

Reabilitação estética e funcional na primeira infância: relato de caso

Recebido em: set/2015

Aprovado em: nov/2015

Vanessa Benetello Dainezi – Especialista em Odontopediatria pelo HRAC-USP, mestre em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP/Unicamp – Doutoranda em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP-Unicamp

Luciana Tiemi Inagaki – Especialista em Odontopediatria pela Universidade Estadual de Londrina, mestre em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP-Unicamp – Doutoranda em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP-Unicamp.

Thais Varanda – Especialista em Odontopediatria pela Universidade Estadual de Londrina, mestre em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP-Unicamp. – Odontopediatra

Fernanda Miori Pascon – Especialista em Odontopediatria pela FOP-Unicamp, mestre em Odontologia pela FOP-Unicamp, doutora em Odontologia (área de concentração em Odontopediatria) pela FOP-Unicamp – Professora doutora do Departamento de Odontologia Infantil (área de Odontopediatria) na FOP-Unicamp

Regina Maria Puppini-Rontani – Especialista em Odontopediatria pela FOP/Unicamp, mestre em Odontologia pela FOP/Unicamp, doutora em Ciências Odontológicas pela USP – Professora titular do departamento de Odontologia Infantil (área de Odontopediatria) na FOP/Unicamp

Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela responsável e enviado à Revista

Autor de correspondência:
Regina Maria Puppini-Rontani – FOP/Unicamp
Av. Limeira, 901
Piracicaba – SP
13414-903
Brasil
rmpuppini@fop.unicamp.br

Aesthetic and functional rehabilitation in infancy: a case report

RESUMO

A perda precoce dos dentes decíduos pode ocorrer pela falta de diagnóstico e tratamento na fase inicial da cárie dentária. O objetivo foi relatar o tratamento reabilitador estético e funcional de uma criança de 4 anos e 5 meses de idade, do gênero feminino, com cárie precoce da infância severa. Durante a anamnese, além da queixa de dor nos dentes, notou-se apatia da criança e constrangimento da mesma ao falar e sorrir. Ao exame clínico inicial, a paciente apresentou ausência dos dentes 55, 54, 75, 84 e 85; lesões de cárie ativa do 73 ao 83; lesões cariosas ativas extensas (53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 74) e presença de fístula na região dos dentes 51 e 52. Após o exame radiográfico, o tratamento proposto foi a realização da exodontia dos elementos dentários não passíveis de receber tratamento restaurador (53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 74); restauração com resina composta do 73 ao 83; e posterior colocação de prótese total superior e prótese parcial inferior. Orientações sobre higiene bucal e dieta não-cariogênica foram realizadas em todas as etapas do tratamento para incentivar a criança e familiares à prática de hábitos saudáveis. Diante do tratamento realizado, concluiu-se que a reabilitação estética-funcional recuperou as funções estéticas, fonéticas e mastigatórias da paciente; colaborando para a melhora da autoestima da criança o que gerou satisfação dos familiares. O trabalho educativo em estimular a criança e os cuidadores foi essencial para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal.

Descritores: odontopediatria; cárie dentária; reabilitação bucal

ABSTRACT

Dental caries is a disease related with sucrose rich diet and poor oral hygiene. During childhood, if caries disease is misdiagnosed, it can lead to early loss of primary teeth. This study aimed to report the aesthetic and functional rehabilitation treatment in a female child aged 4 years and 5 months, with severe early childhood caries. In the case history, as well as complaints of toothache, the child showed apathy and embarrassment to talk and smile. In initial clinical examination, it was noticed lack of teeth 55, 54, 85, 84 and 75; active caries lesion on teeth 71, 73, 81, 82 and 83; the dental elements 51, 52, 53, 61, 62, 63, 64, 65 and 74 presented with extensive coronary destruction below the gingival margins, and the teeth 51 and 52 with the presence of fistula. After radiographic evaluation, the treatment proposed was comprised by destroyed teeth extraction, resin composite restoration of all cavities and subsequent placement of upper denture and lower partial denture. Oral hygiene and non-cariogenic diet orientations were accomplished since the initial treatment to encourage the child and her family to practice healthy habits. After accomplished the treatment, it could be concluded that aesthetic and functional rehabilitation recovered the patient aesthetic, phonetic and mastication functions. This fact contributed to improve the child's self-esteem and it promoted satisfaction of her family. The dentist educational work and the stimulus of child and her caregivers were essential for treatment successful and for patient oral health maintenance.

