

Cárie na primeira infância: um grande desafio da odontopediatria

Marcos Vinicius Rodrigues de MELO¹; Rávyla Leal MARTINS¹; Joed Pires de LIMA JÚNIOR²; Cláudia Maria PERUCHI³; Cinthia Gonçalves Barbosa de Castro PIAU³

1 - Graduação em Odontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB); 2 - Pós-Graduação em Biologia Celular e Estrutural Aplicadas pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); 3 - Professora do Curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Resumo

A Cárie na Primeira Infância (CPI), doença oportunista de natureza aguda, progressão rápida e etiologia multifatorial. É um problema de saúde pública que pode provocar severas consequências se não diagnosticada e tratada precocemente. A CPI está associada às condições socioeconômicas, culturais e sociais dos indivíduos. Diante disso, este artigo objetiva relatar dois casos clínicos de pacientes do sexo masculino, um de três anos de idade com bom comportamento frente ao tratamento odontológico e outro de cinco anos com comportamento aversivo, diagnosticados com CPI. Ambos apresentaram lesões cáries nos dentes decíduos, comprometimento estético e sem sintomatologia. Os pacientes e seus responsáveis receberam orientações de higiene e dieta. Devido ao comportamento diferenciado dos pacientes, os planos de tratamento foram individualizados. Para o paciente não colaborativo, optou-se pelo uso de cariostático, material estabilizador da cárie à base de diamino fluoreto de prata sem necessidade de intervenção invasiva. Quanto ao paciente colaborativo, optou-se pela remoção seletiva do tecido contaminado e restauração com ionômero de vidro modificado por resina e assim reduzir os riscos à atividade de cárie. Conclui-se que para determinação do plano de tratamento e na escolha do material para os casos de CPI deve se levar em consideração não somente as lesões de cárie presentes, mas também o comportamento do paciente no ambiente odontológico e a filosofia de tratamento terapêutico. É importante ressaltar que a promoção de saúde e prevenção, além do diagnóstico precoce, são fatores positivos para a redução da prevalência e intervenções complexas na CPI, como mostrado nos casos clínicos relatados.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie dentária; Higiene bucal; Manejo psicológico; Dieta cariogênica; Cariostático; Cimento ionômero de vidro.



Copyright © 2021 Revista
Odontológica do Brasil Central -
Esta obra está licenciada com uma
licença Atribuição-NãoComercial-
Compartilhada 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 14/07/20
Aceito: 06/04/21
Publicado: 29/06/21

DOI: 10.36065/robrac.v30i89.1436

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcos Vinicius Rodrigues de Melo

Endereço: QS9, Rua 120, Lote 26, Apt. 105, Águas Claras - DF

CEP: 71977-180

E-mail: mv.rodrigues25@gmail.com

Introdução

A cárie que acomete crianças em tenra idade, antigamente conceituada como cárie de mamadeira, cárie precoce na infância e cárie severa na infância teve sua nomenclatura atualizada em 2019 para Cárie na primeira infância (CPI) pela *International Association Paediatric Dentistry (IAPD)* na Declaração de Bangkok^{1,2}. Neste documento a doença foi conceituada como um processo cariioso que apresenta uma ou mais superfícies cariadas, cavitadas ou não, perdidas ou restauradas em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade³.

A CPI possui alta prevalência no Brasil, acometendo de 5 a 20% de crianças entre 12 e 36 meses de idade e, no cenário mundial essa enfermidade representa um grande impacto na saúde da criança, pois pode causar dor na mastigação, privação do sono e até subnutrição². A CPI é determinada por fatores biológicos, onde a presença constante de biofilme no esmalte promoverá o desequilíbrio do processo de desmineralização - remineralização, e levará a um grau maior de desmineralização dentária⁴. Associa-se também a estes fatores as condições psicossociais e comportamentais do indivíduo, que podem envolver consumo excessivo de sacarose e carboidratos fermentados, bem como higiene bucal precária^{5,6}.

