UTILIZAÇÃO DO DIAMINO FLUORETO DE PRATA COMO ESTRATÉGIA PARA TRATAMENTO DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM PACIENTE NÃO COLABORADOR: RELATO DE CASO

Maria Clara de Jesus Santana **Tosto**[1], Camila de Paula **Dias**[1], Marcela Barbosa **Sampaio**[1], Aline dos Santos **Letieri**[1*]

[1]Faculdade de Odontologia, São Leopoldo Mandic - SLMANDIC, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palavras-chave: Cariostático. Cárie Dentária. Comportamento Infantil. Controle Comportamental. Pré-Escolar.

RESUMO

Objetivo: relatar o uso do diamino fluoreto de prata (DFP) para tratamento da cárie na primeira infância em paciente não colaboradora de 3 anos. **Relato do caso:** ao exame clínico inicial, realizado com auxílio da estabilização protetora, notou-se que a paciente estava na fase de dentição decídua, possuía excessivo acúmulo de biofilme visível, sem sensibilidade ou qualquer outro sintoma, porém apresentando múltiplas lesões de cárie ativas em todos os dentes, exceto nos incisivos inferiores. Optou-se pelo uso do DFP 30% (Cariestop®) para o tratamento das lesões de cárie e também como alternativa para o manejo do comportamento, que foi classificado usando a Escala Comportamental de Frankl. Já na consulta inicial foi realizada a primeira aplicação, durante 2 minutos, diretamente sobre as lesões cavitadas em dentina dos dentes do hemiarco superior esquerdo, após profilaxia dentária prévia. Na segunda consulta, foi realizada a aplicação do produto nas lesões do hemiarco superior direito, enquanto no terceiro atendimento foi aplicado o DFP nos molares e caninos inferiores. Em todas as consultas foi realizada instrução de higiene bucal e de dieta com a responsável. **Resultados:** no decorrer do tratamento a paciente apresentou expressiva melhora no comportamento, que havia sido definitivamente negativo na primeira consulta. Ela sentou-se sozinha na cadeira e não precisou da estabilização protetora na última consulta, apresentando comportamento positivo. Verificou-se também a paralisação das lesões de cárie em decorrência do uso do DFP. **Conclusão:** o uso de DFP para tratamento de lesões cavitadas de cárie em pacientes não colaboradores foi considerado uma estratégia eficaz tanto para paralisação das lesões quanto para auxílio no condicionamento do comportamento.

Keywords: Cariostatic Agent. Dental Caries. Child Behavior. Behavior Control. Child Preschool.

ABSTRACT

Objective: to report the use of silver diamine fluoride (SDF) for the treatment of caries in early childhood in a 3-year-old non-collaborating patient. **Case report:** at the initial clinical examination, performed with protective stabilization, it was verified that the patient was in the primary dentition period, had excessive accumulation of visible biofilm, no dental sensibility or any other symptom, but had multiple active caries lesions in all teeth except the lower incisors. It was decided to use SDF 30% (Cariestop®) for the treatment of caries lesions and also as an alternative for managing behavior, which was classified using the Frankl Behavioral Scale. In the initial consultation, the first application was performed, for 2 minutes, directly on the dentin cavitated lesions of the teeth of the upper left hemiarch, after previous dental prophylaxis. In the second appointment, the product was applied into the lesions on the upper right hemiarch, while in the third visit, the SDF was applied to the lower molars and canines. In all consultations, instructions on oral hygiene and diet were given to the guardian. **Results:** during the treatment, the patient showed a significant improvement in behavior, which had been definitely negative in the first consultation. She sat alone in the dental chair and did not need protective stabilization at her last visit, showing positive behavior. There was also an arrest of carious lesions due to the use of DFP. **Conclusion:** The use of SDF for the treatment of cavitated carious lesions in non-collaborating patients was considered an effective strategy both for arresting the lesions and for improving the condition behavior.

