



Utilização de pino estético de fibra de vidro no tratamento da cárie de estabelecimento precoce: relato de dois casos clínicos

Early childhood caries treatment based on fiberglass aesthetic pins: two clinical cases report

Bianca Tardelli Lagreca
Vanessa Roma Martins
Mestres em Odontopediatria pela Unigranrio
José Massao Miasato
Professor de Odontopediatria da Unigranrio

Resumo

O presente artigo tem como objetivo descrever dois casos de crianças com cárie de estabelecimento precoce de forma severa, onde as coroas dos incisivos decíduos superiores foram completamente destruídas, e apresentar uma forma de tratamento com a utilização de pino estético de fibra de vidro.

Palavras-chave: cárie dentária; crianças; dentição decídua.

Abstract

The aim of this article is to describe two severe early caries cases in children in which incisive superior deciduous crowns were completely destroyed, and also to present a possible treatment based in the use of fiberglass aesthetic pins.

Keywords: dental caries; children; primary dentition.

Introdução

Em 1994, foi sugerida pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, nos Estados Unidos, uma nova nomenclatura para as lesões de cárie que acometem crianças de tenra idade: Cárie de Estabelecimento Precoce (CEP) (12). Esta denominação desconsidera qualquer modelo pré-determinado de doença, como o descrito por Fass, em 1962, que primeiramente descreveu a cárie de mamadeira como sendo um modelo diferenciado de cárie rampante, com características clínicas particulares, acometendo bebês jovens, com hábitos alimentares nocivos (8). A nomenclatura considera a CEP como qualquer forma de cárie em bebês e crianças pré-escolares de até 71 meses de idade (6, 12).

As lesões de cárie em crianças de tenra idade afetam inicialmente os incisivos superiores decíduos, podendo em casos avançados destruir completamente as coroas (5).

Quando a cárie de estabelecimento precoce permanece em seu estágio inicial e não é detectada, pode causar sérios problemas para as crianças, as quais podem sentir dor, dificuldade de comer e falar (10).

Revisão de Literatura

A distribuição e gravidade das doenças bucais variam nas diferentes partes do mundo, como também em diferentes locais de um mesmo país ou região. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cárie dental é ainda o maior problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando 60 a 90% das crianças em idade escolar e a grande maioria da população adulta (15).

Em pacientes extremamente jovens, a predominância de fatores de risco ambientais estabelece condições ideais para o desenvolvimento de lesões de cárie dentária. Assim, a presença de dentes recém-irrompidos, que não sofreram maturação pós-eruptiva, aumenta a susceptibilidade ao ataque cariogênico. Por outro lado, o grande número de dentes decíduos em fase de erupção dificulta a higienização e favorece a manutenção de biofilme na superfície dentária. Este período caracteriza-se, ainda, por uma fase de mudança na microbiota da cavidade bucal, possibilitando a implantação de microorganismos cariogênicos (1, 3).

Ao mesmo tempo, sabe-se que a dieta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da cárie dental, assumindo uma posição ainda mais relevante quando analisada em relação ao público infantil. Um comportamento de risco em relação à dieta, estabelecido no primeiro ano de vida, tende a se manter durante toda a infância, pois é essa a época em que os hábitos relacionados à saúde bucal são formados e firmados. Ainda nessa fase, a dieta é caracterizada pela alta frequência de consumo de alimentos cariogênicos através da mamadeira, submetendo a criança a períodos longos de contato com carboidratos fermentáveis (7).

Outro aspecto diz respeito à relação de dependência da criança com o adulto, que juntamente com o contexto sociocultural da família tem participação marcante na definição do padrão dietético e de higienização bucal. Crianças com menos de três anos de idade, na presença de fatores de risco como higienização bucal deficiente, aleitamento noturno e dieta rica em sacarose, quando associados à falta de orientação dos pais, contaminação pelos estreptococos *mutans* e hábitos inadequados, apresentam um ambiente bucal propício ao desenvolvimento de lesões cariosas (11).

Relato do Caso Clínico 1

Paciente do sexo feminino, com 3 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Unigranrio, acompanhada de sua mãe, para tratamento odontológico com a queixa principal de dentes anteriores destruídos.

Durante a anamnese, a mãe revelou que a criança apresentava uma dieta altamente cariogê-

nica, com ingestão freqüente de lanches e mamadeiras contendo mucilon e açúcar refinado, inclusive à noite. Quanto à higiene bucal, esta era realizada com a utilização de escova e creme dental, porém havia dificuldade de realizá-la à noite após o uso da mamadeira, pois a criança adormecia logo após.

