

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Adriana Sousa Costa

**REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL EM PACIENTES COM CÁRIE NA
PRIMEIRA INFÂNCIA: OPÇÕES DE TRATAMENTO**

Sete Lagoas
2020

Adriana Sousa Costa

**REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL EM PACIENTES COM CÁRIE DA
PRIMEIRA INFÂNCIA: OPÇÕES DE TRATAMENTO**

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título e especialista em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Dr. Julio Cesar Bassi.

Sete Lagoas
2020

Monografia intitulada “Reabilitação estético-funcional em pacientes com cárie na primeira infância: opções de tratamento”

Aprovada em __/__/____ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Julio Cesar Bassi

Prof.^a M.e Renata Moreira Dardaqui

Prof.^a M.e Ana Paula Fassina

Belo Horizonte 10 de março de 2020
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
Rua Ítalo Pontelo – 35.700-170 – Sete Lagoas – MG
Telefone (31) 37733268 – www.facsete.edu.br

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esse trabalho a todos os envolvidos na minha vida acadêmica, principalmente aos professores e colegas que mais me incentivaram.

Agradeço ao querido amigo Prof. Dr. Julio Cesar Bassi por ser o maior incentivador nessa estrada da Odontopediatria. Obrigada por sempre acreditar em mim, por me apresentar pessoas e sempre me dar oportunidades na área.

Agradeço a professora e colega Renata Moreira por me ajudar sempre e me permitir aprender sempre mais, junto a ela na monitoria de Odontopediatria.

Agradeço a colega de profissão, e agora professora Maria Luisa Miotto, pelo apoio dado na monitoria de Odontopediatria e por todo suporte dado durante o curso.

Por último, não menos importante, agradeço minhas colegas de curso. Estar em boa companhia fez o nosso percurso muito mais gratificante e leve. Obrigada por toda a atenção e troca de experiências.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer mais essa conquista na minha vida, primeiramente a Deus e Meishu Sama. Aos meus pais que são meus maiores incentivadores, as pessoas que acreditam sempre em mim e no meu potencial. Obrigada por todo suporte financeiro e emocional. Obrigada por sempre estarem comigo, torcendo pelo meu sucesso.

RESUMO

Apesar de todos os esforços utilizados em Odontopediatria para manter a saúde bucal, ainda são freqüentes os casos de crianças com necessidade de reabilitação estético-funcional, devido à perda de dentes decíduos por cárie na primeira infância. As alterações estéticas e funcionais causadas por conta destas perdas podem influenciar no desenvolvimento da criança. Nestes casos, a reabilitação protética é a opção a ser utilizada com a finalidade de devolver a função mastigatória, fonética, estética e devolver o lado social e emocional do paciente. O objetivo deste trabalho foi, por meio de relato de casos clínicos, mostrar tipos de reabilitação estético-funcional em pacientes portadores de cárie da primeira infância, em que foi necessário o uso de próteses. Após adequação dos meios bucais e de todos os procedimentos realizados, as próteses foram confeccionadas atendendo a necessidade de cada paciente. As técnicas aplicadas em cada caso clínico permitiram restabelecer a função mastigatória, melhorar a fonação e a estética da criança, resultando na satisfação com o tratamento, demonstrada pelos pacientes e familiares.

Palavras chaves: Odontopediatria, cárie da primeira infância, reabilitação.

ABSTRACT

Despite all users used in Pediatric Dentistry to maintain oral health, cases of children in need of aesthetic-functional rehabilitation are still frequent, due to the loss of primary teeth due to early childhood. The aesthetic and functional changes caused by these changes can influence the child's development. Nesting cases, a protective rehabilitation is an option used with the use of returning the masticatory, phonetic, aesthetic function and returning the patient's social and emotional side. The objective of this study was, through clinical cases, to show types of aesthetic-functional rehabilitation in patients with early childhood, in which the use of prostheses was necessary. After the adequacy of oral methods and all procedures performed, how the prostheses were made in order to understand the needs of each patient. As the techniques applied in each clinical case allow to reestablish a masticatory function, improve aesthetics and aesthetics of the child, resulting in satisfaction with the treatment, demonstrated by patients and family members.

Keywords: Pediatric dentistry, early childhood caries, rehabilitation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1	Cárie precoce da infância	09
2.2	Problemas no desenvolvimento	09
2.3	Orientação aos responsáveis	10
2.4	Reabilitação protética	10
2.4.1	Prótese total.....	11
2.4.2	Prótese removível.....	11
2.4.3	Coroa de aço.....	13
3	RELATO DE CASOS CLÍNICOS	15
3.1	Caso 01	15
3.2	Caso 02	17
3.3	Caso 03	19
4	PROPOSIÇÃO	21
5	DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÃO	25
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. INTRODUÇÃO

A cárie na primeira infância é uma doença com maior prevalência encontrada em grupos pobres, socialmente desfavorecidos e minoritários. Os principais fatores de risco para a cárie da primeira infância são consumo freqüente de açúcar, falta de escovação e hipoplasia de esmalte. Fatores contribuintes incluem tensões ambientais e psicossociais que modificam os comportamentos dos cuidadores (Seow WK *et al.* 2018).