Submetido: 29 de junho, 2022
Modificado: 05 de junho, 2023
Aceito: 13 de junho, 2023

***Autor para correspondência**:
Aline dos Santos Letieri
Endereço: Rua Sorocaba, 316 - Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22271-110
Número de telefone: +55 (21) 2018-5084
E-mail: lineletieri@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Cárie na Primeira Infância consiste em uma doença dinâmica e multifatorial, que acomete a dentição decídua de crianças de até 6 anos de idade.[1] Ela é considerada uma doença dinâmica, determinada pelo consumo de açúcar e mediada pelo biofilme, resultando em um desequilíbrio entre a remineralização e a desmineralização dos tecidos duros dentários.[1]

Atualmente, a abordagem para o tratamento da cárie dentária tem sido direcionada para uma proposta de mínima intervenção, especialmente em Odontopediatria.[2-4] Nesse contexto, o monitoramento da dieta e do biofilme são etapas fundamentais no processo de controle da doença, buscando reestabelecer o equilíbrio entre a perda e o ganho dos minerais da superfície dentária.[2-5] O controle da doença e o manejo das lesões devem considerar diferentes fatores, dentre eles o grau de progressão e a atividade de cada lesão.[1-6] O tratamento pode ser realizado usando-se diferentes abordagens, incluindo técnicas não invasivas, que não envolvem a remoção de nenhuma quantidade de tecido dentário cariado; microinvasivas, nas quais ocorrem alterações teciduais a níveis microscópicos; ou estratégias invasivas, nas quais é realizada a remoção de parte da estrutura dentária afetada.[2,3,5,7]

A utilização da filosofia de mínima intervenção, além de benéfica com relação a preservação da estrutura dentária, contribui de forma significativa na adaptação do comportamento da criança no momento do atendimento.[2,3] Isso mostra-se ainda mais relevante para o tratamento de pré-escolares, devido aos desafios para o manejo comportamental desses pacientes, uma vez que a realização de tratamentos mais complexos e/ou demorados em pacientes dessa faixa etária é extremamente desafiadora.[2,3,7] Além disso, essa abordagem mais conservadora possibilita uma melhor organização e planejamento das etapas do tratamento do paciente, que preferencialmente se iniciam com procedimentos menos invasivos, para que a criança vá se habituando e desenvolvendo um laço emocional com o profissional, para posteriormente serem realizadas etapas mais invasivas, caso sejam necessárias.[2,3]

Dentro dessa perspectiva, temos o Diamino Fluoreto de Prata (DFP), que é uma solução incolor, alcalina e de uso tópico, que se caracteriza como uma estratégia não invasiva para o tratamento da cárie.[7-10] Sua utilização, em especial nas concentrações de 30% e 38%, tem como objetivo paralisar as lesões de cárie em dentina, podendo também ser aplicada em lesões iniciais não cavitadas ou moderadas em esmalte.[7-10] Essa técnica é preferencialmente indicada para casos de pacientes que apresentam múltiplas lesões ativas cavitadas em dentina.[7-10] Além disso, ela se mostra bastante benéfica para os casos de indivíduos que apresentam comportamento negativo durante o tratamento e/ou para aqueles que possuem uma higiene bucal deficiente e uma dieta cariogênica.[7-10] Sua principal desvantagem é o manchamento dentário definitivo, sendo essa uma informação que deve ser muito bem explicada aos pacientes e/ou seus responsáveis previamente à sua utilização.[7-10] No entanto, dentre suas muitas vantagens, destaca-se que é uma técnica mais rápida, segura, com poucos efeitos adversos e que parece causar menos ansiedade aos pacientes do que os tratamentos restauradores convencionais.[7-10]

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo é relatar a utilização do diamino fluoreto de prata para o tratamento de lesões de cárie ativas e cavitadas e como estratégia de manejo comportamental em uma paciente pediátrica não colaboradora.

RELATO DO CASO

O presente caso foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki[11] e redigido seguindo as normas do CARE,[12] tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o parecer número 5.180.917.

Uma paciente do sexo feminino, 3 anos de idade, compareceu para atendimento juntamente com sua mãe, que apresentou como queixa principal a presença de múltiplas lesões de cárie.

