

UNIVERSIDADE TIRADENTES

BRUNA STEPHANNY DE SOUSA FARIAS
BRUNIELE TELES BARRETO DO NASCIMENTO

CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA:
UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POSSÍVEL

Aracaju

2018

BRUNA STEPHANNY DE SOUSA FARIAS
BRUNIELE TELES BARRETO DO NASCIMENTO

CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA:
UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POSSÍVEL

Trabalho de conclusão de curso
Apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para
obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Carla Vânia de Oliveira Figueiredo

Aracaju

2018

BRUNA STEPHANNY DE SOUSA FARIAS
BRUNIELE TELES BARRETO DO NASCIMENTO

CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM
TERAPÊUTICA POSSÍVEL

Trabalho de conclusão de curso
Apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para
obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora _____

Prof. Orientador: _____

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POSSÍVEL

Bruna Stephanny de Sousa Farias¹, Bruniele Teles Barreto do Nascimento¹, Carla Vânia de Oliveira Figueiredo²

¹ Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ² MSc Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

Resumo

A cárie severa da infância é uma doença de caráter multifatorial e uma das principais causas de perda precoce dos dentes decíduos. Pode ser prevenida e controlada, principalmente se diagnosticada em estágio inicial. O diagnóstico tardio levará a várias consequências, como dor, infecção, desnutrição, além de repercussões a nível psicológico, emocional e social, causando impacto negativo na qualidade de vida da criança. Com isso, são de extrema importância a preservação e reabilitação desses dentes na cavidade bucal, com intuito de manter o estado de saúde da criança. O sucesso do tratamento depende do comportamento da criança, das características das lesões de cárie, além da cooperação dos responsáveis, pois, nestes casos, é necessária a mudança de hábitos alimentares e de higiene bucal, o que é impossível sem o empenho dos pais. O comportamento da criança interfere nas opções de tratamento, pois, muitas já chegam assustadas, inseguras ou com dor. Sendo assim, faz-se necessário um procedimento de fácil execução, rápido, mas que devolva a saúde e uma estética favorável. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de cárie severa da infância, suas características e aspectos terapêuticos possíveis, diante do quadro clínico e comportamental da criança.

Palavras-chaves: cárie dentária; reabilitação; pré-escolar.

Abstract

Childhood tooth decay is a multifactorial disease and one of the main causes of primary molar loss. It can be mostly prevented and controlled when diagnosed in the beginning. A late diagnosis will lead to several consequences such as pain, infection, malnutrition, not to mention the psychological, emotional and social repercussions that it brings, causing a negative impact in the life of a child. Bearing all this in mind, the preservation as well as the recovery of these teeth with the oral cavity is of great importance to maintain the healthy condition of the child. The great outcome of the treatment will depend on factors like child behaviour, tooth decay injuries features, besides as well cooperation of those responsible. In such cases, changing nourishing as well as oral hygiene habits is impossible without the parent's intervention. Child behaviour also comes between the treatment's option since they fear the treatment, many arrive already frightened, insecure or with pain. Therefore, is necessary procedure a fast, easy-to-perform, but one that returns health and a favorable aesthetic. Therefore, the aim of the current work is to present a case of early childhood caries as well as its characteristics and healing aspects, having in mind not only the clinical child's condition but also the child's behaviour.

Key- Words: dental caries; rehabilitation; preschool.

1. Introdução

A cárie severa da infância (CSI) é uma das doenças crônicas mais comuns nessa idade, possui caráter multifatorial e biofilme/sacarose-dependente (MIYATA et al., 2014). Apesar das várias medidas preventivas atualmente descritas, como a fluoretação das águas de abastecimento público, que reduz a possibilidade da formação da lesão cariosa em 40% a 70% (ANJOS; FERNANDES, 2015), como também da utilização de dentifrícios fluoretados, a cárie dentária continua sendo um importante problema de saúde pública (SACHDEV et al., 2016). Torna-se importante destacar as inúmeras consequências desta doença para a vida da criança, como dor, infecção, perda de dentes, perda da dimensão vertical, redução da capacidade do ganho de peso, desnutrição, alteração na fonação, além de repercussões a nível psicológico, emocional e social com situações de bullying e baixa autoestima, causando impacto negativo na qualidade de vida (ANIL; ANAND, 2017).

