

Reabilitação com prótese total em paciente infantil - Relato de caso

Rehabilitation with complete prosthesis in a child patient – Case report

Rehabilitación con prótesis completa en un paciente infantil – Reporte de caso

Recebido: 29/09/2023 | Revisado: 12/10/2023 | Aceitado: 13/10/2023 | Publicado: 17/10/2023

Mariana Aparecida dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3245-7909>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: mariana.aparecidasts@outlook.com

Daniela Silva Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1172-0887>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: oliveiradanielasilva5@gmail.com

Maria Vitória de Melo Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9078-9307>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: mvtoriamca@gmail.com

Thais da Costa Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5841-5526>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: thaicosta9819@gmail.com

João Araújo de Carvalho Neto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9041-1219>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: joaoaraujo_jua@hotmail.com

Emilly Aila Conceição dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2423-6731>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: dra.emilly@outlook.com

Aline Soares Monte Santo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4903-5613>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: dra.alinesms@gmail.com

Resumo

A cárie precoce na infância (CPI) é a presença de superfícies dentárias cariadas, cavitadas ou não, perdidas ou restauradas em crianças com idade inferior a 6 anos. Quando negligenciada, evolui para complicações, como a perda de dentes decíduos, acarretando alterações estéticas e funcionais, que podem ser resolvidas com a reabilitação oral protética, em alguns casos. O objetivo deste estudo é descrever através de um relato de caso a reabilitação estética e funcional com prótese total, elucidando a importância da conduta multiprofissional para o restabelecimento do bem estar da criança. Paciente 4 anos, sexo masculino, 10 quilos, compareceu a clínica odontológica da Universidade Tiradentes, acompanhado do responsável que relatou déficit mastigatório, perda de peso e dificuldade para interação e socialização interpessoal. Ao realizar exame clínico intra oral, notou-se perdas dentárias prematuras e diversas Unidades Dentárias (UDs) com o diagnóstico de CPI, ademais, no exame radiográfico observou-se que as UD 53,54,55,63 e 65 encontravam-se com cárie extensas, deste modo realizou-se as extrações dentárias e posteriormente a reabilitação oral protética total superior. Portanto, tal reabilitação, apesar de desafiadora, torna-se decisiva na manutenção da integridade da saúde bucal, da mesma forma que nos casos de destruição dos dentes decíduos é utilizada como forma de adequar as funções mastigatória, fonética, estética, proporcionando mais qualidade de vida e interação social da criança.

Palavras-chave: Cárie dentária; Reabilitação bucal; Odontopediatria.

Abstract

Early Childhood Caries (ECC) is the presence of decayed, cavitated or not, missing or restored dental surfaces in children under 6 years of age. When neglected, it can lead to complications such as the loss of deciduous teeth, resulting in aesthetic and functional alterations that can be resolved with prosthetic oral rehabilitation in some cases. The objective of this study is to describe, through a case report, the aesthetic and functional rehabilitation with complete dentures, highlighting the importance of a multidisciplinary approach for the child's well-being. A 4-year-old male patient, weighing 10 kilograms, presented at the dental clinic of the Tiradentes University, accompanied by a guardian who reported chewing difficulties, weight loss, and difficulty with interpersonal interaction and socialization. Upon performing an intraoral clinical examination, premature tooth loss and various Dental Units (UDs) with a diagnosis of ECC were observed. Furthermore, a radiographic examination revealed extensive decay in UD 53, 54, 55, 63, and 65.

Extractions were performed, followed by the placement of a complete upper prosthetic oral rehabilitation. Therefore, this rehabilitation, despite being challenging, is crucial for maintaining oral health integrity. In cases of deciduous tooth destruction, it is used to improve masticatory, phonetic, and esthetic functions, providing a higher quality of life and social interaction for the child.

Keywords: Dental caries; Oral rehabilitation; Pediatric dentistry.

Resumen

La caries precoz en la infancia (CPI) es la presencia de una o más superficies dentales cariadas, cavidadas o no, perdidas o restauradas en niños menores de 6 años. Cuando se descuida, puede evolucionar hacia complicaciones, como la pérdida de dientes temporales, lo que conlleva cambios estéticos y funcionales que a veces pueden resolverse mediante rehabilitación oral protética. El objetivo de este estudio es describir, a través de un informe de caso, la rehabilitación estética y funcional con prótesis total, dilucidar la importancia de la conducta multiprofesional para la restauración del bienestar del niño. El paciente, de 4 años, sexo masculino, 10 kg, acudió a la clínica dental de la Universidad Tiradentes acompañado de responsable que informó sobre problemas para masticar, pérdida de peso y dificultades en la interacción social. Durante el examen clínico intraoral, se observaron pérdidas dentales prematuras y varias unidades dentales (UD) con el diagnóstico de CPI, en el examen radiográfico se identificó que las UD 53, 54, 55, 63 y 65 presentaban caries extensas, de esta manera se realizaron las extracciones y posteriormente la rehabilitación protética total en la parte superior. La rehabilitación oral protética, a pesar de ser desafiante, se convierte en una decisión crucial para mantener la integridad de la salud bucal, de la misma manera que en los casos de destrucción de los dientes temporales se utiliza como una forma de adecuar las funciones de masticación, fonética y estética, proporcionando una mejor calidad de vida y una mayor interacción social para el niño.