Inicialmente, foram dadas explicações à responsável sobre todos os procedimentos que seriam realizados, seguida da assinatura dos termos de autorização do tratamento. Por meio da anamnese, verificou-se que a paciente não apresentava nenhum problema sistêmico nem presença de qualquer hábito deletério e que não recebia mais aleitamento materno nem artificial. A responsável disse realizar a escovação dentária da paciente, porém relatou ter dificuldades devido ao seu comportamento, e alegou já fazer uso de dentifrício idealmente fluoretado. A mãe relatou ainda que sua filha mais velha tem diabetes tipo 1 e que, em função disso, a alimentação de toda a família é totalmente equilibrada e que ela "não entende qual o motivo dessa situação (doença cárie) ter acontecido com sua filha mais nova".

Foi entregue um diário de dieta[13] a ser preenchido pela responsável posteriormente, em casa, a fim de verificar os hábitos alimentares da paciente, especialmente em relação ao consumo de açúcar. Além disso, já na primeira consulta, foram dadas instruções de higiene oral, de forma clara e objetiva, ensinado as técnicas de escovação adequadas e reforçando a importância da utilização da quantidade correta de dentifrício idealmente fluoretado (contendo pelo menos 1000 ppm de flúor).

Durante a avaliação clínica inicial, na qual foi não foi constatada nenhuma alteração extrabucal, a paciente exibiu

comportamento extremamente desafiador e não colaborador, não aceitando sequer sentar-se na cadeira odontológica, chorando, gritando e se debatendo (Figura 1), sendo classificado como definitivamente negativo de acordo com a Escala Comportamental de Frankl.[14] Mesmo após a realização de diferentes técnicas não farmacológicas de manejo comportamental, como dizer-mostrar-fazer, distração, modelagem e controle de voz, foi necessária a realização de estabilização protetora para que a profilaxia dentária e a avaliação da paciente pudessem ser realizados com eficácia e segurança. O exame clínico foi realizado com a paciente sentada na cadeira odontológica e com a utilização do jato de ar da seringa tríplice, roletes de algodão e do instrumental apropriado (espelho bucal plano e sonda exploradora ball-point). Antes da realização dessa manobra de manejo aversivo do comportamento, a mãe foi informada sobre sua finalidade e suas vantagens e desvantagens e permitiu a sua realização, dando autorização verbal e também por escrito. A estabilização protetora foi realizada pela própria responsável, com auxílio da dentista e de uma auxiliar.



Figura 1: *Paciente exibindo comportamento não colaborador durante a primeira consulta, negando-se a sentar na cadeira odontológica e chorando.*

Ao exame clínico intrabucal foi observada a presença de excessivo acúmulo de biofilme visível, sem sangramento gengival, além de lesões de cárie em diferentes estágios de evolução, porém sem a presença de nenhuma outra alteração, tanto em tecidos moles quanto duros. Foi observado que a paciente estava no período de dentição decídua completa e diagnosticada a presença de lesões de cárie cavitadas e não cavitadas em 16 dos seus 20 dentes decíduos, estando hígidos apenas os incisivos inferiores. Não houve relato de queixa de sintomatologia dolorosa e, clinicamente, não observou-se sinal de alteração pulpar em nenhum elemento dentário. Os dentes 51 e 61 já haviam sido restaurados anteriormente, em outro local, com resina composta, porém apresentavam lesões de mancha branca ativa na cervical. Os dentes 62 e 64 apresentavam lesões ativas cavitadas em dentina, enquanto o 63 tinha mancha branca ativa e cavitação em esmalte na face vestibular (Figura 2). Foi realizada uma radiografia panorâmica inicial, pelo setor de Triagem da Faculdade, na qual não foi observada nenhuma alteração. Não foi possível realizar radiografias interproximais e periapicais devido ao comportamento não colaborador apresentado pela paciente nessa primeira consulta.



