FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Dhara Yanka Tiburtino Galdino

REABILITAÇÃO DE DENTES DECÍDUOS ANTERIORES COM PINOS DE FIBRA DE VIDRO E COROAS DE ACETATO: RELATO DE CASO CLÍNICO

SÃO LUÍS – MA

2020

DHARA YANKA TIBURTINO GALDINO

REABILITAÇÃO DE DENTES DECÍDUOS ANTERIORES COM PINOS DE FIBRA DE VIDRO E COROAS DE ACETATO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves

SÃO LUÍS-MA

2020

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

Monografia intitulada "Reabilitação de Dentes Decíduos Anteriores com Pinos de Fibra de Vidro e Coroas de Acetato: relato de caso clínico" de autoria da aluna Dhara Yanka Tiburtino Galdino.

Aprovada em 22 / 10 / 2020 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves
Orientador

Prof. Dr. Tarcísio Jorge Leitão de Oliveira
1º Examinador

Profª. Esp. Wellen Barbosa Santos Chaves
2º Examinador

São Luís, 22 de Outubro de 2020.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Set Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

Dedicado ao meu avô, Antônio Furtado Leite (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus, que a glória seja dada a Ele por estar à frente de tudo e fazer o melhor em mim por meio da intercessão de Maria Santíssima.
Aos meus amados pais Francisco Galdino e Dhébora Galdino, que com muito amor e esforço proporcionaram minha formação. A todos os meus familiares, em especial aos meus avós Antônio Furtado (*in memoriam*), Maria da Costa e Maria Campos, ao meu irmão Yury, a minha cunhada Raíssa, aos meus tios Rilson, Hauley, Solange e Galdino que acompanharam e ajudaram a superar as dificuldades que surgiram.

Ao meu namorado Artur Coelho e toda a sua família, por se fazerem presentes nessa etapa com todo carinho e companheirismo.

A Rogério Coelho que sempre esteve presente e disposto a ajudar ao longo dos meus estudos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pierre Adriano, por toda a sua atenção e disponibilidade, me ajudando não só na realização desse trabalho, mas me ensinando a ser uma melhor profissional com toda a sua dedicação.

Agradeço também a todos os professores do Instituto Pós-Saúde que passaram para a nossa turma todos os seus conhecimentos e experiências ao longo desses dois anos. Agradecimento em especial ao professor Tarcísio Leitão que não mediu esforços para nos proporcionar uma excelente formação e a professora Wellen Barbosa que nos cativou com seu amor e carinho.

Agradeço principalmente a minha duplinha Miyuki, que contribuiu diretamente para o meu aperfeiçoamento profissional, me ajudando, ensinando e acalmando a cada atendimento, além de toda a sua amizade e parceria. As minhas companheiras de turma Roberta, Andressa, Julianne e Victória por toda a ajuda que me deram, estando presentes, sempre tentando melhorar a convivência e ajudando umas às outras nas dificuldades pessoais e profissionais.

As minhas amigas de infância Gabriela Oliveira e Mariana Weba pelo incentivo para ingressar nesse curso, apoio, amizade e companheirismo.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação.

Se buscas por onde ir, segue a Cristo, porque Ele é o Caminho.

Santo Tomás de Aquino.

TÍTULO: Reabilitação de dentes decíduos anteriores com pinos de fibra de vidro e coroas de acetato: relato de caso clínico.*

TÍTULO EM INGLÊS: Rehabilitation of anterior deciduous teeth with fiberglass pins and acetate crowns: clinical case report.

Dhara Yanka Tiburtino Galdino[1], Pierre Adriano Moreno Neves [2].

[1] Departamento de Pós-Graduação em Odontopediatria, Instituto Pós-Saúde, São Luís, MA, Brasil

[2] Departamento de Pós-Graduação em Odontopediatria, Instituto Pós-Saúde, São Luís, MA, Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE:

Pierre Adriano Moreno Neves

Instituto Pós-Saúde

Rua das Limeiras, Nº 7, Bairro Renascença I, CEP 65075-260

São Luís, MA E-mail: ppierre.adriano.moreno@gmail.com

* *Este artigo será submetido à revista* **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI)***. A normatização foi realizada segundo instruções da revista.*