Palabras clave: Caries dental; Rehabilitación bucal; Odontopediatría.

1. Introdução

A cárie precoce na infância (CPI), antes conhecida como cárie de mamadeira ou cárie rampante, pode ser definida de acordo com a American Academy of Pediatric Dentistry, como a presença de uma ou mais superfícies dentárias ou dentes decíduos cariados, perdidos (devido à cárie) em crianças de 71 meses de idade ou mais jovens. É considerada uma doença multifatorial determinada pelo consumo excessivo de açúcar e pH do biofilme, a qual ocorre desmineralização (perda de minerais) e remineralização (ganho de minerais) nos tecidos minerais dos dentes, além de fatores comportamentais, psicossociais e biológicos (Lopes, et al., 2020). É caracterizada por destruição severa de um grande número de dentes de forma rápida e está associada normalmente ao consumo frequente ou prolongado de líquidos contendo carboidratos fermentáveis. Infelizmente, pode ocorrer grave acometimento dos dentes decíduos ao ponto de indicação de múltiplas exodontias (Duque, et al., 2013).

O surgimento precoce da cárie dentária na infância é considerado um problema de saúde pública mundial, afetando mais de 60% das crianças em idade escolar. No Brasil, apesar da prevalência da cárie ter sido reduzida nas últimas décadas, cerca de 53% das crianças menores de cinco anos ainda apresentam a doença e mais de 80% dos dentes decíduos cariados não são tratados, principalmente em áreas afetadas pelas iniquidades sociais (Carvalho, et al., 2020). A cárie dentária afeta em uma maior proporção crianças pré-escolares nos países em desenvolvimento, se comparado com dados de países desenvolvidos. No Brasil, a doença acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade e 59,4 % aos 5 anos de idade (Guedes-Pinto, 2016).

Na dentição decídua as lesões de cárie podem acometer os dentes assim que estes irrompem na cavidade bucal, caso não sejam estabelecidos hábitos saudáveis de higiene e alimentação. Não raro, algumas crianças apresentam alto grau de destruição dentária, o que pode causar redução da eficiência mastigatória, desenvolvimento de hábitos parafuncionais, como interposição de língua, perda de dimensão vertical e comprometimento estético com intensa repercussão psicológica (Guedes-Pinto, 2016).

O quadro de CPI afeta dentes decíduos logo após sua irrupção, acometendo-os de acordo com a ordem cronológica de exposição ao meio bucal. Inicia-se com o desenvolvimento de lesões de cárie, tipo mancha branca, nos incisivos superiores, próximo à margem gengival. Em função da falta de diagnóstico precoce ocorre agravamento das lesões nesses dentes e os primeiros molares também são envolvidos (Guedes-Pinto, 2016).

A perda precoce de dentes decíduos pode levar a padrões inadequados de deglutição, fonação e no desenvolvimento da comunicação, além disso os molares decíduos quando acometidos, ocorre uma mudança no padrão alimentar, tornando-a mais consistente e líquida, o que promove um padrão de mastigação diferente do habitual, acarretando no atraso ou irrupção prematura dos dentes permanentes, problemas ortodônticos e psicológicos na criança (Assunção & Maia, 2022). Os impactos negativos da cárie dentária na vida de uma criança acabam afetando em diversos fatores, podendo diminuir sua autoestima e também seu rendimento escolar, causando alterações comportamentais, dificuldade no sono, na alimentação, diminuição do apetite, perda de peso e irritabilidade (Tesch, et al., 2007).

A perda dos dentes decíduos é considerada precoce se ocorrer antes do estágio 6 de Nolla (formação coronária completa e formação radicular já iniciada) ou um ano antes da sua esfoliação fisiológica, dependendo da situação que for mais precoce (Guedes-Pinto, 2016). Frente a essa perda é necessário realizar a reabilitação estética e funcional, até que ocorra o irrompimento dos dentes sucessores permanentes. Uma das maneiras mais práticas de ser conseguida a reabilitação dentária é por meio de próteses (Corrêa, 2017). O principal objetivo do aparelho protético é devolver as necessidades básicas ao jovem paciente, como a mastigação, estética, desenvolvimento da fala e da autoestima (Duque, et al., 2013).

