



## REABILITAÇÃO ORAL COM COROA DE ACETATO: RELATO DE CASO

*Autor: Andreza Martins Romualdo Franklin*

*Orientador: Bárbara Dias Ferreira*

*Curso: Odontologia      Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde*

**Resumo:** A cárie dentária na infância é uma doença muito presente nos dias atuais que acomete, de forma precoce, um ou mais elementos dentais, interferindo na saúde oral da criança, afetando-a na forma estético-funcional. Dessa forma, a cárie acaba gerando resultados negativos para a vida da criança, desencadeando até mesmo problemas emocionais, ocasionado pelo comprometimento estético bucal e nutricional da mesma. Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso com reabilitação estética dos dentes 51 e 61, onde estes elementos se encontravam cariados e escurecidos por excesso de sulfato ferroso, de uma paciente de 5 anos, planejamento consistiu na utilização das coroas de acetato e resina para devolver a estética, a funcionalidade e a auto estima da paciente. A reabilitação oral de dentes anteriores acometidos por cárie severa na infância com matriz de coroa de acetato apresentou bons resultados, levando em consideração que o material é de fácil manuseio, possui durabilidade longa e não necessita de técnica laboratorial, devolvendo a estética semelhante aos dentes naturais após ter sido destruído, levando em consideração a qualidade do material, a técnica empregada e a agilidade do tratamento, realizado em uma única sessão. A odontopediatra deve ter conhecimento e domínio das propriedades físicas, químicas e ópticas dos materiais restauradores, afim de promover um resultado eficaz e estético deste paciente.

**Palavras-chave:** Coroa de Acetato, Reabilitação Oral, Cárie Dentária, Odontopediatria.

## 1. INTRODUÇÃO

Uma grande parcela da população, em especial a infantil, tem a cárie dentária como uma doença crônica e habitual, sendo um grande empecilho para a saúde mundial (MISRA; TAHMASSEBI e BROSANAN, 2007). Mesmo com o avanço da saúde bucal, a cárie dentária ainda é considerada problema de saúde pública, já que sua forma crônica ou em estágio grave pode levar o indivíduo a ter as unidades decíduas acometidas de forma precoce (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005; AREIAS *et al.*, 2010; BIRAL *et al.*, 2013).

A cárie é uma patologia bucal originada a partir do acúmulo de biofilme na superfície dentária, proveniente de alimentação com alto volume de carboidratos e/ou açúcares, que na presença de microrganismos *Streptococcus Mutans* e aliados à falta de cuidados, resultam numa perda excessiva de minerais e destruição do esmalte dentário, que pode ter como consequências dor, problemas estéticos, alterações na fonação e na deglutição, até mesmo perda de espaço na região anterior dos maxilares (LOSSO *et al.*, 2009; BIRAL *et al.*, 2013).

A fase agressiva da cárie na infância pode ter acometimento precoce, afetando crianças entre 3 a 5 anos de idade, apresentando lesões cariosas primárias e secundárias, que ao envolver vários locais dos dentes, são submetidos a tratamentos restauradores ou até mesmo ocasionar a perda do elemento dentário (MUNAYCO-PANTOJA; PEREYRAZALDIVAR; CADILLO-IBARRA, 2020).

O acometimento precoce de dentes decíduos pode causar danos estético-funcionais nos pacientes, portanto, é imprescindível a reabilitação dentária, utilizando as possibilidades que atendam da melhor forma os pacientes de forma funcional e estética, tendo como elas pinos intra-radulares, cimento de ionômero de vidro, próteses fixas e parciais, restaurações em resinas compostas diretas e indiretas, coroas de aço, coroas de resina e coroa de acetato (TEITELBAUM *et al.*, 2011; OTA *et al.*, 2014; PINEDA, 2014).

A odontopediatria é uma área com grande desafio, visto que, em alguns casos, há pouca colaboração do paciente. Diante disso, um tratamento que requeira curto tempo, resultado estético satisfatório e de fácil execução são mais vantajosos ao profissional. Com isso, a coroa de acetato é indicada em casos onde a coroa em dentes decíduos anteriores está destruída, já que se trata de uma técnica direta, caracterizada pela sua resistência, durabilidade e estética, sendo realizada em uma única sessão, e sendo um método considerado de custo razoável (TEITELBAUM *et al.*, 2011).

Diante do cenário exposto, este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma reabilitação de dentes anteriores com coroa de acetato em uma criança de 5 anos acometida pela cárie precoce da infância.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1. Referencial Teórico

#### 2.1.1. Odontopediatria

A odontologia é uma profissão que tem o princípio fundamental trazer benefícios para a saúde do ser humano, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto (CFO, 2012). É a área que estuda e trata o sistema estomatognático, que compreende um grande complexo composto por cabeça, pescoço, musculatura da mastigação, ossos, dentes e articulações da face (VICENTE *et al.*, 2015).

No cenário atual, os estudos em odontologia vêm sofrendo diversas mudanças a fim de adaptar-se às necessidades atuais da população, além de atender aos

contextos sociais diversos. Uma das maiores observações globais tem sido reduzir a cárie dental na infância, tarefa essa dada a uma das especialidades da odontologia chamada odontopediatria (VICENTE, 2015).

