



## REABILITAÇÃO BUCAL EM ODONTOPEDIATRIA – RELATO DE CASO CLÍNICO

### ORAL REHABILITATION IN PEDIATRIC DENTISTRY – CLINICAL CASE REPORT

Ana Paula Fernandes\*  
 Natalino Lourenço Neto\*\*  
 Carla Vecchione Gurgel\*\*  
 Salete Moura Bonifácio da Silva\*\*\*  
 Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado\*\*\*  
 Daniela Rios\*\*\*  
 Thaís Marchini Oliveira\*\*\*

#### RESUMO

A Odontologia moderna está voltada para os procedimentos preventivos, mesmo assim a cárie dentária constitui problema frequente na prática clínica odontopediátrica, sendo responsável por destruições coronárias extensas e tratamentos reabilitadores diversos. Nesses casos, o uso de aparelhos protéticos seria o tratamento indicado com a finalidade de restaurar a função mastigatória, normalizar a fonação, a estética, e possibilitar ajuste social e emocional do paciente. Este estudo relata um caso de reabilitação estético-funcional de um paciente de 5 anos de idade. Foi realizada exodontia do segundo molar decíduo superior direito, restauração de elementos superiores e inferiores remanescentes, confecção de coroas de aço nos molares inferiores, controle da cárie e um aparelho protético foi confeccionado para o paciente. O plano de tratamento permitiu restabelecer a função mastigatória, melhorar a fonética e estética da criança, bem como resultou na satisfação, demonstrada pelo paciente e seus familiares.

DESCRITORES: Reabilitação Bucal • Cárie Dentária • Saúde Bucal.

#### ABSTRACT

The Modern dentistry is focused on the preventive procedures, even thus dental caries is a frequent problem in Pediatric Dentistry clinical practice, being responsible for extensive dental and coronal destructions and various rehabilitation treatments. In these cases, the use of prosthetic appliances on the treatment would be indicated in order to restore the masticatory function, normalize the speech, aesthetics, and provides social and emotional adjustment of the patient. This case reports a aesthetic-rehabilitation functioning of a 5 years-old patient. We performed extraction of the upper right second deciduous molar, upper and restoration less remaining, making steel crowns on molars, caries control and a prosthetic device was fabricated for the patient. The treatment plan allowed restore chewing function, improve phonetics and aesthetics of the child and resulted in satisfaction, demonstrated by patients and their relatives.

DESCRIPTORES: Mouth Rehabilitation • Dental Caries • Oral Health

\* Mestranda, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Disciplina de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP, Bauru-SP, Brasil

\*\* Doutorandos, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Disciplina de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP, Bauru-SP, Brasil

\*\*\* Professor do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – USP, 17012-901, Bauru-SP, Brasil

## INTRODUÇÃO

A cárie dentária persiste como sério problema de saúde pública, apesar das grandes conquistas associadas à saúde bucal nas últimas décadas. Ela acomete especialmente as comunidades mais desfavorecidas (Ribeiro *et al.*<sup>1</sup>, 2005, Tesch *et al.*<sup>2</sup>, 2007) tanto no Brasil (Antunes *et al.*<sup>3</sup>, 2006), como na maior parte do mundo (Tesch *et al.*<sup>2</sup>, 2007, Martins *et al.*<sup>4</sup>, 1999, Weyne<sup>5</sup>, 1997). Os fatores etiológicos da cárie dentária em pacientes jovens são provavelmente iguais aos associados à doença na população em geral. No entanto, o processo de erupção facilita a manutenção do biofilme sobre a superfície dentária pelo fato dos dentes ainda não terem atingido a oclusão funcional, não mantendo nenhum contato com o dente antagonista. Além disso, a pouca destreza motora da criança faz com que os pais sejam os responsáveis pela higienização bucal correta (Ramos e Maia<sup>6</sup>, 1999).

Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre aquelas que não regridem espontaneamente e nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo (Krol<sup>7</sup>, 2004, Petersen<sup>8</sup>, 2003). É comum observar a ocorrência de cárie dentária severa e de progressão rápida como resultado da alimentação por mamadeira adoçada e a falta de higiene bucal. Crianças de pouca idade podem apresentar os dentes decíduos destruídos de tal forma pelas lesões de cárie que o único tratamento possível é a completa exodontia (Ostenio *et al.*<sup>9</sup>, 2009).

