

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE ACOMETIDO POR CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

Oral rehabilitation in a patient with severe early childhood caries: a case report

 Jusciiellen Pales Ribeiro Assunção^a
 Ana Carolina Del-Sarto Azevedo Maia^a

RESUMO

Objetivo: Apresentar as abordagens adotadas no tratamento estético reabilitador de paciente pediátrico acometido por cárie da primeira infância respeitando as individualidades e buscando a integralidade do paciente infantil. **Relato do caso:** O caso clínico descreve a reabilitação bucal realizada em uma criança de 4 anos e 6 meses de idade, diagnosticada com cárie da primeira infância. Após anamnese criteriosa, exames físicos e complementares e de posse do diagnóstico, estabeleceu-se um plano de tratamento obedecendo-se a todas as fases terapêuticas, nas quais a fase preparatória englobou abordagem psicológica, fluoroterapia, exodontias e selamento dos dentes com cimento de ionômero de vidro. Posteriormente, procedeu-se à fase estético-reabilitadora por meio de restaurações diretas e indireta, instalação de mantenedor de espaço estético-funcional e confecção e instalação de uma prótese total superior. Após a conclusão do tratamento odontológico, os responsáveis foram orientados quanto à necessidade e importância do tratamento multidisciplinar com o fonoaudiólogo para completa recuperação da saúde do paciente e de visitas periódicas ao cirurgião-dentista para acompanhamento. **Conclusão:** A reabilitação bucal da criança propiciou o restabelecimento das funções do sistema estomatognático e promoveu a recuperação da sua saúde bucal.

Palavras-chave: Odontopediatria. Dente Decíduo. Cárie Dentária. Reabilitação Bucal.

ABSTRACT

Aim: To present the approaches adopted in the rehabilitative aesthetic treatment of pediatric patients affected by early childhood caries, respecting individualities and seeking the integrality of the child patient. **Case report:** The clinical case describes the oral rehabilitation performed in a child aged 4 years and 6 months, diagnosed with early childhood caries. After careful anamnesis, physical and complementary examinations and in possession of the diagnosis, a treatment plan was established, complying with all therapeutic phases, in which the preparatory phase included a psychological approach, fluorotherapy, extractions and teeth sealing with glass ionomer cement. Subsequently, the esthetic-rehabilitation phase was carried out through direct and indirect restorations, installation of an esthetic-functional space maintainer and fabrication and installation of an upper total denture. After completion of the dental treatment, those responsible were instructed on the need and importance of multidisciplinary treatment with the speech therapist for the complete recovery of the patient's health and periodic visits to the dentist for follow-up. **Conclusion:** The child's oral rehabilitation provided the reestablishment of the functions of the stomatognathic system and promoted the recovery of their oral health.

Keywords: Pediatric Dentistry. Tooth, Deciduous. Dental Caries. Mouth Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A cárie da primeira infância (CPI) é determinada pela presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas que podem estar cavitadas ou não, perdidas ou restauradas em crianças com idade inferior a 6 anos. Afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo e quando não tratada acarreta grande impacto na vida da criança e dos seus familiares¹.

^a Departamento de Saúde I, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

Autora de correspondência: Ana Carolina Del-Sarto Azevedo Maia – E-mail: acdelsarto@yahoo.com.br

Data de envio: 22/09/2021 | **Data de aceite:** 25/11/2021

Os fatores determinantes são similares aos da cárie em geral. Dessa forma, sua etiologia é complexa e envolve interações entre fatores microbiológicos, sociais e comportamentais^{1,2,3}. Consumo excessivo de açúcar gera uma produção prolongada de ácidos a partir de bactérias que se aderem ao dente acarretando em mudança na composição da microbiota oral e pH do biofilme¹. Quando essas alterações são mantidas, as estruturas do dente são desmineralizadas¹.

Quando negligenciada, a CPI evolui para complicações, como pulpites agudas, abscessos dentários, maloclusão e problemas comportamentais, e serve como fator predisponente para o desenvolvimento da doença na dentição permanente⁴. Sua evolução ocorre de maneira rápida e pode provocar a perda de dentes, causando, além de problemas funcionais e estéticos, o comprometimento do bem-estar psíquico-social da criança⁵, levando à necessidade de tratamentos diversos para o manejo das lesões de CPI⁶.