Figura 2: *Dentes 51 e 61 previamente restaurados em resina composta, porém apresentando lesões de mancha branca ativa na cervical; dentes 62 e 64 com lesões ativas cavitadas em dentina e dente 63 apresentando mancha branca ativa e cavitação em esmalte na vestibular.*

O plano de tratamento proposto foi a aplicação de diamino fluoreto de prata (DFP) em todos os elementos que apresentavam lesões cavitadas em dentina (toda a arcada superior e, na arcada inferior, os dentes 73, 74, 75, 83, 84 e 85), além de aplicação de verniz fluoretado em todos os dentes. A responsável recebeu todas as orientações sobre o plano de tratamento e assinou um termo de concordância específico para a utilização do DFP na paciente.

De acordo com o planejamento, iniciou-se, ainda na primeira consulta, a aplicação do cariostático por quadrantes, em função do comportamento negativo e do limitado tempo de cadeira da paciente. Foi realizada a primeira aplicação do Cariestop® 30% (Biodinâmica, Paraná, Brasil) no hemiarco superior esquerdo, após a profilaxia de todos os dentes com escova de Robinson em baixa rotação e solução de pedra-pomes e água e da proteção de toda a mucosa e tecidos moles com vaselina, a fim de evitar o

manchamento dessas áreas caso o produto entrasse em contato direto ou caísse acidentalmente nessas regiões. Logo após a aplicação, que foi realizada diretamente sobre as cavidades com pincel microaplicador descartável durante 2 minutos, seguindo as orientações do fabricante, foi possível observar um ligeiro escurecimento das superfícies tratadas (Figura 3). Logo em seguida, foi feita a aplicação do verniz fluoretado (Duraphat®) usando um pincel microaplicador descartável, após secagem e isolamento relativo, em todos os demais dentes da paciente que não foram tratados com o DFP nessa consulta.

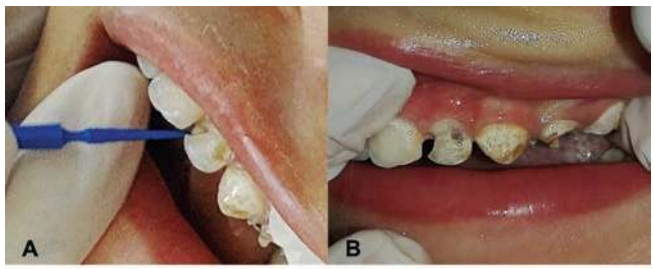


Figura 3: *Aplicação da solução de diamino fluoreto de prata (Cariestop® 30%), realizada no hemiarco superior esquerdo já na primeira consulta (A), e o aspecto clínico logo após a aplicação, já evidenciando um ligeiro escurecimento das superfícies tratadas (B).*

Na segunda consulta, a responsável entregou o diário alimentar preenchido. Observou-se que, diferentemente do que havia sido relatado na consulta inicial, a paciente apresentava uma alimentação inadequada tanto em relação à frequência de consumo quanto à a quantidade de açúcar ingerida diariamente,[7,13] o que foi explicado para a responsável, que disse estar disposta a corrigir esses hábitos alimentares.

Durante essa segunda consulta, a paciente ainda apresentou um comportamento difícil, que foi classificado como negativo de acordo com a Escala Comportamental de Frankl,[14] porém já mostrou-se um pouco mais ambientada com as profissionais e o ambiente odontológico. Foi realizada a profilaxia dentária usando pedra-pomes e água e escova de Robinson em baixa rotação, na arcada superior, seguida da aplicação de diamino fluoreto de prata em todas as lesões cavitadas dos dentes do hemiarco superior direito, usando o mesmo protocolo adotado na primeira consulta. Apesar da paciente estar mais colaboradora, sem gritar nem chorar, ainda foi necessária a realização da estabilização protetora pela mãe. O emprego das técnicas de manejo comportamental não aversivas, como dizer-mostrar-fazer, modelagem e dessensibilização, foram mais efetivas, sendo observada uma melhora expressiva em relação à consulta anterior. Nessa mesma consulta, foi feita uma restauração com cimento de ionômero de vidro (CIV) autopolimerizável, Riva® Self Cure (SDI, Victoria, Austrália), no dente 62 (Figura 4), devido a uma queixa da responsável em relação à dificuldade de higienização nessa região. Além disso, foi feita novamente a aplicação do verniz fluoretado (Duraphat®) em todos os dentes que não foram tratados com DFP nessa consulta, seguindo os mesmos parâmetros adotados na consulta anterior.