Para restabelecer a função do dente, primeiramente é necessário prevenir a doença cárie, controlando e modificando os hábitos alimentares e de higiene bucal da criança e assim realizar a adequação do meio bucal. A cárie de primeira infância, se não for tratada da forma correta, vai levar a criança a perda de elementos dentários e, com isso, a capacidade mastigatória será afetada, ocasionando assim distúrbios fonéticos, aparecimento de hábitos bucais viciosos e problemas de ordem psicológica (Corrêa *et al.* 1998).

O tratamento protético em odontopediatria visa restabelecer o equilíbrio dentário, com utilização de técnicas simplificadas e menos agressivas ao paciente, dessa forma, não interferindo nos processos normais de crescimento e desenvolvimento próprios da infância. A prótese em odontopediatria, apesar de se tratar de um procedimento menos conservador em relação à estrutura dentária remanescente, também é considerada uma manobra preventiva de futuros problemas que podem acometer a dentição mista e permanente, pois permite a manutenção mais prolongada do dente decíduo até próximo à época de sua esfoliação natural (Bengston *et al.* 1988).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cárie precoce da infância

A perda precoce dos dentes decíduos anteriores é comum em Odontopediatria e está associada a cáries múltiplas e traumas acidentais, mais freqüente na faixa entre um e três anos de idade (Andreasen *et al.* 1970; Lima *et al.* 1992; Giuzio *et al.* 1994; Piassi *et al.* 2000).

Embora a prevalência da doença cárie pareça estar diminuindo, crianças ainda sofrem com a cárie de primeira infância, devido ao uso freqüente e prolongado da mamadeira com líquidos açucarados, especialmente no período noturno e sem a correta higienização (Korynick *et al.* 1994, Almeida *et al.* 2003, Galindo *et al.* 2003).

2.2 Problemas no desenvolvimento

A habilidade correta de emitir os sons e o desenvolvimento da fala depende de muitos fatores, entre eles a presença dos dentes ântero-superiores. No caso de desenvolvimento fonético alterado ou diminuído, devido a perda precoce de incisivos, dificultando o desenvolvimento da fala devido a aos inúmeros sons produzidos, ocorrendo assim compensações fonéticas inadequadas. Será necessário o uso de mantenedor de espaço estético funcional para inibir essas perdas precoces, fazendo com que a criança não tenha um desenvolvimento errado de fala e na parte social (Riekman e Elbadrawy 1985 e Diniz *et al.* 2005).

A idade do paciente é um fator importante a ser considerado na evolução da fala. Se a perda precoce dos incisivos ocorrerem antes da criança ter dominado os sons, a ausência dos dentes pode ser um obstáculo para a aprendizagem da linguagem de maneira correta. Mas se a perda dos dentes ocorrer após o domínio da fala, somente um distúrbio transitório dos sons pode ser esperado até um período no qual mecanismos compensatórios entrem em ação (Riekman e Elbadrawy *et al.* 1985).

As crianças sentem-se “diferentes” e a falta dos dentes piora suas atitudes em relação aos outros, especialmente se for visível durante a fala e o riso. Na maioria das vezes, a criança sorri pouco ou coloca a mão sobre a boca para disfarçar a diferença (Diniz *et al.* 2005). Por isso, é importante valorizar o fator estético diante

das perdas prematuras dos dentes decíduos anteriores, preservar o fator psicológico, não apenas da criança, como de seus pais (Wanderley *et al.* 1998) .

2.3 Orientação aos responsáveis

Para *Corrêa et al, 1996*, o odontopediatra deve explicar os problemas que acarretam a perda precoce aos pais e que o uso do aparelho mantenedor de espaço não corrigirá nenhuma má oclusão, tendo apenas função passiva de manter o espaço. O espírito de cooperação e compreensão entre o profissional e a criança é fundamental para o sucesso do tratamento e, sem dúvida, a perda dos dentes decíduos anteriores altera a aparência da criança, produzindo mudança comportamental. A perda precoce dos incisivos decíduos cria influências negativas do ponto de vista psicológico, estético e funcional da criança (Lino *et al.* 1994).

2.4 Reabilitação protética

Substituir os dentes decíduos perdidos precocemente por aparelhos protéticos é de grande importância, desse modo conseguimos prevenir problemas de má-oclusão na dentição mista e permanente, além de evitar transtornos emocionais, preservar as dimensões normais da arcada, manter os dentes vizinhos, evitando a desarmonia ântero-posterior e o deslizamento em lateralidade no arco.

A indicação do uso de prótese em Odontopediatria deve levar em conta o grupo de risco de cárie a que o paciente pertence, visto que, como qualquer tratamento protético, exige que o paciente esteja sob absoluto controle (Giuzio *et al.* 1994).

Segundo *Korytnicky et al. 1994*, a indicação de colocação de mantenedores de espaço para região ântero-superior não segue regras rígidas, devendo analisar com cuidado cada caso, conforme os tipo de dente perdido, estágio de desenvolvimento da dentição, idade da criança, características do arco dentário, presença de hábitos e anomalias na musculatura oral.