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) caracterizou a cárie severa da infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (cavitados ou não) dentes ausentes (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. No entanto, a presença de lesão cariosa em superfície lisa, sendo cavitada ou não, antes dos 3 anos de idade, já é caracterizada como cárie severa da infância, doença com caráter agudo, rampante e progressivo.

É importante considerar que a CSI pode ser prevenida e controlada, especialmente se diagnosticada em estágio inicial, ao apresentar lesões de manchas brancas e opacas no terço cervical da face vestibular dos incisivos superiores (ANIL; ANAND, 2017). Já em estágios mais avançados, acomete a face oclusal dos primeiros molares

superiores e inferiores, caninos superiores e inferiores e segundos molares superiores e inferiores. A lesão de cárie se desenvolve rapidamente, o que causa perda de estrutura dental e comprometimento pulpar (PINEDA et al., 2014; GUEDES PINTO, 2010).

O sucesso do tratamento depende do comportamento e da idade da criança, da extensão das lesões e da cooperação dos pais (MUBEEN et al., 2015). As dificuldades no manejo da criança durante o tratamento podem indicar a necessidade de realização dos procedimentos sob anestesia geral (AAPD 2017; Phantumvanit, 2017). No entanto, a AAPD indica essa intervenção sob as seguintes condições: pacientes que não são capazes de cooperar, que possuam incapacidades físicas e mentais, que foram submetidos à anestesia local e não obtiveram sucesso, em crianças ASA III ou superior, casos de tratamentos de emergência, pacientes que necessitem de procedimentos cirúrgicos de grande porte, a fim de prevenir trauma e diminuir riscos à saúde (AREIAS et al., 2015). Porém, há várias técnicas eficazes para o manejo do comportamento do paciente pediátrico, a exemplo: controle de voz, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, distração, modelagem entre outras. Visando, dessa maneira, construir confiança e vínculo entre o cirurgião-dentista e a criança, minimizar o estresse durante o atendimento e aumentar a resolutividade do tratamento (SANSHOTENE et al.; 2017)

Estudos mostram que crianças em idade pré-escolar não possuem destreza manual para manter uma boa higiene bucal. Por isso, a assistência dos pais é tão importante para reduzir o risco de desenvolvimento da cárie (PRAKASH et al., 2012). Os pais devem ter uma atenção redobrada para a adoção de costumes que irão proporcionar saúde bucal à criança, de modo especial, relacionados à higiene bucal e aos hábitos alimentares. O alto consumo de alimentos cariogênicos é um dos pontos mais importantes. Deve-se levar em conta a consistência dos

açúcares consumidos, como também a quantidade de vezes que estes entram na alimentação diária da criança, pois quanto mais pegajosos forem, maior será a aderência na superfície dentária, como também é contraindicada a ingestão em vários momentos do dia. Deve-se assegurar uma dieta adequada, estabelecer bons hábitos de higiene oral, com o uso do fio dental e dentifrícios fluoretados, além das visitas periódicas ao dentista (SIDHU, 2015). O tratamento da CSI vai da aplicação tópica de flúor, nos estágios iniciais da doença, até tratamentos mais complexos. Em casos mais avançados, é necessária a realização de restaurações complexas, tratamento endodôntico ou até mesmo exodontias, com o intuito de devolver saúde à criança. (PINEDA et al., 2014).

Considerando as peculiaridades associadas à anatomia radicular e topografia do dente decíduo, como também a falta de cooperação de muitas crianças, o tratamento endodôntico clássico torna-se complexo, por vezes, inviável. Neste contexto, destaca-se o uso da pasta antibiótica CTZ como uma técnica alternativa para essas situações (SOUSA et al., 2014). Esta pasta foi sugerida em 1959 por Soller (endodontista) e Cappiello (odontopediatra), para tratamento de molares decíduos com comprometimento pulpar, por ser considerada fácil e simples, e passível de ser realizada em uma única sessão.