Entre os diferentes recursos protéticos utilizados para substituir dentes decíduos têm-se as próteses fixas, as parciais removíveis e os totais removíveis (Guedes-Pinto, 2016). Em casos de cárie infantil grave com perda dentária extensa, as próteses removíveis parciais e totais podem restaurar a função do sistema estomatognático possibilitando qualidade de vida geral do paciente, além disso o tratamento tem como finalidade restabelecer estética, devolver função mastigatória, fonética e melhoria no convívio social, causando impactos positivos na qualidade de vida das crianças e dos seus familiares (Dainezi, et al., 2015).

Problemas de saúde bucal interferem no bem estar físico, social e mental. Restrições na alimentação por conta de dores, desnutrição, dificuldade no rendimento escolar, alterações na fala, são alguns aspectos da CPI. O que pode impactar negativamente a capacidade da criança se conectar com outras pessoas, trazer problemas familiares e sociais na escola (Tonial, et al., 2015). O tratamento da doença baseado em intervenções curativas e específicas sem ter em conta a sua natureza multifatorial não consegue alcançar um estado de equilíbrio na cavidade oral, especialmente em crianças com cárie precoce (Otenio, et al., 2009).

A reabilitação oral consiste em uma série de técnicas e tratamentos adaptados para cada paciente, sendo importante realizar o manejo periódico do paciente e instruções quanto a higiene, adaptação e a preservação da prótese (Barbosa, et al., 2021).

A reabilitação oral em odontopediatria é muito mais do que tratar casos de traumatismo, cárie ou manifestações de distúrbios e doenças com repercussões na cavidade oral. É fundamental reeducar a criança e os seus pais ou tutores e incentivar a mudança de hábitos de saúde e higiene oral (Pinto, 2019). Em dentes decíduos o uso de próteses não deve interferir nos processos de desenvolvimento, crescimento e a integridade dos dentes permanentes, mas deve ser visto como um recurso para restaurar o equilíbrio (Corrêa, 2017).

O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de reabilitação estético-funcional com prótese total (PT) em Odontopediatria, devido à perda prematura dos dentes decíduos por CPI, elucidando a importância da conduta integral do profissional para o restabelecimento da saúde bucal e geral da criança.

2. Metodologia

O referido estudo trata-se de um relato de caso clínico que foi realizado na clínica odontológica da Universidade Tiradentes, em Aracaju/Sergipe. O relato de caso descreve o passo a passo clínico, com enfoque em modelo de relatório detalhando os sinais, sintomas, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente (Estrela, 2018). Desta forma, o estudo foi elaborado com concordância com a Declaração de Helsinque e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS),

utilizou-se também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável do paciente, liberando, deste modo, o uso da imagem para a divulgação com finalidade acadêmica do tratamento que lhe foi proposto.

3. Estudo de Caso

Paciente J.A.S.E., 4 anos de idade, natural de Aracaju/SE, ASA I, 10kg, compareceu à clínica odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT) na disciplina de Estágio Supervisionado Infantil II, apresentando-se bastante amedrontado e com comportamento agressivo, acompanhado de sua mãe, que relatou como queixa principal: “vim para arrancar os dentes dele” [sic]. A responsável informou ainda que a criança fazia uso de mamadeira suplementar todas as noites e que o consumo de alimentos açucarados durante o dia era alto, entretanto, estava com dificuldade ao mastigar alimentos sólidos devido à condição dos dentes, sendo, inclusive, notável a perda de peso da criança nos últimos meses. Ao ser questionada sobre o comportamento e a socialização da criança, a mãe informou que o paciente não gostava de interagir com as demais crianças, sentindo vergonha de sorrir e mostrar os dentes. Após avaliação geral do paciente por meio da anamnese, observou-se clinicamente que já havia uma perda da dimensão vertical como pode ser notado na Figura 1.

Figura 1 – Notável perda da dimensão vertical.



Fonte: Arquivo pessoal.

Na Figura 2 é possível observar extensa destruição coronária nas unidades 55 e 65, assim como nas unidades 74, 75 (Figura 3) e 85 (Figura 4), presença de resíduos radiculares das unidades 53, 54 e 63 e ausência das unidades 51, 52, 61, 62, 64, podendo ser visualizadas ainda na Figura 2 e na Figura 4, a ausência do elemento 84, os quais foram removidos em posto de saúde do município em que habitava.