RESUMO

Por um longo período, a exodontia foi a escolha de tratamento para muitos dentistas em casos de extensas destruições em incisivos superiores decíduos. Entretanto, a manutenção do dente decíduo na cavidade bucal é de fundamental importância para o desenvolvimento do sistema mastigatório e da pré-maxila. Por isso, surgiram inúmeras técnicas de reforço intrarradicular para promover a retenção das restaurações e possibilitar a permanência do dente decíduo na cavidade bucal. Aliado a isso, para facilitar a reconstrução das coroas dentárias com resina composta, estão sendo fabricadas matrizes de celuloide que devolvem a anatomia dental através de uma técnica simples e de fácil execução. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente de 2 anos e 5 meses de idade com extensas destruições nos incisivos superiores, cuja reabilitação foi feita através do uso de pinos de fibra de vidro e coroas de acetato. A utilização de reforços intrarradiculares com pinos de fibra de vidro e a confecção de coroas de resina composta pela técnica da matriz de acetato, representam uma alternativa para reabilitação anterior de dentes decíduos, devido aos bons resultados estéticos e funcionais, além de ter as vantagens de dispensar etapas laboratoriais e de ser de fácil e rápida execução, podendo ser indicada para a reconstrução de dentes decíduos anteriores.

Palavras-chave: Reabilitação bucal; Resina composta; Odontopediatria.

ABSTRACT

For a long period, tooth extraction was the treatment choice for many dentists in cases of extensive destruction of primary upper incisors. However, the maintenance of the primary tooth in the oral cavity is of fundamental importance for the development of the masticatory system and the premaxilla. Therefore, numerous intraradicular reinforcement techniques have emerged to promote the retention of restorations and enable the permanence of the primary tooth in the oral cavity. Allied to this, to facilitate the reconstruction of dental crowns with composite resin, celluloid matrices are being manufactured that return the dental anatomy through a simple and easy-to-perform technique. In this context, the objective of this study is to report the clinical case of a 2-year-old and 5-month-old patient with extensive destruction in the upper incisors, whose rehabilitation was done through the use of fiberglass pins and acetate crowns. The use of intraradicular reinforcements with fiberglass pins and the manufacture of resin crowns composed by the acetate matrix technique represent an alternative for anterior rehabilitation of deciduous teeth, due to good aesthetic and functional results, besides having the advantages of dispensing laboratory steps and being easy and quick to perform, and may be indicated for the reconstruction of anterior deciduous teeth.

Keys words: Mouth rehabilitation; Composite resins; Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 09
2. RELATO DE CASO CLÍNICO 11
3. DISCUSSÃO 16
4. CONCLUSÃO.....19
5. REFERÊNCIAS.....20
6. ANEXOS 22

INTRODUÇÃO

Uma das alternativas para nortear as condições de saúde bucal da população brasileira, encontra-se nos levantamentos do SB Brasil [1], cujos últimos dados publicados mostraram que a doença cárie ainda é algo preocupante. O índice ceo-d teve uma média de 2,43 dentes com experiência de cárie para crianças de até 5 anos de idade, onde 80% dessa amostra foi atribuída a dentes cariados.

Nessa faixa etária, o desenvolvimento das lesões de cárie sem intervenção profissional, levam a destruição precoce dos dentes decíduos, resultando em alterações estéticas, instalação de hábitos bucais deletérios, dificuldades na mastigação e fonação, bem como na perda de espaço adequada para a erupção do sucessor permanente [2,3].

Muitas vezes, a saúde pulpar desses elementos também se encontra comprometida, gerando o aparecimento de processos inflamatórios e infecciosos como pulpites agudas e abscessos [4]. Quando esse quadro se instala na primeira infância, o desconforto da criança ocasionado pela dor ainda desestabiliza a sua rotina, dificultando o seu sono, alimentação e socialização, acarretando tensão no ambiente familiar [5,6].

Por um longo período, a exodontia foi a escolha de tratamento para muitos dentistas principalmente em casos de extensas destruições em incisivos superiores decíduos, devido à pouca quantidade de estrutura dentária remanescente, dificuldade de retenção do material restaurador, bem como pela baixa colaboração das crianças [7]. Entretanto, a manutenção do dente decíduo na cavidade bucal é de fundamental importância para o desenvolvimento do sistema mastigatório e da pré-maxila [8].

Por isso, surgiram inúmeras técnicas de reforço intrarradicular para promover a retenção das restaurações e possibilitar a permanência do dente decíduo na cavidade bucal. O uso de pino de fibra de vidro reforçado por resina composta, apresenta-se como uma boa alternativa nesses casos, visto que este tipo de pino é resistente, de fácil manuseio, apresenta boa resistência de união com os cimentos resinosos e com as resinas compostas e é menos suscetível a fratura radicular devido ao módulo de elasticidade próximo ao da estrutura dentinária [8,9,10].

