

UNIVERSIDADE TIRADENTES

GIOVANA FREIRE LOPES

HANA STHÉFANE GAMA COUTO

CÁRIE SEVERA NA INFÂNCIA  
E REABILITAÇÃO ORTODÔNTICA ESTÉTICA E  
FUNCIONAL: RELATO DE CASO

Aracaju

2022

GIOVANA FREIRE LOPES  
HANA STHÉFANE GAMA COUTO

CÁRIE SEVERA NA INFÂNCIA  
E REABILITAÇÃO ORTODÔNTICA ESTÉTICA E  
FUNCIONAL: RELATO DE CASO

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.

VANESSA DOS SANTOS VIANA, MSc.

Aracaju  
2022

GIOVANA FREIRE LOPES  
HANNA SHITÉFANE GAMA COUTO

CÁRIE SEVERA NA INFÂNCIA  
E REABILITAÇÃO ORTODÔNTICA ESTÉTICA E  
FUNCIONAL: RELATO DE CASO

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

---

*Professora Orientadora: Vanessa dos Santos Viana, MSc.*

---

1º Examinador: \_\_\_\_\_

---

2º Examinador: \_\_\_\_\_

# **Cárie Severa na Infância e Reabilitação Ortodôntica Estética e Funcional: Relato de Caso**

**Giovana Freire Lopes<sup>a</sup>, Hana Sthéfane Gama Couto<sup>a</sup>, Vanessados Santos Viana<sup>b</sup>**

*<sup>(a)</sup> Graduandas em Odontologia – Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup> MSc. Professora Adjunta do Cursode Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

## **RESUMO**

A cárie severa da infância é uma doença multifatorial que pode causar a perda precoce dos dentes decíduos, representando um grande problema de saúde pública, uma vez que informações e abordagens preventivas não alcançam a todos, gerando impactos negativos na vida das crianças acometidas por essa doença. O objetivo do presente trabalho é relatar caso clínico de paciente portador de cárie severa da infância e reabilitação ortodôntica estética e funcional. O paciente apresentava alto índice de biofilme, numerosas lesões cáries, algumas já com destruição coronária e presença de restos radiculares, tendo como resultado a perda precoce de algumas unidades, fazendo-se necessário o uso do aparelho mantenedor de espaço. Portanto, é evidente a importância da conscientização dos responsáveis sobre o cuidado da saúde bucal das crianças, evitando o surgimento da cárie e conseqüentemente a perda dos elementos decíduos, uma vez que a mesma pode ser prevenida, controlada ou revertida.

**PALAVRAS-CHAVE:** cárie dentária; infância; mantenedor de espaço; prevenção.

## **ABSTRACT**

Severe childhood caries is a multifactorial disease that can cause early loss of deciduous teeth, representing a major public health problem, since information and preventive approaches do not reach everyone, generating negative impacts on the lives of children affected by this disease. The objective of the present study is to report a clinical case of a patient with severe childhood caries and aesthetic and functional orthodontic rehabilitation. The patient had a high rate of biofilm, numerous carious lesions, some already with coronary destruction and the presence of root remains, resulting in the early loss of some units, making it necessary to use a space-maintaining device. Therefore, it is evident the importance of raising the awareness of those responsible for the care of children's oral health, preventing the emergence of caries and consequently the loss of deciduous elements, since it can be prevented, controlled or reversed.

**KEYWORD:** dental cavity; childhood; space maintainer; prevention.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CÁRIE PRECOCE SEVERA DA INFÂNCIA

A Cárie Severa da Infância (CSI) é a doença crônica mais comum nos primeiros anos de vida e, atualmente, representa um grande problema para a saúde pública mundial, tanto em países desenvolvidos quanto em evolução, afetando um significativo número de crianças pré-escolares que não se beneficiam de abordagens preventivas e onde os serviços de atenção à saúde são, muitas vezes, deficientes (SILVA *et al.*, 2017).

A CSI é definida pela presença de pelo menos um dente cariado (lesão com ou sem cavitação), a ausência de um dente (por cárie) ou a existência de uma restauração num dente temporário, em crianças de idade compreendida entre 0 e 71 meses (DIAS *et al.*, 2018).

Para o avanço da CSI, existem diversos fatores, tais como: hospedeiro susceptível, microbiota e dieta cariogênica. Esses fatores são influenciados por fatores secundários, tais como: hábitos de higiene bucal, acesso ao flúor, hábitos alimentares, fatores socioculturais e econômicos (CAMARGO *et al.*, 2018).

Hábitos alimentares inadequados como o frequente consumo de açúcares, bebidas adoçadas, o aleitamento sob livre demanda, refeição noturna e a falta de controle recorrente de biofilme, são os principais fatores de risco, principalmente, após o primeiro ano de vida da criança. A família possui influência na definição de comportamentos de saúde oral e tem papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos e dos conhecimentos da criança (BERNARDES, DIETRICH e FRANÇA, 2021).

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida da criança, é uma prática essencial para o seu desenvolvimento. Após esse período inicial o ideal é a introdução de alimentos saudáveis e a prática de hábitos de higiene na rotina da criança, como a escovação e o uso de fio dental. Os alimentos considerados mais cariogênicos são os ricos em carboidrato refinados, como doces e açúcares. Esses

alimentos são fermentáveis, facilitando a instalação de cáries, como por exemplo as balas pegajosas que aderem ao esmalte do dente. Após a ingestão desses alimentos são necessários a escovação dental e o uso do fio dental, limitando a proliferação de microrganismos (NOGUEIRA, 2021).

