

PERDA PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS RELATO DE CASO CLÍNICO

PREMATURE LOSS OF DECIDUOUS TEETH: CLINICAL CASE REPORT

CONRADO DE ALMEIDA **GUIMARÃES**¹, RENATA CRISTINA GOBBI **OLIVEIRA**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá; 2. Doutora em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP). Docente do curso de graduação em Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá.

* Rua Silva Jardim, 30, Centro, Maringá, Paraná, Brasil. recgo@hotmail.com

Recebido em 29/09/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

A perda precoce de dentes decíduos pode ocasionar mudanças psicológicas e desordens na dentadura decídua ou mista, que afetará o desenvolvimento da futura oclusão do paciente. Dentre as diversas complicações que a perda precoce poderá causar, estão as disfunções na fonação do paciente e até mesmo na alimentação, interferindo na função mastigatória. É de suma importância que o responsável pela criança e o cirurgião dentista detecte esse problema para que a intervenção ortodôntica aconteça a tempo, de não ocorrer futuros problemas, por meio dos aparelhos ortodônticos como mantenedores de espaço e recuperadores de espaço, dentre outros. A indicação de cada aparelho vai variar do dente que foi perdido. Temos como objetivo deste trabalho, revisar a literatura para avaliar a etiologia e as futuras complicações ortodônticas que o paciente pode vir a ter pela perda precoce dos dentes decíduos e avaliar também, a postura do paciente nas questões de comportamento e convívio social. Ao final, apresentaremos um caso clínico de sucesso para a ilustração deste trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Dente decíduo, mantenedor de espaço, perda precoce.

ABSTRACT

The premature loss of deciduous teeth may bring on either psychological changes or denture disorders that affect the future patient's occlusion development. This premature loss of deciduous teeth may cause a disorder in the patient's phonation and even in the eating act intervening with the chewing function. It is utmost important that the child's responsible and the dental surgeon notice this issue so an orthodontic intervention can happen in order to avoid future problems. The intervention may happen by orthodontic appliances that maintain or recover the space and the indication of each brace depends on each tooth loss. The purpose of this article is to review the literature in order to assess the etiology and the future orthodontic complications that the patient may have. Also assess the patient attitude in social behavior and interaction.

KEYWORDS: Deciduous teeth, space maintainer, premature loss.

1. INTRODUÇÃO

A perda de dentes decíduos está tendo grande destaque em estudos epidemiológicos¹⁻⁸ por conta da sua importância que está relacionada com o surgimento de má oclusões⁹⁻¹³.

No humano as dentições têm a fase de dentadura decídua ou mista e a dentição permanente. A dentição mista corresponde à etapa em que as crianças na faixa dos seis a doze anos têm tanto dentes decíduos na cavidade como dentes permanentes¹⁴.

A dentição decídua é importante para desempenhar funções como: fonação, oclusão articulação e as funções mastigatórias⁷. Segundo Long (1999)¹⁵, os elementos decíduos são importantes no período em que ocorre o desenvolvimento da altura dos arcos dentais e, também, na respiração e na estética do corpo da criança, assim dá para perceber a importância que os dentes decíduos esfoliem no tempo certo.

Para que haja o desenvolvimento dos músculos dos maxilares e músculos da face, a dentição decídua tem grande relevância e também ela vai ser guia para que os dentes permanentes irrompam em posição correta¹⁶

Segundo Garcia *et al.* (2003)¹⁷, os danos causados aos elementos decíduos interferem no crescimento craniofacial das crianças e nas funções mastigatórias.

A perda precoce de dentes decíduos apresenta várias definições na literatura. Denomina-se perda precoce de um dente decíduo quando o elemento sofre sua esfoliação antes do tempo correto¹⁸. Moyers (1991)¹⁹ estabelece que a perda precoce de dente decíduo acontece antes mesmo do dente permanente que irá substituí-lo ter começado a erupcionar. Segundo Araújo (2002)²⁰, a perda é considerada precoce quando ocorre em um intervalo de tempo de um ano antes da erupção do dente permanente que irá suceder o elemento decíduo.

Se a perda do dente decíduo ocorrer entre os estágios 5 e 6 de Nolla, que é quando a raiz do dente permanente que irá substituir o decíduo ainda não está formada vai surgir um problema maior, pois forma uma espécie de

fibrose que é chamada de cicatricial que retarda a erupção dos dentes permanentes que ocasionará o deslocamento dos dentes adjuntos e a extrusão dos dentes antagonistas¹⁷.

