

Restabelecimento Estético-Funcional de Dentes com Hipomineralização Molar-Incisivo: Relato de Caso

Aesthetic-Functional Restoration of Teeth with Molar-Incisor Hypomineralization: Case Report
Restauración Estético-Funcional de Dientes con Hipomineralización Molar-Incisivo: Reporte de Caso

Paula Maria Mendes Magri **VELOSO**

Departamento de Odontologia, Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, 14096-900 Ribeirão Preto – SP, Brasil

Maria Fernanda Cavalcante **MEIRA**

Departamento de Odontologia, Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, 14096-900 Ribeirão Preto – SP, Brasil

Beatriz **DÍAZ-FABREGAT**

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP Universidade Estadual Paulista,

16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-9349-7033>

Gabriela Leal Peres **FERNANDES**

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP Universidade Estadual Paulista,

16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-6622-8572>

Francienne Maira Castro **GONÇALVES**

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP Universidade Estadual Paulista,

16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-4102-1484>

Julia Paião **QUINTEIRO**

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP Universidade Estadual Paulista,

16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-7795-7674>

Marcelle **DANELON**

Departamento de Odontologia, Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, 14096-900 Ribeirão Preto – SP, Brasil

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP Universidade Estadual Paulista,

16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2091-649X>

Resumo

Objetivos: O presente trabalho teve como objetivo relatar e descrever a condução de um caso clínico de hipomineralização molar-incisivo (HMI). Introdução: A hipomineralização molar-incisivo (HMI) é um distúrbio de desenvolvimento de origem sistêmica e etiologia desconhecida que acomete primeiros molares e incisivos permanentes. Clinicamente, o esmalte dos dentes afetados apresenta zonas de descoloração branco/opaca, amarela ou castanha. O tratamento desta alteração envolve aplicação de flúor (F), restaurações diretas até exodontias, dependendo da severidade do caso. Relato de Caso: Paciente pediátrico masculino de 10 anos de idade atendido na clínica de Odontopediatria da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP foi diagnosticado com HMI a partir de anamnese e exame clínico, e proposto plano de tratamento de reabilitação estética e funcional, com acompanhamento clínico. Após realizado o condicionamento da criança, esta apresentou medo, ansiedade e comportamento colaborador com reserva durante os atendimentos, portando-se com impaciência e agitação na cadeira odontológica. Diante do caso, optou-se por realizar restaurações com resina composta nos dentes 16, 26 e 11. Após o tratamento, foi possível a reabilitação funcional, estética e mastigatória do paciente, além de atenuar a sua sensibilidade, melhorando assim sua autoestima. Conclusão: Os tratamentos realizados proporcionaram uma melhora no quadro de sensibilidade do paciente e reabilitação funcional e estética dos dentes afetados pela HMI, além de atuarem ativamente na melhoria da qualidade de vida e autoestima dessa criança.

Descritores: Desmineralização do Dente; Esmalte Dentário; Odontopediatria; Hipoplasia do Esmalte Dentário.

Abstract

Introduction: Molar-incisor hypomineralization (MIH) is a developmental disorder of systemic origin and unknown etiology that affects first permanent molars and incisors. Clinically, the enamel of affected teeth shows areas of white/opaque, yellow or brown discoloration. The treatment of this alteration involves the application of fluoride (F), direct restorations and even extractions, depending on the severity of the case. Objectives: This study aimed to report and describe the conduct of a clinical case of molar-incisor hypomineralization (MIH). Case Report: A 10-year-old male pediatric patient attended at the Pediatric Dentistry Clinic of the University of Ribeirão Preto-UNAERP was diagnosed with MIH based on anamnesis and clinical examination and proposed a treatment plan for aesthetic and functional rehabilitation, with clinical follow-up. After the child's conditioning was performed, the child showed fear, anxiety and a cooperative behavior with reserve during the appointments, behaving with impatience and agitation in the dental chair. Given the case, restorations with composite resin was performed on teeth 16, 26 and 11. After the treatment, the functional, aesthetic and masticatory rehabilitation of the patient was possible, in addition to attenuating their sensitivity, thus improving their self-esteem. Conclusion: The treatments performed provided an improvement in the patient's sensitivity and functional and esthetic rehabilitation of teeth affected by HMI, in addition, actively improving the quality of life and self-esteem of this child.

