Ciências Médicas pela FCM/Unicamp, professor responsável pela disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia e Medicina SLMandic, professor dos cursos de pós-graduação em Odontopediatria do CPO SLMandic

Autor de correspondência:

Larissa Bortoletto Miyata
Rua Barão de Piracicamirim, 1783
Vila Independência - Piracicaba - SP
13418-360
Brasil
bm.larissa@yahoo.com.br

Esthetic and functional rehabilitation in patient with severe childhood caries: case report

RESUMO

A Cárie Precoce da Infância (CPI) é uma doença de etiologia multifatorial que acomete crianças na fase pré-escolar, sendo sua forma mais agressiva denominada como Cárie Severa da Infância (CSI). O presente trabalho teve como objetivo descrever o caso clínico de reabilitação estética e funcional de paciente do gênero feminino, 3 anos e 6 meses de idade, acometida por CSI. Uma etapa inicial de adequação do meio bucal envolveu drenagem de abscesso periapical no elemento 61, tratamento endodôntico dos incisivos superiores, vedamento das cavidades e realização de selantes com cimento de ionômero de vidro (CIV) de alta viscosidade, além de orientações acerca da importância de bons hábitos alimentares e de higienização na paralisação da doença cárie, utilizando-se de abordagens motivacionais e buscando a conscientização do núcleo familiar quanto a sua responsabilidade no controle da mesma. A reconstrução estética dos incisivos superiores se deu por meio do uso de retentores intrarradiculares e resina composta, com o auxílio de matrizes anatômicas de celuloide, tendo sido utilizada também a resina para a restauração dos molares inferiores. O tratamento proposto permitiu restabelecer a função mastigatória e a estética do sorriso, bem como ocasionou na satisfação com o resultado obtido, demonstrada pela criança e por seus familiares. O tratamento reabilitador em crianças acometidas pela doença CSI pode ser realizado em ambiente ambulatorial e com o uso de técnicas restauradoras diretas, sendo possível obter resultado estético satisfatório e promover a saúde e o bem-estar geral para o paciente e seu núcleo familiar.

Descritores: saúde da criança; cárie dentária

ABSTRACT

The Early Childhood Caries (ECC) is a multifactorial disease that affects preschool children, being its most aggressive form known as Severe Childhood Caries (SCC). The present work aimed to describe the clinical case of aesthetic and functional rehabilitation of a female patient, 3 years and 6 months of age, affected by SCC. An initial step of adequacy of oral environment involved the draining of periapical abscess on the element 61, endodontic treatment of upper incisors, sealing of the cavities and realization of sealants with glass ionomer cement (GIC) of high viscosity, as well as guidelines about the importance of good eating habits and sanitation in the stoppage of caries, across motivational approaches and seeking family's awareness about their responsibility in the management of dental caries. Aesthetic reconstruction of upper incisors came through the usage of intra-radicular posts and composite resin, with the aid of strip crowns. It was used the same resin for the restoration of lower molars. The proposed treatment allowed to re-establishment of the masticatory function and smile's aesthetics, thus promoting the satisfaction with the result obtained, demonstrated by the child and her family. Rehabilitation treatment in children affected by SCC can be performed in dental office and with the use of direct restorative techniques, being possible to obtain satisfactory aesthetic result and promote the general health and well-being to the patient and the family.

Descriptors: child health; dental caries

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O propósito deste artigo é demonstrar a reabilitação estética e funcional da dentição decídua de uma criança acometida por Cárie Severa da Infância (CSI), através do uso de retentores intrarradiculares e técnicas restauradoras diretas, mostrando ser possível a realização desse tipo de procedimento em paciente de baixa idade e em ambiente ambulatorial.

INTRODUÇÃO

A cárie dental é uma das doenças crônicas mais comuns da infância. Sua etiologia tem caráter multifatorial e envolve interações entre o substrato dental e os microrganismos do hospedeiro, que são modificados por outros fatores tais como tempo, composição e frequência da dieta, saliva (fluxo, composição e capacidade tampão), presença de flúor, condições socioeconômicas e hábitos comportamentais do indivíduo e do meio em que ele está inserido.¹ Kawashita *et al.*² consideram a cárie dental como uma doença passível de prevenção, podendo a mesma ser paralisada e até mesmo potencialmente revertida quando detectada e controlada em seus estágios mais precoces.

