

ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR ODONTOLOGIA/ FONOAUDIOLOGIA NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

Interdisciplinary approach between dentistry and speech language pathology in treatment of children with early childhood caries

Luciana Tiemi Inagaki ⁽¹⁾, Daniela Galvão de Almeida Prado ⁽¹⁾,
Alexsandra Shizue Iwamoto ⁽¹⁾, João Sarmiento Pereira Neto ⁽²⁾, Maria Beatriz Duarte Gavião ⁽²⁾,
Regina Maria Puppim-Rontani ⁽²⁾, Fernanda Miori Pascon ⁽²⁾

RESUMO

A integração interdisciplinar entre odontologia e fonoaudiologia pode proporcionar tratamento adequado das alterações dentárias e miofuncionais. Este relato de caso clínico apresenta o tratamento odontológico em criança com três anos de idade com cárie precoce da infância leve, com consequente perda dos incisivos centrais superiores devido a trauma, a reabilitação estética e funcional e tratamento fonoaudiológico. Os procedimentos clínicos odontológicos foram instrução de higiene bucal, aconselhamento dietético e realização das restaurações com resina composta devido ao acometimento por lesão cariada dos dentes 64, 84, 85, 74, 75 (oclusal); e dentes 51, 61, 52 e 62 (face vestibular). Após um ano de preservação foi realizada a exodontia dos dentes 51 e 61 (com história de trauma anterior à primeira consulta), devido a reabsorção externa avançada. Em seguida, mantenedor de espaço estético-funcional removível foi colocado na região anterior superior. Avaliação fonoaudiológica foi realizada utilizando o protocolo Miofuncional Orofacial (MBGR), sendo verificadas as funções orofaciais, mobilidade e tônus muscular. Foram atribuídos escores para cada item avaliado no protocolo. Confirmou-se dificuldade de mobilidade dos lábios e língua com diminuição do tônus da bochecha e alterações na fala. A terapia fonoaudiológica foi estabelecida durante três meses com periodicidade semanal, havendo melhora em todos os aspectos alterados, confirmados pela adequação dos escores do Protocolo MBGR. No tratamento odontológico foram observados resultados clinicamente satisfatórios para a criança e responsáveis. Concluiu-se que o trabalho interdisciplinar entre a Odontologia e Fonoaudiologia proporcionou tratamento adequado para as condições bucais apresentadas pela criança, proporcionando saúde bucal e prognóstico favorável.

DESCRITORES: Cárie Dentária; Avulsão Dentária; Dente Decíduo; Odontopediatria; Fonoaudiologia; Terapia Miofuncional

■ INTRODUÇÃO

A primeira consulta ao Cirurgião-Dentista deve ocorrer antes do irrompimento dos primeiros dentes

⁽¹⁾ Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba – SP – Brasil.

⁽²⁾ Departamento de Odontologia Infantil da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba – SP – Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

decíduos para que os pais e/ou responsáveis possam receber instruções adequadas em relação à higiene bucal e hábitos alimentares, a fim de manter a integridade da saúde bucal da criança¹. Além disso, as visitas periódicas ao Cirurgião-Dentista são importantes para o acompanhamento da dentição e do crescimento craniofacial^{1,2}. No Brasil, apenas pequena porcentagem de crianças recebe assistência odontológica na idade recomendada; e a procura por esses serviços está relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, de forma que,

quanto maiores forem esses níveis, maiores serão as preocupações com a saúde bucal^{2,3}. Assim, crianças de famílias de baixo nível socioeconômico e que apresentam muitos problemas dentários, tendem a procurar o atendimento odontológico apenas em casos de urgência para tratamentos restauradores e extrações dentárias³.

A cárie precoce da infância é definida como a presença de cárie na dentadura decídua em crianças menores de seis anos de idade¹, cujos estágios são classificados em: leve, quando há presença de cárie em pelo menos um dos incisivos superiores e/ou nos primeiros molares superiores; moderada, quando há presença de cárie na superfície vestibular de um ou ambos primeiros molares inferiores; e severa, se há envolvimento de múltiplas superfícies dentárias⁴. As sequelas provenientes da cárie precoce da infância severa e perda prematura dos dentes decíduos podem interferir negativamente na qualidade de vida da criança, afetando a estética, alimentação, desenvolvimento da fala, integridade do arco dentário, desenvolvimento e erupção dos dentes permanentes sucessores, além de contribuir para o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios⁴⁻⁶.