A odontopediatria é uma das especialidades da odontologia, com a maior demanda de atendimentos à pacientes infantis. Ela é atuante para resolver casos e reconhecer o perfil do paciente, reconhecendo seu ambiente familiar e como este altera o encadeamento da saúde-patológica (LINDHE *et al.*, 2005). O especialista odontopediatra deve ter a capacidade de fazer diagnósticos e tratamentos clínicos individuais e operar estratégias de saúde no coletivo, com objetivo de resguardar a integridade da saúde oral, esclarecendo e tratando as doenças, de forma a reduzir a incidência dos males em saúde bucal (TORTAMANO *et al.*, 2002).

Diante disso, a odontopediatria é uma especialidade da odontologia que tem por objetivo diagnosticar, prevenir, tratar e controlar problemas de saúde bucal em bebês, crianças e adolescentes (CFO, 2012\*).

### **2.1.2. Cárie dentária**

A cárie infecciosa na infância é uma patologia bucal que pode ser reflexo da dieta praticada pela criança e má higienização dos dentes. Ela ainda persiste como um sério problema a saúde, visto que pode levar a má oclusão dos dentes permanentes, a problemas na dicção, além de possivelmente a uma baixa autoestima (MCDONALD *et al.*, 2001).

A cárie é mais comum em crianças que vivem em condições sócio-econômicas inferiores, filhos de mães solteiras ou pais com menor grau de escolaridade, podendo ser relacionadas também a minorias étnicas e raciais. Uma má nutrição ou a subnutrição podem causar a hipoplasia do esmalte, que associada a uma higiene oral deficiente e uma exposição insuficiente ao flúor acarreta a perda precoce dentária (QUINONEZ *et al.*, 2001).

Considerada uma doença multifatorial, é uma patologia bucal que envolve três fatores principais: presença de microorganismos cariogênicos, dietas ricas em carboidratos fermentáveis e uma má higiene bucal. A junção destes com um determinado intervalo de tempo leva ao desequilíbrio na desmineralização e remineralização entre a superfície do dente e o biofilme adjacente, causando então a doença cárie (HARRIS *et al.*, 2004).

Um dos principais microorganismos que acarretam a lesão cariosa são conhecidos como estreptococos que pertencem ao grupo mutans (*Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus*). Tais microorganismos produzem ácidos que ocupam a superfície do dente, e caso o biofilme não consiga neutralizá-los, causa a dissolução do esmalte. A progressão de uma lesão já instalada pode ser causada também por outros microorganismos envolvidos, como os lactobacilos (MCDONALD *et al.*, 2001).

Na dieta que leva ao surgimento da cárie, está presente a sacarose, que é um dos alimentos cariogênicos mais utilizados pelos seres humanos. Este componente pode transformar alimentos sem potencial cariogênico em cariogênico. Outros tipos de açúcares também estão envolvidos nos fatores causais da cárie, como a glicose e a frutose presente no mel e nas frutas. Vale ressaltar que a simples exposição a estes alimentos não é um fator de risco para a doença, mas sim o contato frequente e prolongado destes substratos com os dentes (RIBEIRO, RIBEIRO, 2004).

Em algumas situações os dentes podem ter uma tendência ao desenvolvimento da cárie, entre eles estão aqueles que possuem esmalte dentário imaturo e defeituoso, causado geralmente pela hipoplasia, que acontece quando o organismo não produz

camada dura suficiente no esmalte do dente (HARRIS *et al.*, 2004; GUEDES PINTO, 1997).

O principal sistema de defesa contra a cárie, capaz de remover alimentos e microorganismos é a saliva. Por possuir substâncias antibacterianas, além de ser um grande reservatório de cálcio e fosfato, necessários para a remineralização do esmalte, ela é capaz de formar um sistema tampão contra os ácidos produzidos. A diminuição da salivagem, como ocorre durante o sono, diminui também a sua capacidade de formar o sistema tampão, aumentando assim a tendência ao desenvolvimento da cárie (RIBEIRO, RIBEIRO, 2002).

O flúor não impede o surgimento da cárie, entretanto é extremamente eficaz em reduzir a sua evolução. Sua manutenção proporciona o aumento da resistência do esmalte, chegando a reduzir o volume de minerais perdidos no processo de desmineralização e ativando a remineralização. Diante disso, a escovação com dentífrico fluoretado e a escovação antes de dormir são hábitos que auxiliam no controle da cárie, devido aumento de flúor na saliva (CURY, 2002).

A cárie inicia-se através da infecção causada pelos estreptococos e pelo seu acúmulo no biofilme, seguido de uma exposição longa e frequente de uma dieta cariogênica. Nesse cenário, os estreptococos fermentam os açúcares na placa dentária e ocasionam a desmineralização do esmalte, causando cavidades no dente (BERKOWITZ, 2003).

### **2.1.1 Tratamentos da doença cárie**

O tratamento da cárie em crianças, geralmente, é um desafio aos odontopediatras, já que estes pacientes costumam colaborar e cooperar pouco durante o procedimento. Além disso, dependendo do estágio da doença, pode ser que tenha restado uma parte muito pequena do dente, ocasionando menores chances de sucesso na reabilitação da unidade decídua (LOURENÇO NETO *et al.*, 2016).

O cirurgião-dentista deve estar sempre capacitado em atender de forma satisfatória o interesse dos pacientes/núcleo familiar, mesmo possuindo uma diversidade de técnicas e materiais restauradores, seu planejamento deve estar sempre de acordo com aqueles que possuem melhores eficácias comprovadas cientificamente (LOURENÇO NETO *et al.*, 2016).