Os problemas ocasionados pela perda prematura dos dentes decíduos diferem muito em pacientes da mesma idade e no mesmo estágio da dentição. As

indicações dos mantenedores de espaço são diversas e contraditórias (Korytnicky et al. 1994).

Almeida *et al.* 2003 considera desnecessária a indicação de mantenedor, com finalidade de preservação de espaço, quando há perda precoce dos dentes decíduos na região ântero-superior. Em contraponto, Paixão e Fuziy *et al.* 2003 recomendam o uso de mantenedor quando há perda de um ou mais incisivos centrais superiores decíduos antes da irrupção dos caninos, pois durante sua irrupção, o canino pode provocar a mesialização dos incisivos laterais, ocasionando o fechamento de espaço. O dente permanente sucessor poderá ter o seu espaço de irrupção reduzido e, em muitos casos, surge a futura necessidade de reabertura desse espaço e de tracionamento ortodôntico do elemento dentário na época oportuna. Nessa situação é indispensável a atualização do mantenedor de espaço, que irá impedir a ocorrência desses transtornos que podem interferir no crescimento e desenvolvimento normal dos arcos dentários.

2.4.1 Prótese total

Em situações de cárie rampante, onde ocorrem o envolvimento e a perda precoce de todos os dentes da dentição decídua, a prótese total entra como o último recurso para reabilitar a função estética e funcional da criança.

Para Souza *et al.* 1986 e Wanderley *et al.* 1998, é uma situação bastante peculiar e muito difícil de obter êxito total, pois os passos técnicos durante a confecção, adaptação e cooperação na utilização da prótese, dependem muito da criança, sendo processos minuciosos para a realização nesses pacientes. Outro problema em relação à prótese total em crianças diz respeito à erupção dos incisivos permanentes. Nesse momento, as próteses devem ser cortadas com brocas maxcut, abrindo-se “janelas” para que os dentes possam realizar sua erupção. Após a realização deste procedimento a prótese tem perda de aderência, estabilidade e estética, dificultando a utilização da prótese.

2.4.2 Prótese removível

Os mantenedores removíveis são confeccionados em resina acrílica ou grampo de aço inoxidável. A indicação depende de certos requisitos, entre eles,

casos de uma ou múltiplas extrações, tipo de oclusão dentária, faixa etária do paciente e seu grau de colaboração (Korynick *et al.* 1994, Cardoso e Rocha *et al.* 2004.)

Os mantenedores de espaço removíveis estão entre os aparelhos mais utilizados, devido à sua fácil confecção e manejo, que podem ser realizados tanto pelo clínico geral quanto pelo odontopediatra. São indicados nos casos de perdas precoces anteriores e posteriores, unilaterais e bilaterais. Restauram a oclusão funcional e a estética, permitem uma fácil higienização, são passíveis de reembasamento, evitam a extrusão dos dentes antagonistas, são de fácil confecção e muito versáteis (Araujo *et al.* 1985).

O mantenedor de espaço removível, utilizando grampos de aço inoxidável, é conveniente por sua simplicidade de construção, baixo custo e facilidade de ajuste. De acordo com Santos *et al.* 1997, durante o período inicial de adaptação da criança à prótese, é importante que haja retenção e estabilidade do aparelho, pois isto proporcionará conforto para o paciente. As indicações para o uso de uma prótese parcial removível em crianças envolvem reabilitação estética e funcional, restauração da eficácia mastigatória, suficiente maturidade emocional para aceitar o uso de um aparelho removível e impedimento de hábitos bucais indesejáveis que possam provocar desajuste de oclusão e fonação. Dentre as vantagens estão: possibilidade de reabilitar o segmento anterior e posterior simultaneamente mantendo o espaço para a erupção do sucessor permanente, impedindo a extrusão do dente antagonista; instalação, no próprio aparelho, quando necessário, de dispositivos impedidores de hábitos (grade ou placa de acrílico), curto tempo de trabalho, facilidade de instalação e de higienização, fechamento de fendas congênicas ou adquiridas das estruturas orofaciais e a possibilidade de contornar o problema em relação ao crescimento das arcadas dentárias através da instalação de um parafuso expensor (Wanderley *et al.* 1998).

Para Cardoso e Rocha *et al.* 2004 as principais desvantagens do aparelho removível são a necessidade da cooperação do paciente (uso, higiene, maior probabilidade de fratura e perda), alergia ao acrílico, necessidade de ajustes periódicos dos grampos, desconforto oclusal e o tempo necessário para a adaptação.

Segundo Giuzio *et al.* 1993, os acompanhamentos clínicos e radiográficos periódicos são necessários para controlar o crescimento da criança e a troca da

dentição. Os pais e a criança devem ser informados detalhadamente sobre o funcionamento do aparelho e sua finalidade, os cuidados com a higienização e com a alimentação, principalmente no que diz respeito a alimentos pegajosos, pois esses podem aflorar o aparelho, além de aumentar o risco de cárie com o alojamento de restos de alimentos entre os dentes (Amorin e Sebba *et al.*1997, Corrêa *et al.* 1996).

