

Perda precoce de molares decíduos

Early loss of deciduous molars

Thaiane dos Santos Marcelino¹, Patrícia Pereira Nogueira², Sileno Corrêa Brum³, Oswaldo Luiz Cecilio Barbosa⁴, Carla Cristina Neves Barbosa⁵

Como citar esse artigo. Marcelino TS, Nogueira PP, Brum SC, Barbosa OLC, Barbosa CCN. Perda precoce de molares decíduos. Rev Fluminense de Extensão Universitária. 2022;12(2);19-23.

Resumo

A dentição decídua é de grande importância para o desenvolvimento das funções estéticas, esqueléticas, musculares e do sistema estomatognático. A normalidade e harmonia entre essas atividades mantêm o espaço, otimiza e guia a irrupção da dentição permanente. Perda precoce é considerada quando um dente é perdido aquém do Estágio 7 de Nolla, representado pela formação completa da coroa e 1/3 de formação de raiz. Este trabalho teve por objetivo levantar a quantidade de perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Vassouras. Foram analisados 120 prontuários de crianças, com 06 a 09 anos de idade, onde 67 (55,84%) eram do sexo feminino. A perda dentária precoce ocorreu em 17 destas crianças, com 37 dentes perdidos. Observou maior número em crianças com 09 anos (35,84%), seguidas pelas idades de 06 e 08 anos ambos com 23,33% e as de 07 anos com 17,5%. Pela análise por arcada o predomínio pelos superiores foi de 54,05% com 21 dentes na arcada direita (56,75%). Concluiu-se que a perda prematura da dentição decídua no grupo estudado foi muito inferior comparado a literatura consultada.

Palavras-chave: Perda precoce; Molares decíduos; Sistema estomatognático.



Abstract

Deciduous dentition is of great importance for the development of aesthetic, skeletal, muscular and stomatognathic system functions. The normality and harmony between these activities keep the space, optimizes and guides the eruption of permanent dentition. Early loss is considered when a tooth is lost below Nolla Stage 7, represented by complete crown formation and 1/3 root formation. This study aim edtoraise the amount of early loss of deciduous molars in children at tendemat the Dental Clinic of the Vassouras University Hospital, with analysis of 120 medical records of children from 06 to 09 years old, where 67 (55.84%) were female. Early tooth loss occurred in 17 of these children, with 37 missing teeth. There was a higher number in children aged 09 years (35.84%), followed by the ages of 06 and 08 years both with 23.33% and those of 07 years with 17.5%. From the arch analysis the predominance of the superiors was 54.05% with 21 teeth in the right arch (56.75%). It was concluded that premature loss of deciduous dentition in the studied group was much lower compared to the literature consulted.

Keywords: Early loss; Deciduous molar; Stomatognathic system.

Introdução

A dentição decídua é de grande importância para o desenvolvimento das funções estéticas, esqueléticas, musculares e do sistema estomatognático da criança¹. É necessário que haja uma normalidade e harmonia entre essas atividades para assim manter o espaço, otimizar e guiar a irrupção da dentição permanente. Cada dente possui um período de esfoliação na arcada

com valor, tamanho e posicionamento para determinar o parâmetro dental². Nesse estágio de dentição, a irrupção dos 1^{os} molares determina o ganho em espaço e altura (dimensão vertical ou levantamento de mordida). Os 2^{os} molares decíduos são pilares na estabilização, oclusão funcional e preceptores do posicionamento dos 1^{os} molares permanentes².

Os estágios de Nolla são característicos da dentição permanente e divididos entre 11 estágios, do qual o primeiro é definido pela ausência de qualquer

Afiliação dos autores:

¹Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade de Vassouras /RJ- Brasil;

²Professora Doutoranda da Disciplina Epidemiologia do curso de Medicina da Universidade de Vassouras / RJ- Brasil;

³Professor Doutor da Disciplina Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Nova Iguaçu/ RJ- Brasil;

⁴Professor Doutorando da Disciplina Implantodontia/Saúde Coletiva do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras / RJ- Brasil;

⁵Professora Doutoranda da Disciplina Ortodontia/Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras / RJ- Brasil.