Descriptors: Tooth Demineralization; Dental Enamel; Pediatric Dentistry; Dental Enamel Hypoplasia.

Resumen

Objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo informar y describir la conducta de un caso clínico de hipomineralización molar-incisivo (MIH). Introducción: La hipomineralización molar-incisivo (MIH) es un trastorno del desarrollo de origen sistémico y etiología desconocida que afecta a los primeros molares permanentes e incisivos. Clinicamente, el esmalte de los dientes afectados muestra áreas de decoloración blanca/opaca, amarilla o marrón. El tratamiento de esta alteración implica la aplicación de flúor (F), restauraciones directas a extracciones, dependiendo de la gravedad del caso. Caso Clínico: Un paciente pediátrico masculino de 10 años de edad atendido en la Clínica de Odontopediatria de la Universidad de Ribeirão Preto-UNAERP fue diagnosticado de IHM con base en la anamnesis y el examen clínico, y se propuso un plan de tratamiento para la rehabilitación estética y funcional, con seguimiento clínico. Después de condicionar al niño, mostró miedo, ansiedad y comportamiento colaborativo con reserva durante las consultas, comportándose con impaciencia y agitación en el sillón dental. Ante el caso se decidió realizar restauraciones con resina compuesta en los dientes 16, 26 y 11. Luego del tratamiento se logró realizar una rehabilitación funcional, estética y masticatoria del paciente, además de atenuar su sensibilidad mejorando así su autoestima. Conclusión: Los tratamientos realizados proporcionaron una mejora en la sensibilidad del paciente y una rehabilitación funcional y estética de los dientes afectados por HMI, además de actuar activamente en la mejora de la calidad de vida y autoestima de este niño.

Descritores: Desmineralización Dental; Esmalte Dental; Odontología Pediátrica; Hipoplasia del Esmalte Dental.

INTRODUÇÃO

A hipomineralização molar-incisivo (HMI) é definida como uma hipomineralização no esmalte dentário de origem sistêmica que envolve de um até os quatro primeiros molares permanentes, muito comumente associada aos incisivos

permanentes^{1,2}. A hipomineralização pode ocorrer até mesmo nos dentes decíduos na forma de opacidades demarcadas e pode anteceder a HMI, visto que o desenvolvimento dos segundos molares decíduos coincide com o desenvolvimento dos primeiros molares e incisivos permanentes, que

afeta principalmente os segundos molares decíduos e em alguns casos, também o canino decíduo³.

A HMI apresenta principalmente dois diagnósticos diferenciais, fluorose e amelogênese imperfeita. Na fluorose apresentam-se opacidades difusas, afetando simetricamente os dentes⁴, e na amelogênese a distribuição das opacidades afetam todos os dentes ou todo um grupo de dentes tendo comprovação de uma etiologia genética⁵. Para o diagnóstico diferencial é de extrema importância que seja realizada a anamnese e o exame clínico minucioso, a fim de proporcionar o melhor tratamento para cada caso, sendo assim, a HMI é caracterizada com opacidades assimétricas e bem demarcadas⁶.

Dentre as alterações causadas pela HMI, destaca-se fratura de esmalte, principalmente quando sob esforço mastigatório, deixando a dentina exposta e conseqüentemente tornando-o mais favorável ao desenvolvimento de lesão cariosa⁶. Devido à inflamação crônica da polpa relacionada a uma maior inervação da região subodontoblástica sob a área afetada pela hipomineralização, é comum as crianças com HMI apresentarem sensibilidade dentária exacerbada, o que dificulta a ação da anestesia e conseqüentemente é uma barreira para o manejo do paciente, e até mesmo a escovação pode ser desconfortável⁷.