Além da cárie precoce da infância, a perda precoce dos dentes decíduos anteriores superiores também pode trazer sequelas. No caso de perda precoce por trauma, as consequências poderão ser: avulsão; extração após injúria devido a complicações do trauma e prognóstico desfavorável; o dente decíduo traumatizado poderá impor risco ao desenvolvimento adequado do dente permanente; esfoliação precoce devido à reabsorção patológica da raiz; e por complicações inflamatórias abrangendo tecidos adjacentes ao dente traumatizado^{6,7}. Dentre os dentes decíduos, os incisivos centrais superiores são os mais envolvidos nos traumatismos comparados aos demais dentes, seguidos pelos incisivos laterais superiores e centrais inferiores^{6,8}.

Considerando o sistema estomatognático, que é definido como uma unidade morfofuncional localizada na cavidade oral e apresenta como funções a respiração, sucção, mastigação e fonarticulação⁹ e a relação direta desse sistema com a integridade do arco dentário, deve-se considerar que a perda prematura dos incisivos superiores pode desenvolver hábitos orais nocivos e alterar o desenvolvimento da fala⁶. O arco dentário, uma das estruturas estáticas que integra o sistema estomatognático, é considerado morfológicamente e funcionalmente ideal quando houver harmonia entre todas as estruturas e funções do sistema, ou seja, relação favorável entre as bases ósseas, perfeita adaptação entre as superfícies oclusais e dentes em intercuspidação¹⁰. Assim, alterações nas estruturas

dos órgãos fonoarticulatórios podem comprometer as funções do sistema estomatognático.

Em relação à mastigação, a literatura não enfatiza a importância dos incisivos decíduos na preparação do bolo alimentar para a digestão⁶. Entretanto, a fase de incisão é importante uma vez que nesse momento há a informação de consistência, temperatura e tamanho adequado para processar as fases restantes¹¹. Além disso, a mastigação representa a fase inicial do processo digestivo, envolvendo o desenvolvimento do complexo craniofacial, do sistema nervoso central e da oclusão dentária¹².

Ainda, a mastigação é considerada uma função aprendida e adaptável, que depende de inúmeros fatores, dentre eles o aumento do espaço intra-bucal por meio do crescimento craniofacial. Essa função é considerada gradativa em sua evolução, pois no início apresenta-se com movimentos de aproximação e distanciamento da mandíbula e maxila e com erupção dos molares torna-se mais efetiva, com contração da bochecha e rotação da mandíbula. Essa evolução da mastigação é facilitada pela variação da oferta de alimento durante o processo de amadurecimento craniofacial, que acaba exigindo padrões cada vez mais complexos¹³.

Outra função importante do sistema estomatognático em casos de perda prematura de dentes decíduos é a fala. Sabe-se que a linguagem verbal inicia-se desde o nascimento e torna-se mais complexa ao longo do desenvolvimento da criança, sendo que na idade dos dois aos quatro anos ocorre maior expansão do sistema fonológico¹⁴. Como principais características durante o desenvolvimento fonológico notam-se simplificações sistemáticas das regras fonológicas que afetam uma classe ou sequências de sons, as quais desaparecem ao longo do tempo¹⁵.

A dificuldade da organização das regras fonológicas é definida como transtorno fonológico, que é caracterizado pelas substituições, omissões e distorções que a criança realiza durante a aquisição da fala. Essas alterações podem estar relacionadas à dificuldade cognitivo-linguística, associada a percepção auditiva dos sons e/ou a produção dos mesmos¹⁶.

Este relato de caso clínico tem como objetivo apresentar o tratamento interdisciplinar entre Odontologia e Fonoaudiologia em uma criança de idade pré-escolar, com cárie precoce da infância leve e posterior perda dos incisivos centrais superiores por reabsorção radicular patológica devido a trauma, e consequente reabilitação da estética e da função.

■ APRESENTAÇÃO DO CASO**Conduta odontológica**

O presente estudo é um relato de caso clínico e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (087/2014).