A Cárie Precoce da Infância (CPI), segundo a AAPD³, é uma doença crônica e infecciosa, de etiologia multifatorial e que é caracterizada pela presença de um ou mais dentes decíduos cariados (cavitados ou não cavitados), perdidos (devido à cárie) ou restaurados em crianças abaixo dos 6 anos de idade. A existência de qualquer sinal de lesão de cárie em superfície lisa em crianças com menos de 3 anos de idade é indicativa de Cárie Severa da Infância (CSI). A nomenclatura como CSI também pode ser utilizada em crianças com idade entre 3 e 5 anos, da seguinte maneira:

- a) um ou mais dentes cavitados, perdidos (devido à cárie) ou com restauração em superfície lisa de dente anterior superior;
- b) cariado, perdido ou restaurado em 4 ou mais faces aos 3 anos, 5 ou mais faces aos 4 anos ou 6 ou mais faces aos 5 anos.

Além dos fatores etiológicos já citados, muito se questiona acerca da associação entre aleitamento materno e a CPI. Não existem evidências científicas que comprovem tal informação e, além disso, essa relação se torna mais complexa na medida em que outras variáveis, tais como introdução de sacarose na dieta do lactente, infecção precoce por *Streptococcus mutans* e condições sociais desfavoráveis tendem a gerar confusões sobre ela.^{4,5}

De acordo com o levantamento epidemiológico realizado pelo SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁶, apesar de o Brasil ter passado de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6), na dentição decídua os resultados mostraram uma redução de apenas 13,9% (2,8 dentes afetados em 2003 para 2,43 dentes afetados em 2010). Além disso, menos de 20% dos dentes afetados tinham algum tratamento realizado em 2003, proporção essa que foi mantida praticamente a mesma nesse período de 7 anos.

A ocorrência da CPI gera um impacto econômico, emocional e físico nas crianças e em suas famílias, afetando principalmente a alimentação e o sono. A saúde bucal tem grande

importância na qualidade de vida das crianças e, consequentemente, de seus pais e/ou responsáveis.^{7,8,9} Saúde e boas condições na dentição decídua são essenciais para o bem-estar geral da criança, pois propiciam uma fala correta, adequada mastigação, previnem a instalação de hábitos orais deletérios e também servem de guia para a correta erupção dos dentes permanentes, além da estética dos dentes anteriores ser importante no desenvolvimento pessoal e na aquisição de autoconfiança da criança.^{9,10}

O tratamento reabilitador para a CPI costuma ser um desafio para o Odontopediatra, pois a pouca idade da criança geralmente implica em baixa colaboração e cooperação durante os procedimentos.^{11,12,13} Além disso, pequena quantidade de remanescente dental, menores valores de resistência de união do sistema adesivo ao dente decíduo devido à características histológicas e composicionais do mesmo e dificuldades inerentes a execução da técnica operatória e da restauradora tornam o tratamento reabilitador em crianças difícil, podendo resultar em insucesso.¹²

O uso de pino de fibra de vidro reforçado por resina composta foi indicado por Verma e Passi¹⁴ como uma alternativa para retenção intracanal, pois este tipo de pino possui maior resistência à flexão, facilidade de manuseio e possibilidade de ser associado à qualquer tipo de compósito, além de poder ser utilizado em áreas de alto estresse mastigatório devido à menor susceptibilidade à fratura radicular. A associação do pino de fibra de vidro à reconstrução coronária em resina composta com o auxílio de matrizes anatômicas de celuloide consiste em uma técnica restauradora rápida e de fácil execução, além de ter um custo não tão elevado por não necessitar de etapa laboratorial. O acompanhamento clínico e radiográfico desses dentes deve ser realizado preferencialmente até o período de esfoliação.^{10,15}