A CTZ é composta por dois antibióticos de amplo espectro de ação, a tetraciclina e o cloranfenicol, e pelo óxido de zinco e eugenol, sua atividade é principalmente resultante da potente ação antibacteriana (REIS et al., 2016). Além disso, não exige a instrumentação dos canais radiculares, prévia ou após a desinfecção, o que confere grande vantagem no tratamento do paciente não colaborador (ROBRAC, 2006).

O tratamento endodôntico com a pasta CTZ (SOUSA et al., 2014) oferece condições de manutenção dos dentes decíduos até sua esfoliação sem provocar prejuízos aos permanentes sucessores.

Ainda no contexto do tratamento da CSI, vale mencionar o grande desafio em se reestabelecer a anatomia, estética e função em dentes anteriores decíduos extensamente destruídos. A literatura descreve algumas opções como, restaurações diretas com resina composta, restaurações diretas com resina composta associada ao uso da matriz de acetato, de pinos de fibra de vidro dentre outros. (PINEDA et al., 2014).

O presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de cárie severa da infância, suas características e aspectos terapêuticos possíveis, diante do quadro clínico e comportamental da criança.

2. Relato de caso

Paciente M. G. S., 3 anos de idade, sexo masculino, melanoderma, vacinas em dia, ASA I; compareceu à clínica odontológica da UNIT (Universidade Tiradentes), acompanhado por sua genitora, que relatou como queixa principal que seu filho sentia “dor nos dentes” (sic). No histórico da doença, foi observado que a criança possuía odontalgia nos dentes anteriores superiores, unidades 52, 51, 61 e 62. A responsável relatou ainda, formação de abscesso meses antes da consulta.

Durante a anamnese, no que se refere aos hábitos alimentares da criança, a responsável relatou que o amamentou até os 2 anos de idade, que o paciente não possuía hábitos alimentares saudáveis, com alto consumo de alimentos cariogênicos.



Figura 1. Arcada superior.



Figura 2. Arcada inferior.

Ao exame físico extra oral não foi observada nenhuma alteração da normalidade. Ao exame intra oral foi constatada grande destruição coronária (2/3 da coroa) por lesão cariosa das unidades 51, 52, 61 e 62, presença de fístulas na região apical das unidades 51 e 61; lesão cariosa cavitada nas unidades 54, 64, 74, 84, 85 na face oclusal; e unidades 53 e 63 na face vestibular. Ao exame radiográfico, os incisivos centrais superiores apresentavam área radiolúcida na região cervical e presença do germe permanente das unidades 11, 21 e 22, no estágio 4 de Nolla. A UD 52 apresentava área radiolúcida em região apical, sugestivo de lesão periapical.



Figura 3. Radiografia periapical das UDs 51, 52 e 61.

Foram necessárias 3 sessões de condicionamento do paciente, onde foi realizada profilaxia, instrução de higiene oral e orientações de dieta. Além de técnicas de manejo de comportamento como, dizer-mostrar-fazer, distração e reforço positivo.



Figura 4. Paciente não cooperativo.

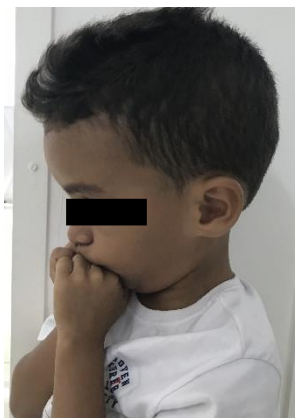


Figura 4.1 Paciente não cooperativo.

O plano de tratamento proposto: terapia pulpar endodôntica nas UDS 51,52 e 61. Pulpotomia nas UDS 54 e 64. ART nas UDS 74 e 85. Restauração com resina composta associada à coroa de acetato nas UDS 51, 52, 61 e 62. Foi realizada ART na face oclusal das UDS 74 e 85 com cimento de ionômero de vidro Vitremer (3M, Sumaré, SP).

Na 6ª sessão foi realizada a terapia pulpar das unidades 51, 52 e 61, com a utilização da pasta CTZ, de acordo com o seguinte protocolo: isolamento relativo com algodão estéril complementado com uso do sugador, preparo e limpeza da câmara coronária com cureta (FAVA, Pirituba, SP), seguida de irrigação com soro fisiológico e secagem da cavidade com bolinha de algodão estéril.