Os responsáveis pela paciente L.S.G., gênero feminino, três anos de idade, procuraram atendimento na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, devido à presença de cárie dentária. Na anamnese, a mãe relatou que a criança não havia recebido

nenhum acompanhamento odontológico, e a procura pela assistência odontológica ocorreu devido à presença de manchas escuras nos dentes anteriores superiores. Ao exame clínico observou-se que a paciente encontrava-se na fase de dentição decídua, com presença de lesão cariosa na superfície oclusal dos dentes 64, 84, 85, 74, 75 e terços médio e incisal vestibular dos dentes 51, 61 (estes com história de trauma anterior), 52 e 62 (Figura 1A). No exame radiográfico verificou-se ausência de lesão periapical nos dentes acometidos pela cárie, com presença de rebordo alveolar íntegro (Figura 2A).



Figura 1 – (A) Aspecto clínico inicial dos incisivos anteriores superiores com presença de lesões cariosas; (B) Aspecto clínico após restauração dos incisivos superiores com resina composta

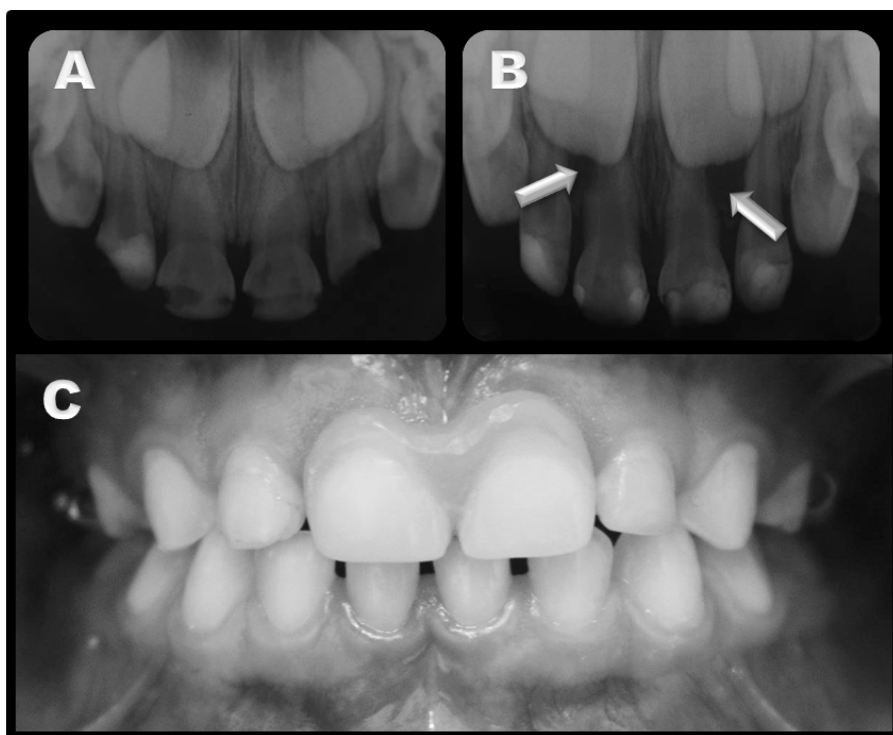


Figura 2 – (A) Radiografia periapical modificada dos incisivos superiores anteriores no início do tratamento; (B) Radiografia periapical modificada dos incisivos superiores anteriores após 1 ano de acompanhamento do traumatismo; observar a presença de reabsorção radicular externa nos dentes 51 e 61 (setas); (C) Aspecto clínico final após a colocação do mantenedor de espaço estético-funcional removível

O plano de tratamento elaborado e executado compreendeu a parte preventiva, em que a criança e os responsáveis receberam orientação de higiene bucal e aconselhamento dietético. No tratamento curativo, foram realizadas as restaurações diretas com resina composta em todos os dentes acometidos por cárie dentária. O tratamento restaurador foi executado sob anestesia local, com isolamento absoluto e a remoção do tecido cariado com brocas esféricas diamantadas e carbide. O material restaurador utilizado foi o sistema adesivo de passo único Adper Easy One (3M, ESPE, St. Paul, EUA) e resina composta Filtek Z350 (3M, ESPE, St. Paul, EUA) nas cores B1 para esmalte e A1 para dentina, sendo fotoativados de acordo com as instruções do fabricante. Ao final das restaurações, procedeu-se o acabamento com pontas diamantadas específicas e após uma semana o polimento pelo sistema SofLex (3M, ESPE, St. Paul, EUA) (Figura 1B).

