



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

BENEDITO RODRIGO ASSIS DE SOUSA

PERDA PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

**ARARUNA - PB
2018**

BENEDITO RODRIGO ASSIS DE SOUSA

PERDA PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a coordenação do curso de
Odontologia da UEPB – Campus VIII,
como requisito para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Me. Naiana Braga da Silva

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S725p Sousa, Benedito Rodrigo Assis de.
Perda precoce de dentes decíduos - Relato de caso
[manuscrito] / Benedito Rodrigo Assis de Sousa. - 2018.
28 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Naiana Braga da Silva, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."
1. Odontopediatria. 2. Perda Precoce. 3. Mantenedores de Espaço. I. Título
21. ed. CDD 617.645

BENEDITO RODRIGO ASSIS DE SOUSA

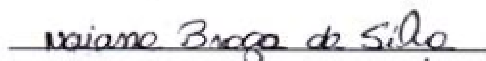
PERDA PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Artigo apresentado a coordenação
do curso de odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba
como requisito parcial para obtenção
do título de cirurgião-dentista.

Área de concentração: ortodontia/odontopediatria

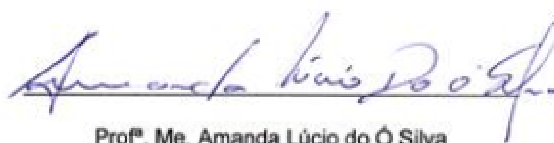
Aprovado em: 07/11/2018

BANCA EXAMINADORA



Profª. Me. Naiana Braga da Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Amanda Lúcio do Ó Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Smyrna Luiza Ximenes de Souza

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tudo que tem realizado em minha vida e por esta sempre comigo, principalmente nessa jornada, a ti toda honra e toda glória.

A toda minha família por todo carinho e incentivo, principalmente a minha mãe Rosangela Sousa, a meu pai Francisco Joel e as Minhas irmãs Roméria e Maria Clara.

A minha orientadora Naiana Braga da Silva pelo acolhimento, pelos ensinamentos e contribuição para realização deste trabalho.

Ao Centro de Ciências Tecnologia e Saúde da Universidade Estadual da Paraíba e a coordenação do curso de Odontologia pela oportunidade concedida de realizar este curso.

Agradeço a todos os professores de forma geral que contribuíram de alguma forma para minha formação acadêmica e aos que fizeram parte da banca examinadora Prof. Amanda Lucio do Ó Silva e Prof. Smyrna Luiza Ximenes de Souza.

Aos meus colegas de curso, em especial a minha dupla de clínica Millane Gleice por toda parceria, companheirismo, amizade e paciência durante todo curso.

A todos os funcionários da Universidade Estadual da Paraíba pelo carinho e disponibilidade de sempre.

A todos os pacientes pela confiança e contribuição para minha formação profissional.

E a todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente para que essa conquista fosse possível. Muito Obrigado!!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Radiografia panorâmica evidenciando restos radiculares dos 54 e 64 e 61 cariado, dentes 16, 13, 12,11, 21, 22, 23,26 no estágio de nolla 6 e 36 e 46 no estágio de nolla.....	11
Figura 2 - Fotografia intra oral do arco superior evidenciando o dente 64 com cárie extensa, ausência dos dentes 54, 51 e 61 e os dentes 55, 53, 52 e 65 restaurados com resina composta e na face vestibular dos 52, 62 e 63 mancha branca de cárie inativa	12
Figura 3 - Fotografia intra oral do arco inferior evidenciando a erupção de um incisivo inferior e os molares restaurados sem presença de lesões cariosas.....	12
Figura 4 - Resto radicular do dente 64.....	13
Figura 5 – Radiografia periapical do dente 64.....	13
Figura 6- A) mesa cirúrgica; B) aplicação de anestésico tópico; C) aplicação da anestesia usando a técnica infiltrativa D) diérese E) luxação e exérese F) pós exodontia G) resto radicular do dente 64	14
Figura 7 - Moldeiras infantil número 2 e cubetas com água e alginato.....	15
Figura 8 - Moldagem do arco superior.....	15
Figura 9 - Molde arco superior.....	16
Figura 10 - Molde do arco inferior.....	16
Figura 11 - Vazamento do gesso.....	17
Figura 12 - Modelo do arco superior e inferior.....	17
Figura 13 - Mantenedor removível semifuncional confeccionado pronto para entregar ao paciente.....	18
Figura 14 - Mantenedor instalado.....	19