Descriptors: pediatric dentistry; dental caries; mouth rehabilitation

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A cárie precoce da infância ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil. A reabilitação bucal por meio do uso de próteses totais e parciais pode ser uma alternativa de tratamento para os casos mais severos, associado ao aconselhamento dietético e controle de biofilme.

INTRODUÇÃO

O termo cárie precoce da infância é utilizado da presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas (cavitadas ou não) em crianças menores que 6 anos de idade.¹ Em crianças com idade inferior a 3 anos, qualquer sinal de cárie dentária em superfícies lisas é indicativo de cárie precoce da infância severa. Este termo também é utilizado para crianças entre 3 e 5 anos de idade nas seguintes condições: uma ou mais cavidades; perda dentária devido à cárie; cárie dentária nos dentes anteriores superiores em quatro ou mais superfícies (crianças com 3 anos de idade), em cinco ou mais superfícies (crianças com 4 anos de idade) e em seis ou mais superfícies (crianças com 5 anos de idade).¹

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no ano de 2010 – SB Brasil 2010² mostrou o impacto da doença cárie em crianças até 5 anos de idade. O índice ceo-d (dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados) foi diferente de zero para 53,4% da amostra nacional, com média 2,43, sendo 80% desse valor relacionado com dentes cariados. Esses dados mostraram o quanto a doença cárie dentária ainda é um problema de saúde pública na infância e que medidas de prevenção deveriam ser mais bem estruturadas para promover o declínio da doença no país.

A cárie precoce da infância, quando não tratada, pode desenvolver complicações como pulpites agudas, abscessos, má oclusão, problemas comportamentais, além de ser um fator predisponente para o desenvolvimento da doença cárie na dentição permanente.^{3,4,5,6} Na primeira infância, principalmente, a presença de dor nos dentes gera grande desconforto no ambiente familiar, pois a criança sente dificuldade para dormir e comer, comprometendo o estado nutricional.⁵ Quando há perda precoce dos dentes decíduos, o desconforto familiar persiste, pois, além de interferir na alimentação, também compromete os fatores fonéticos e estéticos.⁵

Nos casos severos da cárie precoce da infância, em que há múltiplas perdas dentárias, o restabelecimento das funções do sistema estomatognático pode ser feito por meio da colocação de próteses removíveis parciais e totais.^{4,6,7,8} O tratamento deve restabelecer a estética e proporcionar melhoria na saúde geral do paciente, devolvendo as funções mastigatórias e fonéticas. Dessa forma, a autoestima e o convívio social são melhorados, interferindo positivamente na qualidade de vida da criança e familiares.⁶ No entanto, as mudanças nos hábitos alimentares e de higiene bucal, com a redução da ingestão de sacarose e a correta higiene bucal diária, são medidas que devem ser aderidas nas primeiras consultas para que os tratamentos restauradores e reabilitadores tenham efeitos duradouros.⁹ Dessa forma, a colaboração dos pais/cuidadores é de fundamental importância para a eficácia no tratamento das crianças acometidas pela cárie dentária.¹⁰

Assim, este relato de caso clínico teve por objetivo descrever

a reabilitação estética e funcional em criança acometida por cárie precoce da infância severa, bem como a importância da conduta profissional para o restabelecimento da saúde bucal e geral da paciente.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Este relato de caso clínico apresenta o tratamento de uma criança do gênero feminino, de 4 anos e 5 meses de idade. Os responsáveis procuraram por atendimento no setor de urgência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) queixando-se que a criança apresentou dor e dificuldade para se alimentar. Após a assinatura da autorização de tratamento, foram realizados a anamnese e o exame clínico.