Figura 4: *Aspecto clínico logo após a confecção de restauração com CIV no dente 62 na segunda consulta, sendo possível também observar a paralisação das lesões de cárie na superfície vestibular do dente 63.*

Como sequência do tratamento, na terceira consulta, foi feita a aplicação do DFP na arcada inferior, nos elementos 73, 74, 75, 83, 84 e 85, seguindo os mesmos padrões adotados nas consultas anteriores. Além disso, foi feita mais uma



Figura 5: *Paciente apresentando comportamento extremamente colaborador no início da terceira consulta, sentando-se sozinha na cadeira, alegre, sorridente e interagindo com as profissionais.*

sessão de aplicação de verniz fluoretado (Duraphat®) em todos os dentes que não foram tratados com DFP nessa consulta, seguindo os mesmos parâmetros adotados nas consultas anteriores. Nessa consulta, pela primeira vez, a paciente apresentou um comportamento bastante positivo e colaborador (Figura 5), sentando-se sozinha na cadeira odontológica e obedecendo prontamente aos comandos da profissional para deitar-se e abrir a boca, não sendo necessária a estabilização protetora em nenhum momento. Seu comportamento nessa última consulta foi classificado de acordo com a escala de Frankl[14] como positivo (+), pois ela apenas reclamou um pouco e começou a chorar na hora do início da execução do procedimento, mas rapidamente se acalmou.

Em nenhuma das consultas foi observado nem relatado nenhum efeito adverso relacionado ao uso do DFP. No entanto, ao final da última consulta, a mãe mostrou-se apreensiva e queixou-se da cor dos dentes da paciente. Foram dadas novamente orientações sobre a importância desse tratamento para o controle da doença e suas vantagens em relação as outras opções existentes. Ressaltou-se ainda que, uma vez que as lesões de cárie já estavam paralisadas e a paciente apresentava comportamento mais colaborador, uma opção seria iniciar nas próximas consultas a realização do tratamento restaurador, a fim de melhorar a estética e suas funções orais. No entanto, a paciente não retornou nas consultas seguintes, tendo abandonado o tratamento. A responsável justificou, quando questionada por telefone, estar enfrentando dificuldades financeiras que impossibilitaram a continuidade do tratamento.

DISCUSSÃO

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria, o uso do diamino fluoreto de prata (DFP) é indicado para o tratamento de crianças com alto risco de cárie, alta atividade da doença, que apresentem lesões cavitadas sem envolvimento pulpar ou crianças na fase da primeira infância, que em função da pouca idade, podem apresentar um comportamento difícil.[6] Apesar da desvantagem de causar manchamento dentário, o que poderia comprometer a estética,[8] essa abordagem consistiu na melhor opção de tratamento para o presente caso, pois além de possuir muitos dos fatores citados anteriormente, a paciente também apresentava comportamento negativo e histórico de tentativas anteriores de tratamento malsucedidas. Outra vantagem é que o uso do DFP consiste em uma opção mais rápida, simples e de fácil execução do que a técnica restauradora convencional.[7-10]

Diante do comportamento apresentado pela paciente na consulta inicial, provavelmente só seria possível restaurar um dente por consulta, a fim de evitar que ela ficasse exposta a uma situação de possível estresse tóxico. Esse quadro ocorre quando há liberação prolongada de hormônios que podem agir de forma tóxica no organismo das crianças, em decorrência de uma situação adversa que ocorra repetidamente ou durante um período prolongado.[7] Além disso, as outras opções de tratamento seriam menos interessantes, como o uso de técnicas farmacológicas, como a sedação, devido à exposição da paciente ao uso de medicações e aos seus riscos inerentes.

Ainda em relação ao comportamento desafiador apresentado pela paciente na consulta inicial, destaca-se que uma das limitações do presente caso foi a impossibilidade da realização de radiografias interproximais ou periapicais. Logo, utilizou-se somente a radiografia panorâmica aliada ao exame clínico para avaliar se não havia sinais de comprometimento pulpar em nenhum dos dentes acometidos.