Para facilitar a reconstrução das coroas dentárias com resina composta, estão sendo fabricadas matrizes de celulóide que devolvem a anatomia dental de forma rápida, através de uma técnica simples e de fácil execução que não necessita de etapa laboratorial [3]. Além do custo-benefício e da redução no tempo de atendimento clínico, o que é essencial para o atendimento odontopediátrico [9].

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente de 2 anos e 5 meses de idade com extensas destruições nos incisivos superiores, cuja reabilitação foi feita através do uso de pinos de fibra de vidro e coroas de acetato.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.R.S., leucoderma, 2 anos e 5 meses, gênero feminino, compareceu acompanhada de seus pais à clínica de Odontopediatria do Instituto Pós-saúde, para fazer avaliação odontológica. Os pais relataram como queixa principal a presença de lesões de cárie nos dentes anteriores, nos quais havia sido iniciado um tratamento de canal, mas que não havia sido concluído.

Durante a anamnese, a responsável descreveu que os hábitos alimentares da criança consistiam na amamentação diurna, bem como no alto consumo de alimentos cariogênicos, como o mingau industrializado e biscoitos recheados. A rotina de higiene dental se restringia a escovação duas vezes por dia com uso de creme dental abaixo de 1100ppm de flúor e não fazia uso de fio dental.

No exame clínico e radiográfico (Figuras 1 e 2), foi observado que os incisivos superiores decíduos apresentavam extensas lesões de cárie que acarretaram na destruição coronária e comprometimento pulpar dos mesmos. Nos dentes posteriores a paciente também apresentava lesões de cárie nas superfícies oclusais, mas apenas com comprometimento a nível de metade externa de dentina, os quais posteriormente foram restaurados.

Inicialmente, os responsáveis foram orientados quanto a dieta e higiene bucal, imprescindíveis para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal. Posteriormente foram expostas aos pais as formas de tratamento, e foi eleita, em comum acordo, a proposta de reabilitação através da cimentação de pinos intracanais e posterior reconstrução coronária com coroas de acetato e resina composta.

Os pais foram orientados também sobre a necessidade do uso da sedação medicamentosa consciente com o medicamento Hixizine®, devido à falta de cooperação da criança e por se tratar de um tratamento que exigia um elevado tempo de permanência da paciente na cadeira odontológica.

Antes de iniciar o tratamento endodôntico, a região anterior da maxila foi anestesiada com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, pela técnica anestésica infiltrativa e transpapilar. Devido à falta de estrutura dental para colocação de grampos ou amarrilho, optou-se pelo isolamento relativo com roletes de algodão e o

auxílio de mordedor de borracha. Logo após, se deu início a instrumentação manual de um elemento por vez (Figura 3), seguindo a sequência das limas de 25 a 40 mm para os incisivos centrais e de 25 a 35 mm para os incisivos laterais.

No intercalar das limas, os canais eram abundantemente irrigados com hipoclorito de sódio a 1% e ao final, utilizou-se cone de papel absorvente para secar o interior dos canais. Em seguida, os condutos foram obturados com pasta manipulada à base de Hidróxido de Cálcio (Callen® sem PMCC) espessada com Óxido de Zinco, e, na sequência, realizou-se o vedamento com guta-percha, deixando um espaço de 2 mm para inserção do pino. Logo após, foram selados com material obturador provisório (Cotozol®).

Na sessão seguinte, realizou-se a remoção do material obturador provisório dos condutos, e foi feita a escolha dos pinos. Foram selecionados pinos de fibra de vidro N° 1 (Reforpost – Angelus®), os quais foram cortados de modo que ficassem 2 mm para o interior do conduto e 2 mm para suporte da coroa, totalizando um pino de 4 mm.

Realizou-se a desinfecção dos pinos com álcool e após isso foi aplicada uma camada de silano aguardando o período de um minuto e secando com leve jato de ar, seguida de uma camada de adesivo (Single Bond®) e fotopolimerização por 20 segundos.

Os elementos dentais foram condicionados com ácido fosfórico a 37% (Condac FGM®) durante 15 segundos, seguida da aplicação do sistema adesivo (Single Bond®) e fotopolimerização por 20 segundos. Os pinos foram levados até os canais cobertos de cimento resinoso dual (Allcem FGM®) e cada face foi fotopolimerizada por 40 segundos (Figura 4). Em seguida, foram recobertos com resina composta, ficando com o aspecto de munhão (Figura 5).

