

UNIVERSIDADE TIRADENTES

RAIR DE MIRANDA SANTOS

VICTOR RIBEIRO DANTAS DA FONSECA

PERDA PRECOCE NA ADOLESCÊNCIA DO  
PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE: RELATO DE  
CASO

ARACAJU

2019

RAIR DE MIRANDA SANTOS  
VICTOR RIBEIRO DANTAS DA FONSECA

PERDA PRECOCE NA ADOLESCÊNCIA DO  
PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE: RELATO DE  
CASO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentada à coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade  
Tiradentes como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de bacharel em  
Odontologia

PROF. MSC. ALINE SOARES  
MONTE SANTO

ARACAJU

2019

RAIR DE MIRANDA SANTOS  
VICTOR RIBEIRO DANTAS DA FONSECA

PERDA PRECOCE NA ADOLESCÊNCIA DO  
PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE: RELATO DE  
CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentada à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

*Prof. Orientador: Aline Soares Monte Santo*

---

1º Examinador: Vanessa dos Santos Viana

---

2º Examinador: João Roberto Resende da Costa Santos

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Aline Soares Monte Santo orientadora dos discentes Rair de Miranda Santos e Victor Ribeiro Dantas da Fonseca atesto que o trabalho intitulado: “PERDA PRECOCE NA ADOLESCENCIA DO PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE: RELATO DE CASO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Prof. Msc. Aline Soares Monte Santo

# Perda Precoce Na Adolescência Do Primeiro Molar

## Permanente: Relato de Caso

Rair de Miranda Santos <sup>a</sup>; Victor Ribeiro Dantas da Fonseca <sup>a</sup>; Aline Soares Monte Santo <sup>b</sup>

<sup>(a)</sup> *Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes – SE;* <sup>(b)</sup> *Msc. Professora Adjunta Do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes – SE.*

### RESUMO

A perda precoce do primeiro molar permanente na adolescência, por vezes, é resultado do consumo excessivo de carboidratos, dificuldade ou falta de higienização, bem como falta de informação dos pais que não sabem identificar a irrupção dos dentes permanentes e negligenciam os cuidados com os mesmos, resultando, assim, na doença cárie. O objetivo desse trabalho é abordar, por meio de um relato de caso clínico, a perda de molar permanente em paciente jovem. Paciente S.J.L.S, 12 anos de idade, sexo feminino, apresentou-se na clínica odontológica da Universidade Tiradentes, queixando-se de “dor de dente” (SIC). Ao exame clínico e radiográfico, observou-se grande destruição coronária da unidade 26. Optou-se pela exodontia da mesma e confecção de aparelho removível do tipo mantenedor de espaço para evitar a migração dos dentes vizinhos, e, posteriormente, o planejamento do caso inclui o tracionamento da unidade 27 para o local da perda com aparelho ortodôntico fixo. É de suma importância que o cirurgião-dentista esteja apto a diagnosticar e reabilitar da maneira mais adequada o paciente jovem, em casos de perda precoce de dentes permanentes.

*Palavras-chaves:* Dentição permanente; Exodontia; Mantenedor de espaço.

### ABSTRACT

The early loss of the first permanent molars in childhood is sometimes a result of excessive carbohydrate consumption, difficulty or lack of hygiene, as well as lack of information from parents who do not know how to identify the eruption of permanent teeth and neglect care of them, thus resulting in caries disease. The objective of this study is to approach, through a clinical case report, the permanent molar loss in a young patient. Patient S.J.L.S, 12 years old, female, presented at the dental clinic of Tiradentes University, complaining of "toothache" (SIC). Clinical and radiographic examination revealed a great coronary destruction of the unit 26. It was chosen for its extraction and the manufacture of removable apparatus of the type maintainer of space to avoid the migration of the neighboring teeth, and later, the planning of the case includes the traction of the unit 27 to the place of loss with fixed orthodontic appliance. It is extremely important that the dental surgeon be able to diagnose and rehabilitate the young patient in the most appropriate way, in cases of early loss of permanent teeth.