Em caso de múltiplas perdas dentárias, o restabelecimento das funções do sistema estomatognático pode ser realizado por meio da instalação de próteses removíveis parciais e totais⁷. O tratamento busca recuperar a estética e proporcionar melhoria na saúde geral do paciente, devolvendo as funções mastigatórias e fonéticas. Dessa forma, a autoestima e o convívio social são favorecidos, o que interfere positivamente na qualidade de vida da criança e dos familiares⁵. Este relato de caso clínico tem por objetivo apresentar as abordagens adotadas no tratamento estético-reabilitador de paciente pediátrico acometido por CPI.

RELATO DE CASO

Este relato de caso clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o número do parecer 2.852.212. O participante e seu responsável assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e o de assentimento. Apresenta o tratamento de uma criança do sexo masculino, de 4 anos e 6 meses de idade, que compareceu à clínica de odontopediatria da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Os responsáveis procuraram por atendimento com a queixa de que a criança reclamava de dor e tinha dificuldade para se alimentar, pois os dentes estragaram e ela não conseguia mastigar, sendo sua alimentação líquida pastosa. Também relataram que já haviam procurado atendimento odontológico, que apenas um procedimento havia sido feito, mas o tratamento não foi concluído, pois o filho não foi colaborador e o profissional, que não era odontopediatra, não conseguiu dar continuidade ao tratamento.

Durante a anamnese, pôde-se constatar que o paciente possuía boa saúde geral, ausência de doenças sistêmicas ou alergias e não fazia uso de medicamento no momento da consulta. A criança pertencia a uma família de baixa renda e de baixa escolaridade. A mãe relatou uso de antibióticos durante longo período de tempo e alegou ser esse o motivo da perda precoce dos dentes. Também foi constatado que o desmame artificial ainda não havia sido realizado e que a criança mamava três vezes ao dia, incluindo mamada noturna e que após esta não era realizada a higienização. A escovação era executada pela mãe, desde a irrupção dos primeiros dentes, duas vezes por dia, com uso de dentifrício fluoretado contendo 1.100 ppm de flúor, porém havia resistência por parte da criança e o fio dental não era utilizado. Durante a consulta, o paciente se manteve agitado, com difícil controle de comportamento por parte dos responsáveis, sem sorrir e com problemas para pronunciar algumas palavras.

Figura 1: Estágio inicial – (1A) Vista frontal; (1B) Vista oclusal do arco superior; (1C) Vista oclusal do arco inferior.



O exame clínico revelou completa destruição coronária de todos os dentes da arcada superior, o que resultou em perda da dimensão vertical e comprometimento das funções mastigatória, estética e fonética. Havia presença de fístulas no fundo de vestibulo dos dentes 54, 55 e 64. Na arcada inferior, havia comprometimento de todos os dentes pelas lesões de cárie. Os dentes 71, 72, 81 e 82 apresentavam lesões de cárie ativa cavidades de profundidade rasa e os dentes 73, 74, 75, 83 e 84 exibiam lesões de cárie que envolvia mais da metade da extensão das coroas sem exposição pulpar. No dente 85, encontrava-se restauração na face oclusal em cimento de ionômero de vidro, insatisfatória devido à presença de lesão de cárie adjacente à restauração (Figura 1).

Inicialmente, os responsáveis e a criança receberam instrução de higiene oral e orientação com relação à dieta. Posteriormente, procedeu-se à realização de exame complementar de imagem que sugeriu rizólise de mais de dois terços dos dentes, 51, 52, 61 e 62, reabsorção radicular interna dos 53 e 63, presença de lesão de furca nos dentes 54, 64 e 84, enquanto que os dentes 55 e 65 apresentavam lesões de cárie em metade interna de dentina sugestiva de envolvimento pulpar. Os dentes 74, 75 e 85 possuíam lesões de cárie em metade externa de dentina sem comprometimento pulpar. Mediante diagnóstico e limitações impostas por se tratar de uma clínica escola de graduação, a terapêutica de escolha foi exodontia dos restos radiculares dos dentes 51, 52, 53, 54, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 84 e posterior instalação de uma prótese total superior devido à inviabilidade de reabilitação mais conservadora; selamento dos dentes inferiores com cimento de ionômero de vidro (CIV) autopolimerizável (Maxxion R®, FGM, Joinville, SC, Brasil) para redução bacteriana e controle da infecção; restauração direta em resina composta de dentina (Filtek™, Z350, 3M/ESPE, Campinas, SP, Brasil) e de esmalte (CHARISMA®, KULZER, São Paulo, SP, Brasil) dos dentes 71, 72, 73, 75, 81, 82, 83 e 85; restauração indireta do dente 74 e instalação de aparelho mantenedor de espaço estético removível na arcada inferior.