Posteriormente, foi realizado o preenchimento da coroa de acetato com resina na cor A1 (Filtek Z350®) (Figura 6) em um único incremento. Logo após, a coroa foi levada em posição, exercendo uma pequena pressão para que ocorresse o extravasamento do excesso de resina. Depois de retirado o excesso, cada face foi fotopolimerizada por 40 segundos, retirando, em seguida, as coroas de acetato com auxílio de uma sonda exploradora (Figura 7).

Em uma sessão seguinte, a paciente retornou para acabamento com pontas diamantadas (KG Sorensen®) e polimento com discos para polimento de resina composta (Sof Lex® – 3M) associado com taças de borracha de diferentes granulações (Microdont).

Figura 1. Aspecto clínico inicial. Destruição coronária dos dentes 51, 61, 52 e 62.



Figura 2. Aspecto radiográfico inicial. Material endodôntico nos condutos dos dentes 51, 52 e 62.



Figura 3. Instrumentação e obturação dos canais radiculares.



Figura 4. Pinos de fibra de vidro cimentados nos elementos 51, 52, 61 e 62.



Figura 5. Aspecto do munhão de resina composta nos elementos 51, 52, 61 e 62.



Figura 6. Preenchimento das coroas de acetato com resina composta.



Figura 7. Aspecto dos elementos 51, 52, 61 e 62 após restauração de resina composta.



Figura 8. Aspecto após um ano de acompanhamento.



Antes do tratamento **Um ano após, com manutenção e proservação**

Figura 9. Raio X após um ano de acompanhamento.



DISCUSSÃO

A escolha da opção mais adequada de tratamento para reabilitação anterior leva em consideração a oclusão do paciente, o grau de rizólise dos dentes decíduos, a estrutura dental remanescente, a saúde sistêmica e periodontal do paciente, sua idade, maturidade psicológica e motivação dos pais para o tratamento [11].

A existência de diversos materiais e técnicas reabilitadoras possibilitam uma escolha favorável para cada caso. Segundo Croll et al [12], o profissional deve escolher a alternativa que melhor se adapte a cada paciente levando em consideração as suas particularidades.

Quando a porção coronária do dente está totalmente destruída, impossibilitando a retenção de restaurações, é indica a técnica de reforço com pino intrarradicular seguido da reconstrução coronária. Essa técnica requer que a porção radicular do dente esteja integra, sem reabsorções fisiológicas ou patológicas extensas e o paciente não pode apresentar bruxismo, mordida profunda ou grande perda de dimensão vertical [13,14].

Para colocação de pinos intrarradiculares em dentes decíduos, deve-se respeitar o tamanho máximo de 4 mm do pino, para que não interfira na rizólise, causando assim alterações no dente permanente [15].

Entre os mais variados tipos de pinos que podem ser utilizados, os pinos de fibra de vidro trouxeram diversas vantagens. Segundo Oliveira et al [13], eles facilitaram a estética, dispensando o uso de opacificadores e possibilitaram uma distribuição uniforme de tensões de carga ao longo da raiz, diminuindo o risco de fratura radicular. De acordo com Verrastro et al [16], quando os pinos são aliados ao agente adesivo e a resina, eles formam uma unidade firmemente aderida à dentina, aumentando a resistência a fratura da coroa. já segundo Motisuki et al [17], eles além de favorecerem a obtenção de resultados estéticos satisfatórios, apresentam técnica de fácil execução.

De acordo com o fabricante, os pinos de fibra de vidro (Reforpost – Angelus®), que foram utilizados no presente caso, apresentam boa retenção, pois a sua camada superficial é envolvida por uma película de BIS-GMA, que dispensa a confecção de retenções adicionais, preservando, portanto, a estrutura dentária.

Em um estudo de Sharaf et al [18], foi avaliado o uso de pinos de fibra de vidro para a reconstrução de dentes anteriores em crianças com a média de idade de 4 anos e 2 meses. Foram reconstruídos trinta dentes e após 12 meses, somente dois dentes tiveram que ser extraídos precocemente, mas o fracasso foi atribuído ao tratamento endodôntico e não à técnica restauradora.

Além da escolha dos pinos, existem diversas opções de técnicas para reconstruir e devolver a anatomia das coroas. Apesar da técnica de reconstrução indireta ser utilizada em pacientes infantis, devido ao menor tempo clínico na cadeira odontológica, esta requer fase laboratorial e maior número de sessões. Devido a isso, optou-se pela técnica direta com auxílio das coroas de acetato.