A cárie deve ser tratada levando em consideração a gravidade das lesões, a idade da criança e de seu comportamento durante o tratamento odontológico, sem dispensar a colaboração dos pais. Geralmente, o início do tratamento tem como objetivo identificar os maus hábitos e realizar a educação em saúde bucal. Após isso, caso a lesão esteja em grau inicial, o paciente recebe tratamento com aplicação de flúor. Em casos mais avançados, o tratamento pode ser feito com ionômero de vidro, compósitos resinosos, coroas de resina, coroas de acetato e coroas de aço. Já em casos extremos podem ser feitos tratamentos endodônticos ou cirurgias de exodontia, já que, nesses casos, a coroa dentária sofreu extensa destruição, o que impossibilita a utilização de métodos restauradores (KALIA *et al.*, 2018).

A perda precoce da unidade decídua poderá gerar problemas na mastigação, dificuldades na fala, problemas na deglutição, problemas estéticos, hábitos deletérios como a interposição lingual ou inadequada posição da língua, além de causar o desequilíbrio oclusal (KALIA *et al.*, 2018).

Uma das formas de restauração direta do dente acometido pela cárie é com resina composta com coroas de acetato, podendo ser associada ou não ao uso de pinos de fibra de vidro, sendo uma ótima escolha para o processo de reabilitação da estética e da função do dente em tratamento (COCLETE, 2016).

### **2.1.2. Reabilitação Oral com Coroa de Acetato**

Mesmo com a diversidade de procedimentos para prevenção da doença cárie a qual o odontopediatra poderá efetuar, ainda haverá com frequência casos em que a perda de estrutura dentária necessitará de tratamentos de reabilitação estético-funcional. Se ambas terapias falharem e a perda da unidade decídua for inevitável, problemas no sistema estomatognático podem ocorrer, como distúrbios de fala, má oclusão e até mesmo afetar a socialização da criança (MIYATA *et al.*, 2014).

Elaborar um plano de tratamento que atenda às necessidades do paciente é fundamental, desenvolver medidas preventivas e devolver ao paciente a estética perdida e as funções das unidades dentárias acometidas são prioridade nas decisões terapêuticas (SANTOS *et al.*, 2017).

A reabilitação das unidades decíduas com perdas estruturais é um grande desafio para o cirurgião dentista. É um tema muito estudado na odontopediatria, pois não envolve apenas a importância do tratamento restaurador, como também os tipos de materiais e técnicas que podem ser utilizados. O profissional deve analisar com cuidado o caso e otimizar as chances de sucesso durante o processo de atendimento clínico (SILVA *et al.*, 2018; SOARES *et al.*, 2016).

Existem diversos materiais que podem ser utilizados neste procedimento, bem como as matrizes de policarbonato ou acetato, que são alternativas de baixo custo, de fácil manuseio, apresentam anatomia natural ao dente além de diminuírem o tempo clínico (MIYATA *et al.*, 2014).

O tratamento com coroa de acetato consiste em uma técnica direta, tendo indicações para dentes com coroa destruída principalmente em dentes anteriores. É uma técnica que apresenta bom aspecto estético, é resistente no processo mastigatório, durável, e com baixo custo, já que não há um processo laboratorial anterior, podendo ser realizada em uma única fase (TEITELBAUM *et al.*, 2011).

Essa técnica, quando utilizada em pacientes não cooperadores, pode ser feita com métodos de contenção, seja ele ativo ou passivo. O método de contenção ativo é feito com o auxílio de outro profissional ou do responsável. Já o passivo é realizado com o auxílio de acessórios, bem como almofadas de contenção e faixas (OLIVEIRA; ANDRADE, 2016).

A reabilitação oral com coroa de acetato é uma técnica que ocasiona pouco desgaste dentário, possibilitando assim o acréscimo do material restaurador, oferecendo ao paciente uma mínima intervenção que é duradoura e que reestabelece os aspectos estéticos (CARNEIRO; FONSECA; CRUZ, 2016).

### **2.2. Relato de caso**

O presente trabalho consiste em um relato de caso de uma paciente de 05 anos, sexo feminino, que compareceu na Clínica de Odontopediatria do Centro Universitário UNIFACIG na cidade de Manhuaçu-MG com a queixa principal “Que havia um buraco nos dentes da frente e a restauração com material provisório havia caído”. Na primeira consulta foi realizada a anamnese, o exame clínico e radiográfico da paciente. Com o plano de tratamento elaborado foi solicitado a assinatura da responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), autorizando a divulgação do caso clínico com o objetivo de estudo científico para o Trabalho de Conclusão de Curso. O Termo de Assentimento do Menor (TALE) não foi feito, pois a criança tem apenas 5 anos e não teria condições de responder por si próprio e entender sobre toda a proposta do tratamento. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e se encontra em apreciação ética, os

pesquisadores envolvidos neste presente estudo, então se comprometem a dar continuidade em todos os processos necessários no Comitê até sua aprovação.

Na anamnese a responsável relatou que a criança aos 3 anos de idade já apresentava “manchas e buracos nos dentes”, que consumia muitos alimentos cariogênicos, principalmente bebidas açucaradas e que a higienização oral era deficiente. Foi realizado exame físico intra-bucal e extra-bucal, o Índice de Higiene Oral - Simplificado (IHO-S) (1,3 – regular), odontograma e exame radiográfico periapical dos dentes 51 e 61. Todos os dentes anteriores em sua fase vestibular apresentavam lesões de mancha branca e manchas de sulfato ferroso (FIGURA 1), os elementos posteriores também estavam acometidos por cárie. Portanto o diagnóstico estabelecido foi cárie precoce da infância.

