

A RELEVÂNCIA DA ANAMNESE PARA REABILITAÇÃO ORAL INFANTIL

Diego Rodrigues da Silva¹; Jhenifer Ribeiro Sena Ciniciato¹; Krislainy Araújo Valadao Machado¹; Maria Fernanda Martins-Ortiz^{2,5}; Michela Melissa Duarte Seixas Sostena^{3,5}; Isadora Prado Cano^{4,5*}

¹ Graduando em Odontologia, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Doutora e Esp. em Patologia Bucal – USP, Mestre e Esp. em Ortodontia – USP; ³ Pós-doutorado em Ciência e Tecnologia de Materiais – Materiais Odontológicos – UNESP; ⁴ Cirurgiã-dentista – USP, Esp. em Prótese Dentária pelo Hospital de Reabilitações de Anomalias Craniofaciais – USP, doutoranda em Reabilitação Oral – USP; ⁵ Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas - FITL/AEMS

* autor correspondente: isadoracano@gmail.com

RESUMO

As ausências dentárias na infância são, principalmente, decorrentes do desequilíbrio da saúde bucal das crianças com a instalação da doença cárie. Outro importante fator colaborador da perda dentária precoce é o trauma dentário, que compromete a manutenção do dente no arco. Além desses motivos, é possível que a criança e sua família se apresentem com queixa estética e funcional decorrente do não aparecimento do dente no arco vinculado a uma condição genética na formação e na erupção dentárias. Portanto, a anamnese é uma etapa fundamental para o planejamento reabilitador protético e auxilia na indicação ou contra-indicação de próteses pediátricas. Isso é dito visto que apenas a preservação pode ser proposta em determinadas situações e, em outras, a instalação de próteses é imprescindível não somente para a estética, mas também para a manutenção do espaço para o dente permanente e desenvolvimento da fala. O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura sobre os motivos de ausências dentárias infantis e sobre como proceder especificamente em cada caso, quando próteses pediátricas são indicadas. Ademais, são apresentados os tipos de reabilitações mais comuns para ausências unitárias, múltiplas e totais. Com essas considerações, ao priorizar a anamnese na proposta de tratamento, o cirurgião-dentista alcança maior adesão ao tratamento e menor chance de fracasso com danos vindouros.

PALAVRAS-CHAVE: prótese dentária; cárie dentária; traumatismos dentários; anodontia; dente decíduo.

1 INTRODUÇÃO

As ausências dentárias na primeira infância são, principalmente, decorrentes do desequilíbrio da saúde bucal com a instalação da doença cárie (SACONO et al., 2017; CARDOSO et al., 2011). Por ser uma circunstância multifatorial, ela é dependente do cuidado diário dos pais ou responsáveis e da anatomia e fase de desenvolvimento dentários, alimentação

saudável, acesso ao flúor e higiene oral adequada (GUEDES-PINTO, 2016). Dessa forma, a intervenção do cirurgião-dentista deve ter direcionamentos distintos e complementares: primeiro, momentâneo na reabilitação oral para devolver as funções do sistema estomatognático. Concomitantemente, deve-se insistir na mudança de hábitos a fim de tirar a criança do estado de doença para promoção integral de sua saúde (ALVES

et al., 2022), considerando, também, a erupção dentária dos dentes permanentes nos anos vindouros.

Outro importante fator colaborador da perda dentária precoce é o trauma dentário, que compromete a manutenção do dente no arco (SILVA, 2019; BRELAZ et al., 2016; SANABE et al., 2009). Nesse caso, a abordagem do cirurgião-dentista deve ter outro direcionamento, no sentido de acalmar a criança e os pais em consulta de urgência, conduzir o caso para eliminação de sintomas, reduzir riscos de afetar estruturas adjacentes, assim como propor um plano de tratamento objetivo (DA SILVA, 2019). Dependendo do dente perdido pelo trauma e a idade da criança, apenas a preservação pode ser proposta pois o espaço a ser reabilitado pode ser preenchido, em breve, pelo dente permanente. Em outros casos, é importante propor uma reabilitação protética para devolução de autoestima, segurança na convivência social e manutenção do espaço (SILVA, 2019; BRELAZ et al., 2016; SANABE et al., 2009).