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry

UEPB: Universidade Estadual da Paraíba

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	RELATO DE CASO.....	10
3	DISCUSSÃO.....	19
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS	24
	APÊNDICES.....	27

PERDA PRECOCE DE DENTES DECÍDUOS – RELATO DE CASO

Benedito Rodrigo Assis de Sousa*

RESUMO

Introdução: A perda de um dente decíduo é considerada precoce quando um dente decíduo é perdido antes do permanente que vai suceder ter começado a erupcionar e as principais causas que levam o paciente a ter perda precoce dos dentes decíduos é a cárie e o traumatismo, após essa perda é necessário intervir preventivamente com mantenedores de espaço. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de perda precoce de dentes decíduos devido a cárie e traumatismo e o tratamento através de mantenedores de espaço. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 6 anos, melanoderma, descendente indígena, com presença de lesões cariosas, sofreu a perda do dente 51 devido a trauma e perdeu precocemente devido a cárie os dentes 54 e 64, após as extrações foi indicado o uso de um mantenedor de espaço do tipo removível. **Considerações Finais:** A cárie e o traumatismo são os principais fatores etiológicos da perda precoce dos dentes decíduos, após a perda desses dentes é necessário o uso de mantenedores de espaço para prevenir a diminuição do comprimento do arco, a migração dos dentes vizinhos para o espaço criado, problemas na mastigação, fonação, comprometimento da estética e o psicológico da criança.

Palavras-Chave: Odontopediatria. Mantenedores de Espaço. Perda Precoce.

1 INTRODUÇÃO

A dentição humana é composta pela a dentição decídua ou temporária e a permanente, na fase de desenvolvimento da criança, na faixa etária de 6 a 12 anos os dentes decíduos e permanentes estarão presentes na cavidade oral, formando a dentição mista (SUCUPIRA, 2000). Os dentes decíduos são importantes para uma boa mastigação, fonação, articulação, oclusão e para o correto posicionamento dos dentes permanentes e desenvolvimento dos músculos da face e dos maxilares, e para a parte estética, que é muito importante para criança conviver socialmente (BABO, 2017).

Um dente decíduo pode ser considerado perdido precocemente quando é retirado antes do tempo de sua esfoliação normal (BRUSOLA, 1989). Pode ocorrer

* Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII
Email: rodrigoss810@gmail.com

quando um dente decíduo é perdido antes do permanente que vai suceder ter começado a erupcionar. Quando se tem formação coronária completa e radicular já iniciada (MOYERS, 1991). Pode ser considerada precoce também quando o dente é perdido em um intervalo de tempo de pelo menos um ano antes da erupção do dente permanente (ARAÚJO, 2002).

Na Odontopediatria ainda é bem comum ter perda precoce de dentes decíduos, essa perda pode causar má oclusão na dentição permanente. Quando se tem a perda dos molares decíduos associada a um abscesso e reabsorção radicular ou óssea na área a má oclusão tem uma tendência maior de acontecer (PASSOS, MOREIRA, 2006). Dependendo do tempo em que ocorre, a perda precoce do dente decíduo pode acelerar ou atrasar o processo de erupção do dente permanente. As causas principais da perda precoce de dentes decíduos são as cáries, restaurações inadequadas, anquiloses, traumatismos, anomalias de desenvolvimento e reabsorções precoces das raízes dos dentes decíduos (SANTOS et al., 2013). A cárie é a maior causa das perdas precoces dos dentes posteriores, podendo também acometer os dentes anteriores (ROSE, 1966). E os traumatismos dentário são os principais responsáveis pela perda precoce dos dentes anteriores (McDONALD et al., 1994).

Os traumatismos dentários são muito comuns na dentição decídua, principalmente nos primeiros anos de vida, as crianças ainda não tem coordenação motora e capacidade de decisão completamente desenvolvidas, estando mais sujeitas à quedas (FRIED et al., 1996). A cárie é uma doença que pode ser prevenida, controlada, revertida quando é diagnosticada em estágio inicial, é necessário tratamento curativo e preventivo quando tem cavidade, com sua evolução vai causar uma grande destruição nos dentes, causando sua perda, complicações locais, sistêmicas, psicológicas e sociais. A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) classifica a cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados com lesões cavitadas ou não, que foram perdidos devido à cárie ou restaurados antes dos 71 meses de idade (LOSSO et al., 2009).