FIGURA 1 – Fotografia frontal inicial da paciente de 5 anos de idade apresentando lesões de mancha branca e manchas de sulfato ferroso na fase vestibular dos dentes anteriores.



Fonte: Aatoria Própria, 2022

Antes de realizar qualquer procedimento restaurador, a responsável foi orientada que para o sucesso do tratamento, seria necessário a mudança de hábitos, como a melhoria da higiene bucal e a redução do consumo de alimentos ricos em açúcares.

Os dentes posteriores foram tratados com remoção seletiva nas cavidades mais profundas com colher de dentina e restaurados com cimento de ionômero de vidro. Os que apresentavam lesões restritas ao esmalte foi então realizado o selante resinoso.

Como os dentes anteriores apresentavam manchas amarronzadas devido o uso de sulfato ferroso, foi realizado primeiramente uma profilaxia com pasta profilática e escova de Robson, seguido de um polimento do esmalte. Por conta das lesões de mancha branca foi aplicado sob isolamento relativo o verniz fluoretado Duraphat® (Colgate®, Brasil) que contém uma concentração de flúor de 22.600 ppm e é considerado o padrão ouro dos vernizes (FIGURA 2). A responsável recebeu a orientação que para o verniz fluoretado tivesse uma maior eficácia seria necessário que a criança ficasse 12 horas sem ingerir alimentos duros e sem escovar os dentes. Este processo foi executado em mais outras três consultas até a inativação das lesões de mancha branca.

FIGURA 2 – Fotografia frontal após aplicação do verniz fluoretado.



Fonte: Aatoria Própria, 2022

O dente 62 e 52 que também se apresentava cariado, optou-se pela restauração com incrementos de resina.

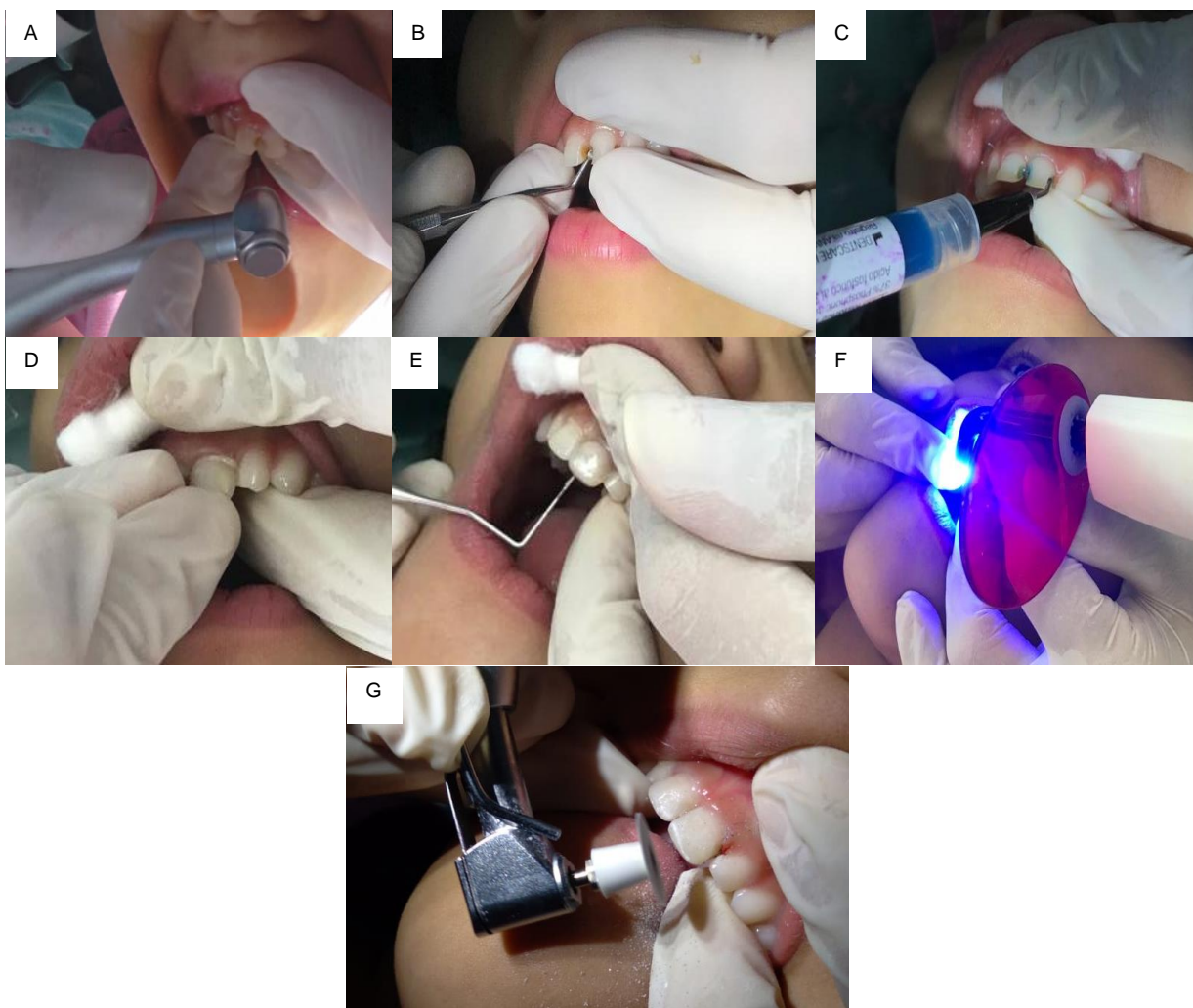
No intuito de trazer melhorias estéticas e funcionais à paciente foi proposto à responsável a reabilitação oral com coroa de acetato e resina nos dentes 51 e 61 (FIGURA 3). Para a remoção do esmalte friável e realizar um desgaste compensatório (bisel) foi utilizado a caneta de alta rotação e broca diamanta cônica, e para a remoção, e removidade a dentina cariada com a colher de dentina. Foi realizado então, um isolamento relativo, aplicado o ácido fósfórico 37% - 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina – lavou-se com água abundantemente e secou com jatos de ar da seringa tríplice. Logo em seguida foi aplicado o adesivo Adaper Single Bond® (3M ESPE®, Brasil) utilizando um microbrush e fotopolimerizado por 40 segundos. Por fim, foi adaptada a matriz de acetato e realizado pequenos furos com sonda exploradora na face palatina da matriz, para que o material em excesso pudesse escoar. As resinas selecionadas foram a Bulk Fill Flow cor A2 e a resina composta Z100 cor A1. As coroas com as resinas foram então adaptadas nos dentes 51 e 61, removido os excessos e fotopolimerizadas. As películas de acetato foram removidas e a restauração foi finalizada com acabamento com discos Sof-Lex (3M ESPE®, Brasil) (FIGURA 4).