Devido ao posicionamento no terço cervical da raiz dificilmente o pino de fibra de vidro interfere no processo de erupção do dente permanente e geralmente esse comprimento é o suficiente para promover adequada retenção e estabilidade à reconstrução da porção coronária de incisivos superiores decíduos.¹⁶

Este relato de caso descreve a abordagem e a reabilitação estética e funcional de uma criança do gênero feminino, com 3 anos e 6 meses de idade, acometida pela doença Cárie Severa da Infância.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Apresentação

Paciente do gênero feminino, 3 anos e 6 meses de idade, comprometida pela doença Cárie Severa da Infância. A mãe da criança procurou atendimento no Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas/SP, tendo como queixa principal a presença de cárie, onde foi encaminhada para a Clínica de Especialização em Odontopediatria.

Durante a anamnese, constatou-se que a paciente possuía boa saúde geral, ausência de doenças sistêmicas ou alergias e não fazia uso de nenhum medicamento. A higienização dos dentes da criança era realizada pela mãe duas vezes por dia com o uso de escova dental infantil e dentifício fluoretado

contendo 1.100 ppm de flúor, sendo que o fio dental não era utilizado. A criança recebeu aleitamento materno até por volta dos 3 anos de idade.

Ao exame clínico, notou-se a existência de amplas destruições coronárias nos incisivos superiores, havendo a presença de abscesso periapical nas regiões correspondentes aos dentes 51 e 61 (Figuras 1 e 2). Ainda na arcada superior, cavidades envolvendo somente a face oclusal foram encontradas nos primeiros molares, sendo que o dente 65 possuía lesão ativa e não cavitada na região de fundo de fossa (Figura 3).

Na arcada inferior foram encontradas cavidades extensas abrangendo mais da metade da extensão da coroa nos dentes 74, 75 e 84, todas aparentemente sem envolvimento pulpar. No dente 85 a lesão de cárie ativa se restringiu à pequena cavitação em esmalte na face oclusal (Figuras 4, 5 e 6).

Conduta do caso

Inicialmente uma etapa preventiva foi adotada, através da evidencição de placa bacteriana, instrução e motivação de higiene oral para a criança e seus responsáveis, sendo que a mesma recebeu uma escova dental adequada para sua idade. Também foi realizada a profilaxia e a aplicação de verniz fluoretado Duraphat® (Colgate, Alemanha). O diário alimentar da criança foi solicitado e analisado, tendo sido a mãe orientada sobre a instauração de hábitos alimentares saudáveis e sua importância no controle da doença cárie e na saúde geral.

Os dentes 55, 65 e 85 foram selados em sua face oclusal com o uso de cimento de ionômero de vidro (CIV) encapsulado, autopolimerizável e de alta viscosidade Riva Self Cure® (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália).

A etapa de adequação do meio bucal envolveu tratamento endodôntico dos dentes 52, 51, 61 e 62, obturação com o uso da Pasta Guedes-Pinto e vedamento com gutapercha em bastão (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil), sendo que no dente 61 foi realizada também a drenagem do abscesso periapical (Figuras 7 e 8). Nos dentes 54, 64, 74, 75 e 84 optou-se por remoção parcial e seletiva de cárie com uso de instrumentos manuais e restauração provisória com CIV encapsulado autopolimerizável.

Somente após a constatação do controle da doença cárie através da remoção dos focos de infecção e, principalmente, da conscientização do núcleo familiar quanto à sua responsabilidade em relação aos cuidados para com a criança, deu-se continuidade ao tratamento reabilitador rebaixando as restaurações de CIV nos dentes 74 e 84 e reconstruindo a porção coronária perdida com resina composta. Para realizar essa substituição, foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico a 37% Condac 37® (FGM, Joinville, SC, Brasil) por 15 segundos em esmalte e dentina, seguido de lavagem abundante com água, e remoção do excesso de umidade com papel absorvente. O sistema adesivo Adper Single Bond 2® (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) foi aplicado com o uso de pincel descartável, seguido de volatilização do solvente por 5 segundos com jato de ar seco e fotoativação por 20 segundos. Então a reconstrução coronária foi realizada com

resina composta Opallis® (FGM, Joinville, SC, Brasil) de alta opacidade para dentina na cor B0,5 e de alta translucidez para esmalte na cor EA1. No dente 75 o protocolo utilizado foi o mesmo, tendo sido realizado o capeamento pulpar indireto com o uso de CIV encapsulado fotopolimerizável Riva Light Cure® (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália) antes da restauração final (Figura 9).