A fase preparatória foi iniciada com a realização das exodontias dos dentes da arcada superior. Estas foram realizadas em duas sessões e os procedimentos efetuados com anestesia local utilizando lidocaína a 2% + epinefrina 1:100.000 (Alphacaine®, DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Primeiramente, foram realizadas as exodontias do hemiarco direito e, em consulta posterior, as do hemiarco esquerdo (Figura 2A). Foram realizadas suturas com fio de seda 3.0 (Procure, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Estas foram removidas sete dias após a realização das exodontias. Todos os cuidados pré e pós-operatórios foram adotados na busca pelo bem-estar do paciente.

Anteriormente à fase restauradora do arco inferior e compreendendo ainda a fase preparatória, em consulta posterior à conclusão das exodontias, foi executado o selamento das lesões de cárie cavitadas com CIV (Maxxion R®, FGM, Joinville, SC, Brasil) autopolimerizável dos dentes 72, 73, 74, 75, 81, 82, 83 e 84 (Figura 2B). O dente 71 havia esfoliado.

A fase restauradora envolveu as restaurações dos dentes 72 (face vestibular), 75 (face oclusal), 82 (faces distal e vestibular) e 85 (faces vestibular, lingual, mesial, distal e oclusal) e as reconstruções coronárias dos dentes 73 e 83 foram realizadas com resina composta de alta opacidade para dentina na cor A1 (Filtek™, Z350, 3M/ESPE, Campinas, SP, Brasil) e de alta translucidez para esmalte na cor A1 (CHARISMA®, KULZER, São Paulo, SP, Brasil), todas sob isolamento absoluto e seguindo as recomendações dos fabricantes para execução da técnica restauradora (Figura 2C). Essa fase foi executada em quatro sessões clínicas. No decorrer dessas sessões, o dente 82 esfoliou.

Figura 2: Fase preparatória – (2A) arco superior cicatrizado após exodontias dos restos radiculares; (2B) selamento dos dentes do arco inferior com cimento de ionômero de vidro. Fase reabilitadora estético-funcional; (2C) dentes 75, 73, 72, 82, 83 e 85 após restaurações diretas em resina composta.



A fase reabilitadora estético-funcional envolveu a confecção de coroa indireta, confecção e instalação de aparelho mantenedor de espaço, ambos no arco inferior, enquanto no arco superior foi confeccionada e instalada uma prótese total.

Em razão da grande destruição coronária do dente 74, pela lesão de cárie, não foi possível isolar e reconstruí-la de forma direta, por isso optou-se pela confecção de coroa total em cerômero (Resina Lab Ceramage Dentina, Shofu, Kyoto, Japão). Sendo assim, foi confeccionado um núcleo de preenchimento misto com CIV + resina composta fotopolimerizável e preparo para coroa fixa unitária (Figura 3A). A moldagem para confecção da coroa foi efetuada com silicone de adição (Adsil Putty Soft®, Coltene, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) utilizando fio retrator gengival nº000 (Ultrapak, Ultradent, Salt Lake City, Utah, EUA) (Figura 3B). Após sua confecção, em nova consulta, a coroa foi cimentada com CIV para cimentação (Meron®, Voco, Cuxhaven, Alemanha) (Figura 3C).

Figura 3: Fase reabilitadora estético-funcional – (3A) preparo do dente 74 para prótese fixa unitária; (3B) moldagem realizada com silicone de adição; (3C) coroa em cerômero após cimentação.