Uma parte da população indígena ainda vive da caça e agricultura de subsistência mantendo o modo de vida tradicional, mais outra devido não ter terra suficiente e pouca área de mata nativa, ficam expostos a transformações socioeconômicas e culturais passando a consumir alimentos industrializados, sendo o açúcar um desses alimentos, causando influência na alteração do perfil de saúde bucal, trazendo problemas nutricionais e de ordem alimentar na população indígena. O contato com a civilização urbana levou essa população a consumir alimentos industrializados aumentando risco de adquirir cárie e doenças periodontais (MOURA, BATISTA, MOREIRA, 2010).

Para prevenir a ocorrência de perda precoce de dentes decíduos e consequentemente problemas de perda de espaço é necessário manter os dentes saudáveis e usar todos os procedimentos educativos, clínicos e preventivos que estiver disponível (QUDEIMAT & FAYLE, 1998). O tratamento endodôntico é indicado nos casos em que a cárie ou traumatismo dentário cause algum tipo de comprometimento da polpa dental, quando não se tem condições de realizar a endodontia a exodontia é o tratamento indicado (PINHEIRO et al.; 2013).

Os mantenedores de espaço são usados para prevenir a perda de espaço e são classificados quanto a sua função em funcionais devolvendo a estética, mastigação, fonação e oclusão, em não funcionais onde não restabelece nenhuma função nem a oclusão e em semifuncionais que são os que vão devolver parcialmente a função mastigatória do paciente e quanto a adaptação são classificados em fixos que são confeccionados em aço inoxidável e os removíveis que são confeccionados em resina acrílica (JANSON et al.; 2013). Hoje em dia existem vários dispositivos que podem ser utilizados para manutenção de espaço após a perda precoce de um dente decíduo, dentre eles podemos encontrar a Banda-alça, Coroa-alça, Arco lingual de Nance e Botão palatino de Nance. (ALENCAR, CAVALCANTI, BEZERRA, 2007).

A escolha do mantenedor de espaço é realizada baseada nas necessidades individuais do paciente, pela idade e grau de colaboração. É necessário fazer um exame clínico detalhado analisando a morfologia do arco dentário, utilizar exames radiográficos para avaliar a presença e o estágio de desenvolvimento do sucessor permanente, fazer a análise da dentição em modelos de gesso, para obter informações necessárias para um correto diagnóstico, após isso o cirurgião-dentista

vai avaliar a necessidade ou não do uso dos mantenedores de espaço. O uso destes pode trazer benefícios estéticos, psicológicos, auxiliar na mastigação, na fonação, assim como podem evitar a instalação de hábitos deletérios, e vão manter o espaço para o sucessor permanente, e colaboram para o crescimento e desenvolvimento adequado das estruturas do sistema estomatognático (SANTOS et al., 2013). Este artigo tem como objetivo relatar o acompanhamento de um caso clínico de perda precoce de dentes decíduos devido a cárie em uma criança de 6 anos.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, iniciou o atendimento com cinco anos de idade hoje já se encontra com seis, melanoderma, descendente indígena, residente na cidade de Araruna – PB, Brasil. Acompanhado de sua mãe compareceu a clínica da infância do curso de Odontologia do Campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com queixa principal de “tratar uma cárie”. Na primeira consulta foi assinado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) foi feita anamnese, escovação supervisionada, exame físico e clínico, radiografias e planejamos o tratamento.

Na anamnese a mãe relatou realizar a escovação três vezes ao dia e que o paciente tem uma dieta cariogênica. No exame físico intra e extra oral não foi identificadas alterações dignas de nota. No exame clínico o paciente apresentou acúmulo de biofilme generalizado, ausência do dente 51 devido a um trauma e cárie precoce nos dentes 55, 54, 53, 52, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 75 e 84 e os primeiros molares permanentes ainda não erupcionados.



Figura 1 - Radiografia panorâmica evidenciando restos radiculares dos 54 e 64 e 61 cariado, dentes 16, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26 no estágio de nolla 6 e o dente 36 e 46 no estágio de nolla 7.