Dentre as várias opções de tratamento existentes para dentes decíduos posteriores severamente destruídos por cárie, encontram-se as restaurações indiretas e as coroas de aço. As coroas de aço são frequentemente utilizadas na odontopediatria por serem uma técnica fácil, de baixo custo, com boa estabilidade e resistência aos esforços mastigatórios, retenção satisfatória e por necessitarem de pouco desgaste da estrutura dentária remanescente (Rabelo *et al.*<sup>10</sup>, 2005).

Outra opção é a confecção de aparelhos protéticos totais ou parciais que podem ser utilizados como medida temporá-

ria até a irrupção dos dentes permanentes. Esses aparelhos protéticos previnem ou reduzem a má-oclusão severa na dentição permanente, prevenindo a perda de espaço, distúrbios na fala, restaurando a função mastigatória e minimizando os distúrbios psicológicos causados pela preocupação com a estética, possibilitando ajuste social e emocional da criança (Dominguez e Aznar<sup>11</sup>, 2004). Portanto, cabe ao profissional escolher a opção de tratamento que melhor devolva a função e estética à criança, respeitando seus limites de aceitação e cooperação; proporcionando-lhe o máximo de segurança e conforto.

O objetivo deste trabalho é apresentar as etapas operatórias de reabilitação oral realizada em uma criança de 5 anos de idade com cárie precoce da infância, possibilitando ao cirurgião-dentista executá-la no dia-a-dia.

## RELATO DO CASO

J.V.C., gênero masculino, 5 anos, branco, compareceu a nossa clínica de Odontopediatria acompanhado pela mãe, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes dos procedimentos de exame. A queixa principal relatada pela mãe foi a presença de cárie dentária em todos os dentes.

Durante a anamnese, quando questionada sobre a ingestão de leite, a mãe respondeu que a criança utilizou mamadeira com conteúdo açucarado até os 4 anos de idade, em livre demanda, inclusive durante a noite. Apesar de não ter sido encontrado nenhum problema médico relevante, foi relatado também que a criança apresentava dificuldade para se alimentar em função da dor durante a mastigação de alimentos sólidos. Além disso, a mãe mencionou que a aparência dos dentes repercutia na socialização de seu filho, principalmente na escola.

Ao exame clínico, verificou-se que no arco superior não havia a presença dos incisivos decíduos (51,52,61,62) e do primeiro molar decíduo direito (54), restando os caninos (53,63), os molares do lado esquerdo (64,65) e o segundo molar decíduo do lado direito (55) (Figura 1). No exame radiográfico, os dentes 53, 55, 63,



64 e 65 apresentavam grande destruição coronária e o molar decíduo direito (55) estava perdido, sendo indicada a exodontia (Figura 2).

No arco inferior havia lesão de cárie em todos os dentes, dos incisivos aos molares decíduos, exceto nos molares inferiores do lado direito (84,85), pois estes já tinham tratamento de pulpotomia e estavam restaurados com ionômero de vidro modificado por resina (Vitremer® 3M/ESPE) (Figura 3). O primeiro molar decíduo esquerdo (75) necessitava de terapia pulpar endodôntica.

De acordo com o plano de tratamento, foi realizada a exodontia do segundo molar superior esquerdo (55), restauração dos caninos (53,54) com ionômero de vidro modificado por resina (Vitremer® 3M/ESPE) e confecção de coroas de aço para os molares decíduos superiores direitos (64,65). No arco inferior, os incisivos, caninos e o primeiro molar inferior esquerdo (74) foram devidamente restaurados com cimento de ionômero de vidro modificado por resina (Vitremer® 3M/ESPE), e o segundo molar decíduo do lado esquerdo (75) recebeu terapia pulpar endodôntica, para posterior confecção de coroa de aço. Do lado direito inferior, os molares decíduos (84,85) pulpotomizados foram preparados também para receber as coroas de aço, devido à destruição coronária extensa (Figura 4).