Durante a anamnese, não foi relatado nenhum problema sistêmico e alergias a alimentos ou medicamentos. Em relação à alimentação, a criança foi amamentada naturalmente até os 4 meses de idade e depois, artificialmente (mamadeira com leite de vaca, açúcar e achocolatado). No entanto, o desmame da criança ainda não havia sido feito, mamando 3 vezes ao dia, incluindo uma mamada noturna antes de dormir composta por leite de vaca, açúcar e achocolatado. Além disso, foi relatado que a criança utilizava a mamadeira como chupeta, por um período prolongado até terminar de mamar. Não foram relatados outros hábitos deletérios. Quanto à escovação, segundo a mãe, esta era realizada pela própria criança, 3 vezes ao dia com uso de dentífrico fluoretado (1.100 ppm) e nunca usou fio dental. A alimentação era de consistência líquida e pastosa.

Ao exame clínico observou-se ausência dos elementos dentais 55, 54, 85, 84 e 75; lesão de cárie ativa nos elementos 71, 73, 81, 82 e 83; os dentes 51, 52, 53, 61, 62, 63, 64, 65 e 74 apresentavam-se com extensa perda coronária, além das margens gengivais, e os dentes 51, 52, com presença de fistula.

O primeiro atendimento foi realizado no plantão de urgência da FOP/Unicamp, pois a paciente relatou histórico de dor e dificuldade para se alimentar e dormir. Após a anamnese, exame clínico e exame radiográfico da região anterossuperior foi observado processo infeccioso com fistula na região dos dentes 51 e 52, e os mesmos e todos os outros dentes superiores apresentaram-se com extensa destruição coronária, além das margens gengivais. O tratamento proposto e realizado nesse primeiro momento de intervenção odontológica foi a exodontia dos dentes 51, 52 e 53 e recomendações pós-operatórias.

Após o atendimento de urgência, novo exame clínico (Figuras 1, 2 e 3) e radiografias periapicais foram realizados para planejamento integral do caso. Como parte do tratamento preventivo, os responsáveis foram instruídos quanto à correta realização da higienização bucal e aconselhamento dietético. Dessa forma, o plano de tratamento proposto foi exodontia dos dentes 61, 62, 63, 64, 65 e 74; restauração direta em compósito dos dentes 71, 73, 81, 82 e 83; aplicação de verniz fluoretado (Duraphat®, Colgate-Palmolive Comercial LTDA, Alemanha) nas manchas brancas na face vestibular dos dentes 71, 72, 73, 81, 82 e 83. Após a realização das exodontias e restaurações (Figura 4), foi realizado o restabelecimento das funções mastigatórias, fonéticas e estéticas



FIGURA 1
Aspecto clínico frontal inicial dos dentes com presença de extensas destruições coronárias e lesões cariosas, presença de biofilme visível espesso em superfícies lisas livres e lesões de cárie ativas



FIGURA 4
Aspecto clínico frontal após as exodontias e restaurações realizadas



FIGURA 2
Aspecto clínico inicial da arcada superior com presença de extensa destruição coronária

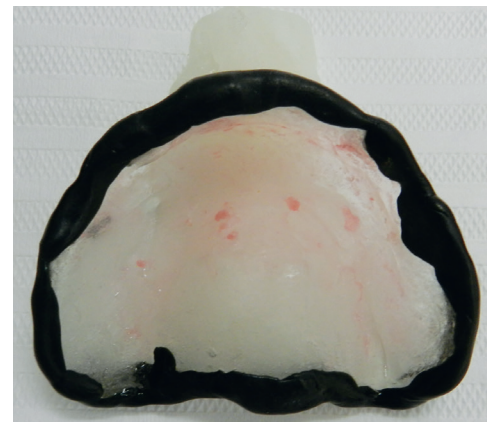


FIGURA 5
Moldeira individual em resina acrílica com vedamento periférico em godiva



FIGURA 3
Aspecto clínico inicial da arcada inferior com presença de lesão cariosa nos caninos e no dente 74



FIGURA 6
Moldagem da arcada superior com silicone de consistência leve polimerizado por condensação



FIGURA 7

Moldagem da arcada inferior pela técnica dupla com silicone polimerizado por condensação de consistência pesada e leve