Em casos de lesões cariosas profundas, recomenda-se remover parcialmente o tecido cariado sendo o mais conservador possível da estrutura dentária⁸. Produtos dessensibilizantes e remineralizantes, selantes, restaurações diretas e indiretas ou utilização de coroas metálicas, técnicas de clareamento e microabrasão podem ser aplicadas^{9,10,11,12}. Casos severos ou insucesso do tratamento conservador, a exodontia e posterior reabilitação são também alternativas terapêuticas⁹. Na Odontologia, a HMI vem se destacando uma vez que apresenta uma relativa dificuldade de diagnóstico e no manejo da terapia restauradora no paciente infantil, assim, o presente trabalho teve como finalidade relatar e descrever a condução de um caso clínico de HMI.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, melanoderma, compareceu à clínica de Odontopediatria da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP, juntamente com sua avó, queixando-se de manchas nos dentes e dor. Ao exame clínico intra-bucal observou-se coloração branco-amarelada nos dentes 16, 26 e 11, além de perda de estrutura dentária (Figuras 1 e 2). A avó relatou que a criança reclamava de extrema sensibilidade a temperaturas frias e esporadicamente ao mastigar. Após realizar a

anamnese e exame clínico diagnosticou-se o caso como HMI. Diante deste caso clínico, optou-se por realizar inicialmente cinco aplicações tópicas de verniz fluoretado, uma vez por semana, juntamente com o condicionamento da criança. Entretanto, mesmo após realizado o condicionamento, o paciente apresentou medo, ansiedade e comportamento colaborador com reserva durante os atendimentos, portando-se com impaciência e agitação na cadeira odontológica em alguns momentos.



Figura 1: Exame clínico intrabucal – vista frontal.



Figura 2: Exame clínico intrabucal – vista oclusal

Após o tratamento com verniz fluoretado e devido à perda de estrutura dentária dos dentes 16 e 26, primeiramente foi realizado nesses dentes o selamento provisório com cimento restaurador provisório, para em seguida, ser realizada a restauração definitiva com resina composta dos dentes 11, 16 e 26, em três sessões. A fim de atenuar a sensibilidade dentária exacerbada durante os procedimentos odontológicos, foi prescrito a utilização do ibuprofeno 50 mg/ml, suspensão oral, na dosagem adequada para o peso da criança, uma hora antes do atendimento. A primeira restauração definitiva a ser realizada foi a do dente 16. Inicialmente procedeu-se com a aplicação de anestésico tópico, seguido da realização de uma anestesia terminal infiltrativa com Cloridrato de Lidocaína 2% adicionada de Epinefrina 1:100.000, foi removido o selamento provisório e adaptado o isolamento absoluto (Figuras 3 a 5).



Figura 3: Aplicação de anestésico tópico.



Figura 4: Realização de uma anestesia terminal infiltrativa com Cloridrato de Lidocaína 2% e Epinefrina 1:100.000.



Figura 5: Foi removido o selamento provisório e adaptado o isolamento absoluto para restauração definitiva no elemento 16.

A seguir realizou-se o condicionamento ácido com Ácido Fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, foi aplicado o Sistema Adesivo e em seguida a fotopolimerização com luz led por 30 segundos (Figuras 6 e 7). Com o auxílio de uma espátula para resina composta, foi realizada a técnica de inserção incremental de Resina Composta (Herculite Classic A2 Enamel- Keri®- Orange, Califórnia, Estados Unidos), seguida pela fotopolimerização por 30 segundos após o término de cada incremento. Em seguida, realizou-se o ajuste oclusal com o auxílio de um papel carbono. As áreas em excesso foram desgastadas e regularizadas com o auxílio de brocas diamantadas. O acabamento foi feito com

discos de lixa nas granulações fina, média e grossa, e o polimento com a utilização de disco de feltro adicionado de pasta de polimento diamantada.

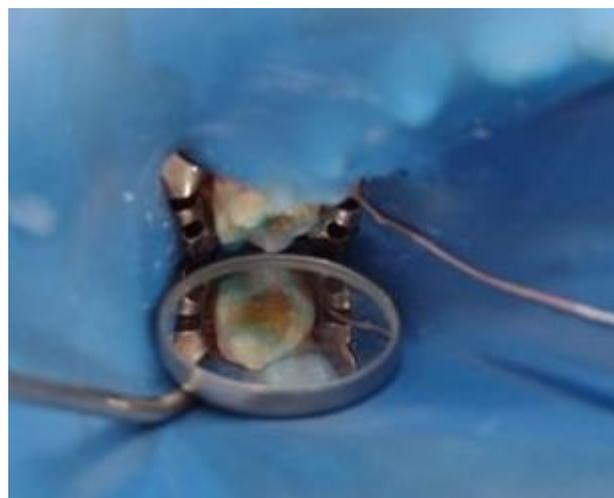


Figura 6: Condicionamento ácido com Ácido Fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina.