Figura 2 - Aspecto inicial do arco superior, destruição coronária das unidades 55, 65, resíduos radiculares das unidades 53, 54 e 63, ausência dos elementos 51, 52, 61, 62 e 64.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 3 - Aspecto inicial de hemi-arcada inferior esquerda, destruição coronária das unidades 74 e 75.



Fonte: Arquivo pessoal.

Os incisivos decíduos inferiores e unidade 83 (canino inferior direito) presentes na boca no momento do exame apresentavam apenas manchas acastanhadas na face vestibular e unidade 73 (canino inferior esquerdo) com cavidade média na face distal, conforme a Figura 4.

Figura 4 - Aspecto inicial de hemi-arcada inferior, destruição coronária na unidade 85, ausência da unidade 84, incisivos inferiores decíduos e unidade 83 com mancha acastanhada e unidade 73 com cavidade média na face distal.



Fonte: Arquivo pessoal.

Radiograficamente, os elementos superiores apresentavam reabsorção radicular patológica superior a 2/3, logo, foi indicada a exodontia desses elementos, na Figura 5 é possível observar as unidades dentárias 53,54 e 55.

Figuras 5 – Unidades 53, 54 e 55 com indicação de exodontia.



Fonte: Arquivo pessoal.

As unidades dentárias 63 e 65, notadas na Figura 6, também apresentavam reabsorção radicular patológica superior a 2/3, sendo indicado também a o mesmo procedimento das unidades anteriores.

Figura 6 - Unidades 63 e 65 com indicação de exodontia.



Fonte: Arquivo pessoal.

Através do relato da mãe quanto aos hábitos alimentares e à sua dificuldade em higienizar os dentes da criança, e devido à quantidade de lesões cáries presentes, o paciente foi diagnosticado com CPI.

O plano e o cronograma de tratamento foram traçados e o tratamento foi executado após a assinatura do termo de consentimento pela responsável. Nas primeiras sessões foi realizada adequação do meio, incluindo instrução de higiene oral, profilaxia, fluoroterapia e restauração atraumática com cimento de ionômero de vidro restaurador (Vitremer®) nas unidades 73, 71, 75, 81 e 83. Logo após, nas sessões seguintes foram realizadas as exodontias de todas as unidades superiores que estavam impossibilitadas de receber tratamento conservador (Figura 7).

Figura 7 – Vista oclusal do arco superior após as exodontias, primeiro molar permanente superior esquerdo em erupção.



Fonte: Arquivo pessoal.

Após o tratamento devido para cada unidade dentária, bem como orientações sobre dieta e higiene bucal para a criança, foi proposta a confecção de uma PT na arcada superior, com finalidade de devolver função e estética. Foi dado intervalo de 60 dias após as exodontias das unidades indicadas, para que houvesse cicatrização do rebordo e remodelação da mesma.

Na oitava sessão, foi dado início à confecção da prótese. Para tanto, foi selecionada a moldeira infantil compatível com a arcada da criança (S-2), foi utilizado cera utilidade nas bordas da moldeira e realizada a sua individualização, conforme Figura 8.

Figuras 8 – Individualização da moldeira, cera utilidade nas bordas da moldeira.



Fonte: Arquivo pessoal.

A seguir, moldou-se com silicone de adição (Adsil®) por ser um material que oferece moldes mais fiéis (Figura 9) e vazou-se o molde com gesso pedra obtendo, assim, o modelo de estudo. Sob esse, delimitou-se toda a área de suporte com lápis grafite, segundo o limite anatômico.

Figura 9 - Molde com silicone de adição.



Fonte: Arquivo pessoal.

Sobre o modelo de estudo, foi confeccionada a moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável (Vipiflash®), (Figura 10), e assim foi levada à boca do paciente para o devido ajuste.

Figuras 10 – Moldeira individual de resina acrílica.



Fonte: Arquivo pessoal.

Dando continuidade à confecção da prótese, na nona sessão foi feita a moldagem funcional sobre a moldeira individual com a pasta zinco-enólica (Lysanda®), (Figura 11). Após, com a moldeira encaixotada, vazou-se com gesso-pedra tipo IV (Herodent®), obtendo-se assim o modelo de trabalho.

Figura 11 - Moldeira individual após a moldagem funcional.



Fonte: Arquivo pessoal.

Na décima sessão, sobre o modelo de trabalho foi construído o plano de cera para determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO), da oclusão em relação cêntrica e das linhas de referência (Figura 12).

Figura 12 – Plano de cera.



Fonte: Arquivo pessoal.