FIGURA 3- Fotografia frontal antes da reabilitação dos dentes 51 e 61 com as coroas de acetato e resina.



Fonte: Aatoria Própria, 2022

FIGURA 4 – Fotografias demonstrando todo o processo de confecção das coroas de acetato nos dentes 51 e 61 restaurados com resina.



Legenda: A. Remoção do esmalte friável e desgastes compensatórios (bisel) com alta rotação e broca diamanta cônica. B. Remoção da dentina cariada com colher de dentina. C. Aplicação do ácido fosfórico. D. Adaptação da coroa de acetato e resina. E. Remoção dos excessos de resina com sonda exploradora. F. Fotopolimerização da resina. G. Polimento da restauração de resina com disco sof-lex

Fonte: Autoria Própria, 2022.

Na consulta de retorno, mais uma sessão de polimento foi realizado nas restaurações devolvendo o brilho e estética ao sorriso da criança (FIGURA 5). As orientações de higiene e dieta foram reforçadas com a responsável e que com a conclusão do tratamento seria necessário o retorno periódico da paciente à Clínica para o acompanhamento dos tratamentos realizados e de sua saúde bucal.

FIGURA 5 – Fotografia frontal final após a reabilitação dos dentes 51 e 61 com coroa de acetado e resina.



Fonte: Autoria Própria, 2022.

### 2.3. Discussão de Resultados

Há muito tempo atrás a cárie foi definida como uma patologia infecciosa e transmissível. Entretanto, atualmente, essa alegação não é verdadeira. Estes microrganismos que estão envolvidos com a doença já se fazem presente na cavidade oral, mesmo com a ausência da doença. Além do mais, o microrganismo poder ser transferido de uma pessoa para a outra não justifica o surgimento desse mal, outros fatores são conhecidos por levar ao seu surgimento, principalmente quando se trata de um maior consumo de sacarose (BRADSHAW e LYNCH, 2013; FEJERSKOV, 2004; SHEIHAM e JAMES, 2015; SIMÓN-SORO e MIRA, 2015). Desta maneira, a ingestão de açúcar é a maior causa de cárie precoce na infância (LOSSO *et al.*, 2009).

A carie é uma doença complexa que pode ser associada a fatores socioeconômicos e sociodemográficos (ARDENGI; PIOVESAN e ANTUNES 2013). De acordo com BIRAL *et al.* (2013), o lado positivo é que a cárie pode ser contida com a utilização de medidas preventivas, por meio de palestras educacionais em saúde, com objetivo de orientar crianças e os seus responsáveis sobre a importância de ser prudente com a higiene bucal e sua magnitude na prevenção da cárie dentária, bem como, a fluoretação das águas de abastecimento público.

INAGAKI *et al.* (2015) recomendam que na primeira consulta odontológica infantil deve ser realizada antes da erupção dos primeiros dentes decíduos, no primeiro ano de vida. Diante disso, pais/responsáveis irão receber os devidos ensinamentos sobre a importância da higienização oral e da boa alimentação da criança, impossibilitando sequelas no desenvolvimento infantil, com prejuízos psicoemocionais em virtude de comprometimento das más oclusões dentárias geradas pela instalação de hábitos deletérios e estéticos.

Silva *et al.* (2018) descrevem o fator determinante da integridade e manutenção dos dentes decíduos na região da cavidade oral das crianças, porque são responsáveis por manter o espaço do perímetro da arcada dentária até que a sua esfoliação natural aconteça e os dentes permanentes possam surgir, conforme a cronologia.

Portanto, a cárie severa na infância pode ocasionar distúrbios comportamentais e emocionais, induzindo de forma negativa no bem-estar da criança

e no seu comportamento social em ambiente escolar (INAGAKI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018).

Rocha, Rolim e Moraes (2016) fizeram um estudo, onde perceberam que o tratamento odontológico pode gerar um cenário de receio e ansiedade, fazendo com que a criança não tenha um comportamento colaborativo. Os autores destacam ainda a importância do preenchimento da anamnese já na primeira consulta odontológica pediátrica, possibilitando ao cirurgião dentista planejar o melhor tratamento a ser proposto.