O tratamento da CPI varia conforme o estágio da doença e deve ser baseado no entendimento de sua complexa etiologia bem como na atuação do profissional ao comportamento da criança⁷. Na fase inicial, a intervenção se baseia em propostas educativas e preventivas, com orientação e instrução de higiene bucal à criança e aos responsáveis. O uso do flúor na escovação assim como a redução do consumo de alimentos ricos em carboidratos (principalmente a sacarose) são hábitos que devem ser inseridos no dia a dia do paciente⁸. Nos casos mais severos podem ser implantados carióstáticos, materiais restauradores e até mesmo reabilitações mais complexas⁹.

Este trabalho objetiva relatar dois casos clínicos de pacientes de tenra idade, diagnosticados com CPI que compareceram para

tratamento odontológico na Universidade Católica de Brasília (UCB). Os planos de tratamento foram individualizados e determinados conforme o comportamento de cada paciente e buscam orientar na atuação do cirurgião-dentista, especialista ou não, em relação à prevenção e terapêutica da CPI.

Relatos de casos

Caso clínico 1

Paciente do sexo masculino, três anos de idade. Apresentou queixa relatada pela mãe “Meu filho não sorri porque tem vergonha de mostrar os dentinhos estragados. É uma criança triste”. Na primeira consulta, notou-se uma expressão triste e quieta da criança que foi diagnosticado com CPI e, desde o primeiro momento, apresentou comportamento colaborador.

Os incisivos superiores e caninos foram diagnosticados com os estágios 2 e 5 do Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries (ICDAS), por apresentarem em suas faces manchas brancas ativas, micro cavitação e lesões cavitadas em esmalte e dentina, respectivamente. Nas oclusais de alguns dentes posteriores, observou-se lesões em menos de 50% da dentina, mais de 50% da dentina e manchas brancas ativas nas faces vestibulares, códigos 5, 6 e 2, respectivamente (Figura 1A-G).

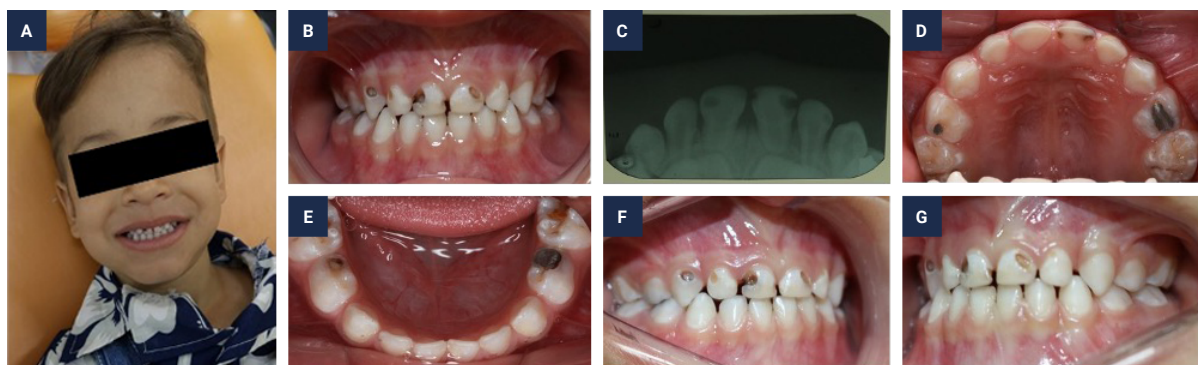


FIGURA 1 - (A) Aspecto clínico do paciente sorrindo com cárie severa da infância; (B) Aspecto clínico inicial; (C) Imagem radiográfica dos dentes anteriores; (D) Aspecto clínico inicial dos dentes superiores; (E) Aspecto clínico inicial dos dentes inferiores; (F) Aspecto clínico inicial dos dentes em visão lateral direita; (G) Aspecto clínico inicial dos dentes em visão lateral esquerda.