A prevenção e o tratamento de CSI podem ser composta em três fases: a) Prevenção primária, tem como objetivo melhorar o conhecimento de pais/cuidadores e trabalhadores em saúde, evitando o consumo infantil de açúcares livres em bebidas e comidas, além de proporcionar a exposição diária ao flúor; b) Prevenção secundária, consiste no controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação (aplicações de verniz fluoretado e de selantes de fissura); c) Prevenção terciária, inclui a inativação de lesões cavitadas e o tratamento operatório preservando a estrutura dentária (LOPES *et al.*, 2020)

A cárie severa na infância acomete principalmente os incisivos superiores decíduos por ser um dos primeiros dentes a erupcionar e pela sua localização. Normalmente por ser uma doença precoce e de rápida progressão, no momento em que a criança chega ao odontopediatra, a destruição já está muito avançada, sendo necessária a realização de intervenções reabilitadoras mais invasivas. A reabilitação dos incisivos centrais superiores decíduos severamente destruídos pode ser considerada dos maiores desafios da odontopediatra (NÓBREGA, BARBOSA e BRUM, 2018).

Em caso de destruição severa por cárie e/ou traumatismo, havendo a necessidade de extração de um dente decíduo, ocorre a perda precoce, gerando impactos negativos na vida da criança. Estas consequências podem gerar a ausência de espaço no arco, evolução de má oclusão, perda de dimensão vertical, dificuldade na formação e erupção do dente permanente sucessor, entre outros. A nível psicoemocional, elementos dentários em condições precárias têm sido o motivo mais frequente do bullying, e isso diminui a autoestima da criança afetando a qualidade de vida e estética. No momento em que a criança está no estágio de desenvolvimento, muitas vezes aprendendo a falar, a se comunicar, entrando na escola e convivendo socialmente, esses problemas podem trazer consequências danosas para o desenvolvimento psicossocial da criança (AMICHE *et al.*, 2021).

## 1.2 MANTENEDOR DE ESPAÇO

A dentição decídua em equilíbrio com a musculatura da face desempenha um importante papel na mastigação, oclusão, deglutição, fonação e estética da criança. Sendo assim, a substituição da dentição decídua para a dentição permanente deve acontecer de forma saudável e seguindo a correta ordem de desenvolvimento da oclusão. Sabendo disso, a perda precoce é considerada quando a perda do elemento decíduo ocorre antes que o sucessor permanente tenha iniciado o processo irruptivo, segundo a classificação de Nolla antes do estágio 6 (coroa completa), ou um ano antes da sua esfoliação normal, resultando em um retardo desse desenvolvimento. Porém, há uma aceleração desse processo caso a perda do dente decíduo ocorra depois de já ter sido iniciada a irrupção do seu permanente. Sua etiologia é baseada em três fatores: a cárie dental, traumatismo dental e reabsorção prematura das raízes dentárias, podendo acometer os dentes anteriores e dentes posteriores (RIBEIRO, 2021).

A cárie é a causa mais comum da perda precoce de dentes decíduos, portanto lesões cáries devem ser tratadas, não apenas para prevenir infecções e perda das unidades dentárias, mas também para manter a integridade do arco. Dessa forma, ao restaurar cáries interproximais, deve-se reconstruir o tamanho real dos dentes, para evitar que ocorram movimentações e, conseqüentemente, comprometimento do tamanho do arco. A principal consequência da perda precoce de um dente decíduo é a migração dos dentes vizinhos em direção ao espaço edêntulo. Uma vez que, o elemento dentário é mantido em sua posição correta no arco pela interação de um conjunto de forças de intensidade igual e sentidos opostos. Caso uma delas seja alterada ou removida ocorre um desequilíbrio, resultando em migrações dentárias, redução do perímetro do arco, sobre-irrupção do dente antagonista, interferências oclusais e futuras implicações periodontais (FRANCO, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2021).

Para que a perda precoce não gere as inúmeras consequências que podem desenvolver a má oclusão no indivíduo, é importante a manutenção adequada do espaço deixado pelo elemento que foi perdido com os aparelhos mantenedores de

espaço, que além de serem simples são também eficazes para a preservação do espaço no perímetro do arco dentário, auxilia na direção dos dentes permanentes que irão erupcionar futuramente, evitando a erupção ectópica ou inclusão de dentes permanentes e desvio da linha média dentária (PEIXOTO, 2020).

Para isso, o referido aparelho, seja ele fixo ou removível, deve apresentar características específicas como, ser capaz de manter a largura mesiodistal e a altura vertical correspondente ao dente perdido, não lesar ou alterar os dentes que estiverem servindo de suporte, bem como os tecidos periodontais, simples confecção, resistir ao impacto mastigatório, e não impedir o crescimento e desenvolvimento do arco dentário. É necessário observar migrações dentárias e o estágio de desenvolvimento do germe do dente permanente através de exames radiográficos (FRANCO, NASCIEMNTO e ARAÚJO, 2021)

Esses aparelhos são divididos pela literatura em fixos ou removíveis, funcionais ou não, reabilitando região anterior e/ou posterior. Segundo os estudos, a escolha entre o melhor mantenedor para o paciente deve ser baseada na idade, grau de cooperação, higiene bucal e anseios de crianças e seus responsáveis. Outro autor acrescenta se o paciente apresenta casos de uma ou múltiplas extrações. Já alguns autores relataram que para indicação do melhor aparelho dois fatores devem ser considerados: os exames clínico e radiográfico (NÓBREGA, BARBOSA e BRUM, 2018).