Após um ano de acompanhamento foi realizado um novo exame radiográfico dos dentes 51 e 61, onde constatou-se a presença de reabsorção externa e lesão periapical, no entanto, a criança não apresentava sintomatologia dolorosa (Figura 2B). Assim, foi indicada a exodontia destes dentes

e a substituição por um mantenedor de espaço estético-funcional removível. Para isso, foi feita a moldagem da arcada superior e inferior e o registro de mordida em cera para a confecção do mantenedor de espaço com dentes de estoque na região dos dentes extraídos.

Imediatamente após a extração dos dentes 51 e 61 (Figura 2C) foi adaptado o mantenedor de espaço e manutenção mensal nos primeiros três meses com o intuito de avaliar a adaptação da paciente com o dispositivo. Nesse período, verificou-se que a paciente apresentava dificuldade na pronúncia de algumas palavras e alterações na fala, sendo então encaminhada para avaliação fonoaudiológica.

Conduta fonoaudiológica

A avaliação fonoaudiológica foi realizada por fonoaudióloga especialista em Motricidade Orofacial. Foram observadas as funções orofaciais, tônus e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios de acordo com o Protocolo Miofuncional Orofacial (MBGR)¹⁷.

Optou-se por utilizar o protocolo MBGR para avaliar as funções orofaciais por ser um protocolo bastante relatado na literatura e utilizado na área

de motricidade orofacial o qual permite mensurar as alterações encontradas, avaliar e estabelecer prognósticos. Procedeu-se à avaliação completa utilizando o protocolo, entretanto, este estudo abordou apenas os resultados encontrados referentes à mobilidade, tônus e funções orofaciais.

De acordo com o proposto no protocolo, a avaliação das funções orofaciais foi registrada por meio de imagens das provas de mastigação, deglutição e de fala. Na avaliação da mastigação, biscoito tipo *waffer* foi utilizado para analisar o padrão mastigatório e as contrações musculares atípicas. Para a avaliação da deglutição dirigida de líquido, analisou-se o vedamento labial, posição da língua, contenção do alimento, presença de contração dos músculos orbicular e mental, movimento de cabeça e coordenação da deglutição. Em relação à fala, foram obtidas amostras de nomeação de figuras, contagem de números de zero a 20 e de fala espontânea.

O tipo respiratório foi avaliado por meio da observação, sendo classificado durante o exame clínico em médio/inferior ou médio/superior. O modo respiratório foi observado considerando a posição dos lábios, mandíbula e língua, também verificou-se a ocorrência em algum momento de vedamento da cavidade bucal, classificando-o em respiração nasal, oral ou oronasal.

Em relação à mobilidade de lábios e língua foram solicitadas tarefas motoras, para lábios: protraír, retrair e alterná-los com os lábios abertos e fechados; lateralizar protraídos para direita e esquerda, estalo em protrusão e retração e também alternado. Para a língua: protraír, alternar protraír e retrair, elevar o ápice na papila incisiva, alternar elevar papila e abaixar, elevar no lábio superior, alternar elevar e abaixar tocando os lábios, tocar a comissura direita e esquerda, alternar esses movimentos, tocar a bochecha direita e esquerda internamente e alterná-la, estalar o ápice, estalar o corpo, sugar contra o palato e vibrar. Cada movimento foi classificado em realizou adequadamente, aproximado ou não realizou.

Quanto ao tônus, avaliou-se o lábio superior, inferior, mento, língua, bochecha direita e esquerda, sendo classificado em normal, diminuído ou aumentado.

Nas análises foram atribuídas escores a cada item investigado. Dessa maneira, considerou-se a soma dos escores individuais para a obtenção do escore total de cada função, quando adequado foi atribuído valor zero e valores superiores quando alterado, sendo que quanto maior o escore maior a alteração.

■ RESULTADOS

Conduta odontológica

O tratamento educativo, preventivo e restaurador ao qual a paciente foi submetida foram de suma importância para incentivar a criança e responsáveis acerca dos cuidados com a saúde bucal. A escolha pela abordagem mais simplificada e menos técnica (ênfasis na melhor compreensão dos responsáveis e da criança por meio de termos popularizados como “sujeira do dente”; “bicho que come o dente”; “escova para limpar o dente”; etc) foi oportuna para o melhor entendimento da família sobre a maneira correta de escovar os dentes, usar o fio dental, readequar hábitos de alimentação e instrução quanto à importância da prevenção de novas lesões cáries.