A perda precoce dos molares decíduos vai ocasionar a erupção dos dentes permanentes se ocorrer próximo ao período de sua esfoliação, pois ocorrerá uma nova formação de osso na região sobre o germe dental e também desencadeará um processo de fibrose no tecido gengival devido ao trauma que a mastigação ocasionará¹⁰.

A perda prematura dos dentes decíduos desencadeia problemas ortodônticos, fonéticos e estéticos. Além disso, a criança pode acabar gerando hábitos que são prejudiciais a fonação devido a alteração dos maxilares que causa uma postura incorreta de língua²¹.

Este trabalho tem o objetivo de mostrar as consequências que a perda precoce de dente decíduo ocasiona, tanto nos aspectos sociais e comportamentais do paciente quanto os aspectos epidemiológicos e etiológicos com base de revisão na literatura.

2. DESENVOLVIMENTO

Dentre a etiologia da perda precoce de dentes decíduos, as principais causas são a cárie, trauma dental e reabsorção das raízes dentárias²².

Segundo Killian *et al.* (1992)²³, é comum ocorrer traumatismos que afetam a dentição decídua da criança e que, para os dentistas, o diagnóstico não é tão comum. Alegou-se que o trauma dos incisivos decíduos pode romper a odontogênese dos dentes que estão por vir, caracterizando-se em um defeito hipoplásico localizado.

A perda precoce de dentes decíduos pode ocorrer tanto nos dentes anteriores como nos posteriores conforme Pinkhan (1995)²⁴ relatou. Na região anterior, a perda prematura de um elemento decíduo principalmente os incisivos está mais relacionado ao trauma e cárie dentária, já nos dentes decíduos posteriores o fator cárie dentária é o fator mais prevalente que ocasiona a perda precoce do elemento.

Crianças de 1 a 3 anos de idade estão mais suscetíveis à perda precoce de dentes por meio de traumatismo dentário principalmente nos dentes anteriores²⁵. Pois é nessa fase que elas estão aprendendo a andar e correr²⁶. A criança nessa fase não está com a coordenação motora completamente desenvolvida, porém já tem capacidade de tomar decisões tornando-as mais suscetíveis a quedas²⁷.

Outro fator relacionado à perda precoce é a reabsorção prematura das raízes dentárias, esse fato acomete as raízes antes da época normal de esfoliação, em arcadas dentárias apinhadas a reabsorção das raízes pode estar presente, com maior prevalência nos dentes anteriores, dentre eles os mais acometidos são incisivos laterais e caninos decíduos inferiores e superiores²⁸.

Martins (1998)²² relata que um dente permanente que

esteja em contato com a superfície do elemento decíduo, por conta de um irrompimento prematuro do elemento permanente poderá ocasionar uma reabsorção radicular que não é normal acontecer.

As crianças brasileiras têm um alto índice de extrações dentárias que não tem a manutenção de espaço controlado, devido a cáries muito amplas²⁹.

A doença cárie segundo Araújo (2002)²⁰ é a doença que mais causa desconforto e dor, que consequentemente causa certa limitação nos pacientes que a possuem. Por conta disso, a extração precoce de dentes decíduos reflete na desordem nos arcos dentários que por fim causará problemas nas oclusões futuras.

A principal causa da perda precoce dos molares decíduos no Brasil, segundo Korytnicki *et al.* (1994)³⁰, é a cárie, por conta do fator socioeconômico e pela cultura de que não deve haver tanta preocupação com os dentes decíduos, visto que eles serão substituídos. Então isso faz com que o tratamento adequado à dentição decídua seja ignorado e a prática de extrações desses dentes seja a opção de tratamento, sem qualquer indicação por conta da falta de espaço.

Consequências

Kisling e Hoffding (1979)³¹ relatam que as consequências que a perda precoce do elemento decíduo vai gerar dependem de qual dente foi perdido, em que fase a criança estava quando sofreu a perda, do espaço que a arcada dentária contém e o do padrão de erupção e intercuspidação das características esqueléticas, função muscular e condições periodontais.

Issao (1994)³² alega que qualquer extração precoce de segundos molares decíduos será prejudicial para a oclusão dos primeiros molares permanentes. Já que estes dentes são guiados pela face distal do segundo molar decíduo para que possa ocluir com o dente antagonista. Alega-se também que a perda precoce dos molares decíduos seja ela bilateral ou múltipla, exige a colocação de mantenedores de espaço funcional que permitirá a erupção do primeiro molar permanente e o estabelecimento da dimensão vertical. No caso de perda precoce unilateral, o aparelho banda alça é o indicado.