Os mantenedores não funcionais são indicados para que os dentes posteriores não mesializem e os anteriores não lingualizem, já os funcionais são utilizados quando o espaço é perdido mesio-distalmente e verticalmente. Os mantenedores removíveis são utilizados em casos que ocorrem a perda de muitos dentes decíduos, são feitos com resina acrílica, dentes de estoque e são fixados através de grampos. Já os mantenedores fixos podem ser utilizados quando a perda é unilateral ou bilateral, são confeccionados com fios ortodônticos, fixados em uma banda ortodôntica que é cimentada no dente decíduo (SAID *et al.*, 2021)



As principais vantagens dos mantenedores de espaço removíveis relatadas pela literatura são: fácil confecção e manejo, permitem uma fácil higienização, são passíveis de reembasamento, evitam a extrusão de dentes antagonistas e versatilidade (NÓBREGA, BARBOSA e BRUM, 2018).

Este trabalho teve como objetivo apresentar um relato de caso clínico de tratamento e controle de CSI e reabilitação ortodôntica estética e funcional em paciente pediátrico, desde a análise anamnésica ao acompanhamento do tratamento realizado.

## 2. RELATO DE CASO

O paciente V. G. M. R. de 6 anos de idade, sexo masculino, apresentou-se à Clínica de Estágio Infantil I da Unit acompanhado da sua responsável, pela primeira vez em Março de 2020, no entanto o tratamento não chegou a ser iniciado, devido a pandemia. Um ano e cinco meses após, em Agosto de 2021, o mesmo retornou para atendimento, a queixa materna foi “Quero tirar o dente porque está doendo” (SIC). Na anamnese não foi encontrada qualquer alteração de ordem sistêmica. A responsável relatou que o paciente foi amamentado até os dois anos e fez uso da mamadeira até um ano de idade.

Ao exame clínico intraoral observou-se dentição mista, presença dos primeiros molares permanentes (figura 2 e 3), biofilme em grande quantidade (figura 1, 2 e 3), manchas brancas ativas nas UD's 53, 54, 55 e 73, destruição coronária extensa nas UD's 51, 62 por lesões de cárie (figura 1 e 3), resto radicular nas UD's 52,61,64 (figura 1 e 3), lesão de cárie nas UD's, 55 face (O), 54 face (O), 53 face (V), 62 face (V), 72 face (M), 74 face (O) (figura 2 e 3). Diante de todas as informações coletadas, concluiu-se pelo diagnóstico de Cárie Severa da Infância (CSI).



**Figura 1.** Destruição coronária extensa nas UD's 51 – 62 e resto radicular nas UD's 52, 61 e 64. Biofilme corado em todas UD's.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 2.** Lesão cariosa nas UD'S 72 (M), 74 (O) e biofilme corado em todas UD's.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 3.** Resto radicular nas UD's 52, 61 e 64, lesão cariosa nas UD's 55 (O), 54 (O), 53 (V) e 62 (V). **Fonte: Caso clínico pesquisado**

Na análise Ortodôntica constatou-se, dentição mista, presença dos primeiros molares permanentes, relação terminal dos segundos molares decíduos (BAUME): Degrau Mesial, relação dos caninos (ANDREW): Classe I, perfil assimétrico, perfil facial: Convexo e tipo facial: Dolicofacial (figura 4).



**Figura 4.** Perfil Ortodôntico.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

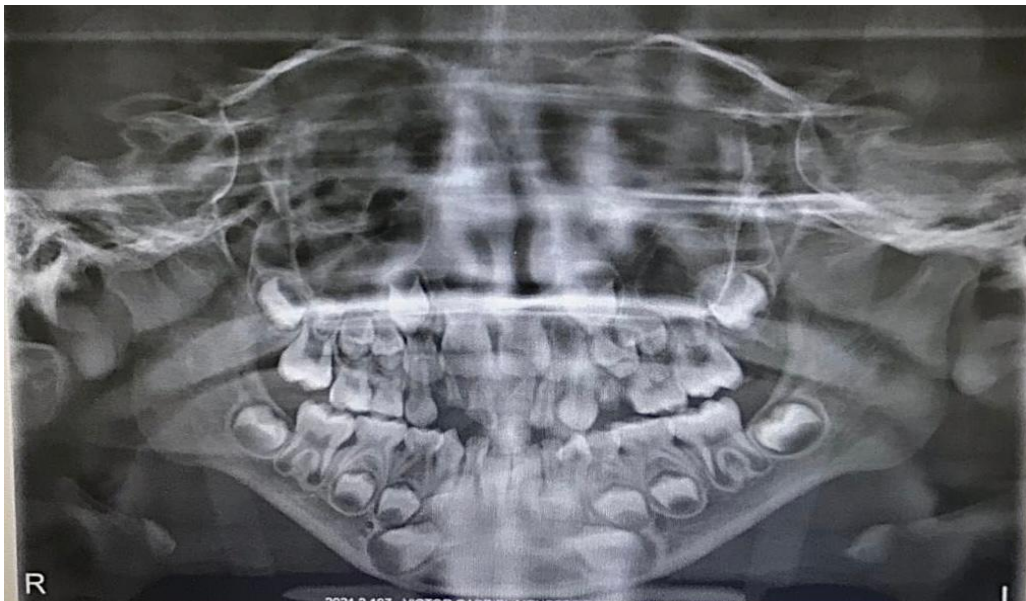
Aos exames complementares, foram realizadas radiografias periapicais das unidades 51; 52; 61 ; 62; 64 (figura 5 e 6) e foi solicitada radiografia panorâmica para análise dos germes dentários das unidades permanentes afim de verificar o estágio de Nolla. Dessa forma, definindo diagnóstico e procedimentos necessários para o tratamento adequado do paciente. Onde foi verificado predominância de estágio 5 da classificação Nolla (figura 7).