Além das ausências dentárias decorrentes de cárie ou trauma, é possível que a criança e sua família se apresentem com queixa estética e funcional decorrente do não aparecimento do dente no arco vinculado a uma condição genética na formação e na erupção dentárias (HERDT, 2017). Diante disso, o histórico pessoal e familiar deve ter maior enfoque na anamnese em busca de condições genéticas e hereditárias vinculadas à anodontia (total falta de desenvolvimento dentário), hipodontia (falta de desenvolvimento de um ou mais dentes) ou oligodontia (subdivisão de hipodontia que indica a falta de desenvolvimento de seis ou mais dentes) (NEVILLE et al., 2009). Em certas situações, a família já está ciente de condições sistêmicas da criança por outros sinais, por exemplo, devido à presença de fissura labiopalatina, detectável no acompanhamento pré-natal e aparente já no nascimento. O

uso de próteses já pode ter auxiliado essa criança previamente (HANSEN et al., 2016) ou não. Por outro lado, se houver desconhecimento pela família, a investigação de síndromes ou de outras doenças iniciar-se-á no próprio consultório odontológico.

Isso posto, percebe-se que a indicação de próteses em odontopediatria deve considerar uma anamnese completa a fim de conhecer o histórico do paciente, juntamente a exames clínicos e radiográficos para chegar a um diagnóstico preciso. A partir disso, define-se um planejamento meticuloso e não estático. Em todos os casos, é imprescindível o acompanhamento periódico dos pais e do profissional para se alcançar um resultado satisfatório.

O objetivo desse artigo é descrever distintas reabilitações orais infantis nos casos de ausência dentária causada por cáries, traumas e alterações genéticas. Para isso, a estratégia de busca incluiu livros de odontopediatria, artigos nacionais e internacionais nas plataformas Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos trabalhos dos últimos 15 anos encontrados pelas seguintes palavras-chave: “prótese dentária infantil” (pediatric prosthodontics), “perda dentária precoce” (early tooth decay), “edentulismo infantil” (infant edentulism). Todas as informações com descrições simples sobre os conceitos e protocolos de atendimento foram incluídas quando tratavam objetivamente do tema proposto. Dessa forma, o trabalho elucida o enfoque do tratamento para cada caso, a fim de direcionar o clínico, os próprios pacientes e seus familiares na prioridade de cada reabilitação (quando necessária).

2 REABILITAÇÃO DE DENTES PERDIDOS POR CÁRIE

Sabe-se que a perda precoce de dentes decíduos pode causar sérios

prejuízos ao sistema estomatognático ainda em desenvolvimento na criança, causando diminuição do comprimento do arco, migração dentária, desenvolvimento de hábitos deletérios (como a interposição de língua no espaço edêntulo) e alterações na mastigação, fala e

estética do paciente (CORREIA, 2019; NOBREGA et al., 2018). Esses impactos podem ter maior ou menor relevância a depender do estágio de saída para a cavidade bucal dos dentes permanentes vindouros (Quadro 1) e da quantidade de dentes afetados.

Quadro 1. Média de idade da saída do dente para a cavidade oral, proposta por Nolla (1960).

	Dente		Saída para a cavidade bucal
Dentição permanente	Superior	Incisivo central	7 a 8 anos
		Incisivo lateral	8 a 9 anos
		Canino	11 a 12 anos
		Primeiro pré-molar	10 a 11 anos
		Segundo pré-molar	10 a 12 anos
		Primeiro molar	6 a 7 anos
		Segundo molar	12 a 13 anos
		Terceiro molar	17 a 21 anos
	Inferior	Incisivo central	6 a 7 anos
		Incisivo lateral	7 a 8 anos
		Canino	9 a 10 anos
		Primeiro pré-molar	10 a 12 anos
		Segundo pré-molar	11 a 12 anos
		Primeiro molar	6 a 7 anos
		Segundo molar	11 a 13 anos
		Terceiro molar	17 a 21 anos

Fonte: Adaptado de Guedes-Pinto, 2016.