Após o controle da atividade de cárie, bem como as devidas orientações em relação aos hábitos de dieta e higiene bucal da criança, foi proposta a confecção de um aparelho protético removível para o arco superior com a finalidade de recuperação funcional e estética. A técnica para confeccionar esse tipo de aparelho protético em crianças é simples e não requer equipamentos complexos. Realizou-se a moldagem dos arcos superior e inferior com alginato em moldeiras tipo Vernes, para a obtenção dos modelos em gesso. Em seguida, confecciona-se um guia de mordida, utilizando-se para isso um pedaço de cera utilidade e pedindo para que a criança oclua registrando, assim, os contatos oclusais. Após essa etapa, os modelos de gesso foram enviados para laboratório a fim de se confeccionar o aparelho

protético superior.

O aparelho foi composto por grampos em C nos caninos superiores (53,63) e grampos Adams nos molares superiores esquerdo (64,65), bem como a presença de dentes artificiais anteriores (51,52,61,62) e um posterior (55), recuperando-se a estética e o sorriso do paciente. A montagem dos elementos dentários foi realizada obedecendo às características da dentição decídua, como tipo de arco, espaços primatas e superfície oclusal plana (Figura 5).

Após a prova do aparelho protético, foram realizados ajustes e ativação dos grampos para se obter a retenção do aparelho na cavidade bucal. Após essa adaptação, a criança e os pais foram orientados quanto ao uso, procedimentos de limpeza e a importância do acompanhamento trimestral da paciente para se verificar a irrupção dos dentes permanentes sob a prótese. Constatou-se uma melhora no estado físico e emocional da criança, com a adequada adaptação do paciente ao uso da prótese.

#### DISCUSSÃO

A reabilitação de uma criança com cárie precoce da infância envolve geralmente uma diversidade de tratamentos, os quais devem ser eficazes no sentido de restaurar a forma e a função e, ao mesmo tempo, auxiliar na prevenção da reincidência da cárie e recuperação da estética. Neste relato de caso, as restaurações foram todas realizadas com o cimento de ionômero de vidro. Esse material possui a vantagem de possuir um coeficiente de expansão térmica similar ao da estrutura dos dentes, uma boa aderência química ao esmalte e dentina, além da liberação local de flúor ao esmalte e dentina em contato com ele. (Croll *et al.*<sup>12</sup>, 2001)

A cárie precoce da infância refere-se à presença de uma ou mais superfícies dentárias com lesão de cárie, perdida por cárie ou restaurada, em dente decíduo de criança na primeira infância, ou seja, crianças com idade inferior a 71 meses. No Brasil, a doença acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade e 59.4% aos 5 anos de idade (Antunes *et al.*<sup>3</sup>, 2006).

Apesar de todos os procedimentos preventivos que o odontopediatra pode lan-



FERNANDES AP  
NETO NL  
GURGE CV  
SILVA SMB  
MACHADO MAAM  
RIOS D  
OLIVEIRA TM

REABILITAÇÃO  
BUCAL EM  
ODONTOPEDIATRIA  
- RELATO DE CASO  
CLÍNICO

çar mão, ainda são frequentes os casos de crianças com necessidades de reabilitação estético-funcional, devido à perda dentária por cárie precoce da infância (Dominguez e Aznar<sup>11</sup>, 2004, Huth *et al.*<sup>13</sup>, 2002). Essa perda pode causar, além de distúrbios mastigatórios, a instalação de hábitos bucais deletérios como a interposição lingual, dislalia e perda de espaço (Kapur *et al.*<sup>14</sup>, 2005).

As restaurações com coroas de aço são frequentemente utilizadas na odontopediatria, por serem uma técnica de fácil execução, de baixo custo, boa estabilidade e retenção, bem como requerem pouco desgaste da estrutura dentária a ser preparada, sendo muito indicadas nas reabilitações de primeiros e segundos mo-