Independente de todos os procedimentos preventivos que a odontopediatria pode promover, a frequência de casos de crianças com a necessidade reabilitação estético-funcional, em consequência da perda de estrutura dentária por cárie precoce na infância ainda é grande (DOMINGUEZ e AZNAR, 2004; HUTH *et al.*, 2002). Além disso, a reabilitação oral de uma criança acometida por cárie precoce engloba uma variedade de tratamentos, no qual deve ser adotado o mais duradouro e que devolva a função dos dentes, ao mesmo tempo em que contribua na prevenção de reincidência da cárie (FERNANDES *et al.*, 2011). De acordo com SANTOS *et al.* (2017), a melhor conduta clínica é aquela que irá atender de forma precisa o paciente, retornando, dessa maneira, a estética e a função das unidades decíduas. Após o tratamento, o cirurgião dentista deve orientar os responsáveis pela criança de como higienizar da forma correta os dentes e também orientar sobre uma alimentação que possibilite a prevenção do surgimento de novas lesões.

A utilização do pino de fibra de vidro com a matriz de acetato é uma opção que mantém uma ótima resistência, é de fácil manuseio, possui baixo custo, é flexível, e exige pouco tempo clínico. A princípio, o dente precisa ser tratado endodonticamente, para que haja a inserção de pino com fibra de vidro e conseguinte a aplicabilidade da matriz de acetato no passo restaurador (MIYATA *et al.*, 2014; SABÓIA *et al.*, 2011).

BRAVO (2015) descreve que a coroa de acetato é muito utilizada em reabilitação em odontopediatria, pois possibilita restabelecer a forma dentária, afim de que a restauração final tenha aspectos como translucidez que seja semelhante a estrutura perdida, intensidade e o croma. Da mesma forma, ZUCUNI *et al.* (2014) afirmam que é necessário fazer a restauração o mais perto do natural.

Quanto o tratamento CARNEIRO *et al.* (2006) afirmam que o método de reabilitação por coroa de acetato possibilita menores desgastes da superfície dentária natural, pois é um método que se aplica direto sobre a unidade decídua, conquistando assim, resultados acima de outras técnicas já empregadas. Ela contém estabilidade de cor, possibilita a oclusão normal e dura até a esfoliação normal do dente decíduo, além de fornecer durabilidade e resistência. Segundo SABÓIA (2016), a resina Bulk Fill possibilita uma aplicação de forma simples e com procedimento curto. Um fator importante da Bulk Fill é que esta sofre poucas contrações na realização da fotoativação do produto na cavidade, de modo que há um aumento da polimerização no momento da restauração. Além disso, possui monômero modificado, e algumas partículas que permitem espalhar luzes que aplicam a inserção de uma só camada. Atingindo uma camada mais profunda entre 4 a 5 mm, o que torna a prática clínica menos estressante.

### **3.CONCLUSÃO**

A reabilitação oral com coroa de acetato tem como objetivo devolver à estética, a função e a mastigação, além de melhorar a autoestima e a qualidade de vida das crianças que sofreram com cárie. Além disso, a coroa de acetato é um produto de baixo custo, fácil de manusear, proporcionando um tempo menor para confecção da

coroa, possibilitando ao cirurgião dentista confeccioná-lo no momento do atendimento, fazendo com que a matriz de acetato possua aspectos bem próximos aos dentes naturais, sendo este o método mais indicado na odontopediatria e no caso do presente trabalho, já que sua aplicabilidade é de modo rápido e prático, além de poder ser realizada em uma única sessão.

Após o tratamento foi solicitado que a paciente retornasse para avaliação do procedimento, sendo observados resultados satisfatórios, onde a paciente e a responsável por ela ficaram satisfeitas. Além disso, houve a orientação da responsável pela criança quanto aos hábitos alimentares e a higiene bucal da paciente afim de evitar o surgimento da doença posteriormente.

#### 4. REFERÊNCIAS

ARDENGI, Thiago Machado *et al.* Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.3, p.129-137, 2013.

AREIAS, Cristina *et al.* Cárie precoce da infância: o estado da arte. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v.41, n.5, p.217-221, 2010.

BERKOWITZ, Robert J. Causas, tratamento e prevenção da cárie precoce na infância: uma perspectiva microbiológica. **Journal - Canadian Dental Association**, v. 69, n. 5, pág. 304-307, 2003.

BIRAL, Adriana Manrubia *et al.* Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v.26, n.1, p.37-48, jan-fev, 2013.

BRADSHAW, David J.; LINCH, Ricardo JM. Dieta e etiologia microbiana da cárie dentária: novos paradigmas. **Revista dental internacional**, v. 63, p. 64-72, 2013.

BRAGA RR *et al.* Factorsinvolved in thedevelopmentofpolymerizationshrinkage stress in resin-composites: a systematic review. **Dent Mater**, v. 21, n. 10, p. 962-970, 2005.

BRAVO SV. **Usos de Coronas de Celuloides para Incisivos Primários como RestauracionesProvisionales**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2015.

CARNEIRO, Roberta Camargos *et al.* Alternativas estéticas e funcionais para a reconstituição de dentes decíduos anteriores com destruição excessiva. **ArqBrasOdontol**, v. 2, n. 1, p. 17-25, 2006.

COCLETE, Giovanna Elisa Gabriel *et al.* PqP-o65 Cárie precoce da infância: reabilitação estética e funcional. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 5, 2016.

Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológico. **Resolução CFO 118/2012**. Disponível em: [https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo\\_etica.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf) Acessado em: 07 de maio de 2022

\*Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. **Resolução CFO – 63/2005**. Artigo 71, p. 20, 2005. Disponível em: <https://transparencia.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/consolidacao.pdf> Acessado em 07 de maio de 2022.

CURY, Jaime Aparecido. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 2002. p. 31-68.

DOMINGUEZ A, Aznar T. Removable prostheses for preschool children: report of two cases. **Quintessence Int**, v. 35, n. 5, p. 397-400, May, 2004.

FEJERSKOV, Ole. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. **Caries research**, v. 38, n. 3, p. 182-191, 2004.

FERNANDES *et al.*. Reabilitação Bucal em Odontopediatria – Relato de Caso Clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 23, n.2, p. 187-193, 2011.

GUEDES-PINTO AC, editor. **Odontopediatria**. 6<sup>TM</sup> ed. São Paulo: Santos; 1997.

HARRIS, Rebeca *et al.*. Fatores de risco para cárie dentária em crianças pequenas: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde bucal comunitária**, v. 21, n. 1, pág. 71-85, 2004.

HUTH K *et al.*. Interdisciplinary rehabilitation and prevention in a case with early and extensive loss of primary teeth. **J Clin Pediatr Dent**, v. 26, n. 2, p. 125-130, 2002.

INAGAKI, Luciana Tiemi *et al.*. Atuação interdisciplinar odontologia/ fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Rev. CEFAC**, v.17, n.2, p.595-603, Mar-Abr, 2015.

KALIA, Garima *et al.*. Avaliação fonoaudiológica em crianças com perda de dentes anteriores e após reabilitação protética com mantenedor de espaço funcional fixo. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 36, n. 4, pág. 391, 2018.

LINDHE, J.; KARRING, T. E LANG, NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Rio de Janeiro/RJ: **Editora Guanabara Koogan S**, 2005.

LOSSO, Estela M *et al.*. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, v.85, n.4, p.295- 300, 2009.

LOURENÇO NETO, Natalino *et al.*. Reabilitação oral em odontopediatria: relato de caso clínico. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, p. 87-92, 2016.

MCDONALD, R. E. *et al.*. **Carie dentária na criança e no adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

MISRA, Sangeeta *et al.*. Early childhood caries—a review. **Dental Update**, v. 34, n. 9, p. 556-564, 2007.

MUNAYCO-PANTOJA, Evelyn *et al.*. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças peruanas com cáries graves na primeira infância. **Odontoestomatologia**, v.22, n.36, Dez, 2020.

MIYATA, Larissa Bortoletto *et al.*. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 1, p. 22-29, 2014.

MOREIRA, Júlia Souza *et al.*. Técnicas de manejo comportamental utilizados em Odontopediatria frente ao medo e ansiedade. **e-Acadêmica**, v.2, n.3, p.1-5, 2021.

OLIVEIRA LC; ANDRADE LM. **Reabilitação estético funcional com coroa de acetato em bebê: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2016.

OTA, Caroline Miki *et al.*. Mantenedor fixo estético-funcional como tratamento para perda precoce de dentes decíduos anteriores. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 4, p. 308-311, 2014.

PINEDA, Isabela Caroline *et al.*. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. **Revista UNINGÁ**, v. 19, n. 3, p. 51-55, 2014.

QUINONEZ, Rocio Beatriz *et al.*. Cárie na Primeira Infância: análise de fatores psicossociais e biológicos em uma população de alto risco. **Pesquisa de cárie**, v. 35, n. 5, pág. 376-383, 2001.

RIBEIRO, Andréa Gadelha *et al.*. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1695-1700, nov-dez, 2005.

Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **J Pediatr**, v.80, n.5, p. 199-210, 2004.

ROCHA, Renata Andréa Salvitti de Sá *et al.*. Inclusão de crianças na escolha de estratégias de manejo comportamental em odontopediatria. **Saúde & Transformação Social**, v.6, n.1, p.87- 101, 2016.

SABÓIA TM, Jesus *et al.*. Utilização de pino e faceta biológica em dente decíduo anterior desvitalizado: relato de caso. **Odontologia clínico-científica**, v. 10, n. 3, p. 297-300, 2011.

SANTOS, Taiane Murilho *et al.*. Alternativas estéticas para reabilitação de dentes decíduos anteriores com destruição coronária. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 26, n. 77, 2017.

SILVA, Sabrina Noguti *et al.*. Reconstrução de caninos decíduos com matriz de acetato: Relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.22, n.2, p.67-71, Mar-Mai, 2018.

SIMÓN-SORO, Aurea; MIRA, Alex. Solving the etiology of dental caries. **Trends in microbiology**, v. 23, n. 2, p. 76-82, 2015.

SOARES, Aline Laignier *et al.*. Reabilitação estética na primeira infância: Relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 26, n. 2, p. 91-98, 2016.

TORTAMANO N *et al.*. O desenvolvimento da disciplina de Clínica Integrada nas instituições de ensino odontológico no Brasil (1995). **Rev Inst Cienc Saúde**, v. 20, p. 69-73, 2002.

TEITELBAUM, Ana Paula *et al.*. Reconstrução de dente decíduo anterior com pino biológico e matriz de anatômica de celulóide: Relato de caso clínico. **International Journal of Dentistry**, v.10, n. 2, p. 117-121, 2011.

VICENTE, SONIA PINEDA *et al.*. A inclusão do odontopediatra nos centros de especialidades odontológicas. **Uningá Review**, v. 24, n. 3, 2015.