A história médica não revelou nenhum dado ou doença sistêmica relevante. Ao exame clínico, a paciente apresentava dentição decídua completa e lesões cariosas nos incisivos centrais superiores e nos elementos 64, 54, 74, 75, 84 e 85. Ao exame radiográfico, foi constatado comprometimento pulpar apenas nos elementos 61 e 62.

Em primeiro lugar, foi realizada adequação do meio bucal com cimento de ionômero de vidro e aplicação de verniz fluoretado. A mãe foi devidamente orientada quanto à dieta e a escovação. À medida que se obteve controle das condições de saúde bucal, a fase restauradora foi iniciada.

Em consulta subsequente, foi realizada pulpectomia nos elementos 61 e 62 e os canais radiculares foram obturados com cimento óxido de zinco e eugenol. Devido à extensa destruição coronária, foi utilizado um pino estético de fibra de vidro para servir de apoio para a posterior restauração.

Relato do Caso Clínico 2

Paciente do sexo masculino, com 3 anos, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Unigranrio, acompanhada de sua mãe, para tratamento odontológico, apresentando queixa principal ausência dos dentes anteriores.

Durante a anamnese, a mãe revelou que a criança mamou no

peito, a livre demanda, até 12 meses e a higienização só começou a ser realizada após 18 meses.

A história médica não revelou nenhum dado ou doença sistêmica relevante. No exame clínico e radiográfico, o paciente apresentava dentição decídua completa e ausência das coroas dos elementos 52, 51, 61, 62, e não apresentava nenhuma outra alteração. O tratamento endodôntico foi realizado através de obturação dos condutos com cimento de óxido de zinco e eugenol nos quatro elementos. Durante as sessões a mãe recebia reforços sobre a higiene bucal.

Para possibilitar a restauração dos elementos dentários em questão foi utilizado pino de fibra de vidro como apoio da restauração.

Passos Técnicos

- Exame radiográfico;
- Seleção do pino de acordo com o diâmetro do canal. Remoção parcial do material obturador para posterior adaptação do pino;
- Corte dos pinos com broca de alta rotação sob refrigeração;
- Secagem do conduto com cones de papel;
- Cimentação do pino com cimento de ionômero de vidro utilizando a seringa centrix;
- Ataque com ácido fosfórico a 37% e aplicação do adesivo;
- Restauração com resina composta híbrida (Caso 1- por incremento, caso 2- coroa de celulóide);
- Ajustes finais- acabamento e polimento;
- RX final;
- Acompanhamento clínico e radiográfico periódico.



Figura 1. Caso clínico 1

1A. Visão intrabucal, após a adequação do meio bucal, a fase restauradora e o tratamento endodôntico dos elementos 61 e 62; 1B. aspecto após a cimentação dos pinos; 1C. aplicação do sistema adesivo; 1D. inserção incremental da resina composta híbrida; 1E. acabamento; 1F. resultado final



Figura 2. Caso clínico 2

2A. Aspecto clínico inicial do paciente, evidenciando a CEP; 2B. seleção do pino; 2C. corte do pino; 2D. adaptação da coroa de celulóide; 2E. resultado final; 2F. controle radiográfico após 2 meses

Discussão

Quando uma criança muito jovem não tem o benefício de cuidados preventivos adequados e, conseqüentemente, desenvolve a CEP, a intervenção terapêutica deve ser providenciada por um profissional treinado, experiente e especialista em trabalhar com crianças e progressão da doença (14).

Apesar da pouca idade dos pacientes nos casos relatados, a queixa principal de ambos era a ausência dos elementos dentários anteriores, com conseqüente falta de estética, o que afetava o convívio social. De acordo com SEGER (13), em nossa sociedade, onde a importância de uma boa aparência é consenso, os fatores que alteram essa harmonia podem prejudicar a auto-ima-

gem e auto-estima do paciente, colocando em risco suas relações interpessoais. Sob esse enfoque, DAMASCENO *et al.* (4) justificam a reabilitação bucal precoce na criança, valorizando-se o aspecto emocional quando da perda precoce de dentes decíduos anteriores, uma vez que a criança aprecia a beleza.

Além disso, a perda precoce

de dentes na região anterior pode ter outras consequências, como afirma a literatura odontológica: problemas na mastigação, fonação, deglutição, instalação de hábitos bucais deletérios e perda de espaço, embora alguns poucos autores a considerem. Visando prevenir essas alterações, optou-se pela utilização de pino estético de fibra de vidro e posterior restauração dos elementos dentários.