Sendo assim, a perda por cárie de um incisivo central superior decíduo pode não ser reabilitada de forma alguma se ocorrida aos 6 anos de idade, mas pode ter necessidade de reposição protética se o mesmo dente for perdido aos 4 anos de idade (CORREIA, 2019). Esse caso poderia afetar, além da estética, o desenvolvimento da fala da criança em questão (CORREIA, 2019; NOBREGA et al., 2018).

Normalmente, quando afetados por cárie de mamadeira, há prejuízo de vários elementos dentários que precisarão de reabilitações extensas seja com aparelhos removíveis (CARDOSO et al., 2011) ou tratamento endodôntico das raízes remanescentes e próteses fixas (OLIVEIRA et al., 2010; SACONO et al.,

2007). É importante mencionar que ambos demandam retornos frequentes para as etapas de adequação da prótese ou dos remanescentes dentários, o que pode afetar a rotina e a vida financeira familiar. Em todas as propostas, os pais devem estar cientes das opções protéticas e da quantidade de retornos previsíveis para finalizar a reabilitação.

Além dos critérios supracitados, a escolha da reabilitação do espaço perdido deve considerar a disposição do paciente para usar uma reabilitação protética por um período de sua vida (VAZQUEZ, 2021). Quando se trata de uma criança colaboradora, a proposta de aparelhos tanto removíveis quanto fixos pode ser considerada (NOBREGA et al., 2018). Contudo, a presença de múltiplas

cáries por si só já mostra que, os pais e a própria criança foram ignorantes ou negligentes quanto aos fatores etiológicos da doença cárie (ALVES et al., 2022) e podem continuar com essa atitude se não houver aconselhamento familiar pelo cirurgião-dentista.

Dessa forma, independentemente do tipo de reabilitação escolhida (fixa ou removível), é imprescindível levar em consideração os fatores: idade do paciente, quantidade de dentes afetados, tempo de tratamento, comprometimento da criança e dos responsáveis com o uso e mudança de hábitos cariogênicos.

3 REABILITAÇÃO DE DENTES PERDIDOS POR TRAUMATISMO

As perdas dentárias por traumatismo são mais frequentemente relacionadas aos dentes anterossuperiores, em crianças menores de 5 anos e do sexo masculino (NOBREGA et al., 2018; SANABE et al., 2009). Dentre as causas, a maioria acontece dentro de casa ou em atividades de lazer (somando 62% dos casos), seguidas de acidentes automobilísticos (16%), agressões e práticas de esportes (SANABE et al., 2009).

Ciente disso, o cirurgião-dentista deve se preparar para receber o caso clínico como uma urgência, atento aos detalhes informados pelos pais e pela criança, em que normalmente encontram-se assustados (SANABE et al., 2009). Diferentemente da abordagem do paciente com perdas dentárias relacionadas à cárie, o aconselhamento familiar deixa de ser focado em hábitos alimentares e rotina de escovação e passa a ser de acalmia, tomando o controle da situação para sua resolução (SILVA, 2019). A depender do caso, a proposta de reabilitação protética pode ser imediata (em casos de avulsão dentária), ou estabilizam-se os tecidos afetados e espera-se o caso evoluir. Assim, a recomendação de tratamento endodôntico ou exodontia é, muitas vezes, direcionada em

atendimentos posteriores. Porém, em todos os casos em que é declarada a perda dentária, é de suma importância a reposição dos incisivos superiores para melhorar a fonética, estética, deglutição e evitar a instalação de hábitos nocivos como a interposição lingual (BRELAZ et al., 2016).

