



Dra. Ulrike Uhlmann

ODONTOLOGIA PARA CRIANÇAS

Repensando Sua
Prática Diária

 **NAPOLEÃO** editora

 **QUINTESSENCE PUBLISHING
BRASIL**

CONTEÚDO

Prólogo vi

Prefácio vii

Recursos ix

1

Introdução e Fundamentos 1

2

Boa Comunicação com as Crianças e com os Pais 9

3

Orientação aos Pais: Higiene Bucal e Profilaxia 21

4

Exame Dentário e Dicas para Aumentar a Cooperação 43

5

Diagnóstico na Odontopediatria 53

6

Achados 63

7

Considerações e Abordagens do Tratamento 81

Epílogo 182



Fig. 6-13 Mancha negra. (Cortesia da profa. Roswitha Heinrich-Weltzien).



Fig. 6-14 HMD afetando o segundo molar decíduo.



Fig. 6-15 Descalcificação dos dentes anteriores decíduos em um caso de mal posicionamento habitual do lábio inferior entre os dentes anteriores causando o fechamento inadequado dos lábios e respiração bucal.

Transtornos de Hipomineralização

Existem duas subcategorias de transtornos de hipomineralização que estão em ascensão — a hipomineralização molar-incisivo (HMI) e a hipomineralização dos molares decíduos (HMD). A prevalência desses transtornos varia amplamente, chegando a 21%¹⁵. As crianças afetadas pela HMD têm risco maior de desenvolver HMI e devem ser monitoradas atentamente¹⁶. Os dentes parecem frágeis, porosos, com alteração da cor e abrasionam rapidamente (Fig. 6-14). Explicações adicionais sobre os transtornos de hipomineralização e seus tratamentos são dados no Capítulo 7.

Manchas Brancas

Frequentemente as manchas brancas são os primeiros sinais de descalcificação, principalmente nos dentes anteriores (Fig. 6-15). Essas manchas não devem ser examinadas com a sonda clínica. Em vez disso pode-se aplicar verniz com flúor seletivamente¹⁷. O aumento da respiração pela boca pode ser outra razão para a desmineralização na forma de manchas brancas. Baseado na informação que os pais fornecem no formulário do histórico médico em relação à respiração bucal, hábitos de ingestão de líquido, alimentação e higiene bucal, a(s) razão(ões) para essa desmineralização têm que ser determinadas para fornecer profilaxia e tratamento individual, centrado na criança.

Fig. 6-16 Alteração da cor do incisivo decíduo resultado de prévio traumatismo. (Cortesia da Dra. Juliane von Hoyningen-Huene).



Portanto, os pais devem ser aconselhados sobre os hábitos adequados de higiene bucal, ingestão de líquido e alimentação saudável e tratamento com flúor para a profilaxia dentária. Os pacientes com alto risco como esses devem ser agendados para acompanhamento, ao menos, a cada três meses e pode tornar-se necessário o encaminhamento a um especialista se as lesões progredirem e houver maior necessidade de tratamento.

Doença/Alteração da cor com Mancha Rosa

Se um dente decíduo mostra aumento na alteração da cor rosa, provavelmente existe reabsorção devido a traumatismo. A doença com mancha rosa pode ser diagnosticada radiograficamente e em tais casos é indicada a extração do dente decíduo afetado. Deve-se considerar o tratamento endodôntico somente em casos excepcionais, desde que a cooperação do paciente seja excelente e a reabsorção esteja muito limitada. Do ponto de vista funcional, o espaço resultante na dentição anterior não precisa ser restaurado¹⁸.

Os dentes decíduos anteriores geralmente mostram alteração da cor para acinzentado ou amarronzado depois de traumatismo (Fig. 6-16). Os dentistas podem postergar o tratamento tranquilamente, desde que a criança não apresente quaisquer sintomas. Se a alteração da cor aparecer imediatamente depois do traumatismo e desaparecer, a provável causa foi a formação de um hematoma. Se a alteração da cor ocorre em uma fase tardia, depois do traumatismo, pode-se presumir necrose ou obliteração pulpar. Se o dente permanece clinicamente sem sintoma, é possível postergar qualquer ação e meramente realizar acompanhamento regular. Se houver sintomas de dor, fistula ou se estiverem aparentes sinais radiográficos de inflamação periapical depois de traumatismo, o dente tem que ser submetido a tratamento endodôntico ou ser extraído. Considerada a cooperação geralmente limitada nessa idade e o fato de que a indicação de pulpectomia é limitada devido à idade, deve-se dar preferência à extração¹⁸. O Capítulo 7 discute mais detalhes do traumatismo nos dentes decíduos e permanentes.