Os procedimentos invasivos do tratamento restaurador foram bem aceitos pela paciente. Ao longo das sessões, observaram-se mudanças comportamentais da criança, que no início do tratamento mostrava-se tímida e envergonhada. Após a execução da restauração dos dentes anteriores, a criança começou a sorrir e a comunicar com maior frequência; momento em que se verificou a necessidade da assistência fonoaudiológica. Felizmente, a perda precoce dos incisivos centrais superiores não alterou a autoestima da paciente, que aceitou bem a colocação do mantenedor de espaço.

Conduta fonoaudiológica

Observou-se tônus de bochecha diminuído, língua com altura aumentada, dificuldade de mobilidade, sendo que a paciente não conseguia lateralizar o lábio em protrusão direita e esquerda, e também vibrar a língua. Em relação às funções orofaciais, na mastigação a paciente apresentou fechamento labial assistemático, velocidade aumentada e presença de contrações musculares atípicas. Durante a deglutição não foram observadas alterações e a paciente apresentou respiração com predominância nasal.

Em relação à fala, a paciente demonstrou simplificações ao falar os grupos consonantais (/tr/, /gl/, /cl/, /fl/), somando-se ao histórico familiar de alterações na fala. Assim, ficou evidente a caracterização de um transtorno fonológico.

Diante dos resultados encontrados na avaliação foram estabelecidas as estratégias aplicadas na terapia fonoaudiológica, como exercícios isotônicos para mobilidade de língua e bochecha, exercícios isométricos para tônus de bochecha e conscientização do padrão mastigatório correto. O trabalho da fala envolveu adequação do ponto articulatório, sendo utilizadas palavras que faziam parte do ambiente fonético da criança, além da utilização de

pistas sinestésicas e auditivas. A terapia foi realizada durante três meses com periodicidade semanal, sessões com 30 minutos de duração, totalizando 12 sessões.

Na Tabela 1 encontram-se os aspectos miofuncionais avaliados e os resultados com escores obtidos por meio do protocolo MBGR, antes e após a realização da terapia fonoaudiológica.

Tabela 1 – Resultado da terapia miofuncional

Aspectos miofuncionais	Antes da Fonoterapia	Após Fonoterapia
Mastigação (0 a 10)	Contrações musculares atípicas Velocidade aumentada Fechamento labial assistemático (escore= 3)	Adequação (escore=0)
Fala (0 a 18)	Substituição de grupo consonantal (escore total= 6)	Adequação (escore=0)
Mobilidade língua (0 a 16)	Dificuldade de vibrar a língua (escore= 4)	Adequação (escore=0)
Mobilidade lábios (0 a 16)	Dificuldade de protrair fechado à direita e esquerda (escore= 4)	Adequação (escore=0)
Tonicidade (0 a 6)	Tônus de bochecha diminuído (escore= 2)	Adequação (escore=0)

■ DISCUSSÃO

Este relato de caso clínico evidenciou a importância da atuação interdisciplinar entre Odontopediatria e Fonoaudiologia no tratamento de uma criança em idade pré-escolar com cárie precoce da infância leve e consequente perda prematura dos incisivos centrais superiores decíduos devido a trauma. As condições bucais da paciente, quando procurou atendimento na clínica de Odontopediatria da FOP/UNICAMP, refletem os desafios dos programas públicos de saúde bucal em relação à cárie precoce da infância. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Governo Brasileiro¹⁸ a média brasileira do índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceo-d) para crianças de 5 anos de idade é de 2,43, correspondendo a mais de 80% do índice. No entanto, quando são comparados os resultados de cada região do país separadamente, o interior da região sudeste, a qual está inserida a família da paciente, apresenta a média do ceo-d de 74,9%. Ainda, no Brasil não há um programa de avaliação com enfoque nos principais problemas bucais das crianças menores de cinco anos de idade, apesar do enfoque dado aos assuntos epidemiológicos de saúde bucal¹⁵.

A ausência de saúde bucal causa impactos negativos na qualidade de vida das crianças, pois comprometem o desenvolvimento das funções mastigatórias e da fala, além de interferir em

fatores psicológicos que prejudicam o desempenho escolar⁵. Num estudo transversal, observou-se que a cárie precoce da infância reflete negativamente na relação saúde bucal e qualidade de vida de crianças entre 2 a 5 anos de idade e familiares¹⁹. Os autores demonstraram que os fatores de maior impacto relatados pelas crianças foram: dor de dente, dificuldade para comer e frustração; para os familiares, o sentimento de culpa seguido pelo incômodo com a saúde bucal dos filhos foram os fatores mais expressivos. Em outro estudo, a associação entre o sentimento de culpa dos pais em relação aos problemas bucais dos filhos demonstrou que a presença de cárie precoce da infância ocasiona maior preocupação por estar relacionada à dor²⁰. Estudos realizados em diferentes culturas também confirmam o impacto negativo que as desordens na saúde bucal podem ter na qualidade de vida de crianças pré-escolares e familiares²¹⁻²³.