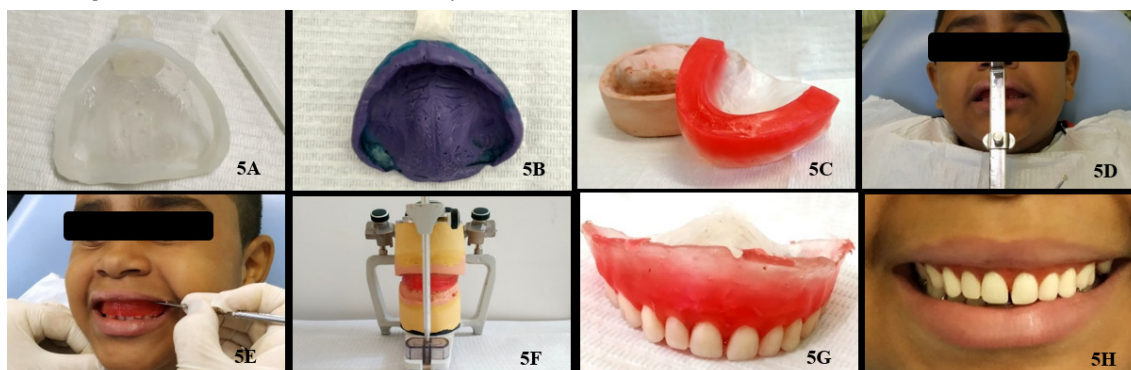
Devido à reabsorção radicular e presença de lesão de furca, o dente 84 foi extraído. Para manter o espaço, um aparelho ortodôntico removível do tipo mantenedor de espaço estético foi anteriormente confeccionado e instalado, imediatamente, após a extração (Figura 4).

Figura 4: Fase reabilitadora estético-funcional – (4A) alvéolo após exodontia do dente 84; (4B) mantenedor de espaço estético confeccionado; (4C) mantenedor de espaço instalado.



Para o restabelecimento das funções mastigatórias, fonéticas e estéticas, foi planejada a prótese total superior. Sua confecção foi realizada, inicialmente, com a moldagem anatômica com alginato (Hydrogum® Zhermack, Polesine, RO, Itália) objetivando a obtenção da moldeira individual em resina acrílica (Jet®, Clássico, São Paulo, SP, Brasil) (Figura 5A). Posteriormente, foi realizado o vedamento periférico da moldeira com cera periférica (Lysanda®, São Paulo, SP, Brasil) e moldagem do selado periférico (Figura 5A); em seguida, efetuou-se a moldagem funcional com poliéster (Impregum Soft®, FGM, Joinville, SC, Brasil) para melhor adaptação da prótese (Figura 5B). O encaixotamento foi feito com cera utilidade (NewwaxU®, Technew, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e cera plana nº7 (Asfer®, Cera 7, São Caetano do Sul, SP, Brasil) para obtenção do modelo funcional e confecção da base de prova em resina acrílica (Jet®, Clássico, São Paulo, SP, Brasil). A confecção do plano de cera (Asfer®, Cera 7, São Caetano do Sul, SP, Brasil) (Figura 5C) foi realizada para obtenção da dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO) com auxílio do compasso de Willis (Figura 5D), assim como a delimitação da linha do sorriso, a linha média e a guia de caninos (Figura 5E). De posse desses registros, procedeu-se à montagem dos modelos em articulador semiajustável para montagem dos dentes em cera (Figura 5F).

Figura 5: Fase reabilitadora estético-funcional – Confecção da prótese total para reabilitação do arco superior: (5A) moldeira individual em resina acrílica com vedamento periférico em cera periférica; (5B) moldagem da arcada superior com poliéster; (5C) plano de cera confeccionado sobre base de prova em resina acrílica obtida por meio do modelo de gesso; (5D) obtenção da dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO); (5E) delimitação da linha do sorriso, linha média e guia de caninos; (5F) montagem dos modelos em articulador semiajustável; (5G) montagem dos dentes em cera; (5H) prova estética e funcional.



Com os dentes já montados em cera sobre a base de prova (Figura 5G), foi efetuada a prova estética e funcional para os ajustes finais de oclusão (Figura 5H). Nessa fase, os dentes 16 e 26 se encontravam em processo de irrupção. Assim, foram realizados alívios no acrílico na região correspondente aos espaços desses dentes e procedeu-se à acrilização da prótese.

Com a prótese finalizada, os ajustes da oclusão foram realizados e a mesma instalada (Figura 6).

Figura 6: (6A) sorriso pré-tratamento (6B) e pós-tratamento.



A criança e os responsáveis receberam todas as orientações com relação ao uso e higiene da prótese total e da possível dificuldade, no primeiro momento, em adaptar-se. Da mesma forma, foram esclarecidos sobre a necessidade das consultas de retorno para ajustes na prótese total, acompanhamento das trocas dentárias, assim como a respeito da substituição da mesma, se necessário, em tempo oportuno e também do aparelho mantenedor de espaço. Reforçou-se a necessidade dos cuidados com a saúde bucal, do controle da dieta, da escovação e do uso do fio dental. Também foram instruídos acerca da importância de um acompanhamento com fonoaudiólogo para proporcionar o reposicionamento postural da língua e correção da fala.