Como plano de tratamento ficou definido que os dentes 54, 61 e 64 foram extraídos devido a cárie está em um estágio avançado com grande destruição coronária e pelo estágio de nolla do dente 61, não sendo possível realizar o tratamento endodôntico. Os dentes 55, 53, 65, 74 e 84 serão restaurados, o 52, 62 e 63 está sendo feito acompanhamento e aplicação tópica de flúor e após as extrações será feita intervenção ortodôntica para manutenção de espaço e em todas as consultas será realizada escovação supervisionada e orientação de higiene oral.

Inicialmente foi realizado as restaurações com resina composta em todas as sessões foi utilizado o isolamento absoluto e anestesia local, com lidocaína a 3% com norepinefrina Lidostesim® 3% da Dentsply Pharmaceutical, sempre utilizando a técnica de manejo de falar-mostrar-fazer. As restaurações foram feitas nessa sequência primeiro no dente 74 na face oclusal, 53 na face vestibular, 65 na face ocluso palatina, 55, 75 e 84 na oclusal, o 52, 62 e 63 está com mancha branca de cárie optou-se por acompanhar e aplicar flúor e em todas as consultas o paciente sempre foi muito colaborativo.

A mãe do paciente recentemente levou a um serviço de urgência para exodontia do dente 54, pois o paciente relatava está sentindo um incomodo e um pouco de dor e o dente 61 já estava com mobilidade devido a cronologia de erupção

e veio a cair recentemente (Figura 2). Após conclusão de todas as restaurações na clínica escola do campus VIII da UEPB, iniciamos a exodontia do dente 64.



Figura 2 - Fotografia intra oral do arco superior evidenciando o dente 64 com cárie extensa, ausência dos dentes 54, 51 e 61 e os dentes 55, 53, 52 e 65 restaurados com resina composta e na face vestibular dos 52, 62 e 63 mancha branca de cárie inativa.



Figura 3 - Fotografia intra oral do arco inferior evidenciando a erupção de um incisivo inferior permanente e os molares restaurados sem presença de lesões cariosas.



Figura 4 - Resto radicular do dente 64



Figura 5 - Radiografia periapical do resto radicular do dente 64

Para a exodontia do elemento 64 foi montada a mesa cirúrgica, utilizou-se anestésico tópico, anestésico, seringa carpule, descolador de molt, alavanca reta, soro fisiológico e gaze. Após secagem da mucosa foi aplicado anestésico tópico benzocaína e em seguida a anestesia local, a técnica anestésica utilizada foi a

infiltrativa em fundo de sulco, o anestésico usado foi lidocaína a 3% com norepinefrina (Lidostesim® 3%) foi necessário apenas 1 tubete. Foi colocado uma gaze sobre a língua do paciente para evitar deglutição do dente e iniciado a diérese, exérese, irrigação com soro fisiológico (Figura 6). Não foi realizado sutura e a hemostasia foi conseguida pela compressão digital com gaze estéril, após isso foi feita as orientações pós operatória ao responsável e o paciente durante todo o procedimento foi muito colaborativo.