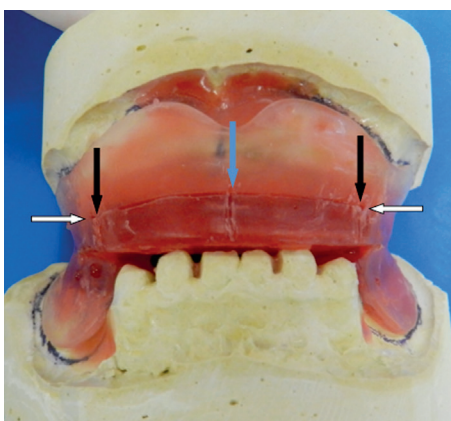


FIGURA 8

Bases de prova com roletes de cera e o ajuste de altura. Bases de prova em modelos de gesso – seta vertical azul – linha média; setas verticais pretas – guia de caninos; setas horizontais brancas – linha do sorriso



FIGURA 9

Prótese superior finalizada

com a confecção e colocação de prótese total superior e parcial removível inferior.

Para confecção da prótese total realizou-se moldagem inicial com alginato (Avagel®, Dentispil, Petrópolis, RJ, Brasil) para posterior confecção de moldeira individual em resina acrílica (Vipi Flash® incolor-VIPI, Pirassununga, SP, Brasil). Após essa etapa, foi realizado o vedamento periférico da moldeira com godiva de baixa fusão (Godiva Exata - NovaDFL®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e moldagem funcional para melhor adaptação da prótese (Figura 5) com silicone polimerizado por condensação de consistência leve (Speedex Ligth Body® - Vigodent S/A Ind. e Com., Rio de Janeiro, RJ, Brasil) (Figura 6). Para confecção da prótese removível parcial inferior, moldagem com a técnica dupla foi realizada com moldeira convencional plástica com silicone polimerizado por condensação nas consistências pesada e leve (Speedex Putty Soft® e Ligth Body®, respectivamente - Vigodent S/A Ind. e Com., Rio de Janeiro, RJ, Brasil) (Figura 7).

Após a moldagem, foram confeccionadas as bases de prova com resina acrílica e roletes de cera (Cera laminada 7, Artigos Odontológicos Clássico, São Paulo, SP, Brasil) para ajuste de altura, marcas de linha média, linha do sorriso e guia de caninos das próteses (Figura 8). Após essa etapa, as bases de prova com os dentes para os ajustes finais de oclusão foram confeccionadas. Com as próteses finalizadas (Figuras 9 e 10) os ajustes de oclusão foram realizados (Figuras 11). A adaptação da paciente com as próteses foi avaliada após 24 horas e como não houve intercorrência, os retornos foram agendados semanalmente durante o primeiro mês. Ao final deste período, os retornos foram agendados quinzenalmente até o segundo mês e depois mensalmente para preservação das próteses e acompanhamento da adesão dos pais aos aconselhamentos dietéticos e de hábitos de higiene bucal. Intensa orientação de higiene bucal e dieta foram realizadas em todas as consultas.

Após seis meses de acompanhamento foi necessário o ajuste das próteses por meio de desgastes realizados na região dos quatro primeiros molares permanentes, os quais iniciaram a irrupção (Figuras 12, 13 e 14), neste atendimento a paciente apresentou a fratura da restauração do dente 82, sendo realizada a restauração. O acompanhamento constante do caso se faz necessário até a irrupção de todo os dentes permanentes.

DISCUSSÃO

Este caso clínico envolveu o relato do tratamento reabilitador de uma paciente com cárie precoce da infância, a qual apresentou perda precoce de dentes decíduos devido à severa extensão das lesões cariosas, as consequências e resolução do mesmo. A cárie dentária é ainda considerada uma doença bastante comum em determinados países e regiões e está relacionada com hábitos como dieta rica em sacarose e higiene bucal deficiente.^{10,11,12} A presença de dor e inflamação são as manifestações mais frequentes da cárie precoce da infância. Entretanto, além do comprometimento da saúde bucal pode ocorrer o prejuízo da saúde geral da criança.^{13,14}