O plano de tratamento para este caso foi:

- a. Orientação aos pais quanto à higiene bucal: introdução de pasta de dente com 1100 ppm de flúor 2x ao dia, com cuidado para não ingerir, e uso do fio dental;
1. Orientação da dieta: remoção de amamentação noturna, diminuição do consumo de balas e carboidratos fermentáveis entre as refeições, bem como introdução de frutas e verduras na dieta do paciente.
- b. Fluorterapia com aplicação de verniz de flúor nas manchas brancas ativas por 4 semanas seguidas (Código 2).
- c. Restauração de mínima intervenção sob a técnica de restauração atraumática (ART) com ionômero de vidro modificado por resina nas lesões cavitadas em esmalte e dentina (Códigos 2, 3, 5 e 6).

A adequação do meio bucal foi realizada seguindo a filosofia de mínima intervenção, com a remoção da dentina infectada com auxílio de curetas de dentina afiadas compatível com o tamanho da cavidade. Em seguida o dente foi restaurado com ionômero de vidro modificado por resina *RIVA LIGHT CURE (SDI)*, seguindo as instruções do fabricante (Figura 2A-C).



FIGURA 2 · (A) Aspecto clínico com as restaurações em ionômero de vidro modificado por resina; (B) Aspecto clínico com as restaurações em ionômero de vidro modificado por resina em visão de maxila; (C) Aspecto clínico com as restaurações em ionômero de vidro modificado por resina em visão de mandíbula.



FIGURA 3 · (A) Aspecto clínico com as restaurações em resina composta; (B) Aspecto clínico com as restaurações em resina composta em visão de mandíbula; (C) Aspecto clínico com as restaurações em resina composta em visão de maxila; (D) Aspecto clínico do paciente sorrindo, feliz e com autoestima recuperada.

Após 3 meses de controle do paciente com visitas semanais à Universidade, observou-se a paralisação da doença e melhora na higiene bucal. Visto que a principal queixa do paciente estava relacionada à estética, optou-se por trocar as restaurações por resina composta Z100 (3M) (Figura 3A-D).

A cooperação do paciente e da responsável frente à mudança de hábitos e o bom comportamento foi imprescindível para a realização do plano de tratamento proposto.

Caso clínico 2

Paciente do sexo masculino, cinco anos de idade, com queixa principal relatada pela mãe “Quando ele vai sorrir incomoda porque está feio.” Desde a primeira consulta se mostrou um paciente não colaborador, mesmo após o uso de técnicas de manejo como ‘diga, mostre e fala’, distração e reforço positivo.

Os incisivos superiores e alguns molares foram diagnosticados com os estágios 6 do ICDAS por apresentarem cavidades envolvendo mais de 50% da dentina, alguns caninos superiores com o Código 3, cavidades em esmalte e em alguns molares e caninos inferiores Código 5, por apresentarem menos de 50% da face envolvida (Figura 4A-F).

O plano de tratamento para este caso foi:

- a. Orientação aos pais sobre higiene bucal: introdução de pasta de dente com 1100 ppm de flúor 2x ao dia, com cuidado para não ingerir, e uso do fio dental;
- b. Orientação da dieta: remoção de amamentação noturna, diminuição do consumo de balas, sucos de caixinha e carboidratos fermentáveis entre as refeições, bem como introdução de frutas e verduras na dieta do paciente.
- c. Aplicação de cariostático RIVA STAR (SDI) com 38% de diamino fluoreto de prata com iodeto de potássio em uma única sessão em todos os dentes com lesões cariosas.

Devido ao comportamento pouco colaborativo frente ao atendimento odontológico, foi usado o cariostático para estabilizar as lesões cáries em atividade, devido à inviabilidade de outras intervenções.