**Figura 5.** Sugestiva de Destruição coronária severa por lesão de cárie nas unidades 51; 52; 61 ; 62.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 6.** Resto radicular da unidade 64.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 7.** Panorâmica - Predominância de estagio 5 da classificação Nolla.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

Diante das condições clínicas e radiográficas constatadas foi elaborado o plano de tratamento de acordo com as necessidades do paciente. Sendo estabelecido, como prioridade orientações sobre correta higienização, importância da escovação, hábitos alimentares saudáveis, em seguida profilaxia, exodontia das UD's 52,51,61,64, restauração em Ionômero de Vidro nas UD's 55, 54, 53, 62, 72, 73 e 74, aplicação de Selante nas UD's 26, 36 e 46, aplicação de verniz fluoretado nas UD's 54,55 e 73, moldagem anatômica superior e confecção do Mantenedor de Espaço.

Durante o atendimento clínico o paciente mostrou-se cooperativo ao longo de todo tratamento. Contudo, foram utilizadas algumas técnicas de manejo psicológico para que não houvesse mudança de comportamento do paciente, tais como, Falar-mostrar-fazer e Reforço Positivo (figura 8). O paciente demonstrou curiosidade na função de alguns instrumentais e materiais, como sugador, seringa tríplice e também o evidenciador de biofilme.



**Figura 8.** Manejo psicológico utilizando a técnica de reforço positivo com livro para colorir e personagem favorito do paciente.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

Iniciou-se o tratamento com as exodontias dos restos radiculares das unidades 52, 51, 61 e 64, sendo realizadas em duas sessões. Na primeira sessão foram extraídas as UD'S 52 – 51 e na segunda sessão as UD's 61 e 64, seguindo as etapas: preparo da mesa cirúrgica com tripé clínico, carpule, alavancas bandeirinha e reta, fórceps nº1, cuba com soro fisiológico, gaze e anestésico tópico. Foi realizada anestesia tópica com benzocaína e cotonete esterilizado, anestesia infiltrativa local com um tubete de lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000 com agulha curta em fundo de sulco e palatina, remoção dos restos radiculares das UD's 52,51 (figura 9 e 10) e 64 , a hemostasia foi realizada com uso de compressa de gaze embebida em soro fisiológico. A raiz radicular da UD 61 acabou não sendo removida, pela dificuldade no momento da cirurgia pois o remanescente dental estava totalmente amolecido e sem apoio suficiente para remoção. O mesmo foi mantido em observação na expectativa de ser expulso ou reabsorvido.



**Figura 9.** Aspecto imediato após exodontia das UD's 52 e 51.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



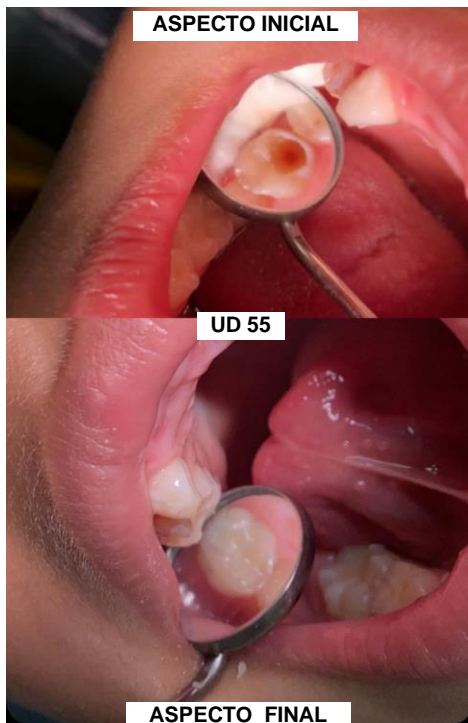
**Figura 10.** Aspecto 15 dias após cirurgia  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 11.** UD 52 e UD 51.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

O tratamento das lesões por consequência da cárie severa foi realizado em três sessões. Na arcada superior foram restauradas as UD's 55 (O) (figura 12) e 54 (O) (figura13) com Cimento Ionômero de Vidro RIVA® e as UD's 53 (V) (figura 14) e 62 (V) (figura 15) com Resina Composta (RC), na arcada inferior foram realizadas restaurações nas UD's 72 (M) (figura 16), 73 (V) (figura17) e 74 (O) (figura18) com Cimento Ionômero de Vidro RIVA®. Vale ressaltar que a cada sessão o paciente retornava com um alto índice de biofilme mesmo a responsável recebendo reforço das instruções de higiene oral em todas as consultas, provocando assim, uma lesão na UD 73 (V) (figura 17) a qual foi observada na última sessão das restaurações, pois a mesma estava coberta por uma camada de biofilme.

O protocolo restaurador cumpriu as seguintes etapas: remoção das lesões cariosas com cureta de dentina, isolamento relativo com roletes de algodão estéril, restaurações com Ionômero de Vidro RIVA® e fotopolimerização nas unidades supracitadas, nas restaurações em RC referidas, foi feito condicionamento com ácido fosfórico 37%, 15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte, lavagem e secagem com bolinha de algodão estéril, aplicação do sistema adesivo, fotopolimerização, aplicação da resina composta (EA2 e DA2), acabamento, polimento e ajuste oclusal em todas as restaurações.



**Figura 12.** UD 55 Aspecto inicial: Lesão cariosa em face (O). Aspecto final: restauração com RIVA®  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado.