Figura 7: Aplicação do sistema adesivo e em seguida a fotopolimerização com luz led por 30 segundos.

Nas Figuras 8 e 9 é possível comparar o aspecto clínico inicial e final, após a restauração com resina composta, evidenciando assim, a melhora do quadro clínico após o reestabelecimento da anatomia, estética e função. Para a restauração definitiva do dente 26, inicialmente realizou-se a aplicação de anestésico tópico, seguido da anestesia terminal infiltrativa com Cloridrato de Lidocaína 2% e Epinefrina 1:100.000. Foi removido o selamento provisório e adaptado o isolamento absoluto. Realizou-se o condicionamento ácido com Ácido Fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina nas regiões das paredes circundantes, depois foi aplicado o Sistema Adesivo e fotopolimerização com luz led por 30 segundos. Devido a extensa destruição da estrutura deste elemento dental, inicialmente optou-se por realizar a reconstrução das paredes circundantes com Resina Composta (Herculite Classic A2 Enamel-

Kerr®- Orange, Califórnia, Estados Unidos), seguida pela fotopolimerização por 30 segundos. Baseado na profundidade desta cavidade e proximidade com o tecido pulpar, optou-se por realizar uma proteção pulpar indireta utilizando Cimento à base de Hidróxido de Cálcio e Cimento de Ionômero de Vidro (Vitrebond™- 3M ESPE®- Saint Paul, Minnesota, Estados Unidos), seguido da fotopolimerização por 30 segundos. Foi realizado o condicionamento ácido novamente, com Ácido Fosfórico 37% por 15 segundos, por se tratar de um dente permanente, sobre o Cimento de Ionômero de Vidro e a Resina Composta, depois foi aplicado o Sistema Adesivo e fotopolimerização com luz led por 30 segundos.

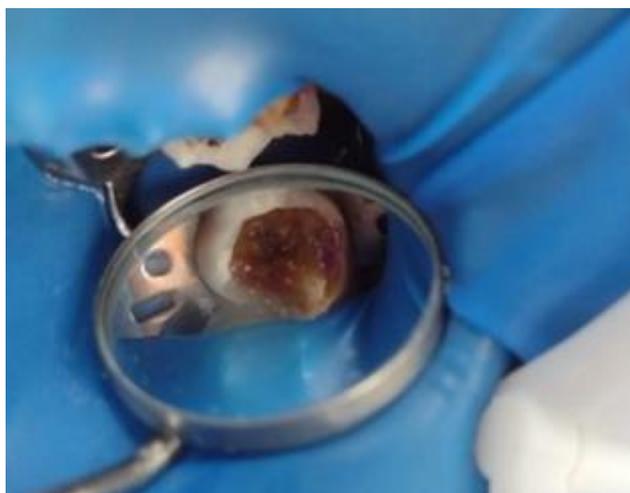


Figura 8: Aspecto clínico inicial.



Figura 9: Aspecto clínico final após a restauração com resina composta do elemento 16.

A seguir, com o auxílio de uma espátula para resina composta, foi realizada a técnica de inserção incremental de Resina Composta (Herculite Classic A2 Enamel- Kerr®- Orange, Califórnia, Estados Unidos), seguida pela fotopolimerização por 30 segundos após o término de cada incremento (Figuras 10 e 11). Para finalizar, realizou-se o ajuste oclusal com o uso de um papel carbono e os excessos foram removidos,

assim como a regularização da restauração foi efetuada com o auxílio de brocas diamantadas. O acabamento e polimento foram feitos com discos de lixa nas granulações fina, média e grossa, e com a utilização de um disco de feltro com pasta de polimento diamantada.



Figura 10: Reconstrução das paredes circundantes do elemento 26.



Figura 11: Reconstrução das paredes circundantes do elemento 26.