*Key Words:* Permanent dentition; Exodontia; Space maintainer

## 1. INTRODUÇÃO

A perda precoce de molares decíduos, ou mesmo a perda de primeiros molares permanentes são problemas clínicos que ocorrem rotineiramente e resultam na inclinação mesial dos primeiros molares, ou de segundos e terceiros molares dependendo do dente extraído ou ausente. (SAKIMA et al., 1999)

As dentições têm fases de dentadura decídua ou mista e de 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 permanentes. (SUCUPIRA et al., 2000)

A dentição decídua é importante para desempenhar funções como: fonação, oclusão articulação e as funções mastigatórias. 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 percebe-se a importância que dos dentes decíduos esfoliarem no tempo certo. (NOGUEIRA, 1998; LONG, 1999)

A dentição intra-óssea permanente inicia-se com a erupção dos primeiros molares, que é irrompido na cavidade bucal entre os 5 ou 6 anos de idade. A irrupção desse dente muitas vezes é despercebida pelos pais ou responsável, por isso, muitos cuidados que deveriam ser tomados são negligenciados. (BADAUY & BARBACHAN, 2001)

A erupção dos primeiros molares decíduos determina o primeiro sentido de dimensão vertical, estabilizada com a erupção e oclusão dos segundos molares decíduos, que promovem também o sentido de oclusão e a primeira definição da articulação temporomandibular. Se no período compreendido entre a erupção e a oclusão dos segundos molares decíduos, e se durante a erupção e oclusão dos primeiros molares permanentes houver perda da altura cervico-oclusal dos molares decíduos, o primeiro molar permanente, ao erupcionar na cavidade bucal, não conseguirá compensar a perda ocorrida na dimensão

vertical e se manterá em infra oclusão. Essa situação pode determinar, além de problemas na articulação temporomandibular, alterações na sobremordida e sobre-saliência. (COSER et al., 2005)

A perda precoce dos primeiros molares permanentes na infância, por vezes, é resultado do consumo excessivo de carboidratos, dificuldade ou falta de higienização, bem como falta de informação dos pais, que, não sabem identificar a irrupção dos dentes permanentes e negligenciam os cuidados com os mesmos resultando, assim, na doença cárie. (MOREIRA et al., 2016)

A progressão desta doença, em muitos casos, provoca comprometimento pulpar irreversível, sendo necessária a extração da unidade dental. Tal procedimento, por sua vez, promove alteração oclusal e periodontal no paciente que, por meio de um atendimento odontológico adequado, pode ter os danos minimizados. Nesses casos, especialmente quando a exodontia da unidade permanente é realizada de maneira precoce, os dispositivos ortodônticos e protéticos estão indicados, sendo o protético, embora efetivo, o menos aceito por pacientes mais jovens, devido à falta de estética. Já a utilização dos aparelhos ortodônticos do tipo mantenedores de espaço tem sido descritos na literatura como o procedimento de melhor aceitação pelos pacientes, por proporcionar a manutenção do espaço até a realização de tracionamento ortodôntico ou colocação de implantes. Sua confecção se dá por meio de moldagem prévia para obtenção do modelo de trabalho, seguida da produção dos grampos e acabamento. (GUEDES-PINTO, 2016)

O paciente deve permanecer em acompanhamento no tempo estabelecido pelo cirurgião-dentista para avaliação da erupção dos demais dentes permanentes e evitar qualquer intercorrência. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é abordar, por meio de um relato de caso clínico, a importância do tratamento com o aparelho removível do tipo mantenedor de espaço para a perda precoce de molar permanente em paciente jovem.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Apesar do declínio da cárie dentária, a prevalência da mesma ainda é alta em pré-escolares e escolares. A maior porcentagem é diagnosticada nas superfícies oclusais, provavelmente devido à anatomia acidentada e irregular. Ainda segundo o autor, outro fator de risco importante para o estabelecimento da cárie oclusal é o período de irrupção dentária, pois essas superfícies oferecem condições mais propícias ao acúmulo de placa bacteriana nesse período, devido à limitada função de autolimpeza. (GUEDES-PINTO, 2016)