Quando os fatores causadores da doença não são identificados e controlados adequadamente, a doença pode progredir rapidamente e causar perda precoce dos dentes decíduos por extensa destruição



FIGURA 10
Prótese inferior finalizada



FIGURA 13
Aspecto da prótese inferior após o ajuste por meio de desgastes realizados na região dos primeiros molares permanentes



FIGURA 11
Aspecto clínico frontal final com as próteses superior e inferior



FIGURA 12
Aspecto da prótese superior após o ajuste por meio de desgastes realizados na região dos primeiros molares permanentes



FIGURA 14
Aspecto clínico frontal com as próteses após 6 meses e adaptação das próteses para irrupção dos primeiros molares permanentes, dente 82 com fratura da restauração

coronária.^{7,8} Nesse contexto, infelizmente, as comunidades menos favorecidas economicamente são as que mais sofrem com as complicações devido à falta de saúde bucal; e crianças com cárie severa muitas vezes são submetidas à extração de todos os dentes decíduos, porém, sem a reabilitação adequada por meio de próteses.¹³

Neste caso clínico, devido à grande destruição coronária dos dentes remanescentes superiores, o tratamento proposto foi à realização da exodontia dos mesmos, e posterior reabilitação bucal por meio da confecção de próteses total superior e parcial removível inferior. Como relatado, a criança apresentava dificuldade para alimentação, atribuída a falta de dentes, sendo observada a utilização de alimentos pastosos devido à dificuldade mastigatória e a presença de dor. Como observado por Otenio *et al.*¹⁵ (2009); Parisotto *et al.*⁴ (2009); Fernandes *et al.*⁸ (2011) e Inagaki *et al.*¹⁶ (2015) a cárie severa pode provocar na criança excesso de timidez, dificuldade para se relacionar com outras pessoas, constrangimento, além dos problemas fonéticos devido à ausência dos dentes. Após a remoção dos focos de dor, pelas múltiplas exodontias e restauração dos remanescentes dentários, pode-se observar melhora no quadro.

Ainda, pela reabilitação por meio das próteses removíveis, parcial inferior e total superior, observou-se evolução positiva

da fonação, estética e função mastigatória; notou-se evolução positiva dos aspectos psicossociais da criança, pelo aumento da autoestima da mesma, melhorando o relacionamento na escola e com os amigos e, portanto, a qualidade de vida da mesma. Aparelhos protéticos totais ou parciais em crianças podem ser utilizados como medida temporária até a irrupção dos dentes permanentes,⁸ na recuperação das funções mastigatória, fonética e estética.^{4,8,15,16}

Devido às perdas dentárias múltiplas, o padrão estético-facial da criança apresentava-se alterado, com aparência senil, devido à protrusão mandibular pela ausência múltipla de dentes. Padrões oclusais classe III podem ser desenvolvidos pela perda prematura dos dentes decíduos, pois a falta destes faz com que haja rotação anterossuperior da mandíbula, causando a diminuição da altura do terço inferior da face.¹⁷

Dentre outras alterações já citadas e observadas após anamnese, relacionadas a perda precoce dos molares decíduos, encontram-se as mudanças no padrão da alimentação, tornando-a mais pastosa e fina devido às dificuldades da mastigação; fato que colabora para o desenvolvimento de padrões de mastigação diferentes do normal e para a instalação de quadros de disfunções temporomandibulares.¹⁸

A utilização de próteses removíveis para a reabilitação protética bucal de crianças com grandes destruições coronárias em início da fase de dentição mista, influencia positivamente na eficiência mastigatória, como demonstrado por Jacinto-Gonçalves *et al.*¹⁸ (2009), os quais avaliaram a atividade e eficiência mastigatória de pacientes de 5,5 a 6,5 anos. Assim, a reabilitação por meio das próteses removíveis, pela reposição dos dentes, recupera a posição normal da mandíbula, podendo ser restabelecida a qualidade da função mastigatória.¹⁷

Outro ponto bastante relevante nos tratamentos reabilitadores é a recuperação do padrão estético do sorriso. Após todas as etapas do tratamento restaurador, mudança positiva no comportamento da criança atendida é frequentemente notada, principalmente quando há a recuperação da estética na região anterossuperior, pois contribui diretamente para o aumento da autoestima da criança e satisfação dos familiares.^{4,8,15,16,17}