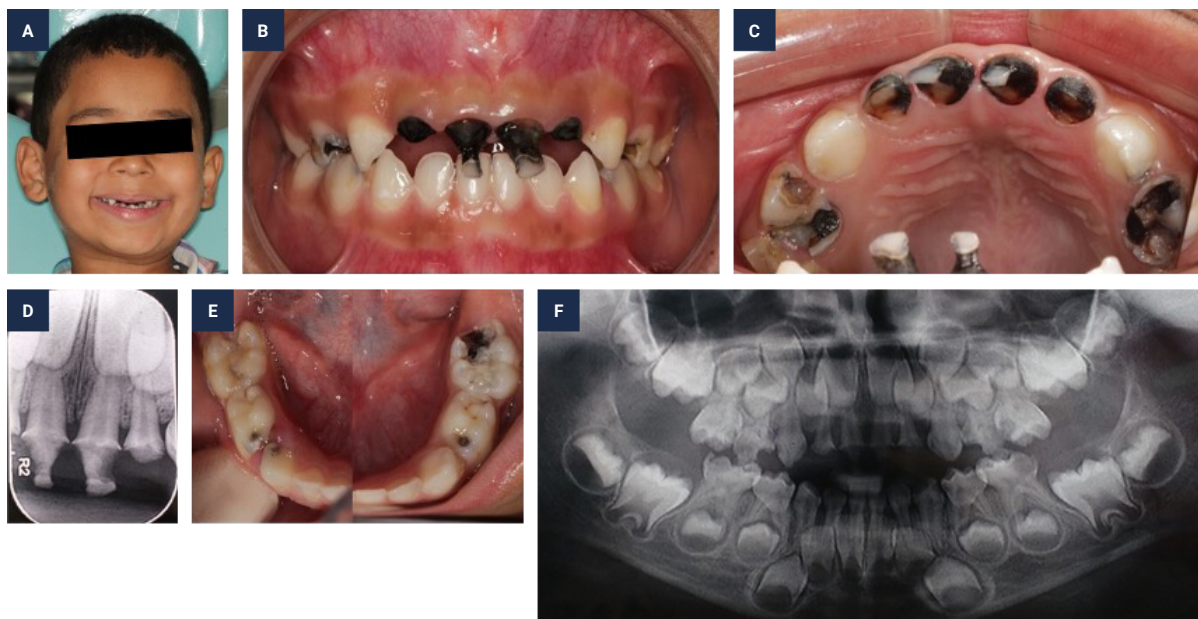


FIGURA 4 - (A) Aspecto clínico do paciente sorrindo com cárie severa da infância; (B) Aspecto clínico inicial dos dentes superiores; (C) Aspecto clínico inicial dos dentes inferiores; (D) Imagem radiográfica periapical da região anterossuperior; (E) Aspecto clínico dos dentes inferiores; (F) Imagem radiográfica panorâmica.

Discussão

A CPI é uma doença multifatorial, oportunista e de progressão rápida que exige uma intervenção de tratamento variável e dependente do estágio em que a doença se encontra. Estes estágios são melhores descritos no Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries (ICDAS), o qual cita a evolução clínica da doença, classificando-as por códigos de 0 ao 6, onde: 0-hígido, 1 - alteração visível em esmalte após secagem, 2 - alteração visível em esmalte sem secar, 3 - cavitação em esmalte, 4 - sombreamento em dentina, 5 - cavitação em menos de 50% de dentina e 6 - cavitação em mais de 50% de dentina, como mostrado clinicamente nos casos relatados^{2,10}.

O tratamento da CPI deve ser multidisciplinar, envolvendo procedimentos simples e eficazes, executados por profissionais de

saúde que atendem o público materno-infantil, professores, nutricionistas, psicólogos, dentistas e médicos, principalmente com medidas educativas e preventivas¹¹. Um fator positivo descrito pela *Academia Brasileira de Odontopediatria* sobre a prevenção da CPI é a orientação sobre os cuidados bucais dos bebês às gestantes nas consultas de pré-natal, sendo que a primeira visita ao dentista é recomendada após a erupção do primeiro dente decíduo^{5,6}.

Quando ocorre o comprometimento estético, os psicólogos devem ser incluídos no tratamento, visto que a doença pode afetar diretamente o desenvolvimento da inter-relação social da criança bem como sua autoestima¹². Fonoaudiólogos também apresentam grande importância no tratamento da CPI já que a enfermidade pode levar a hábitos incorretos de interposição lingual e de pronunciamento de fonemas no aprendizado de linguagem escrita. Essa intervenção não foi necessária nos casos relatados nesse estudo¹³.

O plano de tratamento odontológico consiste em identificar os fatores etiológicos para as lesões de cárie e os maus hábitos (alimentares e higiene), verificar a condição salivar, e individualizar o tratamento conforme o comportamento de cada criança¹⁴. **É importante ressaltar que os procedimentos odontológicos adotados** devem estar associados à promoção de saúde e prevenção dos agravos da doença¹⁵.