O primeiro molar permanente inicia sua formação ainda na vida intrauterina; ao nascimento, começa a mineralização dental. Aos três anos, a coroa está totalmente mineralizada e, finalmente, sua erupção ocorre por volta dos seis anos. Aproximadamente três anos após sua erupção, a rizogênese se completa. Constitue a primeira e mais importante chave de oclusão descrita por Angle e Andrews. Assim, sua perda, pode acarretar em distúrbios na oclusão, na ATM, na redução da capacidade de mastigação, destruição dos tecidos de suporte e migração mesial dos segundos molares permanentes. (THOMAZ et al., 2002)

A escolha de extração dos primeiros molares deve ser regida por algumas razões, como: presença de cárie extensa, grandes restaurações, tratamento endodôntico ou hipoplasias de esmalte significativas. (VALARELLI et al., 2013)

A perda precoce dos elementos dentais, frequentemente, influencia o comportamento social de crianças e adolescentes, além de trazer problemas funcionais e estéticos, podendo comprometer o bem-estar psíquico-social do indivíduo. Desse modo, a reposição protética da unidade por meio de mantenedores de espaço, visa devolver a integridade das arcadas, restabelecendo as funções normais como mastigação, deglutição e fonação, evitando a instalação de hábitos nocivos e maloclusões. Outra opção de reabilitação é o tracionamento ortodôntico com mini-implante. afirma que o mini-implante é uma ferramenta ortodôntica de tração e ancoragem que pode ser utilizada na mecânica de mesialização de molares durante o tratamento. Ao



contrário daquela que utilizam elásticos, sua vantagem seria de não necessitar da colaboração do paciente, tornando-o uma ferramenta indispensável em alguns casos. (BRELAZ et al., 2016)

### 3. RELATO DE CASO

Paciente S.J.L.S, 12 anos de idade, sexo feminino, ASA I, apresentou-se na clínica odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT), queixando-se “dor de dente” (SIC). A história da doença atual demonstra que a unidade 26 apresentava-se com sintomatologia dolorosa e grande destruição coronária. Relacionado ao comportamento da menor, a avó, sua acompanhante nas consultas, relatou que a mesma tinha um comportamento calmo e possuía boas relações interpessoais.

Ao exame clínico extra-oral, foi observado cicatriz de acne na região de zigomático bilateral, desvio mandibular para esquerda em fechamento, sem crepitação e/ou estalido e sintomatologia dolorosa na região infraorbitária esquerda. Ao exame intra-oral, observou-se, destruição coronária na unidade 26, agenesia da unidade 22 e unidade 12 conóide, conforme demonstra a Figura.

**Figura - Exame clínico intra-oral apresentando total destruição coronária da unidade 26.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Realizada a radiografia inicial, notou-se uma imagem radiolúcida na coroa da unidade 26 sugestiva de lesão cariosa. (Figura)

**Figura- Exame radiográfico sugestiva de lesão cariosa.**



Fonte: Arquivo pessoal.

O tratamento proposto foi exodontia da unidade 26 devido a unidade não ter estrutura suficiente para reabilitar com coroa unitária e confecção de mantenedor de espaço para evitar a migração dos dentes vizinhos (unidades 25 e 27), para que posteriormente a unidade 27 seja tracionada para o local da perda com aparelho ortodôntico fixo.

No dia agendado para execução do procedimento cirúrgico, fez-se os cuidados prévio de assepsia utilizando clorexidina aquosa 0,12% intra-oral bochecho de 1 minuto e lodo PVPI 10% para assepsia extra-oral. O anestésico local selecionado foi lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (2 tubetes). A cirurgia foi realizada por técnica aberta, na qual realizou-se a sindesmotomia para melhor visualização conforme visualizamos na figura.