As coroas de acetato são matrizes confeccionadas de celuloide que possibilitam a realização de restaurações diretas com maior rapidez, devolvendo uma estética satisfatória ao dente decíduo, sem necessitar de auxílio laboratorial, o que diminui consideravelmente o número de sessões e o custo final do tratamento [19].

De acordo com Verrastro et al [16], a confecção de um munhão de resina antes da colocação da coroa de acetato, ajuda no restabelecimento da cor da dentina, além de diminuir a quantidade de material que será colocada na coroa, o que reduz as tensões decorrentes da contração de polimerização da resina composta.

Em um estudo de Galassi et al [20], foi realizado o acompanhamento de um paciente cujos dentes decíduos anteriores foram também reconstruídos com pinos intrarradiculares e coroas, demonstrando sucesso clínico com os sucessores permanentes erupcionando sem alterações.

No presente caso clínico, a dieta cariogênica associada a higiene bucal deficiente contribuíram para a extensa destruição dos dentes anteriores da paciente. Onde, tornou-se necessário não só a reconstrução da estrutura dental, mas sim uma intervenção nos hábitos alimentares e na educação dessa família quanto a técnicas de escovação, prevenção da doença cárie e manutenção do procedimento realizado.

Após um ano de acompanhamento, observou-se que a paciente apesar de diminuir, continuava com uma dieta pobre em nutrientes e rica em açúcares. Além

de ter apresentado o hábito parafuncional de morder objetos, o que causou a fratura dos elementos dentais 51 e 52. Esses elementos foram novamente reconstruídos utilizando a mesma técnica, pois pelo acompanhamento frequente, verificou-se que não foi uma falha técnica, e sim devido a um hábito isolado, que após a sua remoção não houve mais prejuízos.

Desta maneira, a manutenção da saúde bucal e do procedimento realizado depende do monitoramento clínico e radiográfico frequente.

CONCLUSÃO

A utilização de reforços intrarradiculares com pinos de fibra de vidro e a confecção de coroas de resina composta, representam uma alternativa para reabilitação anterior de dentes decíduos, devido aos bons resultados estéticos e funcionais, além de ter as vantagens de dispensar etapas laboratoriais e de ser de fácil e rápida execução. Além disso, para a manutenção da saúde bucal e do procedimento realizado é necessário que o odontopediatra associe ao tratamento restaurador a conscientização da família a respeito da melhoria dos hábitos alimentares e de higiene do paciente e faça acompanhamento clínico e radiográfico frequente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – Resultados Principais. 1ª.ed.Brasília:Ministério da Saúde; 2011.
2. Korytnicki D, Naspitz N, Faltin Jr K. Consequências e tratamento das perdas precoces de dentes decíduos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1994; 48(3):1323-8.
3. Sacono NT, Daniel VF, Motisuki C, Santos-Pinto L. Reconstrução estética de dentes decíduos anteriores com a utilização de pino biológico e matriz de celuloide: técnica indireta. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007; 25(1):85-9.
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. Dainezi VB; Inagaki LT; Varanda T; Pascon FM; Puppin-Rontani RM. Reabilitação estética e funcional na primeira infância. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(4):387-93.
7. Schnider G, Puppin-Rontani RM. Reabilitação estética do segmento anterior da dentição decídua: alternativas de tratamento. Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 64-70, jan./jun. 2004.
8. Freitas CN, Kantovitz KR, Pascon FM, Puppin-Rontani RM. Reconstrução de dente decíduo anterior utilizando pino em fibra de vidro: relato de caso clínico. Pos – Perspect. Oral Sci., v.1, n.2, dez. 2009.
9. Miyata LB; Bonini GC; Calvo AFB; Politano GT. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2014;68(1):22-
10. Verma L, Passi S. Glass fibre-reinforced composite post and core used in decayed primary anterior teeth: a case report. Rep Dent. 2011;2011:864254.
11. Carneiro RC, Fonseca MS, Cruz RA. Alternativas estéticas e funcionais para a reconstituição de dentes decíduos anteriores com destruição excessiva. Arquivo Brasileiro de Odontologia 2006.
12. Croll TP. Primary incisor restoration using resin-veneered stainless crows. ASDC J Dent Child. 1998;65(4):89-95.