Ainda, não se deve ignorar a classificação de Nolla padronizando os estágios de aparecimento dentário na cavidade bucal (Quadro 1). Sendo a janela de aparecimento dos incisivos superiores (centrais e laterais) dos 7-9 anos de idade e a maior incidência de traumas em dentes decíduos até os 5 anos, a reposição protética pode ser recomendada de forma mais incisiva, visto que há previsão de anos de função afetada pela ausência desses elementos (SOUSA et al., 2012). Devido à formação e crescimento maxilo-mandibular, os aparelhos protéticos servirão, além de tudo, como mantenedores de espaço para os dentes permanentes vindouros, sejam eles fixos (SOUSA et al., 2012) ou removíveis (BRELAZ et al., 2016).

4 REABILITAÇÃO DE DENTES PERDIDOS POR ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

As ausências dentárias causadas por alterações no desenvolvimento podem ser causadas por atraso na erupção ou mesmo pelo elemento dentário não ter sido formado, fatos relacionados ou não a síndromes. Na dentição decídua em pacientes sem alterações genéticas importantes, a agenesia é considerada rara, com relato em populações brasileiras de 0,29% (GOMES, 2015); mas, quando presente, a ausência do seu sucessor pode ser relacionada mesmo em pacientes não-sindrômicos (VAZQUEZ, 2021; GOMES, 2015). Considerando tanto dentes permanentes quanto decíduos, a agenesia foi identificada em 2,03% de uma população de 3-12 anos (CARVALHO et al., 2021).

Atrasos na erupção dentária podem estar relacionados, localmente, a obstáculos físicos no trajeto de erupção, por exemplo por odontomas (GARMUS et al., 2021) ou cistos gengivais (SHIT-SUKA et al., 2020). Nesses casos, apenas a remoção cirúrgica do obstáculo com ou sem associação de tratamento ortodôntico é capaz de recolocar o elemento ainda não aparente na cavidade oral e o uso de próteses sem o exame radiográfico pode ser um equívoco de diagnóstico e plano de tratamento.

Em relação a ausências dentárias, quando acontecem de forma isolada, podem ser idiopáticas, normalmente afetando o segundo dente da série. Porém, Neville (2009) cita 37 síndromes relacionadas à hipodontia. Dessa forma, o destaque considerando o paciente com ausências dentárias relacionadas a alterações de desenvolvimento é conduzir uma anamnese detalhada, buscando informações hereditárias juntamente com o seu histórico médico. Na entrevista ao responsável, pode ser possível identificar o motivo do atraso na erupção ou também ser necessário buscar a relação da ausência dentária com antecedentes familiares ou outras manifestações sistêmicas, com aconselhamento genético (ANDRADE-JÚNIOR et al., 2022).

Ainda em relação a síndromes, a família do paciente pode procurar atendimento odontológico precocemente, em busca de auxílio na amamentação do recém-nascido afetado por fissura labiopalatina, para confecção de um obturador palatino (HANSEN et al., 2016) enquanto se espera a cirurgia para queilo e palatoplastia (feita, normalmente, de 3 a 6 meses de vida) (HRAC, 2018). Assim, a prótese não repõe não apenas dentes, mas também provê o vedamento intraoral para a efetiva sucção do leite materno até o momento de realização da cirurgia (HANSEN et al., 2016).

Se houver necessidade de tratamento multidisciplinar por conta de síndromes, o paciente deve ser

encaminhado. As soluções protéticas deverão ser escolhidas de acordo com os dentes presentes em boca, sua idade e disposição em fazer o tratamento, podendo incluir desde próteses fixas ou removíveis, totais ou parciais, apoiadas sobre dentes, mucosa ou implantes, visando restabelecer funções mastigatórias e fonéticas do paciente, além de sua aparência e autoestima (ANDRADE-JÚNIOR et al., 2022; VAZQUEZ, 2021; HERDT, 2017).

5 REABILITAÇÕES E SUAS APLICAÇÕES

O presente artigo busca elucidar ao leitor as peculiaridades de cada situação de ausência dentária na infância e frisar a importância do diagnóstico precoce de ausência dentária na fase de dentaduras decídua ou mista (NOBREGA et al., 2018). A finalidade do trabalho é direcionar a proposta de reabilitação com longevidade satisfatória considerando o tipo de dente (decíduo ou permanente), quantidade de dentes envolvidos, motivo da ausência dentária sem ignorar a idade do paciente e os estágios de erupção dentária normais.