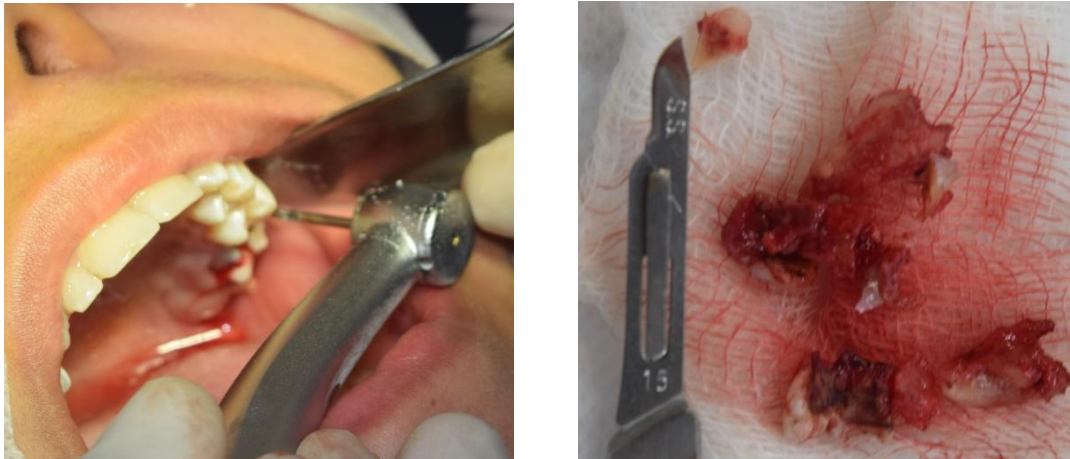
**Figura 1 - Realização de sindesmotomia da unidade 26.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Em seguida foi realizado a odontosecção para separação das três raízes, começando na face vestibular em direção à palatina, lembrando-se de proteger a palatina com o descolador de molt e desse modo, foram facilmente removidas como pode ser visto nas figuras.

**Figura – (A) Separação das raízes com broca zcrya; (B) Fragmentos radiculares removidos.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Em seguida, na etapa do cuidado alveolar, realizou-se irrigação abundante, remoção de cripta óssea e sutura como é observado na figura.

**Figura – Sutura em X.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Após sete dias, com a regressão do edema local, realizou-se moldagem da paciente para obtenção do modelo de trabalho, e posterior confecção do mantenedor de espaço com os grampos de Adams e circunferencial como visto na figura.

**Figura - (A) Moldagem com alginato; (B) Confeção do aparelho mantenedor de espaço.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Ao realizar a confecção do aparelho, realizamos mais um atendimento onde fizemos a prova do aparelho avaliando a adaptação no arco superior e também o ajuste oclusal conforme demonstra a figura.

**Figura - (A) Adaptação do aparelho no arco superior. (B) Ajuste do mantenedor.**



Fonte: Arquivo pessoal.

Por fim, foi realizada aplicação tópica de flúor boca completa e orientação para a paciente e sua responsável sobre sua utilização e higienização, além da

importância de consultas de retorno periódicas para acompanhamento como podemos observar na figura.

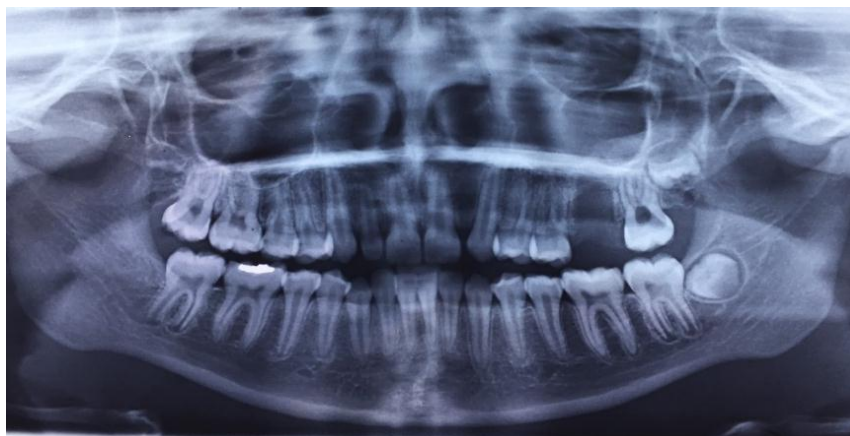
**Figura - Aplicação tópica de flúor.**



Fonte: Arquivo pessoal.