Em se tratando do impacto negativo da cárie dentária na qualidade de vida, a paciente deste relato de caso chamou atenção pela perda precoce de múltiplos elementos dentários e pela grande destruição coronária dos dentes remanescentes, com exceção dos dentes anteriores inferiores. Tanto a criança quanto a mãe se apresentaram na primeira consulta bastante alteradas emocionalmente. A criança muito tímida e resistente aos procedimentos clínicos iniciais, e a mãe muito preocupada e ansiosa pelo atendimento odontológico. De acordo com Bönecker *et al.*¹⁴ (2012) em casos severos de cárie dentária, as adversidades da doença, principalmente relacionadas à dor, influenciam negativamente tanto a vida da criança doente quanto à das pessoas que convivem com ela. Os autores também reforçaram que o tratamento dentário pode oferecer um impacto psicológico positivo nos pacientes, não apenas pela recuperação da saúde bucal, mas também pelo aumento da qualidade da saúde geral.

Em relação à percepção dos pais quanto à saúde bucal das crianças, Gomes *et al.*¹⁸ (2015) mostraram, em um estudo transversal, que os pais passam a se preocupar com a saúde bucal dos filhos apenas quando a saúde geral da criança é afetada, causando um impacto negativo na qualidade de vida da família, principalmente quando

histórico de dor dentária está envolvido. Isso evidencia o quanto a predição dos problemas bucais pelos pais/cuidadores precisa ser mais eficiente, sobretudo na primeira infância. Isso porque a experiência precoce de cárie na dentição decídua tem sido relacionada como um dos preditores de risco de cárie tanto na dentição decídua^{12,20} quanto na permanente,²¹ e consequentemente, colabora para uma maior morbidade da doença. Além disso, é sabido que crianças com experiência de cárie precoce da infância possuem três vezes mais chances de desenvolver a doença na dentição permanente.²²

Nesse contexto, é importante que a promoção da saúde bucal aconteça desde o primeiro ano de vida da criança, com incentivo dos pais/cuidadores para a adesão aos programas educativos e preventivos, controle de alimentos açucarados e estabelecimento de bons hábitos de higiene bucal.^{9,11,23} Nesses programas, os fatores de risco de cárie dentária devem ser observados sistematicamente entre as idades de 1 a 5 anos, pois os hábitos alimentares e de higiene bucal são adquiridos entre esses períodos, e quando hábitos inapropriados são estabelecidos, as crianças são mais resistentes às mudanças.¹¹ De acordo com Pinto *et al.*¹¹ (2010), o período em que a criança passa por mudanças nos padrões dietéticos é a fase de transição da amamentação, seja leite materno ou mamadeira, para a dieta familiar, e é nessa fase que o acompanhamento individualizado deve ser mais criterioso para controlar os fatores de risco para o desenvolvimento da cárie dentária.

Diante da importância da atuação do Cirurgião-Dentista na prevenção e interceptação da cárie dentária e suas consequências, educar a população sobre boas práticas para manter uma boa saúde bucal ainda é um desafio, principalmente em comunidades socioeconomicamente menos favorecidas.^{24,25}

Em casos de reabilitação bucal na infância, o Cirurgião-Dentista deve atentar-se ao controle da progressão da doença cárie para que os dentes decíduos remanescentes e a dentição permanente não sejam comprometidos pela lesão cariada. O trabalho educativo do Cirurgião-Dentista e o estímulo do paciente e cuidadores são essenciais para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal.

CONCLUSÃO

Baseado no relato do presente caso pode-se concluir que a reabilitação da saúde bucal da criança oferece melhora nos padrões psicossociais e das funções do aparelho estomatognático, envolvendo as funções de fala, mastigação e deglutição, contribuindo positivamente para o desenvolvimento integral da criança. A reabilitação bucal de pacientes comprometidos pela cárie precoce da infância pode atenuar os fatores impactantes na qualidade da saúde bucal e de vida dos mesmos.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Este relato de caso clínico demonstra a possibilidade de confecção de próteses removíveis total e parcial em crianças com perda precoce dos elementos dentários acometidas por cárie precoce da infância severa com extensas destruições coronária.