* Email de correspondência: thaiane.marcelino@gmail.com

Recebido em: 13/11/2022. Aceito em: 01/12/2022.

formação dentária e o último pela formação completa da raiz e do ápice. É considerada perda precoce ou prematura quando um dente é perdido aquém do Estágio 7 de Nolla que é representado pela formação completa da coroa e 1/3 de formação de raiz²⁻⁸.

A cárie dental é a principal causa de perda precoce de molares decíduos. Apesar de não ter caráter maligno, qualifica danos ao indivíduo como dor, acometimento estético e funcional. Subsequente, a anquilose e as reabsorções patológicas são causadas por forças ortodônticas e oclusais excessivas e traumas oclusais. As reabsorções são de tecidos duros (osso, cemento e dentina) e mantidas pela resposta inflamatória local. Essas causas podem ser relacionadas a fatores socioeconômicos, psicológicos, comportamentais e culturais, na qual se acredita que não há injúrias quando acontece a perda da dentição decídua, pois serão substituídos negligenciando a higiene bucal^{2-7,9}.

Sendo assim, forma-se uma camada cicatricial de tecido fibroso patológico que retarda a irrupção dos permanentes e caracteriza o deslocamento, inclinação ou migração dos dentes adjacentes para o espaço do dente originado, com consequente perda do tamanho do perímetro do arco dentário, extrusão dos dentes antagonistas, desvio da linha média, apinhamento, impactação dentária e instalação de hábitos bucais deletérios. Estas são as evidências mais frequentes encontradas nos pacientes que perderam precocemente dentes decíduos, e isso favorecem a instalação de má oclusão na dentição permanente²⁻⁷.

Os índices de lesões traumáticas na dentição decídua são altos, em crianças na faixa etária entre 1 e 3 anos de idade. É de suma importância a identificação por parte do cirurgião-dentista sobre fatores etiológicos da perda precoce, isso implicará em um melhor desenvolvimento sem intervenção na fala, mastigação e fonética impedindo a restrição do crescimento normal. É considerada, dessa forma, problema de saúde pública pelo grande número de casos, pouca idade do paciente, o elevado custo e a duração do tratamento⁴.

A perda precoce na dentição decídua ainda é comum na Odontologia, apesar dos avanços bibliográficos, científicos e tecnológicos na área, a negligência por parte dos responsáveis, ausência regional de promoção e prevenção à saúde bucal e impossibilidade de acesso ao um profissional⁶⁻⁷. Segundo SANTOS *et al.* (2013) destacam frequência de variável entre 15,1 e 54,6% de perda precoce, com destaque para dentes molares decíduos e a região da mandíbula. Área, consequentemente, propensa a deslocamentos e migrações mesiais e distais devido às forças mastigatórias aplicadas⁶.

Anseia-se salientar a pais e/ou responsáveis do quão é importante a higienização bucal da criança para a manutenção do desenvolvimento oclusal. Proporcionar conhecimento dos maléficos e alterações que circundam a cavidade bucal por resultado da perda

precoce de molares decíduos, as consequências dentais em longo prazo que podem perdurar sobre a dentição permanente e promover maior zelo à primeira dentição.

Com base na descrição acima, o presente estudo tem objetivo avaliar os parâmetros da perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na clínica odontológica do Hospital Universitário de Vassouras (HUV).

Material e métodos

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 466 de 12/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vassouras e aprovada com número do parecer substanciado: 3.059.942.

Os dados foram coletados por um único pesquisador Marcelino, TS.; e foi realizada no âmbito da Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Vassouras (HUV) no período de setembro a dezembro de 2018, com análise de 120 prontuários de crianças de 03 a 09 anos de idade atendidas no local. O critério de inclusão foi possuir os prontuários completamente preenchidos com os dados pessoais (nome, sexo, data de nascimento), anamnese e exame clínico (odontograma).

Os prontuários foram detalhadamente analisados de forma individual para obtenção de dados sobre a perda precoce de molares decíduos por meio de anamnese, odontograma e, quando presente, o exame radiográfico.

Elaboraram-se critérios para análise dos prontuários, os quais foram nome, sexo, data de nascimento, odontograma e data em que o exame foi realizado. A avaliação da perda precoce de molares decíduos foi proposta através de dentes perdidos antes que o permanente substituto estivesse no estágio 7 de Nolla (formação de 1/3 da raiz) ou um ano antes da esfoliação fisiológica. Considerando que normalmente a esfoliação fisiológica do 1º molar decíduo inicia-se por volta dos 10 anos e do 2º molar decíduo por volta dos 11 anos de idade.