Devido ao início da erupção do primeiro molar permanente esquerdo superior (unidade 26), foi necessário ajustes na moldeira individual, confeccionando um alívio na placa na região do molar permanente, retirando material de resina acrílica e dentro deste, foi colocado cera 7 (Newwax 7®), para que este se acomodasse, auxiliando no momento da moldagem, copiando o formato do dente e melhorando assim, a adaptação da prótese. Logo após, foi feito o reembasamento com pasta Lyzandra® (Figura 13).

Figura 13 - Reembasamento após a confecção do alívio na placa.



Fonte: Arquivo pessoal.

Para a determinação da DVO, mediu-se com o compasso de Willis a dimensão vertical de repouso (DVR), e dessa medida subtraiu-se 2mm.

Considerando que a superfície dos arcos dentários decíduos é plana, não houve necessidade de determinar as curvas de Wilson e Spee. O traçado da linha mediana foi obtido tomando como referência a linha mediana da face. A linha alta do sorriso foi marcada com um traçado horizontal correspondente à altura do lábio superior contraído em um sorriso forçado, enquanto as linhas dos caninos estavam paralelas à linha das comissuras labiais com os lábios em repouso. Após essa etapa, a base de prova com rolete de cera foi removida da boca da criança para montagem no articulador.

Encaminhou-se o articulador ao laboratório de prótese para a montagem dos dentes artificiais obedecendo às características da dentição decídua, como tipo de arco e superfície oclusal plana. Os dentes utilizados foram da BIOFORM® conforme mostra a Figura 14 onde é vista a visão frontal do articulador.

Figura 14 – Dentes montados em cera (frontal).



Fonte: Arquivo pessoal.

São dentes conhecidos como não anatômicos ou sem cúspides, assegurando assim, estabilidade, na Figura 15 é possível ter uma visão lateral dos dentes da BIOFORM®.

Figura 15 - Dentes montados em cera (lateral).



Fonte: Arquivo pessoal.

Após os dentes montados nos roletes de cera, foi efetuada uma prova no paciente para verificar a fonética (pronúncia dos fonemas S, F e V) e estética (perfil e posicionamento dos lábios).

A prótese foi acrilizada com resina de base macia (Termopolimerizável, VIP STG®) e logo após foi realizado o ajuste oclusal, observando nesta sessão a necessidade de fazer um rebaixamento na região de rebordo residual para melhor acomodação da prótese, preservação do crescimento maxilar e também a confecção de um orifício na região do molar permanente esquerdo para melhor acomodá-lo (Figura 16).

Figura 16 - Confeção de orifício na região de primeiro molar permanente esquerdo.



Fonte: Arquivo pessoal.

O orifício realizado na região do primeiro molar permanente auxiliou na retenção da prótese, seguindo com reembasamento utilizando resina de base macia (Soft Confort®) (Figura 17), sendo uma etapa absolutamente necessária para garantir um bom funcionamento articular com equilíbrio e ausência de traumatismo. Logo em seguida foi feito o acabamento e polimento final da prótese.

Figura 17- Prótese após reembasamento com resina base macia.



Fonte: Arquivo pessoal.

Após a instalação e adaptação da prótese visualizadas nas Figuras 18 e 19, verificou se estava adaptada e se não estava incomodando o paciente. A responsável foi orientada quanto ao uso, devendo utilizar a prótese durante todo o dia e retirar ao dormir, foi orientada também dos procedimentos de limpeza e a necessidade de acompanhamento nas primeiras 24 e 72 horas para verificar se há áreas que estejam incomodando e assim, poder adaptar e a cada três meses para verificar a estabilidade e a irrupção dos dentes permanentes sob a prótese.

Figura 18 – Instalação e adaptação da PT.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 19- Paciente após instalação da PT.



Fonte: Arquivo pessoal.

É importante ressaltar que o paciente deve estar sempre em acompanhamento odontológico para que assim seja avaliada a esfoliação dos dentes decíduos, necessidade de troca do aparelho protético, ajustes, higiene, desgastes. O auxílio do responsável é de suma importância principalmente nas primeiras semanas para que o paciente possa se adaptar e não fique removendo toda hora ou deixe de usar. Assim foi realizada a instrução de uso e de higiene oral da prótese e as orientações para o autocuidado, proporcionando novos hábitos de vida e saúde para o paciente.

4. Discussão

A CPI é uma doença com alto índice de prevalência, principalmente em áreas onde as pessoas têm menor poder aquisitivo ou poucas informações sobre a importância da saúde bucal. É necessário como forma de prevenção da CPI que a primeira consulta seja realizada entre 6 meses a 1 ano de vida, além disso, é importante evitar o uso de mamadeira com carboidratos fermentáveis ao dormir e iniciar a higiene bucal após irromper o primeiro dente (Pineda, et al., 2014).