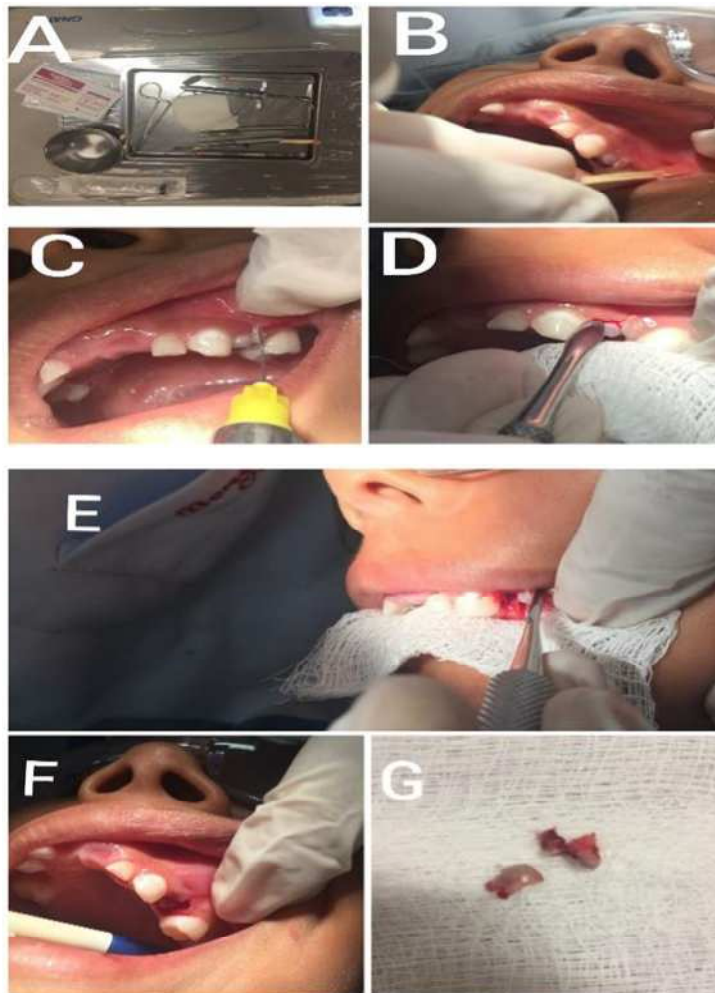


Figura 6 - A) mesa cirúrgica; B) aplicação de anestésico tópico; C) aplicação da anestesia usando a técnica infiltrativa D) diérese E) luxação e exérese F) pós exodontia G) resto radicular do dente 64.

Após uma semana foi feito a moldagem anatômica da arcada superior e inferior para confecção do mantenedor de espaço, foi selecionado as moldeiras a escolhida foi a infantil número 2 e feita a individualização da moldeira com cera odontológica (Figura 7), em sequência manipulação do alginato e moldagem do arco superior e inferior (Figura 8), após obtenção dos moldes e feita a desinfecção com hipoclorito a 2,5 % (Figura 9 e 10) e após o vazamento do gesso para obtenção dos modelos (Figura 11 e 12).



Figura 7 - Moldeiras infantil número 2 e cubetas com água e alginato.



Figura 8 - Moldagem do arco superior com alginato



Figura 9 - Molde do arco superior



Figura 10 – Molde do arco inferior



Figura 11 – Vazamento do gesso



Figura 12 – Modelos obtidos do arco superior e inferior

Após estudo dos modelos e análise clínica do paciente optou-se por escolher um mantenedor do tipo removível por se tratar de um paciente que tem uma higiene deficiente, mas é cooperativo e ser uma criança mais velha ele encontra-se com 6 anos. Nos dentes anteriores pela cronologia de erupção e por ter uma mínima perda de espaço nessa região optou-se por não inserir elementos anteriores no mantenedor pela parte estética, uma vez que o paciente se encontrava em uma idade próxima de erupção dos permanentes 11 e 12 e nos espaços do 54 e

64 vai ser colocado o mantenedor de espaço removível semifuncional afim de devolver parcialmente a função mastigatória e não ter perda de espaço. Os modelos foram mandados para o laboratório para confecção do mantenedor de espaço removível.



Figura 13 – Mantenedor removível semifuncional pronto para entregar ao paciente, ele vai devolver parcialmente a função mastigatória e evitar a perda de espaço.

Na instalação do mantenedor o paciente foi colaborativo, foram feitas orientações ao responsável sobre a importância do uso do mantenedor, da forma de inserir e retirar, cuidados e manutenção e sobre a importância do acompanhamento do paciente.



Figura 14 - Mantenedor instalado

O paciente continuará sendo acompanhado pela clínica escola do campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba.

3 DISCUSSÃO

O presente relato descreve um caso de um paciente que sofreu perdas precoce de dentes decíduos devido a cárie e por trauma e sua reabilitação ortodôntica. Segundo a literatura a perda precoce dos dentes decíduos é muito comum devido à cárie dentária sendo essa doença a principal causa e devido a traumas, no caso dos traumas os dentes anteriores são os mais acometidos e a cárie dentária mais os dentes posteriores. Independente da causa da perda desses dentes, a criança deve ser reabilitada o quanto antes com mantenedores de espaço para prevenir as movimentações dentárias que podem ocorrer e comprometer a oclusão do paciente e a erupção dos dentes sucessores e causar problemas estéticos e psicológicos (GUIMARAES, OLIVEIRA 2017; NÓBREGA, BARBOSA, BRUM 2018; COSTA et al.; 2015; CARDOSO et al.; 2011; SANTOS et al.; 2013).