Além da cárie precoce da infância, outro fator importante que prejudica a qualidade de vida da criança e o desenvolvimento do sistema estomatognático é a perda precoce de dentes decíduos, causado por cárie e/ou traumatismo dentário. Há um consenso na literatura de que os dentes anteriores são os mais acometidos por trauma que os demais dentes da arcada dentária, sendo os incisivos centrais mais vulneráveis, principalmente nas idades entre 2 e 4 anos^{8,24,25}.

Na avaliação de 620 dentes decíduos traumatizados, 86% eram referentes aos incisivos centrais superiores; os tipos de traumas mais frequentes na dentição decídua foram subluxação (32,7%), intrusão (29,3%) e avulsão (20,1%)⁸. Outros autores verificaram que a luxação lateral era o tipo de trauma mais frequente (33,3%); e dentre os tratamentos propostos estavam o acompanhamento (39,4%) e a extração (29,3%)²⁴. No presente relato de caso, a família da paciente não soube especificar o tipo de traumatismo dentário e o período da injúria; assim, o prognóstico dos dentes anteriores superiores baseou-se na radiografia inicial da primeira consulta em que o rebordo alveolar e espaço periodontal apresentavam-se sem alterações patológicas, optando-se pelo acompanhamento clínico e radiográfico.

A reabsorção radicular externa dos incisivos centrais superiores, observada no período de aproximadamente um ano de preservação do caso, após a restauração direta com resina composta, pode estar relacionada com a história de trauma anterior. O traumatismo dentário pode promover prejuízos para o sistema estomatognático por desencadear processos de reabsorção dos tecidos mineralizados como dentes e osso; sendo a reabsorção radicular considerada uma complicação irreversível que ocasiona a perda do elemento dentário⁷. Em um estudo com crianças entre nove meses a cinco anos de idade e com história de trauma de ambos incisivos superiores, observou-se que 70% das reabsorções radiculares ocorreram durante o primeiro ano após o trauma, variando o período entre 1 a 45 meses. Ainda, em casos de traumas recorrentes, maiores são as chances do desenvolvimento da reabsorção radicular patológica, independentemente da idade. Neste caso clínico, devido à presença de reabsorção radicular dos incisivos centrais superiores com prognóstico bastante desfavorável, optou-se pela extração e colocação de mantenedor de espaço estético e funcional. Neste período, como foram constatadas as alterações de falas da paciente, realizou-se o encaminhamento ao tratamento fonoaudiológico.

Ao longo da infância, alterações anatômicas e funcionais podem desencadear distúrbios no sistema estomatognático, sendo que a perda dentária precoce pode interferir no desenvolvimento desse sistema e, conseqüentemente, nas funções orofaciais. Esses distúrbios têm indicação de tratamento fonoaudiológico, sendo assim, salienta-se a importância do cirurgião-dentista conhecer estas alterações para realizar o encaminhamento.

No caso relatado, a colocação do mantenedor de espaço possibilitou a adequação da postura de língua, pois na ausência de dentes anteriores

a língua poderia estabelecer-se interposta entre os arcos, causando prejuízos na fala, mastigação e deglutição²⁶. A língua, quando numa posição diferente na cavidade bucal, não consegue cumprir o papel de modeladora dos arcos dentários²⁷. Dessa forma, a presença do mantenedor de espaço na região anterior superior possibilitou o correto posicionamento da língua prevenindo alterações posturais e proporcionando o equilíbrio de todo o sistema estomatognático.

Com relação à associação das alterações na fala e a perda precoce de dentes decíduos, a literatura demonstra que, em crianças com perda prematura de incisivos anteriores superiores por traumatismos, provavelmente as alterações na fala como o ceceo anterior não ocorra. Caso aconteçam estas serão transientes e resolvidas com a erupção dos dentes permanentes sucessores²⁸. Porém, no caso da paciente a dificuldade não era fonética, ou seja, não envolvia somente aspectos físico-articulatórios e sim fonológicos, caracterizando uma alteração linguística. A terapia fonoaudiológica proporcionou a adequação da fala da paciente sendo que as simplificações fonológicas foram extintas como apresentado na Tabela 1.

