



Ausência por extracção do primeiro molar definitivo nos pacientes da CDEM

LOPES, A.¹, DDS, MSc; RODRIGUES, P.¹, DDS, MSc; GUERREIRO, E.¹, DDS, MSc; XAVIER, I.¹, DDS, MSc; DIONISIO, T.¹, DDS, MSc; SIMÕES, C.¹, DDS

1 – Consulta de Triagem e Urgência da Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM)



INTRODUÇÃO

O primeiro molar permanente é uma das unidades mais importantes da mastigação e é essencial no desenvolvimento de uma oclusão funcionalmente desejável. Também chamados como a “chave da oclusão”, desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção de uma oclusão dentária adequada. A sua erupção, que ocorre por volta dos 6 anos de idade, pode passar despercebida porque é geralmente silenciosa e assintomática e ocorre sem existir esfoliação de nenhum dente. Este processo induz em erro a maioria dos pais que os confundem com dentes decíduos e muitas das vezes não lhe dão a devida importância^{[1][2]}. É um dente de complexa anatomia oclusal, com numerosos e profundos sulcos que o tornam mais suscetível ao aparecimento e rápida evolução da cárie dentária. Aliado a isso, a má higiene oral, principalmente na dentição mista, pode levar à sua rápida destruição e perda precoce^{[3][4]}. Esta perda precoce pode levar à redução da capacidade mastigatória, lesões da ATM, problemas periodontais, extrusão do oponente, mesialização dos segundos molares definitivos e reabsorção da zona edêntula^[5]. A cárie dentária é a causa mais comum que leva à exodontia dos primeiros molares definitivos nas primeiras quatro décadas de vida. O primeiro molar inferior definitivo mostra ser o mais frequente dos molares definitivos a ser extraído^{[6][7]}.

OBJECTIVO

Estudar a prevalência da ausência por extracção do primeiro molar definitivo nos paciente jovens, dos 16 aos 30 anos, observados na consulta de triagem da Clínica Dentária Egas Moniz.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional e epidemiológico. Foram analisados 1057 processos de pacientes, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, da consulta de Triagem da Clínica Dentária Egas Moniz. Estas triagens foram realizadas entre 10 de Outubro de 2016 e 9 de Abril de 2018. Os critérios de inclusão do estudo foram todos os doentes com ausência do primeiro molar definitivo devido a exodontia.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. Utilizou-se o teste de Fisher para testar a relação entre o género e a presença ou ausência de molares. Analisar a diferença de proporções entre os molares ausentes superiores e inferiores utilizou-se o teste Binomial.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

RESULTADOS

Na amostra estudada observou-se que 173 pacientes tinham ausência de primeiros molares definitivos (16,4%). Os molares mais frequentemente ausentes da população estudada foram o dente 36 (9,2%) e o dente 46 (8,5%) num total de 287 molares perdidos como mostra o gráfico e tabela 1 em baixo. Não há diferença estatística entre a ausência do dente 46 e do dente 36, apesar de ser ligeiramente superior no dente 36 (gráfico e tabela 1).

Há uma proporção mais elevada de molares inferiores ausentes (8,8% vs 4,7%) sendo a diferença estatisticamente significativa ($p > .001$) (Tabela 2).

Cerca de 9.4% das pessoas tinham pelo menos um molar ausente, enquanto 1% tinham os 4 molares ausentes (Gráfico 2).

Os homens apresentam mais molares ausentes do que as mulheres embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($p > .05$) (Tabela e Gráfico 3).

A ausência de molares, tanto superiores como inferiores, regra geral vai aumentando com o aumento da idade na população estudada (Gráfico 4).

Tabela 1 – Distribuição por molares

	N	%
Dente 16	57	5,4
Dente 26	43	4,1
Dente 36	97	9,2
Dente 46	90	8,5
Total	287	27,2

Gráfico 1 – Distribuição por molares

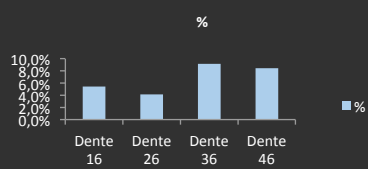
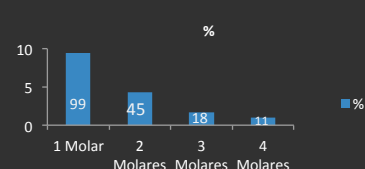