Nos dentes 51 e 52, a porção cervical do canal radicular foi preenchida com o uso de CIV encapsulado fotopolimerizável, seguida da confecção de um munhão utilizando o mesmo material. A reconstrução coronária se deu com resina composta Opallis® (FGM, Joinville, SC, Brasil) na cor B0,5, seguindo o mesmo protocolo utilizado para a restauração dos molares e com o auxílio de matrizes anatômicas de celulóide (TDV, Pomerode, SC, Brasil).

Já nos dentes 61 e 62, optou-se por cimentação de pino de fibra de vidro Reforpost® nº 3 (Angelus, Londrina, PR, Brasil). O comprimento intracanal utilizado para o pino foi de 3mm, tendo sido o mesmo introduzido no canal para verificação da adaptação. O pino de fibra de vidro inicialmente foi tratado com álcool 70% por 1 minuto. Logo em seguida, foi seco e então recebeu a aplicação do agente de união Silano® (Angelus, Londrina, PR, Brasil), tendo sido aguardado o tempo de 1 minuto, conforme recomendação do fabricante. Novamente o pino foi seco e então aplicou-se o sistema adesivo Adper Single Bond 2® (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil), seguido de volatilização do solvente por 5 segundos e fotoativação por 20 segundos. Para o preparo dos canais radiculares, o condicionamento com ácido fosfórico a 37% Condac 37® (FGM, Joinville, SC, Brasil) foi realizado por 15 segundos, seguido de lavagem e secagem. O sistema adesivo Adper Single Bond 2® (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) foi aplicado, volatilizado por 5 segundos e fotoativado por 20 segundos. O cimento resinoso AllCem® (FGM, Joinville, SC, Brasil) na cor A1 foi manipulado e levado ao canal com auxílio do próprio pino. Após a remoção dos excessos, foi feita a fotoativação por 20 segundos em cada face (Figura 10). Um munhão em resina composta foi construído ao redor do pino de fibra de vidro, seguindo a mesma técnica utilizada nas demais restaurações e resina na cor B0,5, tendo sido o corte do remanescente do pino realizado com o uso de ponta diamantada em alta rotação logo após finalizado o munhão (Figura 11). A reconstrução coronária também foi feita de forma idêntica à realizada para os outros incisivos com o auxílio de matrizes anatômicas de celulóide (TDV, Pomerode, SC, Brasil) (Figuras 12, 13 e 14).

Para finalizar, foi realizado ajuste oclusal com o uso de papel carbono e pontas diamantadas de acabamento em alta rotação, tendo sido o acabamento final das restaurações realizado com discos de lixa Sof-Lex Pop-on® (3M ESPE, Sumaré, SP, Brasil) e o polimento com pasta Enamelize® (Cosmedent, Chicago, Illinois, EUA) em disco de feltro (Figura 15).

Nos dentes 54 e 64 optou-se por manter as restaurações feitas (Figura 16) com Riva Self Cure® (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália), pois o material utilizado constitui-se em um bom