**Figura 13.** UD 54. Aspecto inicial: Lesão cariosa em face (O). Aspecto final: restauração com RIVA®.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado.



**Figura 14.** UD 53. Aspecto inicial: Lesão cariosa em face (V). Aspecto final: Restauração com Resina Composta  
**Fonte: Caso clínico pesquisado.**



**Figura 15.** UD 62. Aspecto inicial: Destruição coronária por lesão de cárie. Aspecto final: Restauração com Resina Composta.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado.**

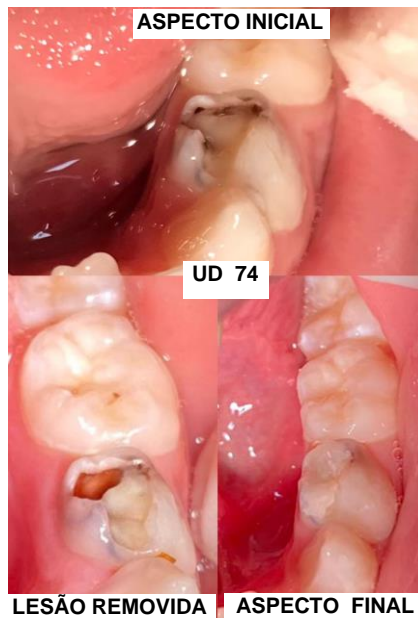


**Figura 16.** UD 72. Aspecto inicial: Lesão de cárie em face (M). Aspecto final: Restauração com RIVA®.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 17.** UD 73. Aspecto inicial: Lesão de cárie em face (V). Aspecto final: Restauração com RIVA®.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

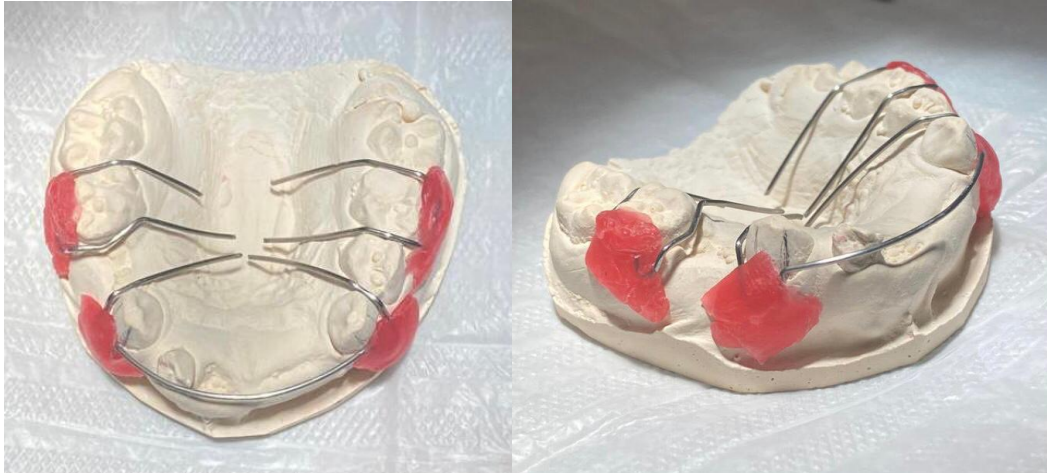




**Figura 18.** UD 74. Aspecto inicial: Lesão de cárie em face (O). Aspecto final: Restauração com RIVA®.

**Fonte: Caso clínico pesquisado**

Devido a perda precoce das unidades 52, 51, 61, 64 e compreendendo sobre os impactos estomatognáticos, sociais negativos que essas ausências poderiam causar na vida do paciente, tornou-se necessário a reabilitação ortodôntica funcional estética sendo indicada a confecção do aparelho mantenedor de espaço. Inicialmente, foi realizada moldagem da arcada superior com alginato e moldeiras de plástico nº2, em seguida, o modelo foi embebido com Solução de Milton para desinfecção, posteriormente foi vazado com gesso tipo VI e recortado. Foram confeccionados 2 grampos Adams, 1 arco vestibular com fio ortodôntico 0,7, utilizando o alicate nº139 (figura 19) e pensando em melhorar a estética do paciente foram feitos três dentes correspondendo as unidades 52, 51 e 61 com resina acrílica de cor (figura 20). O modelo foi hidratado em água e aplicado isolante, logo depois, foi feita a acrilização utilizando resina acrílica pó e líquido autopolimerizável incolor, posicionamento dos dentes produzidos, remoção dos excessos com broca Maxcut, acabamento e polimento com os polidores de acrílico.



**Figura 19.** Confeção dos grampos Adams e Arco Vestibular.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado



**Figura 20.** Aparelho Mantenedor de Espaço finalizado.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado

O tratamento foi finalizado com a instalação do aparelho mantenedor de espaço em Novembro de 2021 (figura21). No momento da instalação, o paciente não relatou nenhum incômodo, foi informado ao mesmo e a sua responsável, fazer uso do aparelho durante todo o dia, tirar apenas para comer e dormir, sendo mais uma vez reforçada a importância da higiene oral e instrução de higienização do aparelho. Este momento foi especial, pois após a instalação, a mãe e o paciente demonstraram felicidade, satisfação e emoção com o resultado final (figura 22 e 23).