Figura 5. Limpeza e abertura coronária com cureta.



Figura 6. Abertura coronária realizada.

Para o preparo da pasta CTZ, utilizou-se o pó produzido em farmácia de manipulação (Fórmula e Ação, São Paulo, SP) acondicionado em cápsulas contendo 62.5 mg de cloranfenicol, 62.5mg de tetraciclina, 125 mg de óxido de zinco, na proporção de 1: 1: 2 e a essa mistura acrescentou-se 1 gota de eugenol, para formação da pasta CTZ, que foi em seguida inserida na cavidade. O pó da pasta CTZ foi despejado em uma placa de vidro estéril e manipulado com eugenol (Biodinâmica®, Ibiçara, PR, Brasil) com auxílio de uma espátula de metal para obter consistência de pasta de dente. Logo após, foi realizado um vedamento com lâmina de guta percha, limpeza com bolinha de algodão estéril e álcool. Selamento com cimento de ionômero de vidro Vitremer (3M, Sumaré, SP). Essa restauração permaneceu por um determinado período, a fim de que o paciente fosse condicionado e possibilitasse realização de restaurações mais estéticas.



Figura 7. Vedamento com lâmina de guta percha.



Figura 8. Aspecto intra oral após retorno em 6 meses.



Figura 9. Radiografia oclusal do arco superior. Retorno 6 em meses.

As UDS 52, 51, 61 e 62 foram restauradas com coroa de acetato (TDV, Pomerode, Brasil).

Primeiramente, foi realizada a profilaxia das unidades.



Figura 10. Profilaxia dos remanescentes dentários.



Figura 11. Após profilaxia.

Em seguida, foi selecionada a coroa de acetato (TDV, Pomerode, Brasil) de acordo com o tamanho cervical das unidades que seriam reabilitadas, em seguida foi realizado o recorte cervical da coroa com tesoura de ponta fina (Golgran, São Caetano do Sul, SP) para adaptá-la ao remanescente dentário, a fim de evitar excessos. Foi feito um pequeno furo na região palatina da coroa de acetato (TDV, Pomerode, Brasil) com sonda exploradora nº 5 (Golgran, São Caetano do Sul, SP), para que o excesso de material extravasasse. Devido à pequena quantidade de remanescente dentário e falta de cooperação do paciente, não foi possível executar o procedimento com isolamento absoluto. Feito, então, com isolamento relativo com rolete de algodão estéril, complementado com uso do sugador. Posteriormente, foi realizado o preparo da coroa remanescente através do condicionamento com ácido fosfórico 35% (Condac 37, Joinville, Brasil), lavagem e secagem com bolinha de

algodão estéril; aplicação do sistema adesivo ambar universal (FGM, Joinville, SC, Brasil) e fotopolimerização (Dabi Atlante, Ribeirão Preto, SP) por 10 segundos. Na sequência, fez-se o preenchimento da coroa de acetato com resina composta Opallis na cor DB1 com auxílio da espátula de resina, tendo o cuidado para evitar formação de bolhas.

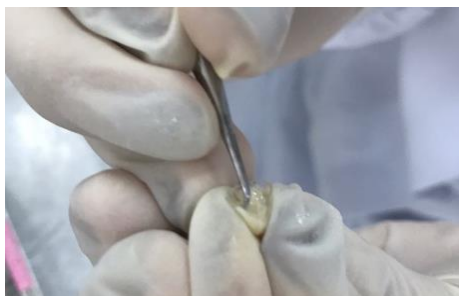


Figura 12. Técnica de incrementação única de resina composta na coroa de acetato.

A coroa foi levada ao dente, em posição um pouco mais vestibularizada, a fim de minimizar contato prematuro com os dentes inferiores. Feita, em seguida, a fotopolimerização (Dabi Atlante, Ribeirão Preto, SP) por 40 segundos em cada face. Para retirar a coroa de acetato, realizou-se pequeno desgaste vertical na face vestibular com a broca de acabamento 3195 #FF (KG Sorensen, Barueri, SP), o que ajudou na retirada da mesma.