Às consultas de retorno para a reavaliação da condição do aparelho e da saúde bucal, é recomendado que seja a cada quatro meses para aparelhos removíveis (Qudeimat e Fayle *et al.* 1999).

2.4.3 Coroa de aço

As coroas de aço são confeccionadas em aço inoxidável e fixadas aos dentes. Segundo Fayle et al. 1999, o Protocolo Clínico Nacional em Odontopediatria do Reino Unido, o uso da coroa de aço é indicada para molares decíduos com uma ou duas superfícies com presença de lesões de cárie dentária extensas ou dentes com pelo menos duas superfícies afetadas pela doença, assim também como após procedimentos de pulpotomia ou pulpectomia, para molares decíduos afetados por problemas de desenvolvimento dentário localizado ou generalizado (hipoplasia de esmalte, amelogênese imperfeita, dentinogênese imperfeita, entre outras), para molares decíduos fraturados, para restaurar e proteger dente com perda extensa de superfície dentária devido à atrição, abrasão ou erosão; para pacientes com alta suscetibilidade à cárie; como retentor de mantenedor de espaço e, por fim, para crianças com maus hábitos de higiene oral.

As coroas de aço também são indicadas como forma de tratamento restaurador provisório para pacientes pertencentes a baixos níveis sociais e econômicos que não possuem condições de custear procedimentos mais complexos e definitivos (Croll; Castaldi, 1978).

A falta de acompanhamento periódico pode causar irritação gengival, descalcificação da coroa e/ou desvio no sentido da erupção do dente sucessor, bem como alteração no crescimento dos maxilares (Korytnicki *et al.* 1994).

3. RELATO DE CASO

3.1. CASO 01



Imagem 1: paciente após extrações.

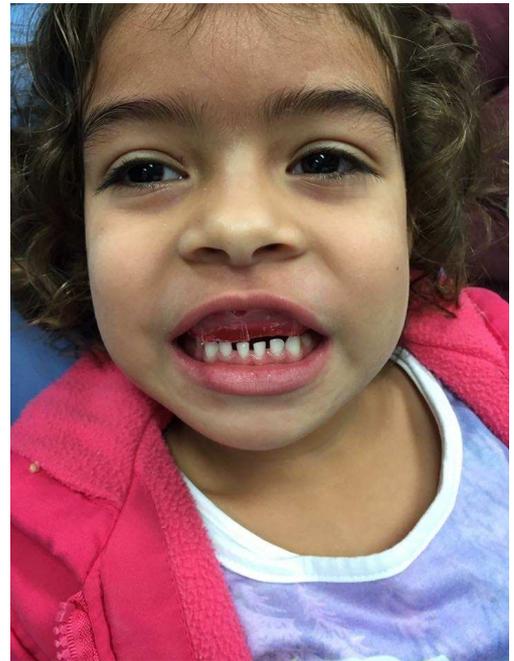


Imagem 2: confecção da prótese.

Este relato de caso clínico apresenta o tratamento de uma criança do gênero feminino, de três anos de idade. Em 2015, a responsável procurou por atendimento na Clínica para bebês da Universidade Santa Cecília queixando-se que a criança vinha apresentando dor, dificuldade para se alimentar e às vezes apareciam inchaços na boca. Após a assinatura da autorização de tratamento, foram realizadas 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 três anos de idade e artificialmente (mamadeira com leite de vaca, açúcar e achocolatado) começou o uso com um ano de idade. No entanto, o desmame da criança ainda não havia sido feito, mamando três vezes ao dia,

incluindo uma mamada noturna antes de dormir composta por leite de vaca, açúcar e achocolatado e comia muitos doces. Não foram relatados outros hábitos deletérios.

A escovação era realizada pela própria criança e às vezes pela mãe, três vezes ao dia com uso de dentifrício fluoretado (1.100 ppm) e não fazia o uso do fio dental. A alimentação era de consistência líquida e pastosa e com muita sacarose.

Ao exame clínico observou-se a presença de lesões cariosas extensas nos elementos 55, 54, 53, 52, 51,61, 62, 63, 64 e 65. Presença de lesões de cárie nos elementos 75, 74, 85 e 84. Presença de fístula no elemento 52, 64 e 65.

De acordo com a ida da criança na clínica, foram feitas múltiplas extrações superiores. Em seguida o tratamento endodôntico e o sepultamento das raízes dos elementos 53 e 63. Nos elementos 75, 74, 85 e 84 foram feitas restaurações de faces oclusais com o ionômero de vidro fotopolimerizável.

Após o período de cicatrização, a paciente foi moldada com uma moldeira individual infantil e alginato e realizado os passos para confecção da prótese total. Foi instalada a prótese, precisando de alguns desgastes para correta oclusão e feita à instrução de uso e higienização para a responsável. A criança se adaptou bem com a prótese e fez o acompanhamento no primeiro mês semanalmente e nos meses seguintes foram sendo ajustados de acordo com a necessidade de acompanhamento do caso. O último retorno foi aos sete anos de idade. Depois de todas as adaptações e desgastes na prótese decorrentes dos da erupção dos dentes permanentes, foi feita a retirada da prótese.