A ingestão de sacarose e a falta de higienização correta ainda são fatores fundamentais para o desenvolvimento da cárie, a qual continua sendo uma doença comum com alta prevalência no Brasil, principalmente em crianças. Desde os primeiros dentes na boca é fundamental a promoção de saúde bucal e controle da dieta para o bem-estar e qualidade de vida da criança e de seus familiares, prevenindo problemas futuros, sejam eles psicológicos ou estéticos (Rodrigues, et al., 2023).

Episódios de dor intensa relacionados à cárie dentária em pacientes infantis, pode impactar em suas atividades diárias, como comer, dormir e brincar. Complicações sistêmicas, psicológicas e condições socioeconômicas da família também estão relacionadas a essas lesões de cárie, o que reduz a qualidade de vida durante a infância, famílias com situações econômicas de baixa renda pode ter maior incidência de cárie devido a suas limitações ao acesso aos serviços de saúde (Carteri, et al., 2019).

A perda precoce dos dentes decíduos pode ocasionar deglutição e fonação atípicas, provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultar a alimentação e favorecer a instalação de prováveis problemas ortodônticos, estomatognáticos e psicológico na criança, além de ocorrer a perda da dimensão vertical, danos estéticos, funcionais e psicossocial, além da possibilidade de perda de espaço para o dente permanente sucessor (Nóbrega, et al., 2018).

As orientações e esclarecimentos prestados ao núcleo familiar da criança acometida pela CPI são de extrema importância para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal. Muitas vezes o Odontopediatra vai além dos procedimentos técnicos e participa da reabilitação bucal da criança auxiliando na alteração da dieta, na interrupção de hábitos orais deletérios, nos cuidados com higiene bucal e geral, além de muitas vezes agir como apoio psicológico à família. Agindo

desta forma, o profissional está aplicando amplamente o conceito de educação para a saúde que, conforme sugerem vários estudos, é um dos caminhos para a conscientização e a prevenção quanto à doença (Miyata, et al., 2014).

É consenso na literatura que a conscientização da importância do acompanhamento precoce, tão logo erupcionem os dentes decíduos, deve ser realizada não só pelos cirurgiões-dentistas, mas por médicos pediatras ou outros profissionais de saúde que tenham contato com os pais, para que esse cenário de progressão de cárie que se inicia na dentição decídua e continua na dentição permanente seja modificado (Dias, et al., 2018).

A técnica de confecção de PT para crianças é semelhante à de pacientes adultos e envolve estágios de moldagem, registro de oclusão, provas clínicas, dentre outras (Guedes-Pinto, 2016). Além disso, há também as fases laboratoriais que intercalam as fases clínicas (Duque, et al., 2013). A reabilitação de uma criança com cárie precoce da infância envolve geralmente uma diversidade de tratamentos, os quais devem ser eficazes no sentido de restaurar a forma e a função, e ao mesmo tempo auxiliar na prevenção da reincidência da cárie e recuperação da estética (Fernandes, et al., 2011).

Ao se planejar uma prótese em uma criança é de particular importância a cinesiologia da oclusão, pois a função faz o papel gerenciador entre o crescimento maxilo mandibular e a oclusão. Buscar o equilíbrio morfofuncional em uma reabilitação nada mais é do que procurar a eficiência máxima do trabalho mastigatório com o menor esforço energético (Guedes-Pinto, 2016).

A PT em Odontopediatria tem algumas vantagens na adaptação, uma vez que as crianças possuem bom tônus muscular, o que facilita a retenção; a distância entre a maxila e a mandíbula é pequena, além de não apresentar inclinação axial dos dentes, favorecendo, assim, sua estabilidade (Guedes-Pinto, 2016). Porém, a cada três meses, a prótese deve ser avaliada para possíveis ajustes e adaptações devido ao crescimento crânio-facial da maxila, que se dá para cima e para trás, e quando se depara com a base do crânio, esse crescimento provoca um deslocamento para baixo e para frente. A principal área ou centro de crescimento da máxima situa-se no Túber, ou seja, cresce mais na região posterior, o que ocasiona espaço e conseqüentemente a erupção dos dentes permanentes, conforme ocorreu no paciente do caso (Vellini-Ferreira, 2011).

A cada avaliação da PT no período que foi indicado, deve também ser realizadas radiografias periapicais para avaliar o estágio de desenvolvimento dos dentes permanentes, pois a prótese quando de uso inadequado, pode exercer a função de anteparo para erupção dos mesmos (Guedes-Pinto, 2016).