Tagliaferro e Guirado (2002)³³ consideram que a perda precoce dos dentes decíduos, principalmente quando forem molares decíduos, causa uma redução do espaço disponível nos arcos dentais para que os dentes permanentes possam irromper.

A perda precoce vai contribuir para o desequilíbrio dentário que vai ocasionar danos irreversíveis no dente permanente sucessor e uma desarmonia na oclusão e no sistema estomagnático do indivíduo que sofreu a perda conforme relata Proffit (1978)³⁴.

A perda precoce dos dentes decíduos ocasionado por cárie ou trauma traz uma grande chance de ocorrer consequências imediatas que poderá resultar em distúrbios

de oclusão diretos e indiretos. A perda de espaço, extrusão do dente antagonista, torsiversão de dentes adjacentes e problemas adicionais como deglutição atípica são exemplos dos distúrbios que a perda precoce pode ocasionar, segundo Guedes-Pinto (1991)¹⁰.

Por meio de uma revisão de literatura Campos et al. (2001)³⁵ buscaram evidências que pudessem demonstrar a relação do trauma que os dentes decíduos sofriam com as consequências que os permanentes sucessores sofreriam. Notou-se que a maioria dos acidentes que causam trauma e consequentemente a perda dos elementos decíduos acontece em casa e em acidentes de bicicleta. Os meninos na faixa etária de 1 a 5 anos são os mais acometidos nesses acidentes em relação a idade e sexo, a idade das meninas variam de 1 a 3 anos, porém a maior ocorrência de trauma é no sexo masculino. O dano aos tecidos moles é o tipo mais comum de trauma, seguido pelas luxações nos quais os dentes anteriores superiores são os mais acometidos. Relatou-se também que o trauma pode acarretar alterações nos dentes permanentes sucessores como exemplo uma hipoplasia de esmalte ou até mesmo uma interrupção da formação dental e que a intrusão é a alteração mais grave aos 5 anos de idade, pois é nesse período que pode ocorrer a inibição do desenvolvimento radicular causada pela dilaceração do germe permanente ou pode vir a ocorrer uma mudança de direção do germe dental. Então puderam concluir que os problemas mais comuns aos dentes permanentes após o trauma dos dentes decíduos são a hipoplasia de esmalte, interrupção da formação dental, má formação da coroa e da raiz, distúrbios de mineralização e alterações no posicionamento e erupção.

3. RELATO DE CASO

O paciente P. H. V., 4 anos de idade, gênero masculino, compareceu a clínica de Odontologia preventiva do Centro Universitário Uningá, apresentando perda precoce do elemento 61 por trauma.



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial do paciente (nota-se a presença dos dentes decíduos e os permanentes em formação).

Ao realizarmos exame clínico e anamnese, sua mãe relatou que o trauma não era recente e que o paciente ficou cerca de um ano sem atendimento antes de chegar à Uningá. Dessa forma, devido à demora da mãe para procurar atendimento, observou-se perda do espaço presente para a acomodação do elemento sucessor permanente e desvio da linha média dentária. A conduta foi a solicitação de documentação ortodôntica completa, moldagem e instalação de placa de mordida com dente de estoque para a manutenção do espaço presente e também, melhora na estética do sorriso (Figura 1 a 12).



Figura 2. Fotografia extrabucal do sorriso (nota-se a presença de espaço na região anterior, devido a perda precoce do dente decíduo).



Figura 3. Fotografia extrabucal do perfil do paciente.

Antes da instalação do aparelho, foi realizada uma adequação do meio bucal para reduzir os focos de infecção, como pode-se observar na Figura 7.

Além dos dispositivos usuais, foi acrescido à placa um expansor palatino, para que um ligeiro ganho transversal pudesse ser alcançado, tendo em vista a perda de espaço

ocorrida pela demora da intervenção ortodôntica e desvio da linha mediana.



Figura 4. Foto intrabucal frontal do paciente antes da instalação do aparelho.



Figura 5. Foto intrabucal lateral do lado esquerdo do paciente (observa-se o espaço onde houve a perda do dente decíduo).



Figura 6. Foto lateral intrabucal lateral do lado direito do paciente.

