REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM COROAS DE ZIRCÓNIA NUM PACIENTE COM CPI

FILIPA ROQUE

DDS, Diretora Dep. Odontopediatria MALO CLINIC
Licenciada em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2007; Mestrado Integrado em Medicina Dentária 2008; Pós-graduação em Ortodontia Intercetiva pela Danube University Krems – Áustria 2010; Curso Pós-graduado de Especialização em Odontopedíatria pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2013-2016; Monitora de Imagiologia Oro-Maxilo-Facial na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2007-2012; Assistente convidada de Imagiologia Oro-Maxilo-Facial na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2012-2014; Curso de Sedação pela Society for the Advancement of Anaesthesia in Dentistry (SAAD) 2008; Certificado Universitário em Sedação Consciente pela Universidade Complutense de Madrid 2011; Curso de Coroas Estéticas de Zirconia NuSmile - Miami 2017 e Barcelona 2018; Prática Clínica Exclusiva em Odontopediatria

JOANA MARINHAS

DDS, Dep. Odontopediatria MALO CLINIC
Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2013; Curso Pós-graduado de Especialização em Odontopedíatria pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa 2013-2016; Curso de Odontopediatria para Bebés ministrado pela Dra. Ruth Mayné Acien e Dra. Camila Palma Portaro - Coimbra, 2014; Curso de Coroas Estéticas de Zirconia NuSmile - Lisboa 2017; Prática Clínica Exclusiva em Odontopediatria.

A cárie precoce da infância (CPI) é um problema de saúde oral grave que é definido pela *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) como a "presença de pelo menos um dente cariado (cavitado ou não cavitado), a ausência de um dente (por cárie) ou a existência de uma obturação num dente decíduo em crianças com menos de 71 meses ,inclusive" (AAPD, 2016) (Figura 1). A CPI é considerada uma das doenças mais prevalentes da infância, afetando muitas crianças no mundo. A American Dental Association (ADA) identifica a CPI como um problema de saúde pública significativo em comunidades carentes, sendo encontrada em toda a população infantil mundial. Quando comparada com outras doenças comuns da infância, a CPI é cinco vezes mais frequente do que a asma (Chen, 2018).

Os estudos de prevalência mostram um aumento nos grupos de baixo estrato socioeconómico. A prevalência varia consoante a amostra do estudo e o país onde este foi conduzido, variando entre 23% a 90% da população, sendo que na maior parte dos estudos ronda os 50% (Leong, 2013; Chen, 2018). A etiologia da CPI é semelhante a outras formas de cárie, acrescentando a esses fatores o da amamentação prolongada e sem restrição de horário como um dos fatores etiológicos mais importantes da CPI. Nas últimas décadas reconheceu-se que não são só os hábitos alimentares que a podem causar e que, tal como a cárie dentária no adulto esta condição infeciosa tem uma origem multifatorial (Ng, 2013).

A terminologia da CPI reflete as suas características multifatoriais onde fatores de risco microbiológicos, sócio-demográficos e comportamentais contribuem para o desenvolvimento de lesões cariosas (Ng, 2013; AAPD, 2016). As consequências da CPI incluem o risco aumentado de aparecimento de novas lesões de cárie tanto em dentição decídua, como na permanente, maior número de episódios de urgência e internamento hospitalar, elevados custos associados, ausências escolares, diminuição da capacidade de aprendizagem e diminuição da qualidade global da saúde da criança (AAPD, 2016).

O início da CPI caracteriza-se pelo aparecimento de lesões brancas de desmineralização na face vestibular e terço cervical da coroa dos incisivos, avançando progressivamente e circunferencialmente para as faces palatinas dos incisivos, caninos e molares (Figura 2). Os dentes são afetados consoante a cronologia da erupção, excepto os incisivos inferiores que são os últimos a serem afetados pois encontram-se protegidos pela posição da língua durante a alimentação e pela proximidade aos ductos das glândulas salivares. Os incisivos superiores são os primeiros a serem afetados seguindo-se os primeiros molares inferiores devido a estagnação dos líquidos sobre os mesmos. Os restantes molares e caninos são os próximos a ficarem cariados, e se não houver tratamento todos os dentes ficarão destruídos antes dos 4 anos. As lesões de cárie são múltiplas, extensas e conduzem a uma rápida cavitação e destruição da coroa, sendo que se não forem rapidamente tratadas podem levar a comprometimento pulpar. Existe uma maior suscetibilidade de cáries de superfície lisa, que são por norma superfícies de baixo risco (Boj, 2011).

Quanto ao tratamento, a conduta clínica de cada caso dependerá da extensão das lesões, da idade e do comportamento da criança, assim como da cooperação dos pais. O objetivo é eliminar a dor e diminuir os focos de infeção dentária recorrendo ao tratamento clínico mais adequado. Restaurações a compósito bem como coroas pré-formadas de aço

inoxidável ou zircónia são geralmente as alternativas de tratamento escolhidas pelo odontopediatra. Uma vez que estamos a falar de crianças muito pequenas poderá ser necessário recorrer a sedação consciente ou mesmo a anestesia geral de modo a proporcionar o tratamento dentário eficaz e em segurança.