13. Oliveira LB, Peixoto LF, Zardetto CG, Corrêa MS, Wanderley MT. Reabilitação de dentes decíduos anteriores com o uso de pinos de fibra de vidro. Journal Health Sci Inst. 2010;28(1):89-93.
14. Verrastro AP, Tashima AY, Faria FP, Alves KR, Bussadori SK, Wanderley MT. Reconstrução de dentes decíduos anteriores com pino de fibra de vidro e matriz anatômica de celulóide: relato de caso clínico. ConScientiae Saúde 2007, 6(1).
15. Lara SEL, Ayllón E, López E, Cury PR, Bõnecker M. Restauração de dentes decíduos anteriores com uso de diferentes materiais para a confecção de pinos intra-radiculares: caso clínico. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê. 2004;7(35):14-24.
16. Verrastro AP, Bussadori SK, Wanderley MT. Utilização de pino de fibra de vidro e matriz anatômica de celulóide para reconstrução de dente decíduo anterior e posterior – relato de caso. Revista Paulista de Odontologia, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 12-16, 2004.
17. Motisuki C, Santos-Pinto L, Giro EM. Restoration of severely decayed primary incisors using indirect composite resin restoration technique. Int J Paediatr Dent. 2005; 15(4): 282-86.
18. Sharaf A. The application of fiber core posts in restoring badly destroyed primary incisors. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Birmingham, v. 26, n. 3, p. 217-224, 2002.
19. Santos TM, Guedes AG, Gheller SA, Giovenardi BN, Volpato LE, Aranha AM. Alternativas estéticas para reabilitação de dentes decíduos anteriores com destruição coronária. Rev Odontol Bras Central 2017; 26(77): 71-75.
20. Galassi MAS, Borsatto MC, Santos-Pinto LM. Reabilitação de dentes decíduos anteriores – Relato e acompanhamento de caso clínico. Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 175-178, 1999.

ANEXOS

ANEXO I: **NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA: Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (PBOCI)**

Instructions: The text should be provided as a Word for Windows file (doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, with 1.5 spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

Title Page: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including Department, College/program, University (or other institution), City, State, and Country. DO NOT INCLUDE the author's titles (DDS, MSc, PhD, etc.) or position (Professor, Graduate student, etc.).

Examples:

Emmanuel O. Amobi1, Jerome Mafeni2

1Department of Child Dental Health, Faculty of Dentistry, College of Medicine, University of Nigeria, Ituku-Ozalla, Enugu, Nigeria.

2African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana.

The ORCID number of each author must be informed. The contributions of all authors must be described in title page.

Abstract: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: OBJECTIVE, METHODS, RESULTS, AND CONCLUSION.

Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine

(https://meshb.nlm.nih.gov)

Introduction: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.

Material and Methods: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.

Discussion: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).

Conclusion: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.

Author's Contributions: The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: XXX contributed to conception and data design, performed the experiment, analysis, and interpretation and wrote the manuscript, XXX and XX designed the study and critically revised the manuscript, and XXX performed the experiments and critically revised the manuscript.

Financial Support: Any kind of financial support (funding, grants, sponsorship) you have received should be informing (agency and grant number).

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments: When appropriate, briefly acknowledge technical assistance, advice and contributions from colleagues. People who contributed to the work but do not fit the criteria for authors should be listed in the Acknowledgments section, along with their contributions.

Tables: Tables must be submitted in Word (.doc) or Excel (.xls), not as an image. Should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.

References: References must follow the Journal's style. Authors should refer to a current issue of the PBOCI for guidance on reference citation and presentation of the reference list.

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System).

All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by some authors [2]”; “as discussed elsewhere [1,5,12]”). Please include the DOI number.

Non-refereed material and, if possible, non-english publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. If seven or more authors, list up to six followed by “et al.

Journal and book references should be set out as in the following examples:

Published Papers. First 6 authors followed by et al., Title, Journal, Year, Volume, Complete Pages. Amobi EO, Mafeni J, Adekoya-Sofowora CA. Perceived and normative needs of facial cleft patients seen in Nigeria. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr 2018; 18(1):e3841. https://doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.13

Book, Whole. Authors, Book title, Edition, City, Publisher, Year. Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand K. Caries Management: Science and Clinical Practice. New York: Thieme; 2013. 436p.

Book, Chapter. Authors, Chapter Title, Editors, Book title, Edition, City, Publisher, Year, Pages of citation.

Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Dental Caries: The Disease and its Clinical Management. 4th. ed. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Internet Communication. Ensure that URLs are active and available. Provide DOI, if available.

Report. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.