AGRADECIMENTOS

Ao Laboratório de Odontologia Infantil e as funcionárias Renata Maria Dias Groppo e Maria Roselis Calderan Tornisiello pela confecção das próteses.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2014;36(6):242-50.
2. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – Resultados Principais. 1ª.ed.Brasília:Ministério da Saúde; 2011.
3. Ripa LW. Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatr Dent* 1988;10(4):268-82.
4. Parisotto TM, de Souza-E-Silva CM, Steiner-Oliveira C, Nobre-dos-Santos M, Gavião MB. Prosthetic rehabilitation in a four-year-old child with severe early childhood caries: a case report. *J Contemp Dent Pract* 2009;10(2):90-7.
5. Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2012;13(6):281-92.
6. Mishra A, Pandey R, Pandey N, Jain E. A pedoprosthodontic rehabilitation in patients with severe early childhood caries (S-ECC). *BMJ Case Rep* 2013;9:1-3.
7. Cardoso CAB, Lourenço Neto N, Paschoal MAB, Silva SMB, Lima JEO. Reabilitação bucal na primeira infância: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba* 2011;32(2):49-53.
8. Fernandes AP, Lourenço Neto N, Gurgel CV, Silva SMB, Machado MAAM, Rios D et al. Reabilitação bucal em odontopediatria: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2011;23(2):187-93.
9. Ng MW, Chase I. Early childhood caries: risk-based disease prevention and management. *Dent Clin North Am* 2013;57(1):1-16.
10. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012;40(11):873-85.
11. Pinto LMCP, Walter LRF, Percinoto C, Dezan CC, Lopes MB. Dental caries experience in children attending an infant oral health program. *Braz J Oral Sci* 2010;9(3):345-50.
12. Parisotto TM, Santos MN, Rodrigues LK, Costa LS. Behavior and progression of early carious lesions in early childhood: a 1-year follow-up study. *J Dent Child* 2012;79(3):130-5.
13. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(5):1550-6.
14. Bônecker M, Abanto J, Tello G, Oliveira LB. Impacto of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res* 2012;26(Spec Iss 1):103-7.
15. Ottenio CCM, Machado FC, Oliveira AS, Alves RT, de Mattos CLB, Ribeiro RA. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. *HU Revista* 2009;35(1):59-64.
16. Inagaki LT, Prado DGA, Iwamoto AS, Pereira Neto JS, Gavião MBD, Puppin-Rontani RM et al. Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. *Rev CEFAC* 2015;17(2):595-603.
17. Sacramento PA, de Castilho AR, Frassetto F, Gavião MB, Nobre-dos-Santos M, Rontani RM. One-year clinical evaluation of oral rehabilitation after the loss of multiple primary teeth. *Gen Dent* 2011;59(3):230-3.
18. Jacinto-Gonçalves SR, Gavião, MBD. Força de mordida em crianças com mantenedor de espaço funcional na fase da dentadura mista inicial. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial* 2009;14(4):101-10.
19. Gomes MC, Clementino MA, Pinto-Sarmento TCA, Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. *Braz Dent J* 2015;26(4):428-34.
20. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2003;25(2):114-8.
21. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent* 2006;16(3):152-60.
22. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res* 2002;81(8):561-6.
23. Feldens CA, Giugliani ER, Duncan BB, Drachler Mde L, Vitolo MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(4):324-32.
24. Piovesan C, Pádua MC, Ardenghi TM, Mendes FM, Bonini GC. Can type of school be used as an alternative indicator of socioeconomic status in dental caries studies? A cross-sectional study. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:37.
25. Nunes AM, da Silva AA, Alves CM, Hugo FN, Ribeiro CC. Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high-risk population. *BMC Public Health* 2014;14:988.



A CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO EM CASA.



RECOMENDE AOS SEUS PACIENTES A LINHA COMPLETA DE PRODUTOS
PARA HIGIENE DOS DENTES E APARELHOS ORTODÔNTICOS