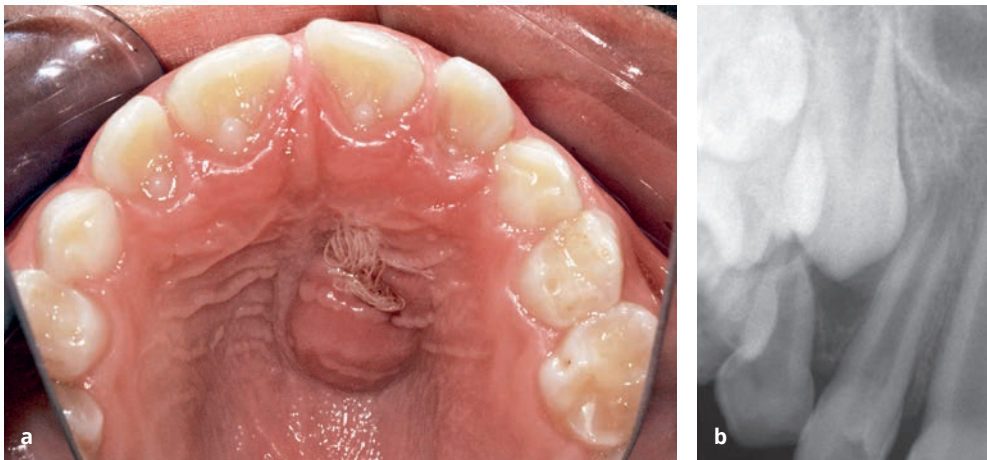


Fig. 6-17 (a) Visão palatina de um paciente de 10 anos de idade que se apresentou com abscesso no palato, sem causa identificável. Pode-se ver o forame cego dos dentes anteriores acentuadamente pronunciado. A causa do abscesso era um *dens invaginatus* no incisivo lateral superior esquerdo. Podem-se também ver as tiras para a drenagem, inseridas. (b) Radiografia do *dens invaginatus*. A sombra pode ser vista na região do teto pulpar. (Cortesia da Dra. Gabriele Viergutz).

Caso Especial: *Dens Invaginatus*

Durante o desenvolvimento dentário, especialmente dos incisivos superiores, o forame cego pode invaginar e causar uma anomalia conhecida como *dens invaginatus*. Dependendo da profundidade e da morfologia da invaginação, diferenciamos três tipos. Na maioria dos casos, são afetados os incisivos laterais superiores permanentes; menos comumente são afetados os incisivos centrais ou os caninos decíduos. De acordo com a literatura, a incidência geral é de 2% a 7%. Em cerca de metade dos pacientes afetados, essa anomalia aparece bilateralmente. A etiologia ainda não é totalmente compreendida¹⁹.

Como essas invaginações são difíceis de acesso quando da realização da higiene bucal e nem sempre são totalmente cobertas pelo esmalte, elas são locais prediletos para a formação da cárie. Se o diagnóstico imediato e medidas profiláticas não forem feitas (p. ex., selamento), a cárie não tratada resultante pode originar necrose pulpar, periodontite apical e subsequentemente a formação de abscesso (Fig. 6-17a). Fossa palatina distinta, forma coronária anormal ou sombras nas radiografias na área do teto pulpar (Fig. 6-17b) podem ser indicação de *dens invaginatus*. Portanto, se, por exemplo, um jovem paciente apresentar-se com radiopacidade apical no incisivo lateral ou se isso for um achado radiográfico sem qualquer traumatismo presente, a causa pode ser o *dens invaginatus*. Como, em alguns casos, esses dentes têm anatomia radicular específica, geralmente o encaminhamento ao endodontista é a melhor opção.

Má Oclusão/Mal Posicionamento Dentário

Mordida cruzada

A anomalia oclusal mais comum na odontopediatria é a mordida cruzada de um ou vários dentes. Se não tratada, pode haver implicações importantes no desenvolvimento mandibular. É por isso que é essencial breve avaliação diagnóstica ortodôntica na consulta da criança.

Um dente decíduo em posição de mordida cruzada pode ser transposto por ajuste oclusal seletivo. Exercícios diários com uma espátula de madeira, que a criança pressiona contra a face palatina do dente afetado, pode também fornecer resultado. De forma semelhante, pode-se remediar efetivamente a mordida cruzada de um dente decíduo com o uso de uma coroa invertida (superfície lingual voltada para vestibular) (Fig. 6-18). Nesse contexto, deve-se mencionar a terapia miofuncional: pode-se tratar a mordida cruzada com o fortalecimento dos músculos da língua e com estímulo da posição fisiológica de repouso da língua ou com a eliminação de hábitos que possam impactar negativamente a boca. Se metade dos dentes inferiores estiverem em mordida cruzada, deve-se encaminhar a criança ao ortodontista durante a fase da dentição decídua para facilitar o crescimento simétrico da mandíbula.