Em seguida, com o auxílio da sonda exploradora nº 5 (Golgran, São Caetano do Sul, SP) a coroa foi retirada. Na sequência, checkou-se a oclusão (Pharmainox, Cachoeirinha, RS, Brasil) com intuito de deixar um toque mínimo entre os dentes superiores e inferiores. Com a broca de acabamento 3195 #FF (KG Sorensen, Barueri, SP), retirou-se o excesso da cervical e palatina.



Figura 13. Coroas de acetato instaladas.



Figura 14. Unidades 51 e 52 após remoção do excesso de resina composta.

Ao final do tratamento, a responsável foi alertada quanto à necessidade de retornos periódicos programados para manutenções preventivas, controle clínico e radiográfico e orientada quanto às limitações do tratamento. Além disso, fez-se um reforço com relação a, instrução de higiene oral e importância do controle da dieta para manutenção da saúde bucal.

3. Discussão

A CSI é uma doença multifatorial, com caráter agudo, rampante e progressivo, com repercussão importante na qualidade de vida da criança. No entanto, é perfeitamente evitável, principalmente, se informações precisas forem fornecidas às mães sobre os principais fatores de risco.

Desde o primeiro contato com a mãe e com o paciente do caso relatado, a responsável foi questionada quanto à higiene oral e dieta, a fim de destacar os pontos onde havia necessidade de mudança. A educação em saúde bucal para mães, o encaminhamento precoce e o manuseio imediato de crianças com sinais de cárie dentária são extremamente importantes na promoção da saúde bucal, uma vez que a remoção do biofilme ainda é considerada o mais efetivo e acessível meio de prevenção à cárie (ZÁVOLI, 2014). Além disso, essa parceria entre os pais/responsáveis e os cirurgiões-dentistas, previnem futuros problemas de saúde bucal para a criança (AREIAS et al., 2010).

O papel da dieta na aquisição da cárie severa da infância é crítico. O alto consumo de alimentos cariogênicos é um dos fatores etiológicos, além do número de vezes que os açúcares são ingeridos e a aderência do alimento também deve ser levada em consideração. A orientação quanto à alimentação adequada é significativa no sucesso do tratamento da cárie e, além disso, é de extrema importância na manutenção do equilíbrio e saúde geral do indivíduo (MYIATA et al., 2014). O paciente do presente caso clínico apresentou uma dieta pouco nutritiva e rica em alimentos com conteúdo açucarado, principalmente à noite. Foi orientado que o consumo diminuísse, e fosse feito apenas durante as principais refeições. Além disso, que fosse realizada a escovação logo após o término da ingestão, como também foi orientada a inserção de alimentos não cariogênicos, como, frutas e queijos.

De acordo com GUEDES PINTO et al., 2012, os dentes mais afetados na CSI são, em ordem crescente, os incisivos centrais e laterais superiores, molares inferiores, molares superiores e caninos superiores. Quando não controlada, ocorre perda das coroas dos quatro incisivos superiores, o que é a característica mais marcante nesses casos. Tal informação corrobora o caso relatado, uma vez que os dentes mais acometidos foram 51, 52, 61 e 62 de forma mais grave e com grande destruição coronária, seguidos das unidades 74, 84, 85, 64, 54, 53, 63.

Segundo ZWICKER et al. (2016) quando não tratada oportunamente, a CSI pode causar dor dental, inflamações, infecções, perda de dentes, desnutrição e comprometimento do sistema imunológico, causando impacto no desenvolvimento da criança. Além disso, merece destaque a repercussão a nível psicológico, emocional e social com situações de bullying e baixa autoestima, causando impacto negativo na qualidade de vida da criança (ANIL; ANAND, 2017). No caso relatado, a criança referia dor ao mastigar, além do relato da mãe de formação de abscesso e de problemas

comportamentais como vergonha de sorrir e, principalmente bullying sofrido na escola. Após o tratamento, notou-se uma evolução positiva na qualidade da mastigação, ausência de dor ou infecção, bem como aumento de autoestima da criança e em decorrência disto, uma grande evolução de seus aspectos psicossociais.