As informações para estatística dos prontuários foram inseridas e tabuladas no programa Excel 365. Utilizando análise descritiva dos dados e, em seguida, através da probabilidade e porcentagem foram ilustrados em gráficos.

Resultados

Dos 120 prontuários analisados, somente 17 crianças apresentaram perdas dentárias precoce, totalizando 37 dentes perdidos.

O levantamento apresentou prevalência do sexo feminino representado por 67 crianças (55,83%) sobre o sexo masculino caracterizado por 53 crianças (44,17%) (Figura 1).

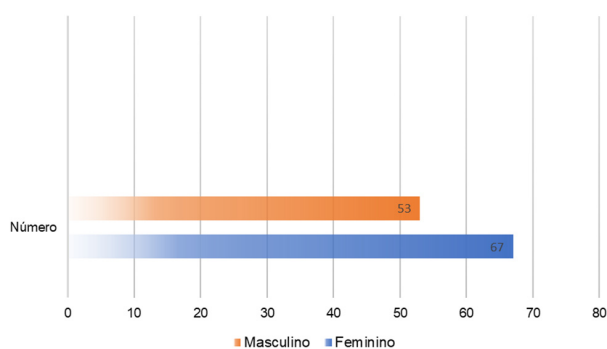


Figura 1. Divisão dos prontuários por gênero.

A perda de molares precocemente, referente à idade, ocorreu em maior número em crianças com 09 anos de idade (35,84%), seguidas pelas idades de 06 e 08 anos ambos com 23,33% e as de 07 anos com 17,5% (Figura 2).

Quanto à distribuição por dentes, das 17 crianças (14,16%) que apresentaram perda de dentes precoce, os 1º molares decíduos superiores direitos (54) e os 2º molares decíduos inferiores direitos (85) são os com a maior porcentagem de 16,21% cada. Seguidos pelos 2º molares decíduos superiores direitos (55) e 1º molares decíduos superiores esquerdos (64) ambos com (13,51%). Representado por 10,81%, são os 2º molares decíduos superiores esquerdos (65), os 1º molares decíduos superiores esquerdos (74) e os 1º

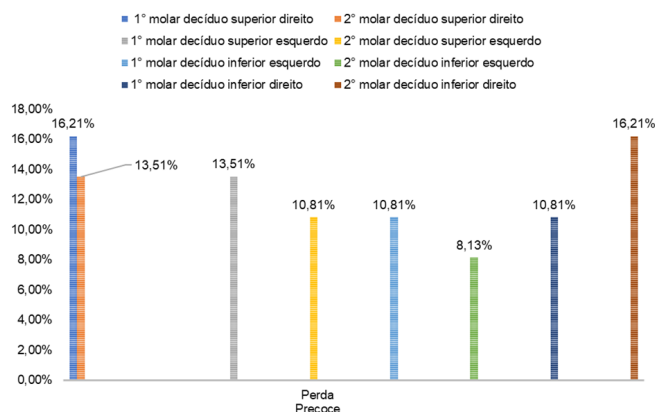


Figura 3. Divisão dos prontuários por dente perdidos precocemente.

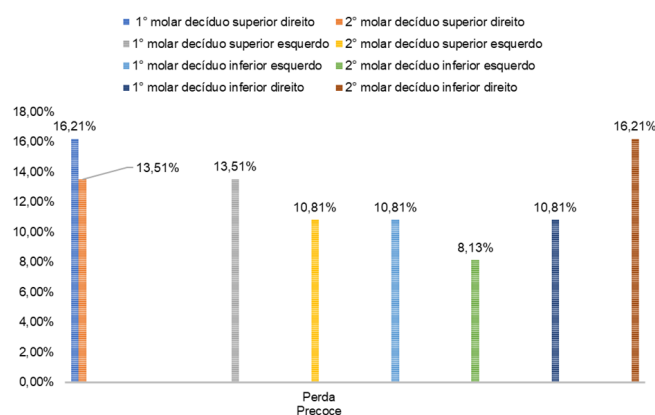


Figura 4. Distribuição da perda precoce de molares.

molares decíduos inferiores direitos (84). O dente com menor ausência na cavidade bucal foram os 2º molares decíduos inferiores esquerdos (75). Esses valores totalizados por 37 dentes perdidos (Figura 3).