Nas Figuras 12 e 13 é possível observar o aspecto clínico inicial e final após a restauração com resina composta, que possibilitou a reabilitação funcional, estética e mastigatória deste dente.

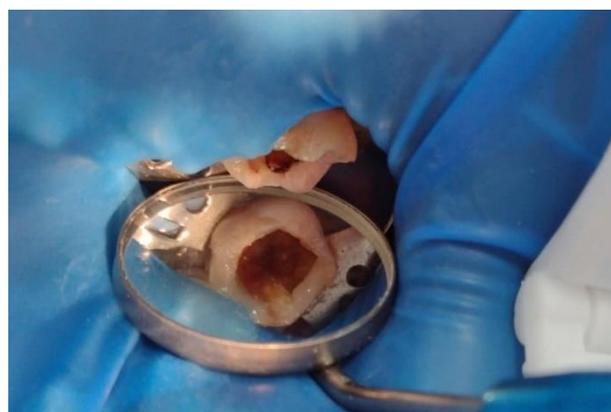


Figura 12: Aspecto clínico inicial.



Figura 13: Aspecto clínico final (após realização da restauração do elemento 26).

Para a realização da restauração do dente 11, não foi necessária a anestesia, pois foi possível realizar o procedimento apenas com isolamento relativo, utilizando roletes de algodão estéreis. Primeiramente foi realizado o condicionamento ácido com Ácido Fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte, foi aplicado o Sistema Adesivo e em seguida realizou-se a fotopolimerização com luz led por 30 segundos (Figuras 14 e 15).



Figura 14: Isolamento relativo para restauração definitiva do elemento 11 - Condicionamento ácido com Ácido Fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte.



Figura 15: Isolamento relativo para restauração definitiva do elemento 11 - Aplicação de Sistema Adesivo e fotopolimerização com luz led por 30 segundos.

Nesse dente foi possível a adaptação de uma coroa de matriz celulóide pré-conformada carregada com Resina Composta (Herculite Classic A2 Enamel- Kerr®- Orange, Califórnia, Estados Unidos), a fim de auxiliar na anatomia da restauração definitiva (Figura 16).



Figura 16: Adaptação de uma coroa de matriz celulóide pré-conformada carregada com Resina Composta (Herculite Classic A2 Enamel- Kerr®- Orange, Califórnia, Estados Unidos), a fim de auxiliar na anatomia da restauração definitiva.

Ainda com a coroa carregada com resina composta em posição, realizou-se a fotopolimerização por 30 segundos. Na Figura 17 é possível observar o aspecto da restauração com resina composta após a remoção da coroa de matriz celulóide pré-conformada. Foi necessário remover os excessos e regularizar com brocas diamantadas. Já o acabamento foi feito com discos de lixa nas granulações fina, média e grossa, e o polimento com a utilização de um disco de feltro com pasta de polimento diamantada, em baixa rotação, sobre a superfície da restauração.



Figura 17: Aspecto da restauração com resina composta após a remoção da coroa de matriz celulóide pré-conformada

Nas Figuras 18 e 19 é possível comparar o aspecto clínico inicial na vista frontal inicial e na vista oclusal final. O aspecto clínico final após a restauração com resina composta, é demonstrado na Figura 20, ressaltando assim, o

reestabelecimento da anatomia e estética deste dente, conseqüentemente, melhorando a autoestima deste paciente.



Figura 18: Aspecto clínico frontal inicial.



Figura 19: Aspecto clínico oclusal após a restauração com resina composta no elemento 11.



Figura 20: Aspecto clínico frontal final após a restauração com resina composta no elemento 11.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso descreve o manejo odontológico do paciente pediátrico afetado por HMI, desde o diagnóstico, a partir da anamnese e exame clínico, até o desenvolvimento de plano de tratamento baseado no condicionamento da criança e a abordagem estético-funcional do caso. A HMI é caracterizada e diferenciada clinicamente pela presença de opacidades demarcadas na superfície de molares e incisivos, afetando a translucidez do esmalte⁶. Na anamnese podemos detectar queixa do paciente em relação a sensibilidade dentinária, principalmente na

exposição a alimentos frios, além do comprometimento na higienização dos dentes¹³.