A paciente continuou sendo acompanhada para controle de higiene oral e adaptação do mantenedor de espaço, e após 3 meses foi realizada uma radiografia panorâmica para avaliação dos arcos superior e inferior como visto na figura.

**Figura - Radiografia panorâmica final.**



Fonte: Arquivo pessoal.

#### 4. DISCUSSÃO

Segundo Brelaz et al. (2016), a integridade dos dentes é fundamental para a manutenção da oclusão, estética, fonética e bem-estar emocional da criança, adolescente e seus pais, e nos casos de perda precoce, é considerada como conduta clínica o uso de mantenedores estético-funcionais com reposição dos dentes perdidos precocemente. Ainda conforme o autor, a reabilitação oral Odontopediatria com uma prótese removível é mais complexa e demorada do que em adultos, devendo-se levar em consideração o perfil psicológico e comportamental infantil, a fim de fornecer uma prótese que seja funcional, estética e apropriada para a idade da criança.

De acordo com Lima, Lima & Lima (2010) e Franco et al. (2017) outra opção de reabilitação, é o tracionamento ortodôntico com mini-implante, onde o mesmo é uma ferramenta ortodôntica de tração e ancoragem que pode ser utilizada na mecânica de mesialização de molares durante o tratamento e possui alto índice de sucesso. No caso clínico apresentado, não foi utilizado o uso de prótese removível porque a paciente relatou ser antiestético, optando por realizar um aparelho mantenedor de espaço para no futuro realizar o tracionamento ortodôntico, no qual, Valarelli et al. (2013) relata que é iniciado com a bandagem dos segundos molares, seguida da colagem direta do aparelho fixo e posteriormente feita a tração.

Já os autores Thomaz et al. (2002), Nogueira et al. (1998) e Toledo & Leal (2005), afirmam que a perda dos primeiros molares permanentes causam problemas funcionais e morfológicos para a oclusão, como: apinhamento por falta de espaço na mandíbula, migrações dentárias, alterações transversais entre os arcos, sobremordida profunda, sobressaliência, problemas periodontais, disfunções temporomandibulares. Podendo também levar a ocorrência de diastemas, desvios de linha média e migração dos caninos em direção distal. Devido ao primeiro molar ser o elemento principal para o posicionamento dos demais dentes no estabelecimento da oclusão, é essencial a conservação da integridade dessas unidades, através de medidas preventivas e eliminando as cáries a fim de se evitar a perda dental e também

é importante a manutenção da integridade dos dentes decíduos, principalmente dos segundos molares; pois ele tem como função, ser o guia de erupção do primeiro molar permanente.

Muito se discute com relação ao tipo de dieta das crianças que contribui bastante para a rápida instalação do processo cariioso. Além disso, é colocada a disposição das crianças constantemente alimentos criogênicos. O problema da ingestão descontrolada destes alimentos acha-se agravado pela não conscientização da criança em relação à importância da higiene bucal. (AZUMBUJA et al., 2009).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento com mantenedor de espaço tem sido atualmente bastante utilizado tendo em vista a principal função de manter o espaço para impedir a migração das unidades vizinhas até que a criança se desenvolva e possa optar pelos outros tratamentos para repor a unidade perdida. No caso clínico abordado, obtivemos bastante sucesso com esse tipo de aparelho sendo ele de baixo custo e fácil confecção podendo ser feito em pouco tempo prevenindo assim a perda do espaço. Com isso concluímos que a melhor forma de prevenir a perda precoce de molares permanentes é através de informações e orientações de higiene oral e dieta, para impedir que a doença cárie se instale, porém depois de ocorrido a perda dentária o aparelho mantenedor de espaço poderá prevenir alterações e desordens do arco dentário. O caso terá continuidade, tracionando a unidade 27 para o espaço da unidade perdida.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- AZUMBUJA, T.W.F; BERCINI, F; CARLOTTO, I.B; DELAMARE, E.L. Anquiose alvéolo-dentária em molares decíduos: revisão de literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 46, n.1, p. 13-18, jul. 2009.