A classificação do tipo de reabilitação protética deve ser lembrada: fixa ou removível; unitária ou múltipla; repondo estética e função mastigatória ou apenas servindo como mantenedores de espaço.

Próteses fixas em dentes decíduos com extensa perda coronária são tratamentos com maior demanda de tempo, pois normalmente necessitam de tratamento endodôntico seguido de retenção intracanal, moldagem e confecção de restauração indireta (OLIVEIRA et al., 2010; SACONO 2007). São tratamentos mais frequentemente indicados em casos de traumatismos (SOUSA et al., 2012) ou envolvimento pulpar de até quatro dentes (OLIVEIRA et al., 2010; SACONO 2007), pois quando se consideram cáries profundas múltiplas, uma

única reabilitação contendo vários dentes pode ser mais recomendada. É importante lembrar que a confecção de restaurações fixas requer maior habilidade do profissional e colaboração do paciente na condução e manutenção do tratamento com saúde em boca (GUEDES-PINTO, 2016).

Em se tratando de próteses removíveis, Guedes-Pinto (2016) indica o seu uso substituindo dentes decíduos quando os permanentes só erupcionam em períodos superiores a 6 meses da data atual. A idade da criança para o uso de próteses removíveis não parece ser um fator limitante para a indicação desse tratamento (GUEDES-PINTO, 2016). Por não causar espiplintagem dentária, próteses removíveis são indicadas até para reposição de elementos unitários, visto que é um aparelho que não interfere no desenvolvimento do arco, do dente e da oclusão (VAZQUEZ, 2021; GUEDES-PINTO, 2016). No entanto, ajustes periódicos são sempre recomendados (SOUSA et al., 2012), sendo indicada a troca da prótese quando houver queixa de desconforto sem possibilidade de ajuste dos grampos de retenção. Armações metálicas de próteses parciais removíveis convencionais (de cobalto-cromo, por exemplo) são contraindicadas justamente por sua maior rigidez que traz contenção para o desenvolvimento do arco em fase de crescimento. Pacientes pediátricos portadores de síndromes que causam ausências dentárias têm sido mais comumente reabilitados com próteses removíveis (54,16%) do que com próteses fixas sobre dentes (12,5%) ou sobre implantes (8,3%), possivelmente pela versatilidade de tratamento e possibilidade de ajustes periódicos (ANDRADE-JÚNIOR et al., 2022).

Por sua vez, mantenedores de espaço tipo coroa-alça são recursos protético-ortodônticos, fixados a uma banda ou coroa de aço são comumente indicados para repor o espaço de dentes posteriores decíduos perdidos

precocemente por cárie (GUEDES-PINTO, 2016). Eles devem ser simples, resistentes e de fácil higienização, além de não restringir o crescimento ou interferir na oclusão, fala e mastigação do paciente (NOBREGA et al., 2018). Uma limitação dessa abordagem é não repor a estrutura dentária perdida; porém, para pacientes com alto risco à cárie, pode ter indicação valiosa, considerando a maior facilidade de higienização em comparação a uma prótese parcial fixa na região posterior.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal da criança é de extrema importância para o seu desenvolvimento visto que alterações dentárias não tratadas podem desencadear consequências biológicas, psicológicas e sociais indesejáveis. Com o desenvolvimento dos materiais odontológicos, diversas opções terapêuticas estão disponíveis para a reabilitação oral infantil. Contudo, é importante conhecer o seu histórico médico e familiar, através da anamnese, para determinar um plano de tratamento com maior taxa de sucesso sem afetar o crescimento e desenvolvimento craniofacial. Próteses dentárias infantis, sejam fixas ou removíveis, têm indicações e contraindicações de acordo com a faixa etária e o perfil socioeconômico da criança. Cabe ao cirurgião-dentista conhecer, primariamente, o histórico da atual condição do paciente através da anamnese para conseguir propor o melhor plano de tratamento à criança e sua família.