Aplicações tópicas de verniz fluoretado são uma das propostas terapêuticas na abordagem da sensibilidade, além de proporcionar um efeito preventivo no desenvolvimento de lesões cariosas a partir da remineralização das estruturas. Na aplicação do verniz fluoretado em um estudo desenvolvido em crianças, uma escala para avaliar sensibilidade dentinária foi aplicada antes e depois da terapia com verniz, obtendo como resultado uma diferença significativa na redução da sensibilidade *Schiff Cold Air Sensitivity Scale* (antes 0,34 [0,16; 0,53], e depois 0,25 [0,04; 0,45], $p < 0.01$)¹³. Sendo assim, neste caso, optou-se por inicialmente realizar a aplicação tópica de verniz fluoretado, para a sensibilidade, como medida preventiva e a fim de promover o manejo do comportamento da criança.

Estudos na literatura^{14,15} relatam o não comprometimento do comportamento na cadeira odontológica das crianças pelo fato de apresentar HMI. No entanto, faz-se necessário que o profissional esteja preparado para lidar de forma individualizada com os fatores psicológicos de cada paciente, bem como a insegurança da criança com os dentes afetados pela HMI, como o bullying e a ansiedade. Assim, a presença de HMI prejudica a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças¹⁵.

Para escolher a melhor forma de tratamento, o paciente deve ser individualizado, deve-se levar em consideração a idade do paciente, a sua cooperação durante os atendimentos e a extensão das suas lesões. A resina composta é um material de restauração que apresenta altas taxas de durabilidade¹⁶. Um estudo avaliando o desempenho de restaurações diretas em resina composta em dentes afetados pela HMI, foi constatado que após 4 anos de observação clínica, a taxa de sucesso foi de 100%, o que destaca a excelente sobrevida deste material¹⁷.

O preparo cavitário também pode contribuir para a adesão de materiais na superfície de dentes afetados pela HMI, e este pode ser realizado através de duas técnicas: pode ser feita a remoção de todo o esmalte afetado, o que é mais invasivo, mas assegura uma boa adesão^{5,18}, ou pode ser realizada uma técnica mais conservadora, que consiste na remoção do esmalte poroso, até que se encontre resistência ao passar a broca ou a sonda sobre a superfície¹⁷. Prezando pela Odontologia Minimamente Invasiva, neste caso clínico, optou-se pela segunda técnica, a mais conservadora, a qual, em contrapartida, também apresenta um maior risco de fraturas na estrutura dentária ou na restauração, por isso as consultas periódicas para que sejam realizadas avaliações

dos dentes com HMI e restaurados são imprescindíveis.

A estratégia de administrar ibuprofeno uma hora antes do atendimento mostrou-se satisfatória, visto que o uso do ibuprofeno associado à anestesia local amenizou consideravelmente a sensibilidade provocada no transcurso dos procedimentos, garantindo o maior conforto e melhor condução do tratamento desse paciente. O uso do ibuprofeno para atenuar a sensibilidade em casos de inflamação aportar uma elevada eficácia da anestesia nas intervenções¹⁹. Nos casos de HMI, esta é uma estratégia que merece ser mais bem estudada. Além disso, não foi relatado nenhum efeito colateral devido ao uso de tal medicamento