Devemos ter preocupação em relação à erupção dos incisivos, pois muitas vezes, em função do uso da prótese por tempo prolongado, pode ocorrer fibrose na região dos incisivos centrais, o que dificultaria a sua erupção; se isso acontecer, utiliza-se a ulectomia para facilitar o irrompimento (Guedes-Pinto, 2016).

No adulto, porém, há grandes dificuldades devido às remodelações ósseas que são consideradas constantes para toda vida; a remodelação resulta em grandes perdas de estrutura no rebordo remanescente, ocasionando a necessidade de realizar reembasamento constante da prótese para uma adequada adaptação (Telles, 2011).

Outra diferença importante entre uma PT em adulto e uma PT em criança é que a medição da DVO pelo método métrico no adulto se dá medindo com o compasso de Willis, registrando a distância do canto do olho externo até a comissura labial, e diminui-se arbitrariamente 3mm ou 4mm (Telles, 2011). Porém, para confecção da prótese em criança, essa medição se dá medindo a DVR com o compasso de Willis e subtraindo por 2mm; isso ocorre devido à altura do terço inferior da face ser menor nas crianças que nos adultos (Guedes-Pinto, 2016). Considerando que a superfície oclusal dos arcos dentários decíduos é plana, não há a necessidade de determinar as curvas de compensação de Spee e Wilson, porém, em adultos essas curvas são bastante acentuadas, havendo assim a necessidade de ajuste no plano de orientação de cera (Telles, 2011).

É de suma importância destacar que há necessidade resinas resilientes para confecção da base da prótese infantil e para reembasamento, pois esse material apresenta como característica, elasticidade, absorvendo assim energias e diminuindo o impacto das forças sobre a mucosa, ou seja, irá comprimir de acordo com o crescimento da maxila (Goiato, et al., 2013).

Apesar de todos os procedimentos preventivos que a Odontopediatria pode lançar mão, ainda são frequentes os casos de crianças com necessidade estético-funcional devido à perda dos dentes decíduos por cárie precoce na infância, sendo assim, a prótese destina-se como uma forma de prevenção de espaço criado pela perda dos dentes, além de promover a função fisiológica oral ajudando a retornar à função sistêmica, psicológica e social do paciente (Pineda, et al., 2014).

O objetivo da reabilitação de dentes comprometidos seja por trauma ou por lesão cariosa é reestabelecer a função e estética dos pacientes, com o avanço das tecnologias em odontologia existem diversas técnicas e materiais restauradores que podem ser usados na odontopediatria, sendo assim a escolha da técnica deve ser adaptada ao paciente levando em consideração os aspectos funcionais, psicológicos, biológicos, estéticos e principalmente financeiros (Borba & Machado, 2022).

Qualquer tratamento deve ser feito com um caráter multifatorial e desconsiderando somente intervenções curativas e pontuais, tendo, assim, um equilíbrio na cavidade bucal, principalmente em crianças portadoras de cárie precoce na infância. O tratamento realizado procura, assim, promover a valorização do paciente como sujeito, o respeito à cidadania e melhora na qualidade de vida da criança.

5. Considerações Finais

É possível concluir que a PT, quando bem planejada e confeccionada, pode ser utilizada no paciente infantil com o objetivo de devolver estética e recuperar funções, como a mastigação e fala; além de contribuir para a interação social da criança, melhorando, assim, sua qualidade de vida. Dessa forma, cabe ao profissional, o olhar integral da saúde do paciente infantil, visto que a perda precoce dos elementos decíduos por cárie dentária afeta diretamente no bem-estar psicossocial do indivíduo acometido.

Assim, os cirurgiões-dentistas, principalmente odontopediatras, necessitam de conhecimentos acerca da reabilitação oral em pacientes infantis, adentrando na literatura, buscando fontes e recursos para o melhor atendimento. Na literatura atual, o assunto ainda é considerado raso, denotando que mais pesquisas, relatos de casos e estudos são imprescindíveis para a melhoria do embasamento e aprimoramento teórico.