Imagem 3: prótese instalada



Imagem 4: remoção da protese

3.2. CASO 02



Imagem 5: avaliação inicial clínica do paciente.

Este relato de caso clínico apresenta o tratamento de uma criança do gênero masculino, de três anos de idade. A Responsável procurou por atendimento na Associação Brasileira de Odontologia, na clínica de odontopediatria, pois a criança se queixava de muitas dores e sensibilidade na região anterior superior.

Após a assinatura da autorização de tratamento pela responsável, foram realizados a anamnese e o exame clínico no paciente para início de tratamento. Durante a anamnese, foi relatado que o paciente é cardiopata e apresentava sopro no coração e que no momento não estava fazendo uso de nenhuma medicação. Em relação à higienização, era feita pela responsável, duas vezes ao dia e não usava fio dental. Sobre a alimentação, a criança foi amamentada naturalmente até um ano de idade e não fez uso de mamadeira. Tinha uma alimentação rica em sacarose e de livre demanda.

Ao exame clínico observou-se presença de lesões cariosas extensas nos elementos 52, 51, 61, 62. Elemento 52 com alveólise e presença de fístula no elemento 51. Lesões de carie no elemento 55, 54, 53, 63, 64, 65, 74, 84 e 85.

Foram feitas as extrações dos elementos 52, 51, 61, 62 e 74.

Paciente retornou um mês depois para a moldagem do mantenedor de espaço removível anterior. Quinze dias depois foi instalado em boca. No primeiro momento o paciente não se adaptou e não quis fazer o uso do aparelho, mas deixou fazer a prova. A instrução de higiene e dieta foi dada para a mãe. Foi relatado pela responsável que em casa, conversou com a criança e que a mesma já no segundo dia já estava usando o mantenedor normalmente. Em seguida nas seguintes

consultas, já se observava a mudança de comportamento da criança, que sempre se apresentou muito tímido e sem nenhum sorriso, e retornou sorridente e até falante.

Os elementos 74 e 84 foram tratados endodonticamente e reabilitados, porém depois de todo tratamento o paciente estava comendo e acabou quebrando o elemento 74 e foi realizada a extração do mesmo, pois houve fratura de raiz. Foram feitas as restaurações com ionômero de vidro modificado por resina dos elementos 55, 64, 65, 74, 84 e 85. E restaurações em resina composta dos elementos 53,54 e 63.

Os acompanhamentos aconteceram quinzenalmente no primeiro mês e depois foram feitos trimestralmente.



Imagem 6: retorno após extrações dos incisivos superiores.

Imagem 7: prótese já instalada no paciente.



Imagem 8: mudança de comportamento do paciente após instalação da prótese.

3.3. CASO 03



Imagem 9 e 10: avaliação inicial clínica do paciente.

Este relato de caso clínico apresenta o tratamento de uma criança do gênero masculino, de cinco anos de idade. A Responsável procurou por atendimento na Associação Brasileira de Odontologia, na clínica de odontopediatria, pois a criança se queixava de dor e sensibilidade na região posterior inferior.

Após a assinatura da autorização de tratamento, foram realizados a anamnese e o exame clínico no paciente para início de tratamento. Durante a anamnese, foi relatado pela responsável que o paciente apresenta bronquite e outras doenças respiratórias, já foi submetido a cirurgia para remoção das amígdalas e adenóide e que é alérgico a Penicilina. Em relação à alimentação, a criança foi amamentada naturalmente até os três anos e meio e não fez o uso de amamentação artificial. A higienização era feita pela mãe duas vezes ao dia e uma vez na escola e a criança não tinha o hábito de usar fio dental.

Ao exame clínico observou-se a presença de lesões cariosas extensas nos elementos 75 e 85. Lesões de cárie nos elementos 55, 54, 64, 65, 74 e 84. Presença de fístula no elemento 85. Foi feita a endodontia do elemento 85 e preparo para confecção da coroa de aço. Na consulta seguinte, feito o preparo para confecção da coroa de aço no elemento 74 e instalação da coroa nos elementos 75 e 85. Restauração em resina nos elementos 54, 64, 74 e 84. Restauração com o ionômero de vidro modificado por resina nos elementos 55 e 65. O acompanhamento foi feito semanalmente no primeiro mês, no segundo mês quinzenalmente e nos meses seguintes, somente uma vez no mês. Logo em seguida, a mãe do paciente o levou para última consulta, pois relatou que estava de

mudança e não conseguiria continuar o acompanhamento, mas que procuraria um profissional da área para continuar levando o paciente para acompanhamento.



Imagem 11: coroas de aço cimentadas.

4. PROPOSIÇÃO

O objetivo desse trabalho é apresentar as possibilidades de tratamentos estético-funcionais que o dentista especialista em odontopediatria tem como alternativa para tratar pacientes com a cárie precoce na infância, possibilitando assim, a melhora do paciente em vários aspectos.

5. DISCUSSÃO

A saúde bucal é essencial para a qualidade de vida. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem nenhum tipo de constrangimento (Petersen, *et al.* 2003).

Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa auto-estima) e diminuição do rendimento escolar (ACS *et al.* 1999; ACS *et al.*, 2001; Ayhan *et al.*, 1996; Feitosa; Colares; Pinkham, 2005; Filstrup *et al.*, 2003; Issao; Guedes-Pinto, 1994; Low; Tan; Schwartz, 1999).

Como observado por (Otenio *et al.* 2009; Parisotto *et al.* 2009; Fernandes *et al.* 2011; Inagaki *et al.* 2015) a cárie precoce da infância pode provocar na criança um excesso de timidez, dificuldade para se relacionar com outras pessoas, constrangimento, desconforto, além dos problemas fonéticos devido à ausência dos dentes.

Dominguez e Aznar *et al.* 2004 relatam que apesar de todos os procedimentos preventivos que a odontopediatria tem para oferecer, ainda são freqüentes os casos de crianças com a necessidade de reabilitação estético-funcional, devido à perda de dentes decíduos por conta da cárie precoce da infância.

Essa realidade está presente constantemente nas experiências vivenciadas no dia a dia clínico do curso de especialização de em Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia de Santos, São Paulo.

Segundo Ferreira *et al.* 2006, essa também é a realidade do serviço do Sistema Único de Saúde.

Os elementos dentários superiores são os mais freqüentemente comprometidos. No entanto, os elementos inferiores também podem ser indicados para tratamentos reabilitadores (Issáo; Guedes-Pinto, 1994).

No caso clínico da prótese total superior, a extração dos dentes superiores foi realizada, sendo necessária a confecção de prótese total para completa reabilitação bucal. Foi possível a reversão das alterações causadas pela cárie precoce da infância e pelas perdas dentárias (ACS *et al.*, 1999, Duque *et al.*, 2002).

A reabilitação protética em crianças deve ser realizada após exame clínico e radiográfico, e plano de tratamento cuidadoso (Kotsiomiti *et al.*, 2000). A prótese vai preservar o do espaço criado pela perda prematura dos dentes decíduos, prevenindo a extrusão de dentes antagonistas, promovendo assim a função oral e não impedindo o desenvolvimento normal do maxilar (Domínguez; Aznar *et al.* 2004). Entretanto, este tipo de reabilitação é uma situação bastante peculiar e de difícil êxito total, pois os passos técnicos durante a confecção, adaptação e utilização da prótese dependerão muito da colaboração do paciente infantil, família e profissionais que estão envolvidos com a situação (Domínguez; Aznar *et al.* 2004; Wanderley; Trindade; Corrêa, *et al.* 2001). Portanto, é importante conhecer o nível de concentração da criança, estabelecer um sentimento de confiança e cooperação entre ela e o profissional durante o tratamento (Siepmann *et al.*, 2008).

Em relação às coroas de aço, (Dawson, Simon e Taylor *et al.* 1981) observaram uma menor longevidade entre restaurações de amálgama envolvendo uma ou duas faces em relação a coroas de aço. Os autores puderam concluir que antes do primeiro molar permanente atingir a oclusão natural com o seu antagonista, por volta dos oito anos de idade, a coroa de aço é o tratamento de primeira escolha para a restauração de molares decíduos, particularmente para lesões envolvendo múltiplas superfícies em primeiros molares decíduos.

Einwag e Dünninger *et al.* 1996, acompanharam restaurações de amálgama e coroas de aço durante um período de oito anos. Observaram que pelo menos 83% das coroas de aço foram consideradas funcionais neste período. Já as restaurações de amálgama apresentaram longevidade mais reduzida. Apenas 40% do total de restaurações foram consideradas satisfatórias após um período de 4,5 anos.

Em estudo de meta-análise, Randall *et al.* 2000 objetivou elucidar e apontar forte evidência científica sobre os resultados clínicos obtidos por coroas de aço pré-fabricadas e restaurações de amálgama em dentes decíduos. Observou-se o evidente aumento da efetividade clínica do tratamento com coroas de aço em relação às restaurações de amálgama envolvendo superfícies múltiplas em dentes decíduos.

Um forte argumento para utilização das restaurações de coroa de aço pré-fabricadas é seu alto custo benefício, baseado na sua durabilidade e longevidade (Seale *et al.* 2002).

Em um interessante exercício, Randall et al. 2002 calculou os custos de recolocação de restaurações de amálgama envolvendo superfícies múltiplas e coroas de aço, comparando a proporção de falhas dos materiais mediante a utilização de dados de cinco investigações clínicas. A autora utilizou uma proporção de falha quatro vezes maior para as restaurações de amálgama quando comparadas com as coroas de aço. Estimou-se que os custos seriam aproximadamente 2,2 vezes maiores para substituição de restaurações de amálgama quando comparados com os do grupo de coroas de aço. Todas as coroas de aço consideradas seriam substituídas por outras novas, fato pouco comum, já que a maioria das coroas de aço necessita apenas de nova cimentação. Na Inglaterra, uma vez que o investimento financeiro inicial tenha sido recuperado, o custo de cada coroa é £1,00. Significa que a coroa de aço pode ser considerada um procedimento mais econômico que uma restauração de amálgama ou resina composta envolvendo superfícies múltiplas.