A perda prematura entre os 1º molares decíduos e 2º molares decíduos teve mínima diferença proporcional, com proporção de 51,3% e 48,7% respectivamente (Figura 4).

Pela análise por arcada, maxila e mandíbula, o predomínio pelos superiores foi de 54,05% e os inferiores de 45,95%. Dentre esses, 21 dentes na hemi-arcada direita (56,75%) e 16 dentes na hemi-arcada esquerda (43,25%) (Figura 5).

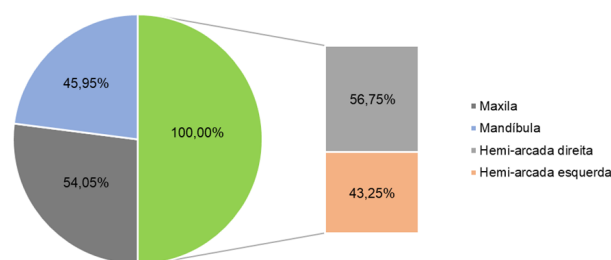


Figura 5. Distribuição da perda precoce por arcada.

Quando considerado a perda dentária por número de criança, 07 crianças não possuíam 01 dente (2,7%), 04 crianças haviam perdido 04 dentes (10,81%) e 04 crianças tinham perda 02 dentes (5,04%). E somente 02 crianças apresentaram ausência de 03 dentes representados pelo percentual de 8,10% (Figura 6).

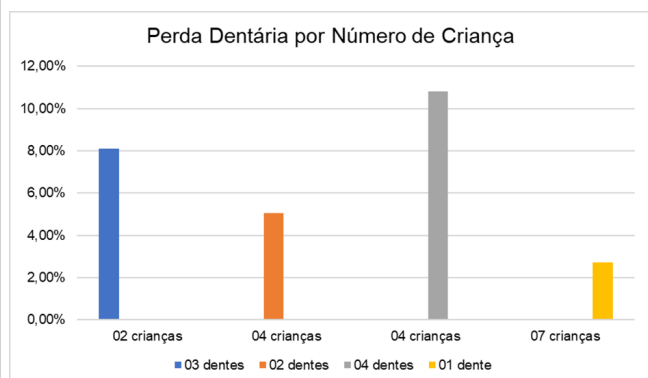


Figura 6. Distribuição da perda dentária por número de criança.

Discussão

A cárie devida sua alta prevalência pode ser considerada um problema de saúde pública no Brasil. É a principal causadora da perda precoce de molares decíduos e a maior representante da intervenção na dentição decídua. É uma doença multifatorial, com prevalência em crianças. É necessária uma análise minuciosa da patologia por ter fatores relacionados à bactéria, dieta e a susceptibilidade do hospedeiro, a fim de minimizar o quadro patológico e progressão da doença¹⁰⁻¹¹. A transmissão dos microrganismos pode ser feita por via horizontal (contato com outras crianças) ou vertical (contato com os pais)¹⁰.

No biofilme dentário que estão presentes as bactérias responsáveis pelo processo desmineralização do esmalte e dentina. O agente nocivo primário causador da cárie é o *S. mutans*, e sua progressão é dada por *S. sobrinus* e *Lactobacillus*¹⁰. Com o fluxo salivar diminuído à noite, as bactérias cariogênicas tem alto poder sobre subprodutos fermentáveis presentes na cavidade oral, levando ao processo de cárie dentária^{10,12}. A saliva, devida sua capacidade tampão, tem papel fundamental para preservar o pH, controle da população bacteriana e proteção do esmalte à ação dos ácidos pela secreção salivar de imunoglobulina A (IgA) e fluido crevicular gengival¹⁰.

Estudos relatam graves efeitos da doença cárie sobre a criança por provocar dificuldade na alimentação e por consequência perda significativa de peso e estatura abaixo na normalidade¹³.