DISCUSSÃO

Esse caso clínico relata o tratamento estético-reabilitador de uma criança acometida por cárie da primeira infância (CPI) que ocasionou a perda de dentes devido à grande destruição provocada pela severidade da doença. A CPI ainda é considerada um problema de saúde pública, que atinge crianças muito jovens no mundo todo¹, tem prevalência maior em grupos de baixo nível socioeconômico⁸ e está relacionada a hábitos como dieta rica em sacarose e higiene bucal deficiente¹. No presente caso, a dieta cariogênica, em associação com as mamadas noturnas e a higiene bucal insatisfatória, contribuiu para instalação e evolução da CPI. Embora os responsáveis tenham afirmado fazer a escovação, duas vezes ao dia, com o uso de dentífrico fluoretado, o exame clínico evidenciou presença de placa bacteriana visível, sugerindo que possa existir um viés de informação, visto que os responsáveis e o paciente apresentavam baixa escolaridade e podem ter apresentado dificuldade de compreensão durante a anamnese.

Para além dos fatores primários da etiologia da cárie, a literatura científica versa sobre a importância dos determinantes socioeconômicos, nos quais o indivíduo está inserido, para o avanço da cárie dentária. Ela indica que indivíduos com menor nível de renda e menor nível de escolaridade têm maiores níveis de cárie no decorrer dos anos⁸. Essa condição foi retratada nesse caso clínico fazendo com que as tomadas de decisões para o restabelecimento da saúde bucal do paciente não estivessem dissociadas dessa realidade social.

A perda precoce de dentes decíduos ocorre inicialmente na região anterossuperior, podendo acarretar deglutição e fonação atípicas, atraso ou aceleração na irrupção dos dentes permanentes, dificuldade na alimentação e problemas ortodônticos, além de afetar psicologicamente a criança⁹. Quando atinge os dentes posteriores (molares decíduos), é necessário que ocorram mudanças no padrão da alimentação, tornando-a mais pastosa e líquida, fato que colabora para o desenvolvimento de padrões de mastigação diferentes do normal¹⁰.

No entanto, a reabilitação estética e funcional de dentes gravemente mutilados por CPI ainda é um desafio para a odontopediatria, seja pela pouca idade da criança, o que geralmente implica em baixa colaboração e cooperação durante os procedimentos¹¹, seja devido à destruição generalizada da estrutura dentária, que deixa uma superfície mínima para intervenção restauradora⁴. Essas dificuldades também foram vivenciadas nesse caso clínico.

Apesar de parecer agressivo, crianças de pouca idade podem apresentar os dentes decíduos destruídos de tal forma pelas lesões de cárie que o único tratamento possível é a exodontia dos dentes¹². Em razão da destruição coronária dos dentes superiores pelas lesões de cárie, o tratamento proposto, no presente relato, foi a realização da exodontia das raízes residuais superiores e posterior reabilitação bucal por meio da confecção de prótese total superior.

A CPI pode gerar na criança timidez, dificuldade para se relacionar com outras pessoas, constrangimento, além dos problemas fonéticos devido à ausência dos dentes⁹. Para que ocorra melhora nesse quadro, é imprescindível que seja realizada a reabilitação por meio da instalação de uma prótese¹². Em casos mais complexos, aparelhos protéticos totais

ou parciais podem ser utilizados em crianças como medida temporária até a irrupção dos dentes permanentes para a recuperação das funções mastigatória, fonética e estética¹³. Assim, a reabilitação por meio das próteses removíveis e a reposição dos dentes recuperam a posição normal da mandíbula, devolvendo a altura do terço inferior da face. Dessa forma, é restabelecida a qualidade da função mastigatória¹⁴, como ocorreu no presente caso, com a instalação de uma prótese total removível.