A cárie precoce da infância é considerada um problema de saúde pública que causa danos a qualidade de vida da criança, elas podem sofrer dor, desnutrição, ter um atraso no crescimento e desenvolvimento e pode chegar a perder esse dente precocemente. A dor causada pela cárie pode provocar no paciente dificuldade na

mastigação, na fala, problemas psicológicos, perda da auto estima e problemas na dentição permanente (ZERRIN et al., 2015; FOLLAYAN et al., 2015; CORREA-FARIA et al., 2013; SMITH, RIEDFORD, 2013). Fornecer orientações sobre uma alimentação saudável, programas de saúde bucal devem ser estabelecidos para gestantes, mães, cuidadores, agentes comunitários de saúde, professores pré-escolares e crianças para prevenção da cárie dentária na infância essas ações são de muita importância (AGNOL, 2015).

Silva, Soroza (2008), baseado no estudo da revisão de literatura constataram que a avulsão dos dentes decíduos constitui um trauma comum na dentição decídua, mas que cabe ao cirurgião dentista avaliar as características de cada caso, como também as condições em que aconteceu o trauma para poder determinar um tratamento adequado, as crianças na faixa etária de 1 a 3 anos geralmente são as que mais são acometidas por traumas.

Pereira, Miasato (2010) e Santos et al. (2013) destacaram que além da cárie e dos traumas acidentais serem os principais fatores etiológicos existem outros fatores que podem levar à perda precoce dos dentes decíduos como a reabsorção prematura de raízes dentárias, restaurações inadequadas, anquilose dental e anomalias de desenvolvimento como odontodisplasia e displasia ectodérmica e que diante da perda precoce a migração do dente vizinho poderá ou não ocorrer, sendo necessário o uso de mantenedores de espaço diferentes na região anterior e posterior. Nesse relato de caso o paciente perdeu precocemente os dentes 54 e 64 devido a cárie dentária e o 51 devido a um trauma.

De acordo com Almeida et al. (2003), Santos et al. (2013), Menegaz et al. (2015), Nóbrega, Barbosa, Brum (2018), os mantenedores de espaço são dispositivos ortodônticos que vai substituir um ou mais dentes e são utilizados para evitar a perda de espaço presente e o dente permanente que vai suceder vai erupcionar normalmente, sem que este se torne impactado ou sofra desvios durante sua erupção. Os mantenedores de espaço são divididos em funcionais ou não funcionais e em fixos ou removíveis. Os funcionais vão restabelecer a função, a estética no espaço perdido, e previnem hábitos parafuncionais. Os não funcionais preservam o espaço e impedem a migração dos dentes adjacentes, mais não restauram as funções e a estética e não impedem a extrusão do antagonista. Os fixos são cimentados nos dentes, a criança não vai conseguir remover, evitando o

não uso pelo paciente e a perda do mantenedor. Os removíveis são indicados para crianças mais velhas e que sejam colaborativas para fazer o uso correto desse tipo de aparelho.

Segundo Santos et al. (2013), os dentes decíduos deveriam permanecer na cavidade oral até a época da erupção dos dentes permanentes, quando é perdido antes pode haver atraso na erupção do permanente e como consequência perda de espaço. Os primeiros molares decíduos perdidos precocemente torna-se um problema mais sério quando ocorre antes da erupção dos primeiros molares permanentes que é o caso desse paciente, há grande possibilidade de encurtamento da arcada por ocasião da erupção desses dentes e se o primeiro molar já estiver em fase de erupção a perda de espaço será mais significativa. O dente decíduo é o melhor mantenedor de espaço natural ele mantém o espaço para o correto posicionamento dos dentes permanentes e desenvolvimento dos músculos da face e dos maxilares.

No presente caso foi escolhido um mantenedor de espaço do tipo removível para restabelecer parcialmente a função e preservar o espaço presente, devido ser um paciente colaborativo e pela sua idade. Na região anterior não foi necessário esteticamente por que nessa região praticamente não há perda de espaço e devido a cronologia de erupção o paciente perdeu recentemente o dente 61 normalmente.