O comportamento do paciente consiste em outro fator de grande importância no tratamento da CPI. As técnicas de manejos comportamentais, embasadas cientificamente, podem auxiliar na tomada de decisão e na elaboração de um plano de tratamento com visão holística e integral conforme realizado e descrito nos casos clínicos relatados¹⁶.

No caso clínico 1, devido a boa colaboração do paciente, o plano de tratamento envolveu aplicações tópicas de flúor nas lesões cariosas com código 2 do ICDAS; restaurações com ionômero de vidro modificado por resina nas lesões de cárie com código 3,

5 e 6, como recomendado no *Caries Care International*^{2,10}. Optou-se pela realização deste tratamento com cimento ionômero de vidro modificado por resina, por ser este o material de primeira escolha na odontopediatria. Além disso, apresenta alta resistência e adesividade às estruturas dentárias, é biocompatível, possui boa liberação de flúor e capacidade de vedamento marginal à penetração bacteriana¹⁷⁻¹⁹.

As propriedades restauradoras favoráveis do ionômero de vidro foram comprovadas no caso clínico 1, que associada a mudança no hábito de higiene e dieta contribuíram para estabilidade das lesões cáries com remineralização do tecido dentário^{20,21}.

A qualidade de vida pode ser estabelecida com a melhora da saúde bucal e reabilitação estética do paciente 1, conforme recomendado para todo tratamento odontológico. No final do tratamento, a criança apresentou um semblante de alegria e satisfação, onde evidenciamos a devolução da sua autoestima^{11,22}.

As técnicas de manejo foram semelhantes para os dois pacientes, adotando as técnicas “diga, mostre e faça”, no entanto, as respostas obtidas nos diferentes casos foram distintas¹⁶. Apenas no caso 1 foi observado a colaboração do paciente, e o tratamento pode ser concluído conforme planejado⁵. Já no caso 2, devido a pouca colaboração do paciente e dificuldade de manejo, o plano de tratamento consistiu apenas na aplicação de cariostático à base de diamino fluoreto de prata com iodeto de potássio para a estabilização da atividade cáries, e assim excluir no momento a necessidade de procedimentos mais invasivos e demorados²³⁻²⁵.

O cariostático utilizado no tratamento do caso clínico 2 possui fácil aplicação, baixo custo, porém exige do profissional cuidados em sua técnica²⁴. Uma de suas desvantagens consiste no possível comprometimento da coloração natural dos dentes, podendo deixá-los com aspecto escurecido²⁵. Algumas marcas incorporaram iodeto de potássio em sua composição para diminuir esse efeito. No Brasil, esse produto é comercializado em

várias concentrações, e para o tratamento do caso 2 optou-se pela concentração de 38% de iodeto de potássio, por apresentar menor custo e maior efetividade. Estudos apontam que quanto maior a concentração, melhor é seu efeito cariostático^{24,25}.

A utilização de cariostáticos tem sido amplamente indicada no período de pandemia do Covid-19, visto que a técnica de aplicação desse material não gera aerossóis e pode adiar procedimentos restauradores. A aplicação do cariostático foi utilizada no caso 2 e se resume na aplicação do produto por meio de pincéis aplicadores, diminuindo o contato do profissional com secreções do paciente²⁶.

Outro fator importante a ser avaliado pelo cirurgião-dentista é a qualidade e quantidade salivar do paciente, um componente de grande relevância do sistema imunológico por possuir atividade bactericida pela secreção de componentes neutralizantes e anticorpos naturais (imunoglobulinas A, G e M)^{9,27}. Além disso, estão presentes na saliva lisozimas que operam na quebra da parede celular e na conseqüente destruição de bactérias patogênicas²⁷.

Ainda, a saliva reduz a capacidade de adesão das bactérias nos tecidos intra-orais, controlando a colonização desses microrganismos. A vista disso, o plano de tratamento para ambos os casos clínicos foi pautado na adoção de uma dieta não cariogênica, objetivando/com o objetivo de aprimorar a qualidade de vida dos pacientes^{28,29}.