A reabilitação do arco inferior exigiu conhecimento da anatomia dentária, da oclusão e das técnicas e materiais disponíveis para que fosse possível restabelecer não apenas a função e a estética, mas também o equilíbrio emocional da criança. Desse modo, optou-se por restaurações diretas em resina composta dos dentes viáveis. Dentre as vantagens do uso das resinas compostas como material restaurador, encontram-se necessidade mínima de desgaste dentário, baixo custo, longevidade aceitável, possibilidade de reparo, facilidade de substituição em caso de falhas mais extensas e bom nível de satisfação do paciente após o tratamento¹⁵. As técnicas diretas devem ser indicadas para pacientes colaboradores, pois esses trabalhos demandam maior tempo para a sua confecção em uma única sessão, por isso não são indicados a todas as crianças¹⁶. No caso descrito, essa colaboração foi alcançada à medida que as consultas foram avançando, as técnicas e condutas de controle de comportamento foram adotadas, bem como o uso do isolamento absoluto para a realização das restaurações diretas em resina, o que contribuiu para conseguir a colaboração da criança. Um fator importante para essa conquista foi a percepção do próprio paciente que a sua condição de saúde bucal estava melhorando.

O uso das resinas compostas, de forma indireta, representa uma opção restauradora estética viável se respeitadas as indicações e as necessidades dos pacientes¹⁷. Possuem vantagens como sessões clínicas mais curtas, facilidade de escultura, polimento e acabamento proximal, além de diminuir o grau de contração de polimerização da resina¹⁷. Entretanto, necessitam de tempo adicional de mais uma sessão clínica, maior número de passos clínicos e, conseqüentemente, custo mais elevado¹⁸. Apesar dessas últimas características, as vantagens, quando analisadas, foram superiores e fizeram com que essa opção de tratamento também fosse adotada nesse caso clínico. Durante essa etapa do tratamento, o paciente e o núcleo familiar apresentavam-se entusiasmados com a recuperação da saúde bucal, o que resultou em uma adesão ao tratamento proposto.

Embora no presente estudo tenha sido feita a opção pela técnica indireta com cerômero, visto que não havia a coroa metálica pré-fabricada para uso na clínica escola, é importante salientar que a literatura sugere que a Técnica de Hall pode ser a melhor opção de tratamento para lesões de cárie profunda com vitalidade pulpar¹⁹.

O mantenedor de espaço removível inferior foi instalado com a finalidade de evitar o fechamento do espaço referente à perda precoce do dente. A perda prematura de um molar decíduo interfere no desenvolvimento adequado da oclusão na dentição permanente²⁰ e o mantenedor funciona como guia para os dentes que estão em processo de irrupção a fim de que não ocorram impações dentárias²¹.

Contudo, em casos de reabilitação bucal na infância, o cirurgião-dentista deve atentar-se ao controle da progressão das lesões de cárie para que os dentes decíduos remanescentes e a dentição permanente não sejam comprometidos por lesões cariosas. Sendo assim, o trabalho educativo do cirurgião-dentista e o estímulo do paciente e cuidadores são essenciais para o sucesso do tratamento e a manutenção da saúde bucal¹. Conduta adotada durante toda a execução do tratamento deste estudo e enfatizada a necessidade do acompanhamento e controle permanente do paciente infantil visando promover a saúde bucal e a qualidade de vida.

A literatura científica relata que a cárie dentária impacta na qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança, sendo que quanto maior o comprometimento da saúde bucal pela cárie, pior é a qualidade de vida dessas crianças²². Por esse motivo, é importante

e necessário o manejo da cárie da primeira infância a fim de minimizar os danos causados e devolver a qualidade de vida ao paciente infantil. O planejamento e o plano de tratamento devem levar em consideração a percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal sob o ponto de vista da criança, uma vez que pode haver discordância entre ela e seus responsáveis, sendo que a avaliação da criança sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal é pior do que a avaliação dos seus responsáveis²³. Por isso, o profissional não deve perder de vista a centralidade e seu foco nas demandas da criança.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que é necessário adotar uma abordagem ampla e multidisciplinar que envolve condutas de orientação, prevenção, curativas e de cunho psicológico a fim de promover a reabilitação da saúde bucal da criança com cárie da primeira infância e restituir funções relacionadas à estética, à fonética e à mastigação. Cabe ao cirurgião-dentista, principalmente o odontopediatra, fazer o diagnóstico correto e adotar a melhor conduta terapêutica visando o pleno restabelecimento da saúde bucal e integral do paciente infantil.