A destruição coronária de dentes superiores anteriores por cárie ou traumatismo é um quadro clínico freqüente na clínica odontopediátrica. No passado, o tratamento indicado para esses dentes decíduos era a exodontia, devido à dificuldade de retenção que os materiais restauradores apresentavam. Atualmente, esse problema poderá ser superado devido às diversas técnicas de retenção intracanal para reconstrução de dentes decíduos ante-

riores (9). Nos casos apresentados, em que os dentes incisivos superiores decíduos apresentavam a porção coronária totalmente destruída, porém a porção radicular íntegra, pode-se lançar mão da técnica de retenção intracanal para obter a reconstrução desses elementos.

Os pinos de fibra de vidro são brancos e permitem a difusão da luz, gerando condição mais favorável de estética final da restauração (2). Além disso, o desenho do pino permitiu mínima remoção de tecido durante o preparo do canal radicular e, sendo um pino flexível, faz com que ele modifique suas propriedades físicas quando submetido a forças de diferentes direções, apresentando elasticidade.

Foram utilizadas restaurações de resina compósita, pois possuem propriedades mecânicas e a estética necessária para

suprir a necessidade dos casos. Pelo fato de existir várias opções restauradoras, houve o emprego de técnicas diferentes nos casos apresentados.

Diante da experiência na Clínica de Odontopediatria da Unigranrio, observou-se que o cimento de óxido de zinco e eugenol como material obturador de dentes anteriores é preferível, pois endurece ao tomar presa e com isso evita seu extravasamento do canal radicular no caso de trauma. Nos presentes casos, o prognóstico final foi altamente favorável, com os pacientes e responsáveis satisfeitos com o restabelecimento das funções e principalmente da estética, havendo alteração comportamental das crianças, que se apresentaram mais alegres e extrovertidas, o que está de acordo com as pesquisas realizadas por todos os autores aqui citados. 

Referências Bibliográficas

1. ALALUUSUA, S., MALMIVIRTA, R. Early plaque accumulation – a sign for caries risk in young children. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 22, n. 5, p. 273-276, Oct., 1994.
2. CONCEIÇÃO, E. N., CONCEIÇÃO, A. D., BRAZ, R. Pinos Intra-radulares diretos estéticos. In: CONCEIÇÃO, E. N. et al. *Restaurações Estéticas*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2005, cap. 7.
3. CORREA, M. S. N. P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Editora Santos, 1998.
4. DAMASCENO, L. M. et al. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. *RBO*, v. 59, n. 3, mai./jun., 2002.
5. DAVIES, G. N. Early childhood caries-a synopsis. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 26, Suppl. 1, p. 106-116, 1998.
6. DRURY, T. F. et al. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J. Pub. Health Dent.*, v. 59, p. 192-197, 1999.
7. FADEL, C. B. *Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia?* UEPG. Cl. Biol. Saúde, v. 9, n. 3-4, p. 83-89, set./dez., 2003.
8. FASS, E. N. Is bottle feeding of milk a factor in dental caries? *Journal of Dentistry for Children*, v. 29, p. 245-251, 1962.
9. LARA, S. E. L. et al. Restaurações de dentes decíduos anteriores com uso de diferentes materiais para a confecção de pinos intra-radulares: caso clínico. *JBP*, v. 7, n. 35, p. 14-24, 2004.
10. LEE, C. et al. Teaching parents at WIC clinics to examine their high caries-risk babies. *Journal of Dentistry for Children*, p. 347-349, 1994.
11. MASSAO, J. M. et al. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio – RJ. *RBO*, v. 53, n. 5, p. 6-13, set./out., 1996.
12. REISNE, S., DOUGLAS, J. M. Psychosocial and behavioral issue in early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 26, Suplemento 1, p. 32-44, 1998.
13. SEGER, L. et al. *Psicologia e Odontologia - uma abordagem integradora*. 3ª ed., São Paulo: Santos, 1998.
14. WEINSTEIN, P. Public health issues in early childhood caries. *Comm. Dent. Epidemiol.*, v. 26 (suppl), p. 84-90, 1998.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization, 2003.

Recebido em: 01/10/2007

Aprovado em: 01/11/2007

Bianca Tardelli Lagreca

Rua Décio Nicolai, 14 – Quitandinha

Petrópolis/RJ – CEP: 25650-002

E-mail: biancalagreca@hotmail.com