FIGURA 1
Aspecto clínico inicial frontal



FIGURA 4
Aspecto clínico inicial da arcada inferior

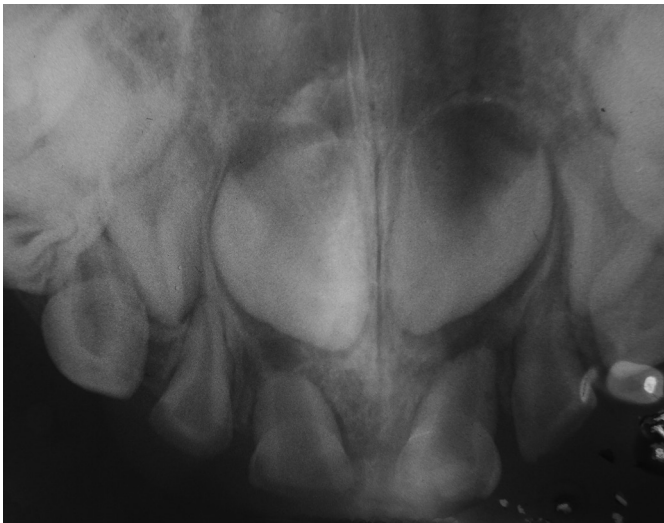


FIGURA 2
Aspecto radiográfico inicial da arcada superior pela técnica oclusal modificada



FIGURA 5
Aspecto radiográfico inicial dos dentes 74 e 75



FIGURA 3
Aspecto clínico inicial da arcada superior



FIGURA 6
Aspecto radiográfico inicial dos dentes 84 e 85



FIGURA 7
Pós-operatório imediato à drenagem do abscesso
e tratamento endodôntico do dente 61



FIGURA 10
Pino de fibra de vidro cimentado no dente 61



FIGURA 8
Regressão do abscesso do dente 61



FIGURA 11
Aspecto do munhão em resina composta no dente 61



FIGURA 9
Aspecto final da arcada inferior



FIGURA 12
Prova para adaptação da matriz anatômica de celulose no dente 61



FIGURA 13
Remoção dos excessos de resina composta após a adaptação da matriz anatômica de celuloide no dente 61



FIGURA 15
Aspecto final dos dentes anteriores



FIGURA 14
Aspecto da reconstrução coronária do dente 61 logo após a fotoativação da resina composta



FIGURA 16
Aspecto final da arcada superior

CIV de alta viscosidade, sendo assim suficiente e duradouro para o tipo de cavidade encontrada (oclusal).

Os retornos para acompanhamento da paciente devem ser mensais devido ao alto risco de cárie, sendo de extrema importância para o sucesso e manutenção da saúde bucal reforçar, junto ao núcleo familiar, os bons hábitos alimentares e de higiene, utilizando abordagens motivacionais como, por exemplo, a evidenciação de placa bacteriana e a escovação supervisionada. Radiografias periapicais devem ser executadas a fim de acompanhar a qualidade dos tratamentos endodônticos e das restaurações realizados.

DISCUSSÃO

O termo "cárie de mamadeira", assim como outros anteriormente utilizados, caiu em desuso na medida em que a multifatorialidade da doença cárie foi sendo esclarecida. De fato, nomes como esse podem transmitir a ideia da causa da doença de forma errônea e incompleta, o que levaria a uma conduta

de tratamento que não obteria completo sucesso, uma vez que muitos outros fatores estariam sendo ignorados. O termo Cárie Precoce da Infância abrange de forma mais adequada a doença cárie que acomete crianças na idade pré-escolar e proporciona uma visão mais ampla da real situação e das opções e formas de tratamento.^{2,4,17}

Sobre a multifatorialidade, podemos citar alguns dos fatores de risco e de causa tais como propriedades salivares, frequência e cariogenicidade dos alimentos e bebidas consumidos, qualidade da higiene oral, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico do núcleo familiar. Além disso, outros fatores individuais podem interferir no desenvolvimento da doença como, por exemplo, defeitos de desenvolvimento de esmalte e uso constante de medicamentos contendo sacarose.^{1,2,18,19} Quanto à aquisição precoce de microbiota cariogênica, esta parece ocorrer com maior frequência do cuidador principal que, geralmente, é a mãe.²⁰ A maioria dos trabalhos converge sobre as altas concentrações de *Streptococcus mutans* e *Streptococcus*

sobrinus no biofilme de crianças acometidas pela CPI.^{21,22,23} Deve-se orientar quanto aos problemas do contato salivar entre mãe e bebê e incentivar o não compartilhamento de talheres e copos, evitar assoprar o alimento antes de oferecer, não dar beijos na boca da criança e restringir as demais ações que façam a criança entrar em contato direto com a saliva do adulto, promovendo assim cuidados com a higiene e adiando não somente a aquisição precoce de bactérias cariogênicas, mas também prevenindo outras doenças transmissíveis.