**Figura 21.** Aparelho Mantenedor de Espaço adaptado e instalado.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado



**Figura 22.** Paciente feliz com certificado de tratamento finalizado.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado



**Figura 23.** Paciente e mãe satisfeitos com a instalação do aparelho.  
**Fonte:** Caso clínico pesquisado

Em Março de 2022, o paciente retornou para revisão do tratamento, ao exame intra oral foi possível notar uma melhora na higiene bucal do mesmo. Na UD 61 a qual foi mantido o resto radicular como já citado anteriormente, foi possível observar presença de uma fístula (figura 24), onde o paciente relatava sintomatologia dolorosa, também foi encontrada uma nova lesão cariosa na UD 65 face oclusal (O) (figura 25).



**Figura 24.** Presença de fístula em resto radicular da UD 61.

**Fonte: Caso clínico pesquisado**

Foi estabelecido um novo plano de tratamento da seguinte forma: profilaxia e aplicação de flúor, exodontia da UD 61 e restauração com Cimento Ionômero de Vidro na UD 65 face oclusal. Para análise atual do resto radicular, realizou-se uma nova radiografia periapical (figura 25) e a exodontia seguiu a mesma sequência clínica utilizada nas extrações feitas anteriormente (figura 26 e 27). Devido a cirurgia e ao ser observado o início da irrupção da UD 11, foi suspenso o uso do aparelho, uma vez que o mesmo poderia interferir no processo de cicatrização, como também na irrupção deste elemento.



**Figura 25.** Resto radicular UD 61.

**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 26.** Aspecto imediato após exodontia da UD 61.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**



**Figura 27.** Resto radicular da UD 61.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

Para finalizar, a lesão cariosa presente na UD 65 (O) foi curetada, restaurada com Cimento Ionômero de Vidro RIVA® e feito ajuste oclusal (figura 28).



**Figura 28.** Resto radicular da UD 61.  
**Fonte: Caso clínico pesquisado**

### 3. DISCUSSÃO

#### 3.1 CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA

A cárie dentária representa um grande problema de saúde pública e fatores socioeconômicos, níveis educacionais e estilo de vida podem estar relacionados com o seu aparecimento. A família tem influência direta na vida da criança e dos seus hábitos alimentares, por isso é de grande importância que os familiares aprendam e saibam reconhecer os sinais e sintomas relacionados com o aparecimento da cárie dentária, para modificar os fatores de risco causadores de doenças nas crianças, a fim de participarem do controle em nível de saúde pública (AMICHE *et al.*, 2019). Este caso clínico relata sobre o diagnóstico e tratamento de cárie severa da infância e reabilitação ortodôntica funcional e estética, em consequência da perda precoce de dentes decíduos, devido à grande extensão das lesões cariosas.

Segundo Martins (2020) dois dos fatores com maior impacto no surgimento e desenvolvimento da CSI são o consumo frequente de carboidratos fermentáveis e a presença de hábitos alimentares prejudiciais, que prolongam a duração da exposição dentária aos alimentos cariogênicos. O consumo de alimento açucarado no período noturno é o tipo de hábito mais associado à cárie precoce da infância, uma vez que os pais não costumam acordar a criança para a higienização dos dentes após o término da mamada. Além disso, durante o sono ocorre uma diminuição do fluxo salivar, e como consequência, sua capacidade tamponante também é diminuída, contribuindo para o desenvolvimento da doença (ARAUJO *et al.*, 2018).

O paciente do caso referido, apresentou uma dieta pouco nutritiva e composta por alimentos açucarados, além disso, a escovação não era supervisionada, pois a mãe relatou que o mesmo, quando escovava, era sozinho. A princípio foi feita orientação sobre alimentação saudável de forma lúdica, instrução de higiene oral, importância do uso da pasta de dente com flúor, demonstração da escovação em macro modelo para o paciente e a sua responsável, deixando claro a necessidade da escovação supervisionada e enfatizando a importância de escovar após as refeições e principalmente à noite.

Para Miyata *et al.*, (2014) a CSI é capaz de influenciar negativamente a qualidade de vida das crianças afetadas, causando dores e desconfortos, dificuldades na alimentação, no sono, no aprendizado, faltas escolares, problemas de autoestima e de auto confiança. Todas essas consequências podem prejudicar o desenvolvimento físico e psicológico da criança, além de refletir sobre o núcleo familiar levando, inclusive, a gastos inesperados inerentes ao tratamento, faltas em dias de trabalho para cuidar da criança, dentre outros.

Estudos indicam que o impacto da cárie dental na vida das crianças está relacionado, com maior frequência, aos domínios dos sintomas orais, das limitações e dos aspectos psicológicos. Assim, a criança que sofre com essa injúria pode apresentar dor, dificuldades na mastigação e na fala, além de estar susceptível à prática do bullying em âmbito escolar (DOVIGO *et al.* 2018).

O paciente do caso em questão teve a fala e autoestima comprometidas devido às destruições coronárias e extensas lesões cariosas nos dentes decíduos anteriores. O mesmo sofreu todos estes impactos negativos citados pela literatura anteriormente, uma vez que ao procurar atendimento na Clínica Odontológica da Unit, o estágio das lesões estava avançado ao ponto de já apresentar destruição coronária completa das UD's 52, 61 e 64, já as UD's 51 e 62 se não tratadas iriam também evoluir para restos radiculares.

Os fatores ambientais cuja influência foi mais amplamente observada são o nível socioeconómico e o meio sociocultural dos cuidadores primários, o seu grau de escolaridade e literacia em saúde oral. Crianças de famílias com um nível socioeconómico mais baixo têm 2 vezes maior probabilidade de desenvolver lesões de cárie comparadas com crianças em famílias de nível económico alto (MARTINS, 2020).