Mordida aberta

A mordida aberta também é comum. Isso pode ocorrer simetricamente na linha media ou assimetricamente em um lado. A mordida aberta assimétrica tem prognóstico pior e pode ser causada, por exemplo, pela sucção do polegar ou outro dedo de uma só mão em particular (checar os dedos da criança). Entretanto, a mordida aberta pode também ser causada pelo uso prolongado da chupeta, sucção habitual de outros objetos (p. ex., cobertor, animal de pelúcia) ou posição/movimento não fisiológico da língua. Se possível, é importante eliminar a causa e ou esperar para ver se a mordida fecha ou tratar, dependendo da idade da criança e da gravidade da mordida aberta. Novamente, a terapia miofuncional oferece opções excelentes de tratamento. Além disso, pode-se procurar o ortodontista para a discussão sobre uma abordagem interdisciplinar.

DICA PARA A AVALIAÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA

Às vezes é difícil fazer com que as crianças adotem deliberadamente a posição cêntrica (intercuspidação máxima) e muitas vão empurrar a mandíbula para frente. A posição cêntrica pode ajudar a fazer com que as crianças deglutam e então avaliar a posição adotada pela mandíbula. Ao mesmo tempo, isso possibilita o dentista checar o padrão de deglutição.

Erupção lingual dos dentes anteriores inferiores

Outro achado comum é a erupção por lingual dos dentes anteriores inferiores permanentes, onde há reabsorção fisiológica insuficiente das raízes dos dentes decíduos correspondentes (Fig. 6-19a). Os pais frequentemente acham isso alarmante, mas em muitos casos a espera supervisionada será suficiente. Frequentemente, depois da exfoliação ou, menos comum, depois da extração do dente decíduo envolvido, a língua empurra o dente sucessor erupcionado por lingual para a posição correta dentro de algumas semanas (Fig. 6-19b).



Fig. 6-18 (a e b) A linha media do paciente foi deslocada pela mordida cruzada nos quadrantes posteriores. Neste exemplo, as medidas de ajuste oclusal seletivo estão fora de questão. (c e d) Uma coroa foi inserida na posição reversa (face palatina, na vestibular) sem o ajuste oclusal seletivo do dente decíduo envolvido. Por causa do plano inclinado resultante, foi possível corrigir a linha media em duas semanas. (e e f) Depois do alcance e da manutenção do resultado desejado, a coroa do dente decíduo foi removida após oito semanas com uma broca diamantada sob refrigeração. (Cortesia do Dr. Jorge Casián Adem.)



Fig. 6-19 (a) Incisivo lateral inferior esquerdo erupcionado por lingual. (b) Depois de espera supervisionada e exfoliação natural dos dentes permanentes, a língua empurrou os dentes para a posição vestibular em oito semanas.

Reabsorção incompleta dos molares decíduos

É comum a reabsorção incompleta do segundo molar decíduo pelo primeiro molar permanente. Se a erupção do primeiro molar permanente estiver atrasada em um lado ou se em ambos os lados eles estiverem inclinados muito mesialmente, deve-se tirar uma radiografia para o diagnóstico adequado. As crianças ocasionalmente também descrevem dor afetando os segundos molares decíduos. Dependendo do grau de reabsorção, pode-se fazer a tentativa de endireitar o primeiro molar permanente para garantir a erupção normal (p. ex., usando espaçadores nos casos leves ou molas de separação) ou o primeiro molar decíduo afetado têm que ser removido. Neste caso, o fechamento do espaço pelo primeiro molar permanente deve ser absolutamente evitado. É aconselhável o trabalho conjunto interdisciplinar com um ortodontista.

Infraoclusão/anquilose

Outra possibilidade são os molares decíduos anquilosados na infraoclusão (geralmente os primeiros molares inferiores). Os dentes anquilosados devem ser removidos, se permanecerem, eles impedirão o crescimento correto da mandíbula. A remoção pode ser difícil, especialmente para os dentes com infraoclusão acentuada cujo dente distal adjacente está inclinado linguomesialmente. Nestes casos, pode ser prático primeiro endireitar o dente adjacente inclinado em uma abordagem interdisciplinar com um ortodontista e somente então tentar a extração do dente anquilosado. Em tais casos, é aconselhado levantar um retalho e separar o dente decíduo.

Deve-se evitar apoiar a alavanca contra os dentes adjacentes, principalmente se são dentes permanentes que acabaram de erupcionar, porque em algumas circunstâncias, isso pode resultar no deslocamento. A remoção cirúrgica de dente decíduo anquilosado também pode ser encaminhada ao bucomaxilofacial.