Outro aspecto que foi considerado no momento do planejamento do tratamento foi a periodicidade das consultas. Como os atendimentos no serviço no qual a paciente foi atendida seguem o modelo de módulos mensais, a escolha pelo tratamento com DFP representou mais uma vantagem. Dentro dessa perspectiva, caso fosse adotado o modelo restaurador convencional, o tempo total de tratamento seria muito maior, já que, conforme exposto anteriormente, provavelmente só seria possível restaurar um dente a cada consulta, devido ao comportamento pouco colaborador da paciente e ao seu reduzido tempo de cadeira. Isso resultaria em aumento dos custos para a família, além de acarretar maior chance de progressão das lesões de cárie já existentes assim como elevado risco de aparecimento de novas lesões durante o período da execução do tratamento. Com isso, dentes que inicialmente tinham necessidade de procedimentos mais simples poderiam evoluir para quadros mais graves, que necessitassem de abordagens mais invasivas, como tratamentos endodônticos ou exodontias, por exemplo. Salienta-se ainda que, mesmo após a conclusão do tratamento usando DFP, podem ser realizadas restaurações nos dentes tratados, em casos de necessidade de reestabelecer alguma função oral, como a mastigação, fonação e/ou deglutição, para melhorar a estética ou com a finalidade de remover possíveis nichos de acúmulo de biofilme.

Por ser uma técnica considerada não invasiva, o DFP é um tratamento de fácil aceitação pelos pacientes infantis, uma vez que não necessita de preparo cavitário nem remoção de remoção de tecido cariado, deixando o paciente mais confortável durante a realização do procedimento e reduzindo a ocorrência de desconforto, estresse e dor, possibilitando ao profissional realizar o manejo do

comportamento de forma mais efetiva.[2,6-8] O manejo do comportamento durante os atendimentos em Odontopediatria visa promover a redução da ansiedade e do medo, proporcionando uma recordação agradável daquele momento e trazendo segurança física e emocional ao paciente, o que irá permitir que ele desenvolva atitudes positivas com relação à Odontologia e à sua própria saúde bucal.[7,15,16] Nessa perspectiva, observou-se que o tratamento dessa paciente resultou em uma melhora expressiva do seu comportamento ao longo das consultas. Logo, acredita-se que ele foi bem-sucedido nesse aspecto, sendo esse um dos pontos extremamente positivos observados no presente caso. Um comportamento adequado e a futura compreensão da importância da saúde bucal e, consequentemente, da saúde geral, possivelmente provocarão um impacto positivo ao longo da vida da paciente e também da sua família, o que com o tempo poderá influenciar até mesmo na implementação de hábitos saudáveis, que perdurarão por toda a vida.

No entanto, existem algumas desvantagens do uso do DFP. Pode ocorrer um manchamento, de caráter transitório, caso o produto entre em contato com a pele ou com as mucosas, caso essas não estejam protegidas por vaselina.[8-10] Além disso, uma das suas principais desvantagens é a questão estética.[2,3,5,8,9] O apelo estético representa uma demanda atual e crescente no contexto social e cultural, uma vez que, especialmente na cultura ocidental, existe uma busca por dentes alinhados, brancos e perfeitos, o que teoricamente são indicadores de boa impressão.[8] Porém, sabe-se que esse não é o único aspecto que deve ser levado em consideração no momento da escolha do tratamento proposto, especialmente considerando os princípios da Odontologia Minimamente Invasiva. Nesse sentido, apesar de causar o manchamento dos dentes, que pode ser interpretado como um problema estético para alguns pacientes, o tratamento com uso do DFP possui benefícios como auxílio na preservação da estrutura dental, sendo uma técnica de mínima intervenção.[2,3,5-10]