PINEDA et al., 2014 descrevem algumas opções de tratamento reabilitador para os casos de CSI como, restaurações diretas com resina composta, restaurações diretas com resina composta associada ao uso da matriz de acetato, uso de pinos de fibra de vidro, dentre outros. Portanto, foi escolhida para o presente caso a coroa de acetato por possuir estética superior, tempo clínico curto, facilidade na reparação da coroa no caso de falha ou fratura e durabilidade. Outro fator relevante na definição da técnica foi a questão comportamental da criança, que era de difícil manejo. E essa técnica proporcionou uma anatomia mais satisfatória, facilitando o trabalho e proporcionando mais conforto tanto à criança quanto ao profissional. Segundo Silva et al. (2018), a matriz anatômica de acetato pode ser utilizada para reconstrução de dentes e é responsável por restaurações duráveis, com baixo custo, redução de tempo clínico, sem etapa laboratorial, além de possibilitar o restabelecimento da estética e da função.

Já a terapia pulpar em dentes decíduos ainda continua sendo bastante estudada. Principalmente a ação antimicrobiana das pastas obturadoras. Segundo PIVA et al. 2009, ao avaliar a pasta CTZ, observou-se que ela apresentou os maiores halos de inibição bacteriana, o que não surpreendeu, uma vez que ela é composta por dois antibióticos de amplo espectro (tetraciclina e cloranfenicol) e pelo óxido de zinco e eugenol que também apresentam ação antimicrobiana. Além disso, a facilidade da técnica possibilita sua indicação para as crianças não colaboradoras. Por isso, foi escolhida como tratamento para o caso deste paciente, e com sucesso até o momento,

pois os dentes tratados com a pasta continuam com a sua raiz preservada e ausência de recidivas de fístula ou abscesso.

Como foi observado que a responsável não apresentou uma melhora significativa na higiene oral do paciente, pois o mesmo apresentava grande quantidade de biofilme ao chegar às consultas, esse ponto tornou-se ainda mais preocupante. No final de cada sessão era feito um reforço na orientação de saúde bucal.

É primordial o acompanhamento dos pais e paciente em longo prazo, a fim de observar o controle dos hábitos nocivos à saúde bucal, revertendo, assim, os fatores de risco a cárie dentária, para que o sucesso do tratamento seja garantido.

4. Conclusão

Pode-se concluir que é possível a reabilitação em crianças com CSI. Desde que, sejam consideradas as diversas alternativas terapêuticas, tal como foi apresentado no presente relato, o uso de métodos fáceis e eficazes, que devolvem função e estética das unidades afetadas, como também oferecem melhora positiva no desenvolvimento psicossocial da criança. Sempre levar em consideração de modo especial, que os pais estejam sensibilizados para a importância do seu papel na manutenção da saúde bucal de seus filhos.

Referências

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 2008-9 **Definition, oral health policies and clinical guidelines.**
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 2016. **Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options.**
3. ANIL, S. ANAND, P.S. (2017) **Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention.** Front. Pediatr. 5:157. doi: 10.3389/fped.2017.00157.
4. ANJOS, G.A.S. dos; FERNANDES, GF. **Fluoretação das águas de abastecimento público no estado de pernambuco: um resgate histórico.** Odontol. Clín.- Cient. (Online) vol.14 n.1 Recife Jan./Mar. 2015
5. BONECKER, M., FERNANDES, F.R.C., GUEDES-PINTO, A.C. **CÁRIE DENTÁRIA.** CAP. 21. IN: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria. 12ª edição.** São Paulo: Ed. Santos, p. 313 – 345, 2012, 1048 p.
6. CRISTINA AREIAS, VIVIANA MACHO, DANIELA RAGGIO, PAULO MELO, HERCILIA GUIMARÃES, CASIMIRO DE ANDRADE, GUEDES-PINTO. **Cárie precoce da infância – o estado da arte.** Acta Pediatr Port 2010;41(5):217-21.
7. LOSSO EM, TAVARES MC, SILVA JY, URBAN CA. **Severe early childhood caries: an integral approach.** J Pediatr (Rio J). 2009;85(4):295-300. Artigo submetido em 20.11.08, aceito em 16.01.09.
8. MALKA ASHKENAZI, MERVAT BIDOSI, LIRAN LEVIN. **Effect of Preventive Oral Hygiene Measures on the Development of New Carious lesions.** Vol 12, No 1, 2014.
9. MARIANA AMORIM CHAGAS DE OLIVEIRA, LUCIANE RIBEIRO DE REZENDE SUCASAS DA COSTA. **Desempenho clínico de pulpotomias com pasta ctz em molares decíduos: estudo retrospectivo.** Robrac, 2006.
10. MIYATA LB; BONINI GC; CALVO AFB; POLITANO GT. **Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2014;68(1):22-9
11. PINEDA; ISABELA CAROLINE; OSORIO; SUZIMARA DOS REIS GÉA; FRANZIN; LUCIMARA CHELES DA SILVA. **CÁRIE PRECOCE DA PRIMEIRA INFÂNCIA E REABILITAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA.** Revista UNINGÁ Review Vol.19, n.3, pp.51-55 (Jul - Set 2014)
12. PIVA; FABIANE; FARACO JUNIOR; ITALO MEDEIROS; FELDENS; CARLOS ALBERTO; ESTRELA;