6. CONCLUSÃO

As perdas precoces estético-funcionais afetam diretamente o comportamento da criança, alterando a fala, estética, função e diretamente fatores psicológicos.

O conhecimento deste grave problema se dá devido à falta de conhecimento dos pais para o assunto, fazendo com que eles não se atentam ao problema multifatorial que isso abrangerá no desenvolvimento da criança. A prótese, seja ela removível ou fixa, é uma realidade e deve ser compartilhada às crianças que sofrem perda precoce de dentes, fazendo com que seu desenvolvimento não seja afetado por essas perdas. O Odontopediatra irá avaliar e fazer a escolha do melhor tipo de prótese para cada paciente. As condições financeiras, comportamentais e psíquicas serão analisadas para tal escolha, sendo preservado o desenvolvimento da criança.

7. REFERÊNCIAS

- Almeida R.R, Almeida-Pedrin R.R, Almeida M.R. **Mantenedor de espaço e sua aplicação clínica.** *J Bras Ortodon Ortop Facial* 2003 mar-abr; 8(44):157-66.
- Almeida, R.R. de; Almeida-Pedrin, R.R. de; Almeida, M.R. **Mantenedores de espaço e sua aplicação clínica.** *J Bras Ortodon Ortop Facial*, Curitiba, v.8, n.44, p.157-166, mar./abr. 2003.
- Amorim LFG, Sebba SP. **Manutenção de espaço anterior em dentição decídua: uma proposta de resolução.** *rev Assoc paul cir dent* 1997 set-out; 51(5):459-62.
- Araújo M.G.M. **Ortodontia para clínicos: programa pré-ortodôntico.** 4. ed. São Paulo:Santos;1988.
- Ayhan. H.; Suskan, E.; Yildirim, S. **The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference.** *Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* Birmingham, v. 20, p. 209-212, 1996.
- Cardoso M, Rocha M.J.C. **Mantenedor de espaço estético: uma solução para dentes decíduos traumatizados.** 7(40):512-518, nov.-dez. 2004.
- Cardoso M, Rocha MJC. **Mantenedor de espaço estético: uma solução para dentes decíduos traumatizados.** *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004 nov-dez; 7(40):512-8. *Clínica. J Bras Ortodon Ortop Facial* 2003 mar-abr; 8(44):157-66.
- Corrêa M.S.N.P. **Mantenedores de espaço: que tipo e quando indicá-los.** In: *Todescan* v. 24, n. 5, p. 501-505, Sep./Oct. 2002.
- Corrêa, M.S.N.P.; Santos, A.C.S.D.; Nassif, A.C.S.; *et al.* **Odontopediatria: na primeira infância.** [S.l: s.n.], 2009.
- Croll, T.P; Castaldi, C.R. **The preformed stainless steel crown for restoration of permanent posterior teeth in special cases.** *J AM Dent Assoc.* 1978 Oct.
- Dawson, L.R.; Simon, J.F.; Taylor, P.P. **Use of amalgam and stainless steel restorations for primary molars.** *Asdc Journal of Dentistry for Children*, 31 Oct 1981, 48(6):420-422.
- Domínguez, A.; Aznar, T. **Removable prostheses for preschool children: report of two cases.** *Quintessence International*, Berlin, v. 35, no. 5, p. 397-400, 2004.
- Duque, C.; Barbirato, C.A.; Carrara, C.F.C.; Costa, Beatriz.; Gomide, M.R. **Reabilitação protética em odontopediatria – relato de caso clínico em paciente portador de fissura de lábio e palato, já operado.** *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia para Bebês*, Curitiba, v. 5, n. 23, p. 80-85, 2002.

Einwag, J.; Dunninger, P. **Stainless steel crown versus multisurface department.** *J Dent Child* 1999 Nov-Dez; 66(6):383-6.

Einwag, J.; Dünninger, P. **Stainless steel crown versus multisurface amalgam restorations: An 8-year longitudinal clinical study.** *Quintessence International* . May 1996, Vol. 27 Issue 5, p321-323. 3p.

Fayle, S.A. UK national clinical guidelines in paediatric dentistry: **stainless steel preformed Crown for primary molars.** *International journal of paediatric dentistry* 18, 20-28, 2008.

Feitosa, S.; Colares, V.; Pinkham, J. **The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1550-1556, 2005.

Fernandes A.P, Lourenço Neto N, Gurgel C.V, Silva S.M.B, Machado M.A.A.M, Rios D *et al.* **Crown for restoration of permanent posterior teeth in special cases.** .

Ferreira, A.A.A.; Piuvezam, G.; Werner, C.W.A.; Alves, M.S.C.F. **Dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

Filstrup, S. L. *et al.* **Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives.** *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 25, no. 5, p. 431-440, 2003.

Galindo VAC, Péres TRM, Yamasaki E *et al.* **Aparelho mantenedor de espaço estético e funcional na dentição decídua.** *JBp J Bras odontopediatr odontol Bebê* 2003 mar-abr; 6(30):99-104.

George Acs, DMD, MPH Richard Shulman, DMD Man Wai Ng, DDS, MPH Steven Chussid, DDS. **The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries.** *American Academic of Pediatric Dentistry*, Chicago, 21:2, 1999.