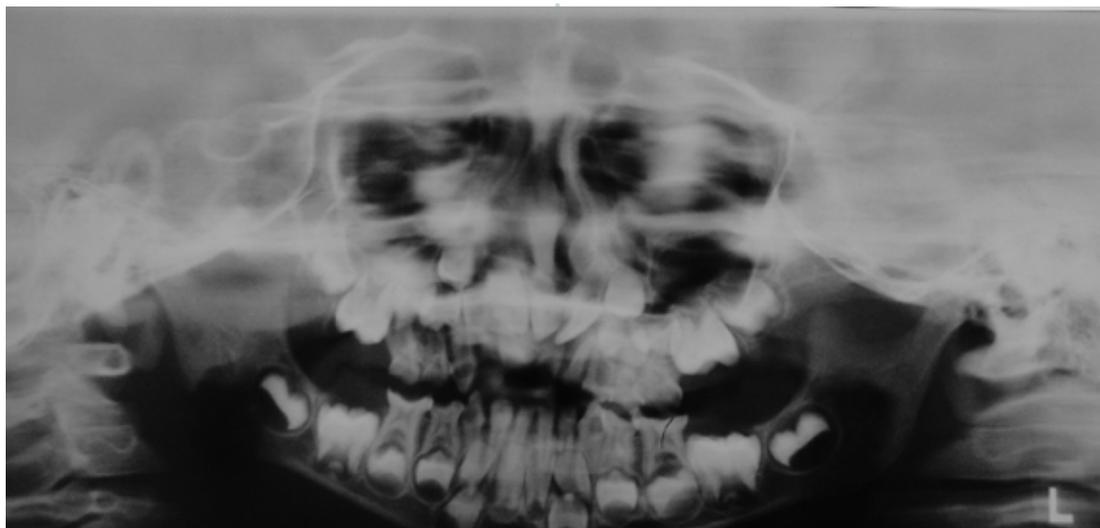
lares de crianças com idades entre 3 e 5 anos (Fukuyama *et al.*<sup>15</sup>, 2008).

No entanto, a indicação para coroas de aço tem caído nos últimos tempos, devido à evolução dos demais materiais restauradores, sendo mais indicadas apenas naqueles casos de cáries extensas e após pulpectomias (Fukuyama *et al.*<sup>15</sup>, 2008, Machida<sup>16</sup>, 1994). Por serem pré-fabricadas nem sempre se adaptam e apresentam pontos de contato suficientes. Além disso, às vezes não é possível restaurar o diâmetro cervical da coroa adequadamente e, ainda, quando mal adaptada pode ser fator acentuante de doenças periodontais. Contudo, a adaptação da coroa de aço na cavidade bucal depende muito da habilidade do profissional durante a seleção da

.. 190 ..



**Figura 1:** Aspecto clínico inicial do Arco Superior



**Figura 2:** Radiografia Panorâmica





coroa, preparo do dente, prova e cimentação do mesmo. (Rabelo *et al.*<sup>10</sup>, 2005).

Em casos como o apresentado onde a destruição dos dentes por lesão de cárie é tão grande, restando apenas como tratamento de escolha a exodontia, o cirurgião-dentista pode lançar mão de uma reabilitação protética através da confecção de próteses parciais removíveis. Nesses casos utiliza-se uma prótese funcional com a presença de dentes confeccionados em resina acrílica termo-ativada, com a finalidade de restabelecer a função mastigatória, fonética e a estética da criança (Ostenio *et al.*<sup>9</sup>, 2009).

As indicações para colocação de um mantenedor de espaço removível em crianças são: perda precoce de dente decíduo, perda acidental ou não de dentes permanentes e casos de anodontia parcial. Dentre as vantagens do mantenedor removível estão: a possibilidade de reabilitar os segmentos anterior e posterior ao mesmo tempo, instalação no próprio aparelho de dispositivos impedidores de hábitos deletérios, recuperação da dimensão vertical de oclusão, curto tempo de trabalho, facilidade de instalação e higienização (Ostenio *et al.*<sup>9</sup>, 2009, Citron<sup>17</sup>, 1995). Em alguns casos contraindica-se o uso dos mantenedores, pois requerem cooperação do paciente, tanto na utilização diária quanto para a sua correta coloca-

ção, perdem-se facilmente e os pacientes devem ser acompanhados periodicamente por estarem em fase de crescimento e, dessa forma, a prótese deverá ser removida quando os incisivos permanentes estiverem irrompendo na cavidade bucal.