O comportamento dos pais em relação à saúde bucal tem uma influência direta no número de dentes cariados de seus filhos. Em populações menos favorecidas, os pais têm menor instrução e/ou orientação em relação à prevenção de desordens bucais, tais como informações sobre dieta, escovação, primeira visita ao dentista e uso de flúor diário. Com isso, observa-se maior prevalência da doença cárie e piora na

qualidade de vida, corroborando com outros estudos na literatura. (DOVIGO *et al.* 2018).

De acordo com o estudo de Nogueira (2021) 52,35% das crianças apresentam cárie severa, e nascem em lares cujo nível socioeconômico é baixo. A conclusão dos pesquisadores, é que a piora da cárie é possivelmente devido à espera dos pais ou a delegação do cuidado dentário a outras pessoas, o que acaba retardando esses cuidados. Questões como desemprego, analfabetismo, má distribuição de renda, educação dos pais ou responsáveis também foram associados ao quadro de piora da cárie na primeira infância.

A responsável do paciente em questão, desde o primeiro atendimento demonstrava interesse apenas em extrair as unidades anteriores afetadas, mesmo sendo orientado e esclarecido os cuidados de higiene oral, os motivos pelos quais a condição oral da criança se encontrava bastante delicada, a mesma só mostrava interesse em “arrancar” os dentes. Nos atendimentos em que não aconteciam as extrações, ela chegou a questionar sobre isso, vale ressaltar que em todos os atendimentos a responsável era chamada atenção para o cuidado com higiene oral da criança, pois mesmo sendo orientada em todas as consultas, o paciente retornava com biofilme, o que fica explícito que a mãe negligenciou a saúde bucal do filho. Além da baixa renda, foi observado o baixo nível de escolaridade da mesma, desse modo, fica evidente que os fatores socioeconômicos estão diretamente relacionados como referido na literatura.

É importante ressaltar que os procedimentos odontológicos adotados devem estar associados à promoção de saúde e prevenção dos agravos da doença (MELO *et al.*,2021). A adesão às instruções de higiene oral e aconselhamento dietético são essenciais no manejo da cárie e devem ser abordados para efeitos a longo prazo (CHMOECKEL *et al.*,2019)



### 3.2 MANTENEDOR DE ESPAÇO

Para Silva et al. (2020) e Santos e Pereira (2019), quando ocorre a perda antecipada do elemento dentário decíduo, deve ser utilizado os mantenedores de espaço como forma terapêutica, afim de que as consequências da perda do elemento sejam prevenidas, intervindas e diminuídas, resultando em um benefício harmônico para a evolução dento facial.

Segundo Said *et al.* (2021), a perda precoce de dentes decíduos anteriores acarreta danos funcionais, estéticos e psicossociais no indivíduo, podendo gerar inúmeras consequências, principalmente quando ocorre em molares decíduos, pois causam diminuição da arcada dentária. Além disso, quando essa perda ocorre em consequência da doença cárie ou por um trauma, pode gerar consequências a curto prazo que resultam em desequilíbrio da oclusão, direta ou indiretamente. Nas primeiras consultas o paciente não falava corretamente pois tinha receio de mostrar os dentes e sempre perguntava quando o aparelho iria ficar pronto, pois queria utilizá-lo no horário escolar. Quando o aparelho foi instalado, o mesmo sorriu e agradeu-se bastante com o resultado.

Como já descrito no presente relato de caso, houve a perda de múltiplos elementos dentários tanto em área ântero-superior como ântero-posterior superior, sendo assim, para o tratamento ortodôntico do paciente optou-se pela confecção do aparelho mantenedor de espaço do tipo removível funcional, pois de acordo com Santos e Pereira (2019), a escolha do aparelho é realizada baseando-se nas necessidades individuais de cada paciente, além disso, a instalação de um mantenedor de espaço do tipo removível funcional com dentes de acrílico evita hábitos de interposição de língua durante a deglutição, favorece a dicção e a estética da criança, devolvendo o bem-estar psicológico.

Nesse caso, houve também a perda em áreas de molares decíduos (UD 64), segundo os autores Franco, Nascimento e Araújo (2021), a manutenção de espaço em área de molares decíduos quando a perda é bilateral ou está associada a perdas no segmento anterior, é preferível usar aparelhos removíveis.