Quanto à função mastigatória, um estudo demonstrou que não ocorreu a alteração da mastigação após a remoção dos incisivos, pois o crescimento das crianças continuou adequado uma vez que a dieta foi adaptada à alteração dentária²⁹. Porém, outros autores relatam que essa ocorrência não pode ser extrapolada em casos de traumatismos, pois o traumatismo causa perda dentária repentina e está associado a infecções, dores e dificuldade de incisão mesmo antes da exodontia⁶. Nesses casos, a exodontia pode até mesmo aliviar a dor e o desconforto, melhorando a alimentação. Entretanto, deve-se considerar que a incisão do alimento é uma etapa importante e que o mantenedor de espaço, juntamente com a fonoterapia ajudou a paciente a manter a função mastigatória adequada, sendo que houve redução das contrações musculares atípicas, adequação da velocidade e o fechamento labial se tornou-se sistemático.

Ainda, o fato de a paciente apresentar o tônus diminuído da bochecha pode ser explicado porque a flacidez ocorre quando a mesma não é utilizada para reconduzir os alimentos dos vestibulos para as faces oclusais durante a mastigação³⁰. Sendo assim, a hipotonia de bochechas da paciente pode estar relacionada à alteração mastigatória apresentada.

Portanto, o trabalho interdisciplinar neste caso clínico entre a odontologia e fonoaudiologia proporcionou um tratamento adequado e com prognóstico

favorável. Dessa maneira, a importância da realização deste trabalho conjunto entre as áreas possibilitou o diagnóstico com mais precisão das alterações dentárias e miofuncionais.

■ CONCLUSÃO

Neste relato, a atuação interdisciplinar entre Odontologia e Fonoaudiologia foi importante para

o sucesso do tratamento clínico, que englobou o tratamento preventivo e curativo da cárie precoce da infância, o restabelecimento estético e funcional, devido à perda precoce dos incisivos superiores e a adequação fonética e miofuncional. Assim, proporcionou à paciente melhora considerável em relação à saúde bucal, ao desenvolvimento da fala, mastigação e à autoestima.

ABSTRACT

The interdisciplinary integration between dentistry and speech therapy can provide adequate treatment of dental and myofunctional alterations. This case report presented the dental treatment of children with three years old with early childhood caries, premature loss of the primary maxillary incisors due trauma, esthetic and functional rehabilitation and speech therapy. The dental care proceeding was oral hygienic instructions, dietary recommendations and dental restoration with resin composite due to caries lesions in teeth 64, 84, 85, 74 and 75 (occlusal surface) and 51, 61, 52 and 62 (smooth surface). After one year of follow-up, the teeth 51 and 61 were extracted (dental trauma history in first appointment), because the teeth presented extensive external reabsorption. Subsequently, esthetic and functional space maintainer was placed in the upper anterior region. Speech evaluation was performed using the MBGR protocol (orofacial myofunctional), where was analyzed the orofacial functions, mobility and muscular tone. The scores were attributed for each item available in the protocol. Thus, the difficult of lips and tongue were confirmed, the cheek tonus were reduced and alterations in the speech. The speech therapy was established during three month once a weekly and this improved of all aspects changed with confirmation of adequate scores of MBRG protocol. In the dentistry treatment was observed satisfactory clinical results for children and parents. It was concluded that interdisciplinary approach between dentistry and speech therapy provided adequate treatment for oral conditions presented by children providing oral health and favorable prognosis.

KEYWORDS: Dental Caries; Tooth Avulsion; Tooth, Deciduous; Pediatric Dentistry; Speech, Language and Hearing Sciences; Myofunctional Therapy

■ REFERÊNCIAS

1. American Academy on Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2008-2009;30(7 Suppl):40-3.
2. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(5):451-8.
3. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):17-27.
4. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1550-6.
5. Bönecker M, Abanto J, Tello G, Oliveira LB. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res*. 2012;26 Suppl 1:103-7.
6. Holan G, Needleman HL. Premature loss of primary anterior teeth due to trauma – potential short- and long-term sequelae. *Dent Traumatol*. 2013 Oct 20. doi:10.1111/edt.12081. [Epub ahead of print]
7. Cardoso M, Rocha MJ. Identification of factors associated with pathological root resorption in traumatized primary teeth. *Dent Traumatol*. 2008;24(3):343-9.