- CYNTIA RODRIGUES DE ARAÚJO. **Ação Antimicrobiana de Materiais Empregados na Obturação dos Canais de Dentes Decíduos por Meio da Difusão em Ágar: Estudo in vitro.** Pesq Bras Odontoped Clín Integr 2009; 9(1):13-17.
13. PRASHANTH PRAKASH, PRYIA SUBRAMANIAM, B.H. DURGESH, SAPNA KONDE. **Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study.** 1 Department of Pediatric Dentistry, Manubhai Patel Dental College and Hospital Baroda, Gujarat, INDIA. Abril, 2012.
 14. SACHDEV; J., BANSAL; KALPANA; CHOPRA; RADHIKA. **Effect of Comprehensive Dental Rehabilitation on Growth Parameters in Pediatric Patients with Severe Early Childhood Caries.** International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, January-March 2016;9(1):15-20
 15. SANSHOTENE; MANOELLA CORCINI; REIS; ALESSANDRA CAPORAL DE MORAES DOS; BOLSSON; GABRIELA BOHRER; PEREIRA; CRISTINA RAUSCH; CARPES; ADRIANA DORNELLE; SANTOS; BIANCA ZIMMERMANN DOS. **ANSIEDADE, ESTRESSE E FATORES ASSOCIADOS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INFANTIL.** Disciplinaryum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 18, n. 1, p. 39-57, 2017
 16. SIDHU, R. K. **Exploring the Risk Factors behind Early Childhood Caries.** SMU Medical Journal, Volume – 3, No. – 1, January, 2016
 17. SILVA; SABRINA NOGUTI; FRACASSO; MARINA DE LOURDES CALVO; SANTIN; GABRIELA CRISTINA, PROVENZANO; MARIA GINETTE ARIAS; LOPES; THAYNARA DE SOUZA; SALLES; CARLOS LUIZ FERNANDES DE SALLES. **RECONSTRUÇÃO DE CANINOS DECÍDUOS COM MATRIZ DE ACETATO – RELATO DE CASO.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR Vol.22, n.2, pp.67-71 (Mar – Mai 2018)
 18. REIS BS, BARBOSA CCN, SOARES LC, BRUM SC, BARBOSA OLCB, MARQUES MM. **Análise “in vitro” da atividade antimicrobiana da pasta ctz utilizada como material obturador na terapia pulpar de dentes decíduos.** Revista Pró-UniverSUS. 2016 Jul./Dez.; 07 (3): 39-42
 19. SOUSA; PRISCILA MARIZ; DUARTE; RICARDO CAVALCANTI; SOUSA SIMONE ALVES DE. **Acompanhamento clínico e radiográfico de dentes decíduos submetidos à terapia pulpar com a pasta CTZ.** Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic 2014, 14(Supl.3):56-68.
 20. SYED S, NISAR N, MUBEEN N. **Early childhood caries: a preventable disease.** Dent Open J. 2015; 2(2): 55-61. doi: 10.17140/DOJ-2-111
 21. ZAVÓLI MACEDO, MIKHAEL AMMARI. **Cárie da primeira infância: conhecer para prevenir decay of kindergarten: learn to prevent.** Revista Rede de Cuidados em Saúde ISSN-1982-6451.