ZUCUNI, Camila *et al.*. Oral rehabilitation of patient with severe early childhood caries: a case report. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 11, n. 1, p. 100-106, 2014.

## APÉNDICE A

Nós, *Andreza Martins Romualdo Franklin E Bárbara Dias Ferreira*, responsáveis pela pesquisa "Reabilitação Oral Com Coroa De Acetato - Relato De Caso", estamos fazendo um convite para você participar como voluntário de nosso estudo.

Esta pesquisa pretende contribuir para *o estudo designa ao estudo de relato de caso, para contribuir para o conhecimento científico para a instituição, com objetivo de realizar um estudo sobre o tema direcionado, em uma criança de 5 anos acometida pela cárie precoce da infância*; isso será de grande importância, pois *irá relatar a importância da coroa de acetato e a durabilidade do produto, restabelecendo o sorriso com a reabilitação oral da criança, afim de melhorar a estética, a fonação, e a função da mesma. A justificativa do trabalho será pelo fato de que a cárie é uma das patologias com maiores diagnósticos na infância, sendo seu tratamento realizado pelo procedimento de Reabilitação Oral com Coroa de Acetato, que é considerado de baixo custo e satisfação estética, além de ser um método resistente e durável.*

A participação da sua filha no referido estudo será no sentido de *O tratamento proposto para esta criança será com coroa de acetato de forma menos invasiva, com os seguintes materiais: radiografias periapicais, profilaxia (limpeza dos dentes) Polimento do esmalte, aplicação de verniz com flúor, caneta de alta e baixa rotação para desgastes compensatórios, isolamento relativo (rolos de algodão), desinfecção do dente com ácido fosfórico (eliminação de bactérias), aplicação de adesivo primer, estabelecimento de cor de resina, resina flow, matriz de acetato, polimento das faces vestibulares e palatinas, e por fim, ajuste oclusal. o local em que será realizada a pesquisa, será no Centro Universitário Unifacig. A paciente deverá comparecer 2 (duas) ou 3 (três) vezes a clínica, onde o trabalho será executado, acompanhada pelo responsável. A coleta de material será com fotografias da paciente, que ficará armazenado com Andreza Martins Romualdo Franklin, como arquivo digital, com duração de 5 anos do procedimento, bem como, onde ficarão armazenados esses dados. Podendo haver também destruição dos dados logo após a pesquisa, caso haja justificativa plausível.*

Os benefícios esperados com este estudo são: *a durabilidade, reabilitação oral, a função, estética, e a fonação, além de ser custo baixo.*

Ressalta-se, por outro lado, possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa. Assim, *a criança poderá sentir desconforto na língua ao aplicar o ácido fosfórico pois tem aspecto de forma azeda, como também, ter mudança de comportamento ao utilizar a caneta de alta e de baixa rotação ao fazer desgastes ou polimento dos dentes durante o tratamento.*

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

*Barbara Dias Ferreira**Andreza Martins Romualdo Franklin*

Durante todo o período da pesquisa, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Além disso, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Ressaltamos que sua participação é voluntária; você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização à assistência que poderá vir a receber. Além disso, você pode optar por métodos alternativos, que são: **restauração com ionômero de vidro, restauração de resina composta, cariostático, verniz com flúor.**

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Ressalta-se também que todo o material coletado estará a sua disposição e à disposição do UNIFACIG ao longo do estudo. As informações coletadas serão salvas **arquivo digital no notebook** e serão guardadas **Andreza Martins Romualdo Franklin**, em sua sala, durante **5 anos** e, depois, serão destruídas.

Assegura-se ao participante assistência durante toda pesquisa, bem como livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências antes, durante e depois de sua participação.

Ressalta-se que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação; porém, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, não haverá ressarcimento: **(Será de forma gratuita)**. Da mesma forma, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será indenizado de forma devida, conforme determina a lei.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são **Andreza Martins Romualdo Franklin, e, Bárbara Dias Ferreira, na instituição do Centro Universitário Unifacig** e com eles poderei manter contato pelos telefones (33) 9.9867-5156; (31) 9.83503731, sendo possível ligar a cobrar caso necessite.

Em caso de reclamação ou de qualquer dúvida ética sobre este estudo, você deverá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** do Centro Universitário UNIFACIG, pelo telefone (33)3339-5500, pelo e-mail: [cepunifacig@unifacig.edu.br](mailto:cepunifacig@unifacig.edu.br) ou ainda, presencialmente, no seguinte endereço: Rua Getúlio Vargas, 733, Bairro Coqueiro-Manhuaçu / MG, CEP: 36900-350.

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Andreza Martins Romualdo Franklin

Bárbara Dias Ferreira

## Autorização

Eu, Tomilione da Silva Costa, após a leitura deste documento e depois de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Manhuaçu 25 de Abril de 2022.

Tomilione da Silva Costa

Assinatura do voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo e que das duas vias por ele assinadas, uma será entregue ao informante.

Andreza Martins Romualdo Franklin

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

Andreza Martins Romualdo Franklin  
(33) 9.9867-5156 – [andrezamfranklin@outlook.com](mailto:andrezamfranklin@outlook.com)

Bárbara Dias Ferreira  
(31) 9.83503731 – [barbaradiasferreira@yahoo.com.br](mailto:barbaradiasferreira@yahoo.com.br)

Nome completo do pesquisador  
(telefone) – (e-mail)

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Tomilione da Silva Costa

Andreza