8. Da Silva Assunção LR, Ferelle A, Iwakura ML, Cunha RF. Effects on permanent teeth after luxation injuries to the primary predecessors: a study in children assisted at an emergency service. *DentTraumatol*. 2009;25(2):165-70.
9. Ribas MO, Reis LFG, França BHS, Lima AAS. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2005;10(6):75-83.
10. Almeida MEC de, Vedovello Filho M, Vedovello SAS, Lucatto A, Torrezan AT. Prevalência da má oclusão em escolares da rede estadual do município de Manaus, AM – Brasil. *RGO – Revista Gaúcha de Odontologia*. 2007;55(4):389-94.
11. Tagliaro ML, Calvi CL, Chiapetta ALM. A Fase de incisão no processo da mastigação: enfoque clínico. *Rev CEFAC*. 2004;6(1):24-8.
12. Douglas CR. Fisiologia Aplicada a Fonoaudiologia. 2th ed. Ganabara Koogan; 2006.
13. Gomes LM, Bianchini EMG. Caracterização da função mastigatória em crianças com dentição decídua e dentição mista. *Rev CEFAC*. 2009;11(Suppl3):324-33.
14. Wertzner HF, Pagan LO, Galea DES; Papp ACCS. Características fonológicas de crianças com transtorno fonológico com e sem histórico de otite. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(1):41-7.
15. Wertzner HF, Alves RR, Ramos ACO. Análise do desenvolvimento das habilidades diadococinéticas orais em crianças normais e com transtorno fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(2):136-42.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4th ed. Washington DC: APA; 1994.
17. Genaro KF, Berretin-Felix G, Rehder MIBC, Marchesan IQ. Avaliação miofuncional orofacial – protocolo MBGR. *Rev CEFAC*. 2009;11(2):237-55.
18. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [visitado:2013Dec15]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
19. Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res*. 2013;47(3):211-8.
20. Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bönecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz Oral Res*. 2012;26(6):557-63.
21. Pani SC, Badea L, Mirza S, Elbaage N. Differences in perceptions of early childhood oral health-related quality of life between fathers and mothers in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(4):244-9.
22. Krisdapong S, Somkotra T, Kueakulpipat W. Disparities in Early Childhood Caries and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children. *Asia Pac J Public Health*. 2012 Mar 16. [Epub ahead of print]
23. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(4):327-35.
24. Arikan V, Sari S, Sonmez H. The prevalence and treatment outcomes of primary tooth injuries. *Eur J Dent*. 2010;4(4):447-53.
25. Piovesan C, Guedes RS, Casagrande L, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Braz Oral Res*. 2012;26(5):464-70.
26. Dixit UB, Shetty RM. Comparison of soft-tissue, dental, and skeletal characteristics in children with and without tongue thrusting habit. *Contemp Clin Dent*. 2013;4(1):2-6.
27. Andrade FV, Andrade DV, Araújo AS, Ribeiro ACC, Deccax LDG, Nemr K. Alterações estruturais de órgãos fonoarticulatórios e más oclusões dentárias em respiradores orais de 6 a 10 anos. *Rev CEFAC*. 2005;7(3):318-25.
28. Gable TO, Kummer AW, Lee L, Creaghead HÁ, Moore LJ. Preamature loss of the maxillary primary incisors: effect on speech production. *ASDC J Dent Child* 1995;62:173-9.
29. Christensen JR, Fields HW. Space Maintenance in the primary dentition. In: Casamassimo SP, Fields HW, Mc Tigue DJ, Nowak AJ, editors. *Pediatric Dentistry – Infancy Through adolescence*. 5th ed. St Louise, MO: Elsevier Inc.; 2013. P. 379.
30. Felício CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiológica. 1ª edição. São Paulo: Pancast; 1999.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201510014>

Recebido em: 24/05/2014

Aceito em: 01/09/2014

Endereço para correspondência:

Fernanda Miori Pascon

Departamento de Odontologia Infantil –

Área de Odontopediatria

Faculdade de Odontologia de Piracicaba –

Universidade Estadual de Campinas

Av. Limeira, 901

Piracicaba – SP – Brasil

CEP: 13414-903

E-mail: fmpascon@fop.unicamp.br