George Acs, DMD, MPH Stephen Pretzer, DDS Michael Foley, DDS Man Wai Ng, DDS, MPH. **Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia.** *Pediatric Dentistry*, Chicago, v. 23, no. 5, p.419-423, 2001.

Giuzio M.C, Ferraz L.M, Ferreira S.L.M. **Prótese fixa anterior em “cant-lever” na clínica de odontopediatria.** *Revista de Odontopediatria* 1993 abr-jun; 3(2):83-9.
Inagaki, L.T; de Almeida Prado, D.G; Iwamoto A.S. **Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância.** *Revista CEFAC*, 2015.

Issáo, M.; Guedes-Pinto, A.C. **Prótese em Odontopediatria I.** Manual de Odontopediatria. 9. ed. São Paulo: Pancast, 1994. p. 202-234.

Korytnicki Lanstein D, Naspitz N, Faltin Junior, Kurt. **Consequências e tratamento**

das perdas precoces de dentes decíduos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1994 Maio/Jun;48(3):1323-1328.

Kotsiomiti, E. et al. **Removable prosthodontic treatment for the primary and mixed dentition.** Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Birmingham, v. 24, no. 2, p. 83-89, 2000.

Lino A.P. **Ortodontia preventiva básica.** São Paulo: Artes Médicas; 1994.

Low, W.; Tan, S.; Schwartz, S. **The effect of severe caries on the quality of life in young children.** Pediatric Dentistry, Chicago, v. 21, no. 6, p. 325-326, 1999.

Neto, N.L; Cardoso, C.A.B; Camargo,R.C.; Silva, S.M.B. **Reabilitação bucal em Odontopediatria: relato de caso clínico.** *RGO, Rev. gaúch. odontol.* (Online) [online]. 2016, vol.64, n.1, pp. 87-91. ISSN 1981-8637.

Otenio, C. C. M., Machado, F. C., Oliveira, A. da S., Alves, R. T., Mattos, C. L. B. de, & Ribeiro, R. A. (2009). **Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico.** *HU Revista, 35*(1).

Paixão. RF, Fuziy A. **Uma abordagem ortodôntica das perdas dentais precoces.** In:43(4):15-9.

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.

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 Mar;10(2):90–97.

Petersen, P.E. **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 Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v.31, Suppl. 1, p. 3-23, 2003.

Piassi E, Volschan B.C.G, Louvain M.C *et al.* **Mantenedor de espaço fixo para região anterior na dentição decídua.** J Bras odontopediatr odontol Bebê 2000; 3(14):273-8.

Piassi E, Volschan BcG, Louvain Mc *et al.* **Mantenedor de espaço fixo para região anterior na dentição decídua.** J Bras odontopediatr odontol Bebê 2000; 3(14):273-8.

Qudeimat MA, Fayle AS. **The use of space maintainers at a UK pediatric dentistry department.** Journal of Dentistry for Children, Volume 66, Number 6, November 1999, pp. 383-386(4).

Randall, R. C. **Preformed metal crowns for primary and permanent molar teeth: review of the literature.** *Pediatric Dentistry, v. 24, n. 5, p. 489-500, Sep./Oct. 2002.*

Randall, R.C.; Vrijhoef, M.M.A.; Wilson, N.H.F. **Efficacy of preformed metal crowns vs. amalgam restorations in primary molars: a systematic review.** *Journal of American Dental Association*, v. 131, n. 3, p. 337-343, Mar. 2000.

Riekman GA, El Badrawy HE. **Effect of premature loss of primary maxillary incisors on speech.** *Ped Dent* 7:119-122, 1985.

Santos N.P, Fonseca Y.P.C, Guedes-Pinto A.C. **Reabilitação bucal em odontopediatria.** In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. São Paulo: Santos; 1997 p. 685-719.

Seale, N.S. **The use of stainless steel crowns.** *Pediatric Dentistry*, 31 Aug 2002, 24(5):501-505.

Seow W.K, *et al.* Early **Childhood Caries.** *Pediatric Clinic North Am* . 2018 Oct;65(5):941-954.doi:10.1016/j.pcl.2018.05.004.

Siepmann, S. *et al.* **Psychological and dental considerations in the prosthetic rehabilitation of children.** *Child prothesis--part I. Schweiz Monatsschr Zahnmed, Bern*, v. 18, no. 11, p. 1055-1064, 2008. case report. *J Contemp Dent Pract* 2009;10(2):90-7.

Souza I.P.R, Lopes E.Y, Czlusniak G.D. **Prótese removível em odontopediatria: revisão** 1998.p.497-512.

Wanderley M.T, Trindade C.P, Corrêa M.S. **Recursos protéticos em odontopediatria.** In: Corrêa M.S. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. Cap.35, p.497-512.

Wanderley, M.T. **Como tratar dentes traumatizados ou perdidos traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições.** *Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas ISSN 1678-1899- n.104 - Mar/Abr 2003.*

Wanderley, M.T.; Trindade, C.P.; Corrêa, M.S.N.P. **Recursos Protéticos em Odontopediatria.** In: CORRÊA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Ed. Santos, 2001. p. 497-512.