A alta frequência de consumo de carboidratos fermentáveis é um dos fatores etiológicos em comum tanto para CPI quanto para uma nutrição infantil inadequada. Além do número de vezes em que os açúcares são ingeridos, a aderência da comida/bebida em questão deve ser levada em conta também. Além de poder causar obesidade, o consumo desregulado desses alimentos pode levar a uma desnutrição por falta de nutrientes importantes como, por exemplo, a deficiência de ferro e ferritina e o surgimento de anemias.^{22,24,25} A paciente do presente caso clínico apresentou diário alimentar pobre em alimentos nutritivos e com várias exposições à açúcares, tanto em forma de alimentos sólidos quanto líquidos. A orientação quanto à alimentação é significativa no sucesso do tratamento da cárie dentária e, além disso, é de extrema importância na manutenção do equilíbrio e da saúde geral da criança.

A reconstrução dos dentes 61 e 62 foi realizada com o uso de pino de fibra de vidro e resina composta em matriz anatômica de celuloide. Esse tipo de reconstrução coronária mostrou-se simples, relativamente rápida, de baixo custo por não precisar de fase laboratorial e eficiente na obtenção de funcionalidade e estética, sendo indispensável o acompanhamento radiográfico até a esfoliação do dente decíduo.^{14,15,26,27} A mãe da paciente foi orientada sobre a possibilidade de fratura das restaurações anteriores caso a criança mordesse alimentos demasiadamente duros com os dentes anteriores ou sofresse algum traumatismo dental, uma vez que o comprimento do pino de fibra de vidro limitou-se somente ao terço cervical da raiz a fim de evitar possíveis interferências durante a esfoliação do dente decíduo e erupção do permanente. Isto difere do que se observa na dentição permanente, quando o pino de fibra de vidro ocupa geralmente mais da metade do comprimento radicular total.²⁸

Uma das vantagens do pino de fibra de vidro reforçado por resina composta é que o valor do módulo de elasticidade do pino é aproximado ao do dente, o que diminui a concentração de estresse na região radicular, absorve melhor as tensões e aumenta a longevidade da restauração.²⁹

A CPI e a CSI são capazes de influenciar negativamente a qualidade de vida das crianças afetadas, causando dores e desconfortos, dificuldades na alimentação, no sono e no aprendizado, faltas escolares, problemas de autoestima e de autoconfiança. Todas essas consequências podem prejudicar o desenvolvimento físico e psicológico da criança, além de refletir sobre o núcleo familiar levando, inclusive, a gastos inesperados inerentes ao tratamento, faltas em dias de trabalho para cuidar

da criança, dentre outros.^{7,8,9,30} A criança descrita no caso clínico em questão apresentava dores e dificuldades durante a mastigação, o que levou à preferência por alimentos com textura mais pastosa ou líquida. Após a reabilitação, foi relatada pela mãe uma melhora na qualidade e na quantidade da alimentação da criança, além de não haver mais a queixa de dores ao mastigar. Notou-se também uma mudança extremamente positiva em relação à percepção da criança quanto à reabilitação de seus dentes anteriores, a qual se mostrou muito satisfeita com o resultado estético obtido e extremamente motivada e empenhada, junto ao seu núcleo familiar, com os cuidados relativos à higiene bucal.