Tabela 2 – Ausência Molares superiores vs inferiores

	N	%
Superiores	100	4,7
Inferiores	187	8,8
Total	287	13,5

Gráfico 2 – Número de molares ausentes



	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Dente 16	33	5,0%	24	6,1%
Dente 26	27	4,1%	16	4,0%
Dente 36	60	9,1%	37	9,3%
Dente 46	51	7,7%	39	9,8%

Tabela 3 – Molares ausentes por género

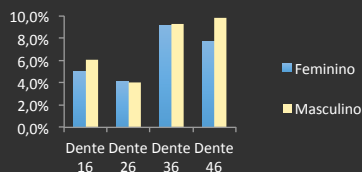


Gráfico 3 – Molares ausentes por género

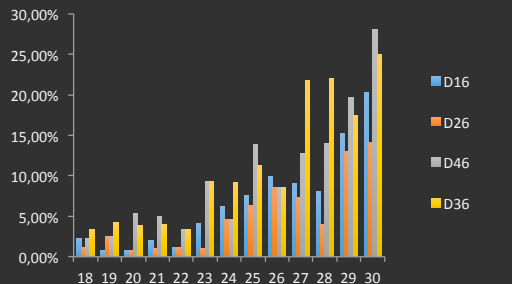


Gráfico 4 – Molares ausentes por idade

CONCLUSÕES

Vários estudos nacionais e internacionais avaliaram a perda de molares definitivos em crianças e adolescentes, sendo a sua prevalência variável, entre 7,0% no México, 31,6% na Venezuela e entre 8,2% e 19,8% no Brasil^[8]. No nosso estudo a prevalência de ausência foi de 16,4%, sendo mais prevalente nos molares inferiores (8,8%) e ligeiramente mais alta no sexo masculino. A situação clínica dos primeiros molares definitivos proporciona uma avaliação da saúde dentária da população e da eficiência do seu atendimentos odontológico. Dados clínicos sobre as taxas de incidências e prevalência da ausência de primeiros molares definitivos são de fundamental importância para o planeamento de medidas de diagnóstico, tratamento e prevenção. A perda precoce dos primeiros molares definitivos e consequentes alterações nas arcadas dentárias é frequentemente observada na população, o que pode levar a alterações funcionais, fonéticas e estéticas.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O Médico Dentista tem um papel muito importante no tratamento e prevenção da população de maneira a permitir a conservação do primeiro molar definitivo que desempenha uma função importante na oclusão fisiológica e no bom desempenho do sistema estomatognático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Constantinides F, Clozza E, Ottaviani G, Gobbo M, Tirelli G, Bisotto M. Antibiotic prophylaxis of infective endocarditis in dentistry: clinical approach and controversies. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(4):305-11. [2] S.Albadri, H. Zeitoun, S.T. McDonnell& L. E. Davidson. Extraction of first permanente molar teeth: results from three dental hospitals. *BDJ* 203 E14 (13 October 2007). [3] Botelho, K., Carvalho, L., Maciel, R., Franca, C., & Colares, V. (2011). Condição clínica dos primeiros molares permanentes : de crianças entre 6 e 8 anos de idade. *Odontol. Clin.- Ciênt. Recife*, 10(2), 167-171. Retrieved from www.cro-pe.org.br (erupção). [4] Bordoni, N., Escobar Rojas, A., & Castillo Mercado, R. (2010). *Odontologia Pediátrica - La Salud Bucal Del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual* (1a ed.). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana. [5] Andrade MA, Guimarães MT. Prevalência da perda dos primeiros molares permanentes em crianças de 6-12 anos do município de Macaé-AL; *Revista Paranaense de Odontologia*;1997; 2(2): 20-4, jul-dez. [6] Răducanu, A. M., Feraru, V., Herteliu, C., & Răducanu, M. A. (2009). Prevalence of Loss of Permanent First Molars in a Group of Romanian Children and Adolescents. *OHDM&SC, VIII(3)*, 3-10. [7] Janjua, O., Hassan, S., Azad, A., Ibrahim, M., Luqman, U., & Qureshi, S. (2011). Reasons and Pattern of First Molar Extraction – A study. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 31(1), 51-54. [8] Melo, F., Cavalcanti, A. L., Fontes, L., Granville-Garcia, A., & Cavalcanti, S. (2011). Perda precoce de molares permanentes e fatores associados em escolares de 9, 12 e 15 anos da rede pública municipal de Campina Grande, Estado d Paraíba, Brasil. *Acta Scientiarum*, 33(1), 99-105. doi:10.4235/acta.v33i1.8373