Os mantenedores de espaço removíveis vão cobrir uma grande parte dos tecidos orais e são confeccionados com resina acrílica, com dentes artificiais e fios ortodônticos. É um dos mais usados tanto pelo clínico geral quanto pelo odontopediatra e são indicados em casos de perdas múltiplas bilaterais, para restaurar a função, a estética e para pacientes cooperadores. E tem como vantagens a fácil instalação e higienização, proporcionando uma oclusão funcional e estética, vai manter a dimensão vertical e evitar a extrusão dos dentes antagonistas e a desvantagem que ele tem é que seu uso depende da colaboração do paciente (JANSON et al. 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda precoce de dentes decíduos é um problema comum na odontopediatria sendo a cárie e o traumatismo o principal fator etiológico, sendo o traumatismo o principal fator responsável pela perda precoce dos dentes anteriores e a cárie mais os posteriores. Caso não tenha intervenção ortodôntica a criança pode sofrer várias consequências como diminuição do comprimento do arco, a migração dos dentes vizinhos para o espaço criado, problemas na mastigação, fonação, comprometimento da estética e o psicológico da criança. Por isso é importante que o cirurgião dentista faça o diagnóstico correto e acompanhe o paciente com perda precoce e com uso dos mantenedores de espaço, é um tratamento simples, rápido, tem baixo custo e só irá trazer benefícios para o paciente.

Diante do exposto, é de fundamental importância o uso de mantenedores de espaço após a perda precoce de dentes decíduos, seu uso irá evitar problemas para o paciente.

EARLY LOSS OF DECIDED TEETH - CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: The loss of a deciduous tooth is considered to be early or premature when it occurs before the normal exfoliation time of the permanent tooth and the main causes that lead the patient to have early loss of the deciduous teeth is caries and trauma. necessary to intervene orthodontically with maintainers of space.

Objective: To report a clinical case of early loss of deciduous teeth due to caries and trauma and treatment through space maintainers. **Case report:** a 6-year-old male patient, melanoderma, an indigenous descendant with some decayed teeth suffered a trauma in the tooth 51, who had undergone exodontia and lost early due to tooth decay 54 and 64, after the extractions indicated the use of a maintainer of removable type space. **Final considerations:** caries and trauma are the main etiological factors of the early loss of deciduous teeth, after loss of the deciduous tooth it is necessary to use space maintainers to prevent the length of the bow, the migration of the neighboring teeth to the space created, problems in chewing, phonation, impairment of the aesthetic and the psychological of the child.

Keywords: Space Maintenance. Pediatric Dentistry. Early Loss.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, J., MORO, A.; HORLIANA, R. F.; SHIMIZU, R. H., **Ortodontia Preventiva: Diagnóstico e Tratamento**. Artes Médicas. 1ª Edição Porto Alegre, P. 155 – 162. 2013
- AGNOL, S. C. D.; Cárie Precoce na infância: relato de caso clínico. Dissertação. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. 2015
- ALENCAR, C. R. B.; CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.; Perda Precoce de Dentes Decíduos: Etiologia, Epidemiologia e Conseqüências Ortodônticas. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 13 n. 1-2 p. 29-37. 2007
- ALMEIDA, D. R.; BISPO J. I. S.; COELHO, S. R. S.; Reabilitação estético funcional em perda precoce de dentes decíduos, utilizando mantenedores de espaço: relato de caso clínico. Trabalho de Conclusão de curso. **Universidade Tiradentes**. Aracaju. 2017
- BABO, S. A. R.; Mantenedores de espaço na dentição decídua e mista. Dissertação. **Instituto Universitário de ciências da Saúde**. Gandra. 2017
- BATISTA, A. C. C.; Mantenedores de espaço estético funcionais. Dissertação. **Universidade Tiradentes**. Aracaju-SE. 2015
- CARDOSO, C. A. B.; NETO, N. L.; PASCHOAL, M. A. B.; SILVA. S. M. B.; LIMA, J. E. O.; Reabilitação Bucal na Primeira Infância: Relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**. São Paulo- SP. V. 32 N. 2 P. 49 – 53. 2011
- GUIMARÃES, C. A.; OLIVEIRA, R. C. G.; Perda Precoce de Dentes Decíduos Relato de Caso Clínico. **Revista Uningá Review**. Maringá. V. 29 n. P. 28-33. 2017

JANSON, G.; PINZAN, A.; GARIB, D. G.; HENRIQUES, J. F. C.; FREITAS, M. R.; **Introdução a ortodontia**. Artes Médicas. 1ª Edição Porto Alegre, P. 105-110. 2013

LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. R.; SILVA, J. Y. B.; URBAN, C. A.; Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**. Vol. 85, Nº 4. 2009

MENEGAZ, A. M.; FAVETTI, M.; MICHELON, D.; AZEVEDO, M. S. .; COSTA, C. T.; Efetividade de Mantenedores de Espaço em Odontopediatria: Revisão Sistemática. **RFO**. Passo Fundo. v. 20 n. 2 P. 252 – 257. 2015

MIYATA, L. B.; BONINI, G. C.; CALVO, A. F. B.; POLITANO, G. T.; Reabilitação Estética e Funcional em Paciente com Cárie Severa da Infância: Relato de Caso. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. Piracicaba- SP. 68(1):22-9. 2014

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, 23(3):459-465, maio/jun., 2010

NOBREGA, M. L.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C.; Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-UniverSUS**. Vassouras – RJ, 09 (1) p. 61-67. 2018

OTA, C. M.; CORTELETI, J. F.; CARDENAS, M. L.; NOVAES, T. F.; PESSOA, C. P.; IMPARATO, J. C. P.; Mantenedor Fixo Estético-funcional como tratamento para perda precoce de dentes decíduos anteriores. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. São Paulo. 68(4):308-11. 2014

PEREIRA, L.; MIASATO J. M.; Mantenedor de Espaço Estético-funcional em Odontopediatria. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo, 22 (2) P. 154-162. 2010

PINHEIRO, H. H. C.; ASSUNÇÃO, S.; TORRES, L. R. B.; KELLEN, D.; MIYAHARA, D. K. N.; AKIKO, L.; ARANTES, D. C.; Terapia Endodôntica em Dentes Decíduos por

Odontopediatras. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. vol. 13, núm. 4, out-dez, p. 351-360. 2013

RAGGIO, D. P.; OLEGÁRIO, I. C. C.; TABACCHI, I. G.; CERVANTES, J. R.; EID, I. T.; ORTEGA, A. L.; IMPARATO, J. C. P.; BRAGA, M. M.; ECHEVERRIA, S.; MENDES, F. M.; Mantenedor de Espaço Estético-Funcional em Odontopediatria - Prótese Fixa de Denari - Relato de Caso Clínico. **Revista FFO**, São Paulo, p. 18 – 21. 2015

SANTOS, A. G. C. MACHADO, C. V.; TELLES, P. D. S.; ROCHA, M. C. B. S.; Perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 12 (3) P. 189-193. 2013

SOARES, A. L., BARROSO, E. A., TOLEDO, R. A., MACHADO, F. C., Reabilitação estética na primeira infância: Relato de caso. **FOL-Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**. São Paulo, 26 (2) P. 91-98. 2016

SOARES, A. L.; BARROSSO, E. R.; TOLEDO, R. A. .; MACHADO, F. C.; Reabilitação Estética na Primeira Infância: relato de caso. **FOL • Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • Lins-SP**. P. 91-98 • jul.-dez. 2016

APÊNDICES

assentimento

uepb
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – Profª Maria Da Penha
Curso de Odontologia
Componente Curricular: Clínica Integrada da Infância

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento por mim assinado, dou pleno consentimento à CLÍNICA INTEGRADA DA INFÂNCIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – CAMPUS VIII, para, por meio de seus professores e alunos realizarem exames clínicos com finalidade diagnóstica, planejamento e o tratamento odontológico da criança Demil Tito Alencar Tavares, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu (minha) filho(a), não omitindo nenhuma informação. Concordo com todos os procedimentos necessários, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas.

Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, a criança por ser menor de idade, deverá estar acompanhado por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe. O (a) meu (minha) filho (a) poderá não ser atendido (a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Estou ciente da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu (minha) filho (a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Concordo plenamente com a programação de atendimento proposta pela Faculdade e que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado a preservação e resguardo da identidade de meu(minha) filho(a).

Araruna, 26 de setembro de 2017.

Nome do Responsável: Saga Tiana Machado Alencar
RG 3201350 CPF 96082860268 Assinatura: Saga Tiana M. Alencar Tavares

Assentimento do paciente (acima de 12 anos): _____

Nome e assinatura do/a aluno/a: _____

Assinatura do (a) professor(a) responsável: _____