Apesar de ter sido explicado minuciosamente à responsável sobre todos os aspectos relacionados ao uso do DFP antes do início do tratamento, incluindo suas vantagens e principais desvantagens, inclusive que ocorreria o escurecimento dos dentes tratados e que isso poderia afetar a estética, ela concordou verbalmente e por escrito em realizar o tratamento proposto. Entretanto, ela pareceu ter se incomodado com o aspecto estético relacionado ao tratamento realizado. Dessa forma, acredita-se que as profissionais deveriam ter sido mais incisivas e claras no momento das explicações quanto ao resultado do tratamento, demonstrando a expectativa do resultado final inclusive por meio de ilustrações, imagens ou vídeos, permitindo que a responsável tivesse um entendimento melhor a respeito do aspecto esperado ao final do tratamento. Sugere-se que os profissionais estejam atentos à essa questão e adotem esse tipo de conduta antes do uso do DFP, possibilitando uma decisão compartilhada e mais assertiva também por parte dos responsáveis, que devem estar bastante seguros e confiantes em relação ao procedimento proposto, maximizando assim o engajamento ao tratamento e, consequentemente, as chances de aceitação e sucesso a longo prazo.

É crucial ouvir cuidadosamente as queixas e anseios do paciente e da família no momento do planejamento do tratamento, respeitando e acolhendo qualquer que seja o seu posicionamento.[7,8] A tomada de decisão pelo manejo odontológico mais adequado para cada caso deve ser feita de forma compartilhada entre a família e o profissional, visto que, o sucesso do tratamento se dá pelo trabalho em conjunto com a família.[2,3,7] Nesse sentido, apesar da responsável ter aceitado o tratamento proposto inicialmente sem quaisquer ressalvas, uma das limitações do presente caso consiste no fato da equipe odontológica não ter percebido que a presença de uma restauração estética, em resina composta, previamente realizada em um dos dentes anteriores da paciente, apesar da presença de vários outros elementos dentários com lesões mais profundas e extensas, poderia ser um indicativo de um elevado grau de exigência estética por parte dessa família. Ainda nesse sentido, outra opção seria a realização do tratamento com DFP apenas nos dentes posteriores, conforme protocolo estabelecido por uma Unidade de Saúde Pública no Sul do Brasil, que apresenta uma boa aceitação por parte da maioria dos responsáveis.[17]

É importante salientar que o paciente e o núcleo familiar precisam estar motivados para realizar o controle efetivo da atividade de cárie.[2,3,7] A base para o tratamento da cárie não consiste apenas no tratamento das lesões, mas sim em realizar e implementar medidas que atuem diretamente nos fatores etiológicos primários da doença, que são a dieta e o biofilme, além dos fatores modificadores, como o uso dos fluoretos. Essas medidas vão interferir no processo da doença, auxiliando a restaurar o equilíbrio entre as perdas e reposições dos minerais dentários, sendo estratégias essenciais e efetivas no controle da doença. Somente com a atuação no controle dos fatores etiológicos concomitantemente ao tratamento das lesões é possível alcançar resultados de sucesso e mais duradouros.[2,3,6-8] Em função disso, principalmente nos casos de pacientes que apresentam muitas lesões de cárie, como no presente caso, devemos solicitar o diário de dieta, que tem um papel

fundamental para identificação do perfil dos hábitos alimentares do paciente, possibilitando uma atuação mais direcionada e, com isso, mais eficiente.[13] Muitas vezes os responsáveis oferecem alimentos às crianças sem sequer saber as informações nutricionais e, principalmente, a quantidade de açúcares presentes em cada um deles, especialmente quando trata-se de produtos industrializados. Logo, é crucial instruir as famílias sobre a importância de fazer a introdução do consumo de açúcares o mais tarde possível, de preferência após os dois anos de idade, visto que a educação alimentar é um processo contínuo e tem como objetivo instruir sobre a importância do desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Recomenda-se limitar a quantidade e frequência de oferta do açúcar, conforme foi feito no presente caso, possibilitando não só a prevenção da doença cárie como também de outras doenças, como diabetes e obesidade.[1,7,13]

Não foi possível identificar, no presente caso, se houve sucesso em relação à modificação dos hábitos alimentares e de higiene bucal, uma vez que a paciente não retornou mais para atendimento após a terceira consulta, em função da distância entre a sua casa e o local do atendimento e devido à questões financeiras, segundo relato da responsável. No entanto, na última consulta realizada, foi possível observar o êxito do tratamento proposto em relação à paralisação da atividade da doença, uma vez que todas as lesões de cárie cavitadas foram tratadas com o DFP e apresentaram aspecto inativo. Além disso, houve uma melhora substancial no comportamento apresentado pela paciente entre a primeira e a última consulta. Esses dois aspectos são extremamente relevantes, especialmente no contexto do manejo da cárie dentária em Odontopediatria, demonstrando o sucesso do tratamento com a utilização do DFP em relação a eles.