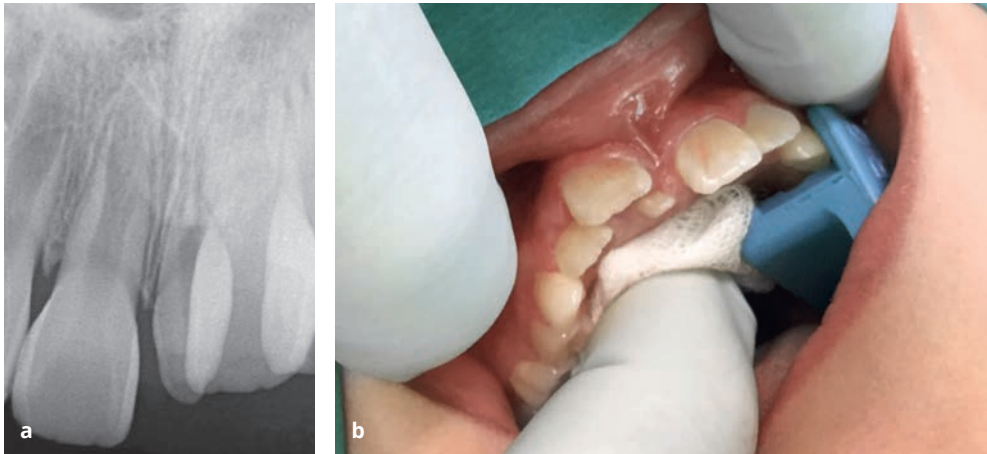


Fig. 6-20 (a e b) Radiografia periapical e o pré-operatório de um paciente de 10 anos de idade com mesiodente já erupcionado na região do incisivo central superior. (Cortesia do Dr. Matthias Nitsche).

Erupção tardia/atípica

A erupção tardia de um dente permanente deve sempre dar origem a mais investigação diagnóstica. Por exemplo, os germes de dentes supranumerários são possíveis causas. Se os dentes anteriores superiores erupcionarem totalmente assimétricos ou se ocorre a exfoliação acentuadamente tardia de um dente decíduo de um lado, precisa-se investigar a presença de um mesiodente (Fig. 6-20). A radiografia intrabucal ou a panorâmica são indicadas como primeira medida. Se a suspeita for confirmada e tornar-se necessária a remoção, deve-se realizar uma TCFC (tomografia computadorizada de feixe cônico) no pré-operatório. Por esse método, pode-se diagnosticar claramente qualquer cisto folicular, reabsorção radicular dos dentes adjacentes e mesmo a relação posicional dos dentes.

Tratamento adicional será determinado pela variação das condições limitantes. Se o dente supranumerário já tiver erupcionado, deve ser extraído — semelhante ao caso de reabsorção radicular iminente ou precoce dos dentes adjacentes. Se o dente supranumerário impede a erupção de um dente no curso da sua remoção, o dentista deve decidir em uma consulta interdisciplinar com o ortodontista se deve colar um bracket no dente permanente para alinhá-lo. Se o dente supranumerário não causa problemas, são indicados a espera supervisionada e radiografias em intervalos regulares (a cada 12 meses)²⁰.

CONCLUSÃO

Achados precisos e completos são cruciais para o planejamento adequado do tratamento e um bom formulário de admissão pode ajudar a identificá-los. A Figura 6-21 é um exemplo de formulário de admissão que pode ser usado para registrar observações em relação aos lábios, língua, bochechas e os hábitos bucais, assim como quaisquer recomendações ou encaminhamentos sugeridos aos pais.

Achados Observados

Paciente: _____ Dentista: _____

Idade: _____

Primeira visita: _____

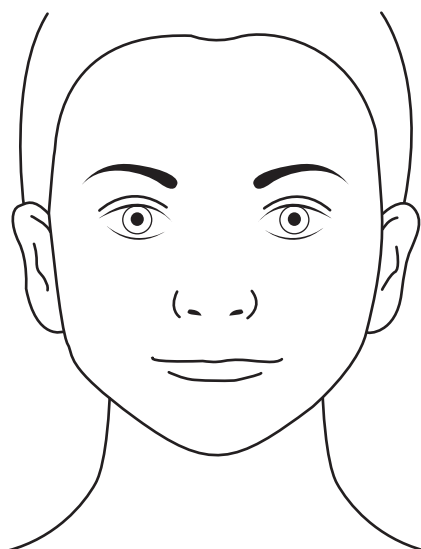
Aparência externa/anomalias

Face: _____

Nariz: _____

Lábios: _____

Mento: _____



Aparência interna/anomalias

Língua: _____

Mucosa bucal: _____

Dentes: _____

Frênulo: _____

Anomalias ortodônticas: _____

Função/disfunção

Padrão de deglutição: _____

Hábitos: _____

Respiração: _____

Bruxismo: _____

Recomendações dadas aos pais/encaminhamento

Fig. 6-21 Formulário de admissão para os achados observados.