- 2- BADAUY, C, M; BARBACHAN, J. J. D. Frequência de perdas de primeiros molares permanentes entre jovens da cidade de Porto Alegre. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 43, n. 2, p. 32-34, 2001.
- 3- BRELAZ, K.L.A.T; VENÂNCIO, G.N; ALMEIDA, M.C; AUGUSTO, C.R. Prótese parcial removível temporária em Odontopediatria: relato de caso. **Arch Health Invest** (2016) 5(1): 13-17.
- 4- CABRERA, C. A. G.; CABRERA, M. C.; SILVA FILHO, O. G. Ortodontia operacional. **Curitiba: Interativas**, 2000. p. 13-32; 355-7.
- 5- COSER, M, C; COSER, R, M; CHIAVINI, P; BOECK, E. M; VEDOVELLO, S; LUCATO, A. S. Frequência de cárie e perda dos primeiros molares permanentes: estudo em pacientes assistidos na clínica integrada infantil. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 53, n.1, p. 63-66, 2005.
- 6- FRANCO, J.E.S; CRUZ, C.M; CREPALDI, M.V; DE FREITAS, D.S; MODESTO, D.F. MESIALIZAÇÃO DE MOLARES COM O USO DE MINI-IMPLANTE. **REVISTA FAIPE**, [S.I.], v. 6, n. 2, p. 43-49, aug. 2017.
- 7- GUEDES-PINTO, Antônio Carlos et al: **Odontopediatria**. 9.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. G958o. 836p.
- 8- LIMA, L.A.C; LIMA, C.L.V; LIMA, V. Mini-implante como ancoragem absoluta: ampliando os conceitos de mecânica ortodôntica. **Innov. Implant. J., Biomater. Esthet.** (Online) vol.5 no.1 São Paulo Jan./Abr. 2010
- 9- LONG, S.M. **Análise morfológica da dentição decídua**. [Tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1999.
- 10- MOREIRA, K.M.S; VARGAS, A.M.D; NORMANDO, D; FERREIRA, E; FERREIRA. Controle de placa no primeiro molar permanente: análise de custo/benefício. **ArqOdontol**, Belo Horizonte, 52(2): 64-69, jan/mar 2016.
- 11- NOGUEIRA, A.J.S. Perdas precoces de dentes decíduos e suas consequências para dentição futura – elaboração de propostas preventivas. **Rev ABO Nac** 1998; 6(4):228-233.
- 12- SAKIMA, T; MARTINS, L.P; TERADA, H.H; KAWAKAMI, R.Y; OZAWA, T.O; SAKIMA, M.T. Alternativas mecânicas na verticalização de



molares. Sistemas de forças liberados pelos aparelhos. **Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial.**, v. 4, n. 1, p. 79-100, 1999.

13- SUCUPIRA, A.C.. **Pediatria em consultório: Saúde e as doenças bucais.** 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000

14- THOMAZ, E.B.A.; ELY, M.R.; LIRA, C.C.; MORAES, E.S.; VALENÇA, A.M.G. Prevalência de protrusão dos incisivos superiores, sobremordida profunda, perda prematura de elementos dentários e apinhamento na dentição decídua. JBP: **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.** 2002;5:276-82.

15- TOLEDO, O. A. LEAL, S. C. **Odontopediatria fundamentos para prática clínica.** 3ª ed. São Paulo-SP. Premier. 2005; (1):2-25.

16- VALARELLI, F.P.; PATEL, M.P.; MENDES, T.S.S.; SILVA, C.C.S; CARVALHO, D.O.F. Extração de primeiro molar permanente no tratamento ortodôntico: relato de caso. **RevClínOrtod Dental Press,** 2013 dez-2014 jan:12(6):62-71.