CONCLUSÃO

O Diamino Fluoreto de Prata mostrou-se eficaz no tratamento de lesões de cárie ativas e cavitadas, uma vez que promoveu a paralisação das lesões. Além disso, essa abordagem, aliada a utilização de diferentes técnicas de manejo do comportamento, permitiu uma evolução positiva considerável no comportamento da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. J dent child (Chic). 2019;86(2):72.
2. Corrêa-Faria P, Viana KA, Raggio DP, Hosey MT, Costa LR. Recommended procedures for the management of early childhood caries lesions–a scoping review by the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). BMC oral health. 2020;20(1):1-11. doi: 10.1186/s12903-020-01067-w.
3. Giacaman RA, Muñoz-Sandoval C, Neuhaus K, Fontana M, Cha[3]as R. Evidence-based strategies for the minimally invasive treatment of carious lesions: Review of the literature. Adv Clin Exp Med. 2018;27(7):1009-16. doi: 10.17219/acem/77022.
4. Piva F, Pereira JT, Luz PB, Hashizume LN, Hugo FN, Araujo FBd. A longitudinal study of early childhood caries and associated factors in Brazilian children. Braz Dental J. 2017;28:241-8. doi: 10.1590/0103-6440201701237.
5. Schwendicke F, Frencken J, Innes N. Clinical Recommendations on Carious Tissue Removal in Cavitated Lesions. Monogr Oral Sci. 2018;27:162-6. doi: 10.1159/000487843. Epub 2018 May 24.
6. Dentistry AAoP. The reference manual of pediatric dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry. 2020:243-7.
7. Odontopediatria ABd. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 3ª ed. São Paulo: Santos Publicações, 2020.
8. Barros MLdA, Soares DBP, Valente AGLR, Lima TAd, Tannure PN. O Papel do Diamino Fluoreto de Prata na Odontologia de Mínima Intervenção: Revisão de Literatura e Passo a Passo Clínico. Journal of Biodentistry and Biomaterials; 2020:15-25.
9. Oliveira BH, Rajendra A, Veitz-Keenan A, Niederman R. The effect of silver diamine fluoride in preventing caries in the primary dentition: a systematic review and meta-analysis. Caries Res. 2019;53(1):24-32. doi: 10.1159/000488686. Epub 2018 Jun 6.
10. Odontopediatría ALd. Tratamiento de la enfermedad de caries en época de COVID-19: protocolos clínicos para el control de aerosoles. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2020;10(2):1-25.
11. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
12. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, *et al*. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017;89:218-35. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026. Epub 2017 May 18.
13. Ferreira GC, Mizael VP, Araújo TGF. Utilização do diário alimentar no diagnóstico do consumo de sacarose em odontopediatria: revisão de literatura. Revista Da Faculdade De Odontologia-UPF. 2018;23(1).
14. FRANKL S. Should the parent remain with the child in the dental operatory? J Dent Child. 1962;29:150-63.
15. ARAGÃO AKR, COLARES V, FERREIRA JMS. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2009;9(2):247-51.
16. Brandenburg OJ, Haydu VB. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. Psicologia: ciência e profissão. 2009;29:462-75.
17. Ramos CD, Lima CV, dos Santos Noronha M, da Silva Pacheco D, Oliveira BEC, Caldarelli PG. Uso de diamino fluoreto de prata em crianças atendidas em uma unidade básica de saúde do norte do Paraná. Revista de Saúde Pública do Paraná. 2018;1(1):68-73.