Quando indicadas, as coroas pré-formadas em zircónia constituem uma excelente opção de reabilitação dos incisivos superiores, uma vez que estes dentes geralmente apresentam grande destruição dentária. Segundo a AAPD a reabilitação de incisivos decíduos cariados recorrendo a coroas está indicada nas seguintes situações: presença de cáries em múltiplas superfícies, envolvimento do bordo incisal, descalcificações cervicais extensas, necessidade de terapia pulpar ou lesão de cárie pequena em pacientes com má higiene oral. As coroas pediátricas de zircónia surgiram no mercado há cerca de 10 anos para resolver o problema estético que as outras opções disponíveis apresentavam, sendo a estética a sua maior vantagem.

Descrição do caso

O caso clínico descrito é de uma criança do sexo masculino com 3 anos de idade, raça caucasiana, que compareceu na consulta de odontopediatria da MALO CLINIC Lisboa. O motivo da consulta foi a presença de dentes anteriores cariados, com evolução muito rápida. A história clínica do paciente não revela nenhuma condição sistémica nem antecedentes médicos relevantes. A criança era amamentada pela mãe em livre demanda durante a noite, em média 4 a 5 vezes por noite. No exame intra-oral observou-se o dente #51 e #61 com lesões de cárie extensas nas faces mesial e vestibular, porém sem relato de sintomatologia dolorosa. Nesta primeira consulta não foram realizadas radiografias intra-orais tendo sido o plano de tratamento final estabelecido posteriormente. Devido à sua idade e à falta de cooperação do paciente em gabinete, o mesmo foi encaminhado para realizar os tratamentos sob anestesia geral.

No início da anestesia geral foram realizadas as radiografias (Figuras 3 a 7) necessárias tendo sido delineado o seguinte plano de tratamento: restaurações oclusais nos dentes #54 e #84, selantes de fissura nos dentes #55, #64, #65, #74, #75, #85 e coroas de zircónia nos dentes #51 e #61 (Figuras 8 e 9).

O procedimento para a realização de coroas de zircónia inicia-se pela seleção do tamanho da coroa. O sistema de coroas de zircónia da NuSmile® tem disponível coroas de try-in (coroas de prova) com coloração rosa, que permitem eliminar o passo de descontaminação de saliva e sangue da coroa de zircónia a ser cimentada (Figura 10). A preparação dentária é iniciada pela redução do bordo incisal (Figura 11) seguida de redução vestibular, interproximal e palatina através do método de calhas (Figuras 12 a 14). Esta preparação é finalizada realizando um bisel longo subgengival de cerca de 1,5 mm (Figura 15). Se após a preparação dentária ainda existir lesão de cárie esta deve ser removida. O controlo de hemorragia pré cimentação foi efetuado recorrendo a anestesia local intra-papilar com vasoconstritor e com peróxido de hidrogénio a 3%. A cimentação foi feita com KetacTM Cem Plus Automix® da 3M, e os excessos removidos com auxílio de uma sonda curva e com fio dentário nas zonas interproximais (Figuras 16 a 18). Nas figuras 19 e 20 podem observar-se as fotografias finais.

Na consulta pós-operatória realizada passado uma semana é possível observar uma boa cicatrização gengival em torno das coroas de zircónia (Figura 21), porém ainda com alguma inflamação gengival. Para que esta inflamação seja eliminada é importante que seja feita uma correta higiene oral da criança. Na consulta de controlo realizada 8 meses após a anestesia geral conseguimos observar uma boa adaptação de toda a margem gengival vestibular e palatina (Figuras 22 e 23). Já passado 18 meses, as coroas de zircónia apresentam um aspeto natural e uma excelente estabilidade da cor (Figuras 24 e 25).

Conclusão

A CPI, se não tratada, provoca um impacto negativo na qualidade de vida da criança, causando dores, levando a alterações nutricionais, consequente atraso no crescimento e desenvolvimento, problemas de socialização, redução da autoestima e da capacidade de aprendizagem. A utilização de coroas de zircónia para a reabilitação destes casos permite alcançar um resultado altamente estético e demostra ser uma opção duradoura, com ótima estabilidade a longo prazo, e com elevado grau de satisfação por parte dos pais e da criança.