As orientações e esclarecimentos prestados ao núcleo familiar da criança acometida pela CPI são de extrema importância para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal. Muitas vezes o Odontopediatra vai além dos procedimentos técnicos e participa da reabilitação bucal da criança auxiliando na alteração da dieta, na interrupção de hábitos orais deletérios, nos cuidados com higiene bucal e geral, além de muitas vezes agir como apoio psicológico à família. Agindo desta forma, o profissional está aplicando amplamente o conceito de educação para a saúde que, conforme sugerem vários estudos, é um dos caminhos para a conscientização e a prevenção quanto à doença.^{8,30}

CONCLUSÃO

De acordo com o caso clínico apresentado, o tratamento reabilitador estético e funcional na criança acometida por CSI mostrou-se bem sucedido, sendo possível conduzi-lo em ambiente ambulatorial e com o uso de retentores intrarradiculares e técnicas restauradoras adesivas diretas. Na obtenção e manutenção da saúde bucal e geral é importante que o Odontopediatra vá além da realização dos procedimentos técnicos, oferecendo suporte, orientações e promovendo a educação para a saúde através da conscientização da criança e de seu núcleo familiar acerca da importância do autocuidado na eliminação dos fatores etiológicos e no controle da doença cárie.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Esse caso clínico demonstra uma opção de tratamento para a reabilitação de paciente acometido por CSI possível de ser executada em ambiente ambulatorial e de custo relativamente menor por não envolver etapa laboratorial. Serve, ainda, como exemplo da possibilidade e necessidade de reabilitar uma criança, mesmo que de baixa idade, pois muitos profissionais acabam postergando a realização do tratamento odontológico definitivo na criança no aguardo da colaboração e cooperação advindas com o aumento da idade.

AGRADECIMENTOS

Baseado em Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização submetido à Faculdade de Odontologia e Medicina São Leopoldo Mandic – Campinas/SP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Odontopediatria.

REFERÊNCIAS

- Seow WK. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent.* 2012 May;22(3):157-168.
- Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent.* 2011 Jul;2011:725320
- AAPD. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent.* 2011;34(6):50-52.
- Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr (Rio J).* 2004 Nov;80(5 Supl):S199-S210.
- Lemos LVFM, Correia MF, Spolidório DMP, Myaki SI, Zuanon ACC. Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012 Abr-Jun;12(2):273-278.
- Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. 1ª Edição. Brasília:Editora MS; 2012. 89-92.
- Acharya S, Tandon S. The effect of early childhood caries on the quality of life of children and their parents. *Contemp Clin Dent.* 2011 Apr-Jun;2(2):98-101.
- Isong IA, Luff D, Perrin JM, Winickoff JP, Ng MW. Parental perspectives of early childhood caries. *Clin Pediatr (Phila).* 2012 Jan;51(1):77-85.
- Filstrup SL, Briskie D, Da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003 Sep-Oct;25(5):431-440.
- Parisotto TM, de Souza-E-Silva CM, Steiner-Oliveira C, Nobre-dos-Santos M, Gavião MBD. Prosthetic Rehabilitation in a four-year-old child with severe early childhood caries: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2009 Mar 1;10(2):90-97.
- Mortada A, King NM. A simplified technique for the restoration of severely mutilated primary anterior teeth. *J Clin Pediatr Dent.* 2004 Spring;28(3):187-192.
- Usha M, Deepak V, Venkat S, Gargi M. Treatment of severely mutilated incisors: a challenge to the pedodontist. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007;25 Suppl:S34-S36.
- Navit S, Katiyar A, Samadi F, Jaiswal JN. Rehabilitation of severely mutilated teeth under general anesthesia in an emotionally immature child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010 Jan-Mar;28(1):42-44.
- Verma L, Passi S. Glass fibre-reinforced composite post and core used in decayed primary anterior teeth: a case report. [a+case+report" title="Case reports in dentistry.">Casea+case+report" title="Case reports in dentistry."> Rep Dent.](#) 2011;2011:864254.
- Verrastro AP, Tashima AY, Faria FPC, Alves KRG, Bussadori SK, Wanderley MT. Reconstrução de dentes deciduos anteriores com pino de fibra de vidro e matriz anatômica de celulóide: relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde.* 2007;6(1):81-88.
- Viera CL, Ribeiro CCC. Polyethylene fiber tape used as a post and core in decayed primary anterior teeth: a treatment option. *J Clin Pediatr Dent.* 2001 Fall;26(1):1-4.
- Narvey A, Shwart L. Early childhood dental disease – what’s in a name? *J Can Dent Assoc.* 2007 Dec;73(10):929-930.
- Ditterich RG, Romanelli MV, Rastelli MC, Wambier DS. Early childhood caries: a review. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde.* 2004 Set-Dez;10(3):33-41.
- Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J).* 2009 Jul-Aug;85(4):295-300.
- Mitchell SC, Ruby JD, Moser S, Momeni S, Smith A, Osgood R et al. Maternal transmission of Mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2009 May-Jun;31(3):193-201.
- Hughes CV, Dahlan M, Papadopoulou E, Kent Jr RL, Loo CY, Pradhan NS et al. Aciduric microbiota and Mutans Streptococci in severe and recurrent severe early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2012 Mar-Apr;34(2):16-23.
- Palmer CA, Kent Jr R, Loo CY, Hughes CV, Stutius E, Pradhan N et al. Diet and caries-associated bacteria in severe early childhood caries. *J Dent Res.* 2010 Nov;89(11):1224-1229.
- Poureslami HR, Van Amerongen WE. Early Childhood Caries (ECC): an infectious transmissible oral disease. *Indian J Pediatr.* 2009 Feb;76(2):191-194.
- Sanigorski AM, Bell AC, Swinburn BA. Association of key foods and beverages with obesity in Australian schoolchildren. *Public Health Nutr.* 2007 Feb;10(2):152-157.
- Schroth RJ, Levi J, Kliever E, Friel J, Moffatt ME. Association between iron status, iron deficiency anaemia, and severe early childhood caries: a case-control study. *BMC Pediatr.* 2013 Feb 7;13:22.
- Metha D, Gulati A, Basappa N, Raju OS. Esthetic rehabilitation of severely decayed primary incisors using glass fiber reinforced composite: a case report. *J Dent Child (Chic).* 2012 Jan-Apr;79(1):22-25.
- Eshghi A, Esfahan RK, Khoroushi M. A simple method for reconstruction of severely damaged primary anterior teeth. *Dent Res J (Isfahan).* 2011 Oct-Dec;8(4):221-225.
- Barreto BCF, Silva GR, Bertaglia PC, Santos-Caldeira MMP, Martins LRM, Soares CJ. Traumatismo Dentário na Hebiatria: Relato de Caso Clínico. *Ver Odontol Bras Central.* 2012 Out; 21(56):510-514.
- Subramaniam P, Babu KLG, Sunny R. Glass fiber reinforced composite resin as an intracanal post – a clinical study. *J Clin Pediatr Dent.* 2008 Spring;32(3):207-210.
- Gaur S, Nayak R. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011 Oct-Dec;29(4):305-309.