Neste caso clínico, as etapas de confecção e adaptação da prótese superior foram bem aceitas pelo paciente, o qual demonstrou alto grau de satisfação com o tratamento realizado. O plano de tratamento foi proposto e cumprido totalmente. A criança encontra-se em fase de manutenção periódica preventiva, na qual a prótese é avaliada trimestralmente. Além disso, nessa fase, buscou-se motivar a criança e o núcleo familiar para a adoção de hábitos saudáveis de dieta e higiene bucal com orientações a ambos, a fim de se evitar recidivas da cárie dentária.

Qualquer tratamento da doença que se baseie em intervenções curativas e pontuais e desconsidere o caráter multifatorial falhará na obtenção de condições de equilíbrio da cavidade bucal, principalmente no paciente infantil com cárie precoce da infância. O tratamento realizado procurou promover a valorização do paciente como pessoa, tendo respeito à cidadania e visa a melhora da qualidade de vida da criança, neste caso em especial constatou-se uma melhora no seu estado físico e emocional.



**Figura 3:** Aspecto clínico inicial do Arco Inferior

### CONCLUSÃO

A reabilitação oral permitiu restabelecer a função mastigatória, melhorar a

fonação, prevenir a instalação de hábitos e restabelecer a estética da criança, resultando no sucesso do tratamento.



**Figura 4:** Aspecto clínico do Arco Inferior após a reabilitação estético-funcional



**Figura 5:** Aparelho protético do Arco Superior



## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro AG, Oliveira AFd, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 21(1695-700).
2. Tesch FC, Oliveira BHd, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública* 2007 23(2555-64).
3. Antunes JL, Peres MA, de Campos Mello TR, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006 Apr;34(2):146-52.
4. Martins M, Araújo R, Veloso N. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. *JBP J Bras Odontol Odontol Bebê* 1999 2(6):132-6.
5. Weyne S. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações In: Kriger L, editor. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 1-26.
6. Ramos B, Maia L. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1999 13(3):303-11.
7. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics* 2004 May;113(5):e487-92.
8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 Dec;31 Suppl 1(3-23).
9. Ostenio C, Machado F, Oliveira A, Alves R, Mattos C, Ribeiro R. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. *HU Rev* 2009 jan-mar; 35(4):59-64.
10. Rabelo RT, Caldo-Teixeira AS, Puppim-Rontani RM. An alternative aesthetic restoration for extensive coronal destruction in primary molars: indirect restorative technique with composite resin. *J Clin Pediatr Dent* 2005 Summer;29(4):277-81.
11. Dominguez A, Aznar T. Removable prostheses for preschool children: report of two cases. *Quintessence Int* 2004 May;35(5):397-400.
12. Croll TP, Bar-Zion Y, Segura A, Donly KJ. Clinical performance of resin-modified glass ionomer cement restorations in primary teeth. A retrospective evaluation. *J Am Dent Assoc* 2001 Aug;132(8):1110-6.
13. Huth K, Sagner T, Hickel R. Interdisciplinary rehabilitation and prevention in a case with early and extensive loss of primary teeth. *J Clin Pediatr Dent* 2002 Winter;26(2):125-30.
14. Kapur A, Chawla HS, Goyal A, Gaube K. An esthetic point of view in very young children. *J Clin Pediatr Dent* 2005 Winter;30(2):99-103.
15. Fukuyama T, Oda S, Yamashita H, Sekiguchi H, Yakushiji M. Clinical survey on type of restoration in deciduous teeth. *Bull Tokyo Dent Coll* 2008 Feb;49(1):41-50.
16. Machida Y. Restorations of the primary and young permanent teeth for achievement of 80-20 movement. *The J Japan Dent Assoc* 1994 47(4-17).
17. Citron CI. Esthetics in pediatric dentistry. *N Y State Dent J* 1995 Feb;61(2):30-3.

Recebido em: 14/02/2011

Aceito em: 28/03/2011

FERNANDES AP  
NETO NL  
GURGE CV  
SILVA SMB  
MACHADO MAAM  
RIOS D  
OLIVEIRA TM  
  
REABILITAÇÃO  
BUCAL EM  
ODONTOPEDIATRIA  
- RELATO DE CASO  
CLÍNICO

•• 193 ••



REVISTA DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE  
CIDADE DE SÃO  
PAULO  
2011; 23(2):  
187-93, MAI-AGO