A evidência científica atualmente disponível sugere que a intervenção preventiva no primeiro ano de vida é de extrema importância. Neste sentido é importante a colaboração dos médicos de clínica geral e médicos pediatras, os quais têm um papel fundamental no que toca ao encaminhamento das crianças para o médico dentista, nunca esquecendo que a primeira consulta deve ser realizada durante o primeiro ano de vida da criança.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference Manual 2018/2019. 40(6): 60-62.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. Reference Manual 2018/2019. 40(6): 63-64.
3. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1o Edición Madrid; Ripano S.A. Editorial Médica, 2011
4. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH (2018) Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review.
5. Leong PM, Gussy MG, Barrow SL, Silva-Sanigorski A, Waters E. (2013). A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. International Journal of Paediatric Dentistry. 23: 235-250.
6. Ng MW, Chase I. (2013). Early Childhood Caries: Risk-Based Disease Prevention and Management. Dent Clin N Am. 57: 1-16.

Figura 1: Exemplo de cárie precoce de infância

Figura 2: Exemplo de cárie precoce de infância

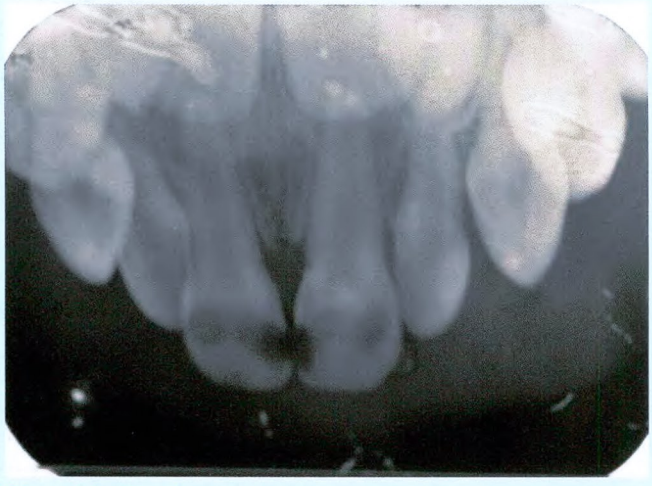

Figura 3: Radiografia oclusal incial

Figura 4: Radiografia periapical incial 1º quadrante

Figura 5: Radiografia periapical incial 2º quadrante

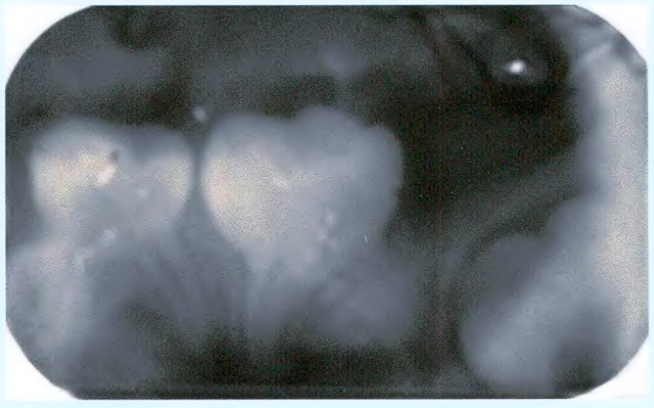

Figura 6: Figura 6 - Radiografia periapical incial 3º quadrante

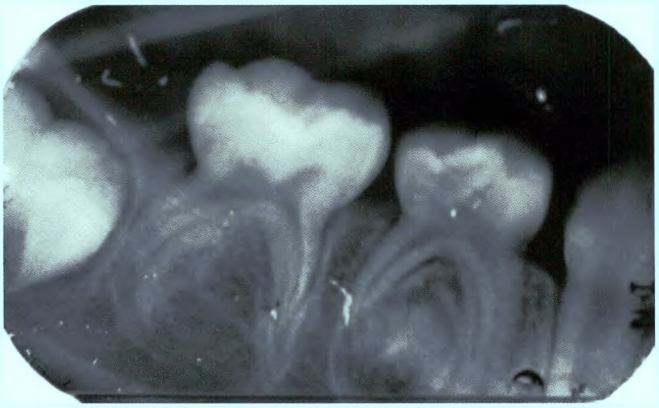

Figura 7: Radiografia periapical incial 4º quadrante

Figura 8: Fotografia intra-oral inicial

Figura 9: Fotografia intra-oral palatina

Figura 10: Escolha do tamanho da coroa de zirconia

Figura 11: Calhas incisais #61

Figura 12: Calhas vestibulares #61

Figura 13: Redução interproximal #61

Figura 14: Redução palatina #61

Figura 15: Preparação dentária #51 e 61

Figura 16: Cimentação da Coroa de zircónia #51

Figura 17: Polimerização do excesso de cimento

Figura 18: Remoção do excesso de cimento com sonda

Figura 19: Fotografia intra-oral final

Figura 20: Fotografia intra-oral palatina final

Figura 21: Fotografia intra-oral 1 semana follow up

Figura 22: Fotografia intra-oral 8 meses follow up

Figura 23: Fotografia intra-oral palatina 8 meses follow up

Figura 24: Fotografia intra-oral 18 meses follow up

Figura 25: Fotografia intra-oral 18 meses follow up