Os resultados obtidos nesse estudo são de grande importância para melhor entender como o profissional da saúde, em especial o cirurgião-dentista generalista que atende o público infantil, deve planejar o tratamento para os pacientes portadores de CPI. O profissional deve levar em consideração multifatorialidade da doença, bem como se atentar às condições pré-existentes que possam influenciar no surgimento da CPI. Dessa forma, torna-se possível o desenvolvimento de um tratamento eficaz que evite o surgimento de complicações futuras^{30,31}.

Conclusão

O plano de tratamento para a CPI e a escolha dos materiais no tratamento odontológico deve ser empregado levando em consideração não somente as lesões de cárie presentes, mas também o comportamento do paciente no ambiente odontológico e a filosofia de tratamento terapêutico. É importante ressaltar que a promoção de saúde e prevenção dos agravos além do diagnóstico precoce são fatores positivos para a redução da prevalência e intervenções complexas na CPI, como mostrado nos casos clínicos relatados.

Referências

- 1- American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Infant Oral Health Subcommittee; American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent*. 2008-2009;30(7 Suppl):90-3.
- 2- Seiffert A, Zaror C, Atala-Acevedo C, Ormeno A, Martinez-Zapata MJ, Alonso-Coello P. Dental caries prevention in children and adolescents: a systematic quality assessment of clinical practice guidelines. *Clin Oral Investig*. 2018;22(9):3129-41.
- 3- Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, *et al*. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(3):238-48.
- 4- Mathur VP, Dhillon JK. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian J Pediatr*. 2018;85(3):202-6.
- 5- Cardoso CAB, Lourenço Neto N, Paschoal MAB, Silva SMB, Lima JEO. Reabilitação bucal na primeira infância: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba*. 2011;32(2):49-53
- 6- Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Msertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent*. 1999;59(3):192-7.
- 7- Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2012;13(6):281-92.
- 8- Fekrazad R, Seraj B, Chiniforush N, Rokouei M, Mousavi N, Ghadimi S. Effect of antimicrobial photodynamic therapy on the counts of salivary *Streptococcus mutans* in children with severe early childhood caries. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2017;18:319-22.
- 9- Zhou Y, Yu L, Tao Y, Zhi Q, Lin H. Genetic polymorphism of *scrA* gene of *Streptococcus mutans* isolates is not associated with biofilm formation in severe early childhood caries. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):114.

- 10 - Edgar OB, Laura G, Olga LZ, Nigel BP, Stefania M. Caries classification and management in the context of the Caries Care International (CCI™) consensus: a clinical case study. *Br Dent J.* 2019; 227(5):363-66.
- 11 - Pineda IC, Osorio SRG, Franzin LCS. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. *Revista UNINGÁ Review.* 2014;19(3):4.
- 12 - Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, Blinkhorn AS. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. *Br Dent J.* 2003;195(8):451-5.
- 13 - Losso EM, Tavares MC, Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(4):295-300.
- 14 - Mishra P, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Bhat MA, Palaniswamy J. Role of fluoride varnish in preventing early childhood caries: A systematic review. *Dent Res J (Isfahan).* 2017;14(3):169-76.
- 15 - Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. [Early childhood caries: prevalence and risk factors in 4-year-old preschoolers in Joao Pessoa, Paraíba, Brasil]. *Cad Saude Publica.* 2005;21(6):1695-700.
- 16 - Camila MA, Cresus VDG, Rita CMM, Renata NB, Cintia FC. Main techniques of behavior control in Pediatric Dentistry. *Arquivos em Odontologia.* 2010; 46(2):110-115.
- 17 - Silva RJ, Michellini SQ, França TRT, Silva CHV, Beatrice CS. Propriedades do cimento de ionômero de vidro: uma revisão sistemática. *Odontologia Clínico-Científica (Online).* 2010;9(2):125-129.
- 18 - Freitas MC, Fagundes TC, Modena KCS, Cardia GS, Navarro MFL. Randomized clinical trial of encapsulated and hand-mixed glass-ionomer ART restorations: one year follow-up. *J Appl Oral Sci.* 2018;26:e20170129.
- 19 - Pires CW, Pedrotti D, Lenzi TL, Soares FZM, Ziegelmann PK, Rocha RO. Is there a best conventional material for restoring posterior primary teeth? A network meta-analysis. *Braz Oral Res.* 2018;32:e10.
- 20 - Fernandes AP, Lourenço 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.
- 21 - Silva FWGP, Queiroz AM, Freitas ACF, Assed S. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. *Odontologia Clínico-Científica.* 2011;10(1); 13-17.
- 22 - So M, Ellenikiotis YA, Husby HM, Paz CL, Seymour B, Sokal-Gutierrez K. Early Childhood Dental Caries, Mouth Pain, and Malnutrition in the Ecuadorian Amazon Region. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(5):550.
- 23 - Ditterich RG, Romanelli MV, Rastelli M, Czlusniak GD, Wambier DS. Diamino fluoreto de prata: uma revisão de literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde.* 2006;12(2):45-52.