O melhor mantenedor de espaço é o dente hígido e saudável¹⁴. O comprimento de arco é preservado pela dentição decídua até a erupção da dentição permanente. Para determinação do mesmo são levadas em consideração na arcada a distal e o ponto de contato do segundo molar decíduo que serve como guia na erupção do primeiro molar permanente para estruturar a oclusão entre os antagonistas por ser um dente chave na arcada dentária^{12,15-16}. Dessa forma a perda precoce de molares decíduos pode influenciar no crescimento das bases

ósseas devido ao incorreto posicionamento dos dentes adjacentes migrados para os espaços edêntulos^{12,15-16}.

Pesquisadores evidenciaram que danos à musculatura, ao crescimento craniofacial e a dentição permanente são reflexos do desenvolvimento da dentição decídua¹⁵. A perda dos molares decíduos é complexa e ampla por depender da fase que a criança sofreu a perda, condições periodontais, padrão de erupção, o espaço que contém na arcada, funções musculares e das características esqueléticas¹⁵.

O conhecimento e a educação em saúde bucal dos pais ou responsável podem influenciar nos hábitos saudáveis da criança. De fato, o autocuidado dos filhos é melhor quando há maior nível de escolaridade dos pais¹⁷. Autores mencionam que as atitudes e hábitos de higiene bucal praticadas pelos pais ou responsáveis atinge de forma positiva a criança. A correlação entre cárie dentária e ambiente familiar é visto em crianças com consumo excessivo de açúcar, baixo nível socioeconômico da família e experiência anteriores dos pais à doença cárie¹⁷.

Com isso, a perda prematura dos molares provoca inclinações mesiodistais para o espaço adjacente no arco dentário. Em consequência, a formação desses espaços cria discrepâncias nas arcadas, modificam as posições dos dentes antagonistas adjacentes, desvio de linha média, impactação dentárias, má oclusão, retenção prolongada e perda do perímetro do arco^{10,12,14,18-19}. A aquisição de hábitos nocivos como sucção de bochechas e interposição da língua ou objetos nos espaços da ausência dentária também são agravantes para má-oclusão¹⁰.

O surgimento de má oclusão cada vez mais se relaciona com a perda precoce de dentes decíduos¹⁵. Sua definição é descrita como a interferência dento esquelética que ocasiona o desenvolvimento ósseo incorreto da arcada com desvios da normalidade e reflexos funcionais e estéticos atípicos^{14,19}. A sobremordida, overbite ou transpasse vertical e mordida aberta posterior têm sua etiologia, frequentemente, associada à perda precoce de dentes decíduos posteriores¹⁴.

Sugere-se que tais perdas tenham causado migrações dos primeiros molares permanentes ocasionando relação de classe II e III com variação no desenvolvimento oclusal^{16,19-20}. Como também atuam sobre a rota de posicionamento dos primeiros molares permanentes superiores, variações de forma e tamanho interferindo no eixo de erupção normal^{16,20}.

A velocidade da perda do espaço e a direção do fechamento são divergentes entre as arcadas. O arco superior é caracterizado pela perda de espaço mais rápido em contramão ao inferior. Quanto à direção, na maxila tende-se a fechar para mesial dos dentes posteriores ao espaço perdido. O movimento no arco inferior tende a ser para distal¹⁶.

Nos dados obtidos no presente estudo, a distribuição de perda precoce de molares decíduos foi prevalente no sexo feminino (55,83%)

contrário ao encontrado na literatura pesquisada⁶.

Em discordância quanto à distribuição por arcada e idade, a maxila foi a qual apresentou maiores perdas dentárias (54,05%), com predomínio em crianças de 09 anos de idade (36%)⁶⁻¹¹.

O primeiro molar decíduo superior direito (54) e o segundo molar decíduo inferior direito (85) foram os dentes com maior ausência dentária, ambos com (16,21%), sendo que o 85 entra em concordância na análise feita por ser um dos dentes mais agredidos¹¹.

Apesar de algumas perdas precoces a pesquisa demonstrou um percentual reduzido com 3,18% de ausência de molares decíduos, comparados com dados bibliográficos^{2,6}.

Conclusão

As crianças, do presente estudo, apesar de algumas perdas precoces, demonstraram um percentual reduzido com 3,18% de ausência de molares decíduos, com isso concluiu-se que a perda prematura da dentição decídua foi muito inferior comparado a literatura consultada, demonstrando a eficácia da educação em saúde bucal sobre as crianças atendidas na clínica odontológica do Hospital Universitário de Vassouras, com métodos educativos e com clareza para que possa atuar de maneira preventiva na higiene bucal infantil.