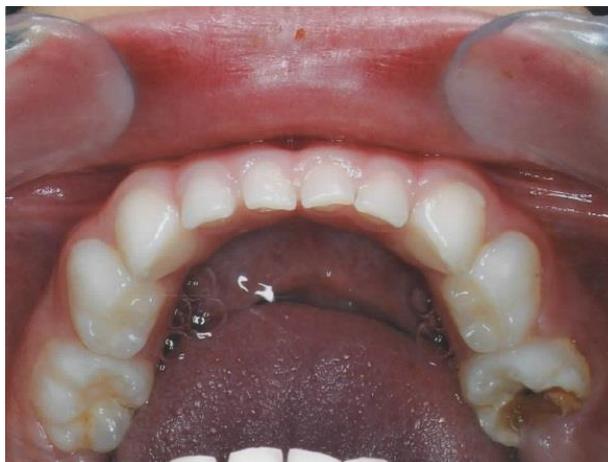


Figura 7. Foto intrabucal oclusal da arcada inferior.



Figura 8. Foto intrabucal superior.



Figura 9. Fotografia da placa de Hawley com dente de estoque anterior confeccionada.

Após a intervenção ortodôntica, a mãe relatou grande melhora na confiança pessoal da criança, especialmente no contexto escolar. Imediatamente após a instalação do aparelho observa-se melhora significativa no sorriso da criança. As ativações acontecem a cada vinte e um dias, com $\frac{1}{4}$ de volta do parafuso expansor por sessão, além da conferência dos grampos e estabilidade geral do aparelho. O tempo de utilização será em torno de um ano e

meio (dezoito meses) e o acompanhamento radiográfico será realizado a cada quatro meses para monitoramento da rizogênese e da erupção do elemento permanente sucessor. Muito provavelmente, o paciente necessitará de tratamento ortodôntico corretivo futuro. Abaixo, seguem as fotos do aparelho mantenedor instalado.



Figura 10. Fotografia intrabucal frontal intermediária, após a instalação do aparelho (observar a melhora do desvio de linha média e manutenção do espaço).



Figura 11. Fotografia intrabucal frontal com o aparelho instalado (observar melhora do sorriso geral e recuperação da estética anterior superior).

4. DISCUSSÃO

A perda precoce de dentes decíduos pode acarretar danos ao paciente dentre eles está a perda de espaço, neste caso para manter o espaço poderia ser feito o tratamento com vários aparelhos. Se o caso se tratasse de uma perda precoce de um dente posterior, exemplo um molar, poderíamos ter escolhido aparelhos como banda alça, coroa alça, arco lingual de Nance ou um aparelho tipo botão de Nance modificado. Porém, como se tratava de uma perda de um dente anterior, optamos por um aparelho removível, pois o paciente apresenta higienização deficiente e pelo custo mais baixo. Optamos então

por uma placa de Hawley modificado com dente de estoque, esse aparelho mantém o espaço e é um aparelho estético que deixa o paciente mais confortável para sorrir e falar, por se tratar de uma perda de um elemento anterior. É também um aparelho de fácil higienização e fácil ativação. Porém, por ser móvel acaba tendo a desvantagem de o paciente acabar não usando corretamente, o paciente tira o aparelho e fica sem usar, causando assim uma dificuldade de continuar o tratamento.

5. CONCLUSÃO

Podemos concluir que a dentição decídua no Brasil tem o tratamento de forma negligenciada. Dentes decíduos são extraídos sem planejamento, aumentando o número de crianças que tem perda precoce desses dentes.

Além das perdas causadas por cáries e extrações iatrogênicas, temos os pacientes que perdem dentes por trauma e isso pode causar sérios danos à futura dentição permanente.

É de grande importância que o cirurgião dentista faça um diagnóstico preciso e acompanhe as perdas precoces com tratamentos para manter o espaço, pois além de serem de grande importância para a oclusão futura, são tratamentos simples, rápidos e de baixo custo para os responsáveis dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- [01] Alamoudi N. The prevalence of crowding, attrition, mid-line discrepancies and premature tooth loss in the primary dentition of children in Jeddah, Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent*, Birmingham, 1999;24(1):53-58.
- [02] Alsheneifi T, Hughes CV. Reasons for dental extractions in children. *Pediatr Dent*, Chicago, 2001; 23(2):109-112.
- [03] Batista AMR. Prevalência e etiologia da perda precoce de dentes decíduos nos pacientes atendidos na clínica de odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- [04] Cardoso L *et al.* Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 200; 5(1):17-22.
- [05] Gasparim GR *et al.* Levantamento epidemiológico da prevalência de maloclusões e das condições bucais em escolares da cidade de Curitiba. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, 2003; 18(42):373-376.
- [06] Martínez NS, Segura MD, Rodriguez MOO, Norell JED. Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares. Policlínica “Pedro Díaz Coello”, 2003. *Correo Científico Médico de Holguín* 2005;9(3). Disponível em: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>.
- [07] Nogueira AJS *et al.* Perdas precoces de dentes decíduos e suas consequências para dentição futura – elaboração de propostas preventivas. *Rev ABO Nac* 1998; 6(4):228-233.
- [08] Thomaz EBAF *et al.* Prevalência de protrusão dos incisivos superiores, sobremordida profunda, perda pre-