Recomenda-se quando a HMI for diagnosticada, os pacientes e os pais precisam ser informados sobre as consequências, associada ao maior risco de hipersensibilidade, fratura e incidência de cárie¹⁶. Após o término do tratamento, a responsável foi informada quanto aos cuidados e reforçada a necessidade do acompanhamento longitudinal, a fim de evitar o desenvolvimento de lesões de cárie, preservar o tratamento restaurador e evitar danos à estrutura dentária.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da HMI deve considerar a anamnese e características clínicas dos pacientes e a conduta terapêutica deve ser individualizada a fim de alcançar os melhores resultados estéticos e funcionais com a maior preservação da estrutura dentária. No caso clínico relatado, os tratamentos propostos foram considerados satisfatórios visando a preservação do remanescente saudável e o reestabelecimento da anatomia, estética e função dos dentes afetados, além da melhora na qualidade de vida da criança. Recomenda-se a necessidade do acompanhamento longitudinal dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Fragelli CMB, Souza JF de, Jeremias F, Cordeiro R de CL, Santos-Pinto L. Molar incisor hypomineralization (MIH): conservative treatment management to restore affected teeth. *Braz Oral Res.* 2015;29:806 – 8324201500010027
2. Weerheijm KL, Groen HJ, Beentjes V, Poorterman JHG. Prevalence of cheese molars in eleven-year-old Dutch children. *J Dent Child.* 2001;68(4):259-62.
3. Garot E, Denis A, Delbos Y, Manton D, Silva M, Rouas P. Are hypomineralised lesions on second primary molars (HSPM) a predictive sign of molar incisor hypomineralisation (MIH)? A systematic review and a meta-analysis. *J Dent.* 2018;72:8-13.
4. Weerheijm KL. Molar incisor hypomineralization (MIH): clinical presentation, aetiology and management. *Dent Update.* 2004;31(1):9-12.
5. William V, Messer LB, Burrow MF. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. *Pediatr Dent.* 2006;28(3):224-32.
6. Garg N, Jain AK, Saha S, Singh J. Essentiality of early diagnosis of molar incisor hypomineralization in children and review of its clinical presentation, etiology and management. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2012;5(3):190-6.
7. Weerheijm KL, Mejare I. Molar incisor hypomineralization: a questionnaire inventory of its occurrence in member countries of the European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). *Int J Paediatr Dent.* 2003;13(6):411-6.
8. Giacaman RA, Muñoz-Sandoval C, Neuhaus KW, Fontana M, Chalas 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.
9. Lygidakis NA. Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): A systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010;11(2):65-74.
10. Sundfeld D, da Silva L, Kluppel OJ, Santin GC, de Oliveira R, Pacheco RR et al. Molar Incisor Hypomineralization: Etiology, Clinical Aspects, and a Restorative Treatment Case Report. *Oper Dent.* 2020;45(4):343-51.
11. de Souza JF, Fragelli CB, Jeremias F, Paschoal MAB, Santos-Pinto L, de Cássia Loiola Cordeiro R. Eighteen-month clinical performance of composite resin restorations with two different adhesive systems for molars affected by molar incisor hypomineralization. *Clin Oral Investig.* 2017;21(5):1725-33.
12. da Cunha Coelho ASE, Mata PCM, Lino CA, Macho VMP, Areias CMFGP, Norton APMAP et al. Dental hypomineralization treatment: A systematic review. *J Esthet Restor Dent.* 2019;31(1):26-39.
13. Fütterer J, Ebel M, Bekes K, Klode C, Hirsch C. Influence of customized therapy for molar incisor hypomineralization on children's oral hygiene and quality of life. *Clin Exp Dent Res.* 2020;6(1):33-43.
14. Laureano ICC, Farias L, Fernandes LHF, Alencar CRB, Forte FDS, Honório DR et al. Dental Fear in Children: Association with Dental Caries and Molar Incisor Hypomineralization. *Braz Dent J.* 2020;31(6):673-79.
15. Jälevik B, Sabel N, Robertson A. Can molar incisor hypomineralization cause dental fear and anxiety or influence the oral health-related quality of life in children and adolescents? a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022;23(1):65-78.
16. Elhennawy K, Schwendicke F. Managing molar-incisor hypomineralization: A systematic review. *J Dent.* 2016;55:16-24.
17. Lygidakis NA, Chaliasou A, Siounas G. Evaluation of composite restorations in hypomineralised permanent molars: a four year clinical study. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4(3):143-8.
18. Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. *Compend Contin Educ Dent.* 2006;27(11):604-10.
19. Modaresi J, Dianat O, Mozayeni MA. The efficacy comparison of ibuprofen, acetaminophen-codeine, and placebo premedication therapy on the depth of anesthesia during treatment of inflamed teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(3):399-403.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Professora Dra. Marcelle Danelon

Departamento de Odontologia,
Universidade de Ribeirão Preto UNAERP,
Av Costábile Romano, 2201 - Ribeirânia,
14096-900 Ribeirão Preto – SP, Brasil
E-mail: marcelledanelon@hotmail.com

Submetido em 28/03/2022

Aceito em 16/05/2023