REFERÊNCIAS

ALVES et al. Odontopediatria: cárie na primeira infância. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 4, 2022.

ANDRADE-JÚNIOR et al. Atuação do cirurgião-dentista frente à displasia ectodérmica infantil: uma revisão de

literatura. [S.I.]: Diálogos & Ciência, v. 1, n. 2, p. 68-79, 2022.

BRELAZ et al. Prótese parcial removível temporária em Odontopediatria: relato de caso. [S.I.]: Arch Health Invest, v. 1, p. 13-17, 2016.

CARDOSO et al. Reabilitação bucal na primeira infância: Relato de caso. Rev Odontol Araçatuba, v. 32, n. 2, p. 49-53, jul./dez. 2011.

CARVALHO, A. B. G.; ALMEIDA, H. C. R.; VIEIRA, S. C. M. Levantamento de dados secundários de anomalias dentárias em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Odontol. Clín. Cient., Recife, v. 20, n. 2, p. 14-17, jun. 2021.

CORREIA, I. M. Implicações da perda precoce dos dentes ântero-superiores decíduos no desenvolvimento infantil. Universidade Fernando Pessoa. Dissertação, 2019.

GARMUS, R.; GALINA, G. R; STINGHINI-JUNIOR, E. Tratamento e análise histopatológica de odontoma complexo: relato de caso. [S.I.]: Uningá Journal, v. 58, p. 1-9, 2021.

GOMES, R. R. Agenesia dentária: avaliação clínica e molecular. Universidade de Brasília. Tese, 2015.

GUEDES-PINTO, A. C. Odontopediatria. 9. ed. Santos, 2016.

HANSEN, P. A.; COOK, B.; AHMAD, O. Fabrication of a Feeding Obturator for Infants. [S.I.]: The Cleft Palate–Craniofacial Journal, v. 53, n. 2, p. 240-244, mar. 2016.

HERDT, L. O. S. Reabilitação protética em paciente infantil com displasia ectodérmica. Universidade do Sul de Santa Catarina. Dissertação, 2017.

H. R. A. C. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Etapas e condutas terapêuticas. Fissuras labiopalatinas – Anomalias craniofaciais – Saúde auditiva – Síndromes. Bauru, São Paulo, 2018.

NEVILLE, B. et al. Patologia oral e maxilo facial. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

NOBREGA, M. L.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Implicações da perda precoce em odontopediatria. [S.I.]: Revista Pró-UniverSUS, v. 9, n. 1, p. 61-67, jan./jun. 2018.

OLIVEIRA et al. Reabilitação de dentes decíduos anteriores com uso de pinos de fibra de vidro. [S.I.]: J Health Sci Inst., v. 28, n. 1, p. 89-93, 2010.

SACONO et al. Reconstrução estética de dentes decíduos anteriores com a utilização de pino biológico e matriz de celuloide: técnica indireta. [S.I.]: Rev Inst Ciênc Saúde, v. 25, n. 1, p. 85-9, 2007.

SANABE et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. [S.I.]: Rev Paul Pediatria, v. 27, n. 4, p. 447-51, 2009.

SHITSUKA et al. Comparação de técnicas cirúrgicas para dentes com atraso na erupção. E-Acadêmica, v. 1, n. 1, p. 13, 2020.

SILVA, W. F da. Do trauma dentário na infância à reabilitação oral na vida adulta: relato de caso. Universidade Federal do Sergipe. Dissertação, 2019.

SOUZA et al. Utilização de prótese parcial fixa modificada na primeira infância: relato de caso. Odontol. Clín. -Cient., Recife, v. 11, n. 3, p. 253-257, jul./set. 2012.

VAZQUEZ, F. B. S. D. Reabilitação estético-funcional em Odontopediatria: Uma

revisão sistemática integrativa. Instituto
Universitário de Ciências em Saúde.

Dissertação, 2021.