Referências

- Assunção, J. P. R., & Maia, A. C. D. A. (2022). Reabilitação oral em paciente acometido por cárie da primeira infância: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 63(1), 133-144. [10.22456/2177-0018.118657](https://doi.org/10.22456/2177-0018.118657)
- Barbosa, B. C. A., Moreira, C. P., Morais, M. A., Souza, G. C., & Meira, G. F. (2021) Reabilitação oral protética sob o aspecto estético e funcional do sorriso. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 27220-27231. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-289>
- Borba, J. G. M., & Machado, F. C. (2022). Possibilidades reabilitadoras estéticas em odontopediatria: revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(15), 1-6. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37523/31332>
- Carvalho, A. L. V., Rodrigues, B. A. L., Melo, L. S. A., Silva, L. M., Silva, E. L. M. S. (2020). Cariostáticos na prática odontopediátrica: importância e indicações de uso no contexto da pandemia da COVID-19 *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 76334-76349. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-163>
- Carteri, M. T., Dallagnol, L. B., Emamanuelli, B., Costa, A. A. I., & Tuchtenhagen, S. (2019). Fatores associados à experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em escolares. *Revista da Faculdade de Odontologia- UPF*, 24(2), 242-249. <https://doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10445>
- Corrêa, M. S. N. P. (2017). *Odontopediatria na primeira infância: uma visão multidisciplinar*. (4a ed.). Quintessence.
- Dainezi, V. B., Inagaki, L. T., Varanda, T., Pascon, F. M., & Puppim-Rontani, R. M. (2015). Reabilitação estética e funcional na primeira infância: relato de caso. *Revista Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 69(4), 387-393. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n4/a12v69n4.pdf>
- Dias, G. F., Ritzmann, B. F., Ransolin, F., & Ferraz, T. R. K. (2018). Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie precoce da infância: relato de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 30(3), 314-22. https://doi.org/10.26843/ro_unicidv3032018p314-22
- Duque, C., Caldo-Teixeira, A. S., Ribeiro, A. A., Ammari, M. M., Abreu, F. V., & Antunes, L. A. A. (2013). *Odontopediatria: uma visão contemporânea*. São Paulo: Santos.
- Fernandes, A. P., Neto, N. L., Gurgel, C. V., Silva, S. M. B., Machado, M. A. A. M., Rios, D., & Oliveira, T. M. (2011). Reabilitação bucal em odontopediatria: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 23(2), 187-193. <http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2011/v23n2/a2267.pdf>

- Goiato, M. C., Santos, D. M., Medeiros, R. A., Paulini, M. B., & Matheus, H. R. (2013). Técnicas de Reembasamento para Prótese Total. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 34(2), 61-66. <https://repositorio.unesp.br/items/a989893a-f780-48f1-9490-85b51db9c9f2>
- Guedes-Pinto, A. C. (2016). *Odontopediatria*. (9a ed.), Liv. Santos.
- Lopes, L. P. B., Filho, A. O. A., Medina, P. O., Filho, R. P. Z., & Hanan, S. A. (2020). Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância-relato de caso. *Arch Health Invest*, 9(6), 507-512. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i6.4902>
- Miyata, L. B., Bonini, G. C., Calvo, A. F. B., & Politano, G. T. (2014). Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 68(1), 22-29. <http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v68n1/a03v68n1.pdf>
- Nóbrega, M. L., Barbosa, C. C. N., & Brum, S. C. (2018). Implicações da Perda Precoce em Odontopediatria. *Revista Pró-univerSUS*, 9(1), 61-67. <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1306>
- Otenio, C. C. M., Machado, F. C., Oliveira, A. S., Alves, R. T., Mattos, C. L. B., & Ribeiro, R. A. (2009). Reabilitação estético-funcional em Odontopediatria: relato de um caso clínico. *HU Revista, Juiz De Fora*. 35(1),59-64. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/504/215>
- Pineda, I. C., Osório, S. R. G., & Franzin, L. C. S. (2014). Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em Odontopediatria. *Revista Uningá Review*, 19(3), 51-5. <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1543/1155>
- Pinto, V. C. (2019) *Saúde bucal coletiva*. (7a ed.). Recurso online.
- Rodrigues, F. B. T; Rego, I. C. Q; Araújo, A. R; Alencar, A. S., & Queiroz, I. Q. D & Gomes. L. M. A. (2023). Reabilitação estética em dentes decíduos –cárie severa: Relato de caso clínico. *Research, Society and Development*. 12(7), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42469>
- Telles, D. (2011). *Prótese total*. Ed. Santos.
- Tesch, F. C., Oliveira, B. H., & Leão, A. (2007). Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2555-2564. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100003>
- Tonial, F. G., Magnabosco, C., Pavinato, L. C. B., Bervian, J., & Orlando, F. (2015). Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). *ArqOdontol*, 51(1), 47-53. <http://revodontobvsalud.org/pdf/aodo/v51n1/a06v51n1.pdf>
- Vellini-Ferreira, F. (2011). *Crescimento e Desenvolvimento Craniofacial. Ortodontia: Diagnóstico e planejamento clínico*. (7a ed.). Artes Médicas.