- 24** - Heo J, Tompkins GR, Love RM. Evaluation of the Antimicrobial Activity of Combined Silver Diamine Fluoride (SDF) and Potassium Iodide (KI) as an Endodontic Medicament. University of Otago: New Zealand; 2010.
- 25** - Knight GM, McIntyre JM, Mulyani. The effect of silver fluoride and potassium iodide on the bond strength of auto cure glass ionomer cement to dentine. *Aust Dent J.* 2006; 51(1):42-45.
- 26** - Zi-yu Ge, Lu-ming Yang, Jia-jia Xia, Xiao-hui Fu, Yan-zhen Zhang. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2020; 21(5):361-368.
- 27** - Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent.* 2001; 85(2):162-9.
- 28** - Tannure PN, Moraes GG, Borba M, Abrahao A, Andrade M, Fidalgo T. Prosthetic Oral Rehabilitation of a Child With S-ECC: A Case Report with Histopathologic Analysis. *J Clin Pediatr Dent.* 2015;39(5):410-4.
- 29** - Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(5):941-54.
- 30** - Agnello M, Marques J, Cen L, Mittermuller B, Huang A, Chaichanasakul Tran N, et al. Microbiome associated with severe caries in Canadian first nations children. *J Dent Res.* 2017;96(12):1378-85.
- 31** - Antunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;32(1):41-48.

Early childhood caries: a big challenge of odontopediatry

Abstract

Early childhood caries (ECC), an opportunistic disease of acute nature, rapid progression and multifactorial etiology, is a major public health problem that can cause severe consequences if not diagnosed and treated early. ECC is associated with the socioeconomic, cultural and social conditions of individuals. Therefore, this article aims to report the clinical case of two male patients, one three years old with good behavior towards treatment, and the other five years old with behavior aversive to the dental procedures. Both were diagnosed with ECC, where they had carious lesions on the primary teeth, aesthetic commitment, but without symptoms. Patients and their caregivers received hygiene and dietary guidelines. Due to the behavior aversive to dental procedures presented by one of the patients, the treatment plan and the chosen materials were individualized. For the non-collaborative patient, we opted for the use of cariostatic, a material that stabilizes caries activity without the need for invasive intervention. As for the collaborative patient, we opted for the selective removal of the contaminated tissue and restoration with a resin-modified glass ionomer, in order to reduce caries activity. In summary, the treatment plan for ECC and the choice of the material to be used must take into account not only the caries lesions present, but also the patient's behavior in the dental environment and the philosophy of therapeutic treatment. It is important to note that health promotion and prevention, in addition to early diagnosis, are positive factors for reducing the prevalence and complex interventions in ECC, as shown in the reported clinical cases.

KEYWORDS: Dental caries; Oral hygiene; Psychological management; Cariogenic, Cariotatic diet; Glass ionomer cement.

Como citar este artigo

Melo MVR, Martins RL, Lima Júnior JP, Peruchi CM, Piau CGBC. Cárie na primeira infância: um grande desafio da odontopediatria. Rev Odontol Bras Central 2021; 30(89): 260-272. DOI: 10.36065/robrac.v30i89.1436