Esse cuidado com a dentição infantil caracteriza aos pais e responsáveis melhor convívio psicossocial, função mastigatória, hábitos saudáveis e prevenção de malefícios dento-esqueléticos à criança. Com uso diário e regular de fio dental e escovação

Referências

1. Menegaz AM, Favetti M, Michelon D, Azevedo MS, Costa CT. Efetividade de mantenedores de espaço em odontopediatria: revisão sistemática. *RFO, Passo Fundo*. 2015 mai./ago.; 20(2):252-257.
2. Grinfeld S, Silva MFVM, Florentino RM, Donida FA, Aguiar CM, Câmara AC. Segundos molares decíduos: reabsorção fisiológica e patológica. *Odontol Clin Cient*. 2015 jan./mar.;14(1):579-583.
3. Nobrega ML, Barbosa CCN, Brum SC. Implicações da perda precoce em odontopediatria. *Revista Pró-UniverSUS*. 2018 jan./jun.; 09(1): 61-67.
4. Cardoso RSCB, Siqueira TDA. Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 06 a 12 anos da Escola Municipal Maria Fernandes, Manaus – Am. *BIUS*. 2018; 1(9): 40-57.
5. Guimarães CA, Oliveira RCG. Perda precoce de dentes decíduos relato de caso. *Revista UNINGÁ Review*. 2017 jan./mar.; 29(2):28-33.
6. Santos AGC, Machado CV, Telles PDS, Rocha MCBS. Perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. *Odontol Clin Cient*. 2013 jul./set.; 12(3):189-193.
7. Witt D, Armenio RV, Costa MMTM, Garrastazu MD. Uso de mantenedor de espaço fixo não funcional em dentição decídua – relato de caso. *Ação Odonto*. 2017; 2(2017):61-66.

8. Pineda IC, Osorio SRG, Franzin LCS. Cárie precoce na primeira infância e reabilitação em odontopediatria. *Revista UNINGÁ Review*. 2014 jul./set.; 19 (3): 51-55.

9. Cunha LM, Bento AKM, Lopes KS, Granja LMRA, Lima MN, Rodrigues MMC, et al. Sequelas imediatas e tardias do trauma dentário em dentes decíduos. *Centro Universitário Católica de Quixadá*. 2017; 3(1): 90-96.

10. Carneiro VR. Cáries Precoces na Infância: etiologia e prevenção. [dissertação] Porto: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Porto; 2014.

11. Lima AS, Santana AKGS. Prevalência da perda precoce de molares decíduos em escolares: uma revisão crítica. [monografia] Aracaju: Universidade Tiradentes; 2016.

12. Cardoso GSM. Mantenedores de espaço – Importância de manter um dente perdido prematuramente. [dissertação] Porto: Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, 2015.

13. Araújo GM, Andrade PAS. Etiologia e Prevenção da Cárie Precoce na Infância: Revisão de Literatura. [monografia] Aracaju: Universidade Tiradentes; 2016.

14. Gafaniz IL. Prevalência de maloclusão em dentição decídua em crianças dos 3 aos 6 anos. [dissertação] Caparica, Portugal: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2015.

15. Guimarães CA, Oliveira RCG. Perda precoce de dentes decíduos relato de caso clínico. *Revista UNINGÁ Review*. 2017 jan./mar.; 29 (2): 28-33.

16. Assunção JF. Supervisão de espaço na ortodontia preventiva e interceptiva. [monografia] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.

17. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal das crianças: uma revisão sistemática. *JPediatr*. 2013; 89(2): 116-23.

18. Pineda IC, Osório SRG, Franzin LCS. Cárie precoce na primeira infância e reabilitação em odontopediatria. *Revista UNINGÁ Review*. 2014 jul./set.; 19(3):51-55.

19. Sousa JP, Sousa AS. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo I da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa – PB. *Rev Odontol UNESP*. 2013 mar./abr.; 42 (2):117-23.

20. Lima, Betânia Pessoa Lima. Comparação da rotação dos primeiros molares superiores entre os diferentes graus de discrepância anteroposterior da má oclusão de classe II 1a divisão de angle. [dissertação] São Luís: Universidade CEUMA; 2012.