Ivoclar Vivadent a melhor solução para o sorriso do seu paciente!



Kit Virtual®

Material de moldagem a base de polivinilsiloxanos Especialmente desenvolvido para alcançar os requisitos das mais populares técnicas de moldagem.



FR PROPAGANDA



Variolink® II

Esthetic Cementation System

Cimentação adesiva de restaurações altamente estéticas (inlays, onlays, coroas, próteses adesivas livres de metal, facetas, reconstruções coronárias) feitas de:

- Cerâmicas translúcidas (Sistema IPS Empress, IPS e.max, IPS Empress CAD e IPS d.Sign sobre refratário);
- Compósitos (SR Adoro);
- Cimentação adesiva de pinos (FRC Postec Plus) e núcleos coronários de compósitos.



Utilize o seu leitor de QR CODE e tenha acesso a um conteúdo exclusivo sobre Cimentação Ivoclar Vivadent.

Variolink® Veneer

Compósito fotopolimerizável para cimentação disponível em 7 cores de "Valor" com elevada translucidez e estabilidade de cor otimizada.



Para mais informações: cac@ivoclarvivadent.com.br
 Alameda Caiapós, 723 - Tamboré - 06460-110 - Barueri - SP
 Fone: 11 2424-7400 - Fax: 11 2424-7440
 *Todas as imagens neste folheto são ilustrativas.
 Ivoclar Vivadent Brasil, empresa do grupo Ivoclar Vivadent AG – Liechtenstein.
www.ivoclarvivadent.com.br