REFERÊNCIAS

- 1 Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, *et al.* Early childhood caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:384-386.
- 2 Dias TKS, Ferreira GC, Almeida LHS. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. *Revista Uningá*, 2019 Mar; 56(3): 192-201.
- 3 Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KGA, Barros FC, Hernandez PG, *et al.* Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(1): 53-63.
- 4 Mishra A, Pandey R, Pandey N, Jain E. A pedoprosthetic rehabilitation in patients with severe early childhood caries (S-ECC). *BMJ Case Rep.* 2013; 1-3.
- 5 Cunnion DT, Spiro A, Jones JA, Rich SE, Papageorgiou CP, Tate A, *et al.* Pediatric oral health-related quality of life improvement after treatment of early childhood caries: a prospective multisite study. *J Dent Child (Chic).* 2010 Jan-Apr; 77(1): 4-11.
- 6 Faria PC, Viana KA, Raggio DP, Hosey MT, Costa LR. Recommended procedures for the management of early childhood caries lesions - a scoping review by the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). *BMC Oral Health.* 2020; 20(1): 75. doi: 10.1186/s12903-020-01067-w
- 7 Dias GF, Ritzmann BF, Ransolin F, Ferraz TRK. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie precoce da infância: relato de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2018 Jul-Set; 30(3) 314-22.
- 8 Ortiz AS, Tomazoni F, Knorst JK, Ardenghi TM. Influence of socioeconomic inequalities on levels of dental caries in adolescents: a cohort study. *Int J Paediatr Dent.* 2020;30:42-49.
- 9 Miyata LB. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2014; 68(1):22-9.
- 10 Jacinto-Gonçalves SR, Cavião MBD. Força de mordida em crianças com mantenedor de espaço funcional na fase da dentadura mista inicial. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial.* 2009; 14(4): 101-110.
- 11 Navit S, Katiyar A, Samadi F, Jaiswal JN. Rehabilitation of severely mutilated teeth under general anesthesia in an emotionally immature child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010; 28(1): 42-44.
- 12 Ostenio CCM, Machado FC, Oliveira AS, Alves RT, Mattos CLB, Ribeiro RA. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. *HU Revista.* 2009; 35(1): 59-64.
- 13 Fernandes AP, Neto NL, Gurgel CV, Silva SMB, Machado MAAM, Rios D, *et al.* Reabilitação bucal em odontopediatria: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2011; 23(2): 187-193.
- 14 Dainezi VB, Inagaki LT, Varanda T, Pascon FM, Puppim-Rontani RM. Reabilitação estética e funcional na primeira infância: relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2015; 69(4): 387-93.
- 15 Welbury RR, Shaw AJ, Murray JJ, Gordon PH, McCabe JF. Clinical evaluation of paired compomer and glass ionomer restorations in primary molars: final results after 42 months. *Br Dent J.* 2000 July; 189(2): 93-97.

- 16 Chisini LA, Collares K, Cademartori MG, Oliveira LJC, Conde MCM, Demarco FF *et al.* Restorations in primary teeth: a systematic review on survival and reasons for failures. *Int J Paediatr Dent* 2018 Mar; 28(2):123-139.
- 17 Murthy, OS, Deshmukh S. Indirect composite shell crown: an esthetic restorative option for mutilated primary anterior teeth. *Journal of Advanced Oral Research*. 2013 Jan-Apr; 4(1): 22-25.
- 18 Rank RCIC, Moraes D, Imparato JCP, Bussadori SK. Técnica restauradora semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. Acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2003 Set-Dez; 9(3/4):15-20.
- 19 Tedesco TK, Reis TM, Mello-Moura ACV, Silva GSD, Scarpini S, Floriano I, *et al.* Management of deep caries lesions with or without pulp involvement in primary teeth: a systematic review and network meta-analysis. *Braz Oral Res*. 2020 Nov 13;35:e004.
- 20 Bhatt PK, Navin HK, Idris M, Christopher P, Rai N. Modified distal shoe appliance for premature loss of multiple deciduous molars: a case report. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(8):43-45.
- 21 Kupietzky A. Clinical technique: removable appliance therapy for space maintenance following early loss of primary molars. *Eur Arch Pediatr Dent* 2007;8(1):30-34.
- 22 Nora ÂD, Rodrigues CS, Rocha RO, Soares FZM, Braga MM, Lenzi TL. Is caries associated with negative impact on oral health-related quality of life of pre-school children? a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent*. 2018 Nov 15;40(7):403-411.
- 23 Maia ACDSA, Silva HKJ, Pithon MM, Coqueiro RS. Perception on the quality of life related to Oral health in pre-school children. *Revista Científica do CRO-RJ (Rio De Janeiro Dental Journal)*. 2020 Sept-Dec; 4(3): 43-53.