- tura de elementos denatários e apinhamento na dentição decídua. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, 2002; 5(26):276-282.
- [09] Dearing SG. Space loss and malocclusion. *N Z Dent J*, Dunedin, 1994 Apr;44(4):365-370.
- [10] Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1991.
- [11] Krakowiak FJ. Growth potential of mandible as factor in mesial movement of permanent first molar. *J Dent Child*, Chicago, 1966; 31(4):278.
- [12] Pedersen J *et al*. Prevalence of malocclusion in relation to premature loss of primary teeth. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, 1978; 6(4):204-209.
- [13] Rose JS. Early loss of teeth in children. *Br Dent J*, London, 1966; 120(6):275-280.
- [14] Sucupira AC *et al*. *Pediatria em consultório: Saúde e as doenças bucais*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- [15] Long SM. Análise morfológica da dentição decídua. [Tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1999.
- [16] Pinto V. Prevenção da carie dental. In: _____. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2000.
- [17] Garcia IF *et al*. Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupcion. *Rev Pediatr Aten Primaria*, Barcelona, 2003; 5:439-445.
- [18] Brusola JAC. *Ortodontia clínica*. Barcelona: Sabat, 1989.
- [19] Moyers RE. Etiologia da maloclusão. In: _____. *Ortodontia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991.
- [20] Araujo FM. Relação entre o tipo de aleitamento e o uso de chupeta. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, 2002; 3(25):235-240.
- [21] Coelho MLG. Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, Sobral-CE. [Monografia] Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú; 2003.
- [22] Martins ALCF. *Odontopediatria na 1ª infância*. São Paulo: Santos, 1998.
- [23] Killian CM, Leventhal PH, Tamaroff JI. Dentigerous cyst associated with trauma to a primary incisor: a case report. *Quintessence Int* 1992; 23(10):683-86.
- [24] Pinkham JR. *Odontopediatria da infância à adolescência*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1995.
- [25] Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1,298 cases. *Scand J Dent Res*, Copenhagen, 1970; 78(4):329-342.
- [26] Christensen JR, Feldes HW. Manutenção de espaço na dentição decídua. In: Pinkham JR. *Odonto-pediatria da infância a adolescência*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996; 392-399.
- [27] Fried I *et al*. Subluxation injuries of maxillary primary anterior teeth: epidemiology and prognosis of 207 traumatized teeth. *Pediatr Dent*, Chicago, 1996; 18(2):145-151.
- [28] Van Der Linden FPG. *As consequências das perdas prematuras dos dentes decíduos*. In: _____. *Ortodontia: Desenvolvimento da dentição*. São Paulo: Quintessence, 1986.
- [29] Tomita NE *et al*. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, 2000; 34(3):299-303.
- [30] Korytnicki D, Naspitz N, Faltin Junior K. Consequências e tratamento das perdas precoces em decíduos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo 1994; 48(3):1323-1328.
- [31] Kisling E, Hoffding J. Premature loss of primary teeth: art III, drifting patterns for different types of teeth loss of adjoining teeth. *J Dent Child*, Chicago, 1979;46:34-38.
- [32] Issao M. Primeiro molar permanente. In: Interlandi S. *Ortodontia: bases para a iniciação*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 19947.
- [33] Tagliaferro EPS, Guirado CG. Mutenção de espaço após a perda precoce de dentes decíduos. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo*, Passo Fundo, 2012; 7(2):13-17.
- [34] Proffit WR. Equilibrium theory revisited. Factors influencing position of the teeth. *Angle Orthod*, Appleton, 1978; 48(3):175-186.
- [35] Campos JADB, Zuanon ACC, Pansani CA. Traumatismo na dentição decídua e suas consequências na dentição permanente - Revisão de Literatura. *ROBRAC* 2001; 10(30):26-28.