Peixoto (2020) relata que esta perda pode ter algumas consequências como a mesialização do segundo molar decíduo, distalização dos caninos decíduos, erupção ectópica, inclusão do pré-molar permanente e agrava-se ainda mais quando o primeiro molar temporário é perdido já com a erupção do primeiro molar permanente.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A cárie severa da infância é um problema que devido a sua multifatorialidade envolvendo aspectos socioeconômicos e níveis educacionais, deve ser tratada além da intervenção técnica. Dessa forma, fica evidente que é fundamental reforçar a promoção e prevenção da saúde bucal tanto nas escolas, como em campanhas e principalmente no SUS para que a informação chegue ao maior número de pessoas (pais e responsáveis), conscientizando sobre a importância da escovação e consultas periódicas ao dentista desde o surgimento dos primeiros dentes decíduos, prevenindo casos de cárie severa na infância e conseqüentemente a perda prematura do elemento dentário. A instalação do mantenedor de espaço funcional e estético, contribui para reestabelecer a função mastigatória, fonação e estética do paciente. Constatou-se que a cárie severa da infância afeta não apenas a saúde bucal da criança como também a sua autoestima, o seu desenvolvimento psicossocial e conseqüentemente a qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMICHE, T.; MARCICO, F.O; ROCHA, G.; TEIXEIRA, D.A; SILVA, L.A.H; ALVES, F.C.T.F.; MIASATO, J.M.; CHEVITARESE, L. **Cárie Precoce na Infância: a exodontia precoce pode prejudicar a qualidade de vida de crianças acometidas?** REAS, v. 13, n. 5, 2021.
2. ARAUJO, L. F., ALEXANDRIA, A. K., LETIERI, A. S., SOARES, T. R. C. **Cárie Precoce Da Infância: Uma Visão Atual em Odontopediatria.** Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. S3, p. 106-114, out./dez. 2018
3. BERNARDES, A.L.B; DIETRICH, L; FRANÇA, M.M.C. **A cárie precoce na infância ou cárie de primeira infância: uma revisão narrativa.** Research, Society and Development, v.10, n.14,e268101422093, 2021.
4. CAMARGO, B; PAVINATO, L.C; CARDOSO, M; BERVIAN, J; PERUSSOLO, B; PATUSSI, E. **Características de pacientes com cárie severa da infância: análise de pacientes atendidos em centro de referência.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, Passo Fundo, v.23, n.2, p. 133-138, 2018.
5. DIAS, G.F; RITZMANN, B.F; RANSOLIN, F; FERRAZ, T.R.K. **Reabilitação Estética E Funcional Em Paciente Com Cárie Precoce Da Infância:Relato De Caso.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 30, n. 3, p. 314-22, 2019.
6. DOVIGO,G., PESSOA,M. N., SANTOS, P. R., VEDOVELLO,S. A. S., MARCANTONIO, E. **Avaliação da Qualidade de Vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 50, 2021.
7. FRANCO, F.C.M; ARAÚJO, T.M; NASCIMENTO, A.C.S. **Manutenção de espaço: da etiologia à interceptação.** Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only), v. 12, n. 1, p. 32-38, Salvador, 2021.
8. MARTINS, C.da COSTA. **Cárie Precoce de Infância: Uma Revisão Narrativa da Literatura.** Lisboa, 2020. 45p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Universidade de Lisboa.
9. MELO, M. V. R., MARTINS, R. L., LIMA JÚNIOR, J. P., PERUCHI, C. M., PIAU, C.G. B. C. **Cárie na primeira infância (CPI): um grande desafio da odontopediatria: casos clínicos.** Revista Odontológica do Brasil Central, v. 30, n. 89, p. 260-272, 2021.
10. MIYATA, L. B., BONINI, G. C., CALVO, A. F. B., POLITANO, G. T. **Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 68, n. 1, p. 22-29, 2014.
11. NOBREGA, M.L; BARBOSA, C.C.N; BRUM, S.C. **Implicações da perda**

- precoce em odontopediatria.** Revista Pró-UniverSUS. v. 9, n. 1, p. 61-67, 2018.
12. NOGUEIRA, E. A. **A INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: REVISÃO DE LITERATURA.** Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, 2021.
  13. PEIXOTO, R. A. da SILVA. **Mantenedores de Espaço – Revisão Narrativa.** Viseu, 2020. 63p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Universidade Católica Portuguesa.
  14. RIBEIRO, L.A.S. **Prevalência da perda precoce de molares decíduos e tipos de mantenedores de espaço: revisão narrativa.** Florianópolis, 2021. 51P. Trabalho Conclusão do Curso. Centro de Ciências em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.
  15. SAID, V. A; MENDES, J. B; BARBOSA, K. A. G; MEIRA, J.F; OLIVEIRA, N.C.S; MEIRA, G.F. **Tratamento ortodôntico preventivo na perda precoce de dentes decíduos: relato de caso clínico.** Research, Society and Development, v. 10, n. 16, e309101624028, 2021.
  16. SANTOS, A. B., DEMETRIO, M. F. **Impacto da Cárie Dental na Pré-Escola: Revisão de Literatura.** Uberaba, MG. 2021. 26p. Universidade de Uberaba.
  17. SANTOS, O.H.C.O; PEREIRA, A.C.J. **Preservação de Espaço na Dentadura Mista.** Universidade Vale do Rio Verde, 2019.
  18. SCHMOECKEL, J., GORSETA, K., SPLIETH, C. H., JURIC, H. **How to Intervene in the Caries Process: Early Childhood Caries – A Systematic Review.** Revisão sistemática. Caries Research , v. 54, n. 2, pág. 102-112, 2020.
  19. SILVA, L. A. M., PINHEIRO, J. C., SILVA, G. G., MONTEIRO, F. A. B. S., PORTO, G. C. C., SILVA, J. P. S. **Utilização dos mantenedores e recuperadores de espaço na ortodontia interceptativa: Revisão dos princípios atuais.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , v. 9, n. 11, pág. e1009119627-e1009119627, 2020.
  20. SILVA, M.G.B; CATÃO M.H.C.V; ANDRADRE F.J.P; ALENCAR C.R.B. **Cárie precoce da infância: fatores de risco associados.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 6, n. 12, 2017.

## ANEXO 1

Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagem.

ANEXO 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES**

Eu, Amanda Mendes Feitosa, RG nº 2.299.346-0, residente à rua/avenida Parque dos Fátis, nº 1060, Bairro Parque dos Fátis, na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Debetor Cabral Medeiros idade 6 anos, RG 4.043.353-5, CPF \_\_\_\_\_, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Carla, Tamara e Milena

\_\_\_\_\_ . Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 25 de outubro de 20 21.

Amanda Mendes Feitosa  
Assinatura do responsável pelo paciente.  
CPF: 036433-385-54  
RG: 2.299.346-0

Milena Costa  
Assinatura do profissional responsável  
CPF: 00294205-12  
RG: 1387384