

Características de oclusão dos pacientes atendidos na clínica de odontopediatria do curso de graduação da FOUSP

Marisa L. TAKEUTI ¹
Ana Paula M. JOSÉ ²
Sylvia Lavinia M. FERREIRA ³
Marcia T. WANDERLEY ⁴
Célia Regina M. D. RODRIGUES ⁵

RESUMO

A maloclusão é um achado freqüente entre as crianças, muitas vezes manifestando-se em idade precoce. Visto que os fatores etiológicos de maloclusões são inúmeros, o profissional deve possuir conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento craniofacial e detectar irregularidades, mediante um adequado exame clínico e, com bom senso, indicar o tratamento correto na idade adequada. Foram avaliadas as características de oclusão e a prevalência de maloclusão nos diferentes estágios da dentição de 237 indivíduos em tratamento na clínica de graduação da disciplina de Odontopediatria da FOUSP. A avaliação constou de exame clínico e os dados obtidos foram registrados em fichas previamente elaboradas. Os resultados permitiram uma avaliação das diferentes características clínicas das dentições (decídua, mista e permanente). Essas alterações de oclusão exigem intervenção precoce com medidas preventivas e interceptativas com atuação de uma equipe multiprofissional, permitindo o tratamento e manutenção da oclusão normal.

Palavras-chave:

Odontopediatria, maloclusão, dentição, hábitos, prevalência.

Data de recebimento: 1-9-2001
Data de aceite: 5-12-2001

¹ Mestranda em Odontopediatria da FOUSP.

² Estagiária de Investigação da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP.

³ Doutoranda em Odontopediatria da FOUSP.

⁴ Doutoranda em Odontopediatria da FOUSP.

⁵ Professora doutora da Disciplina de Odontopediatria da FOUSP.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da oclusão compreende os estágios da dentição decídua, mista e permanente. Múltiplos fatores, representados por fatores intrínsecos (tamanho dental, tamanho ósseo, tecidos moles e musculatura peribucal) e por fatores extrínsecos (hábitos bucais, perda dental precoce por cáries ou traumas e hábitos posturais), dentre outros, podem desencadear maloclusão.

Inúmeros trabalhos revelam que nenhuma comunidade está livre da maloclusão e constata que a maloclusão não ocorre apenas na dentição permanente. Muitas vezes, problemas ortodônticos manifestam-se precocemente na fase da dentição decídua e, se nenhuma conduta terapêutica interceptativa for adotada, eles vão se perpetuar na dentição permanente, pois a autocorreção constitui uma exceção (Silva Filho *et al.*, 1990).

Em 1950, Baume estabeleceu a relação terminal dos segundos molares decíduos, classificando-a em três tipos: plano vertical, degrau mesial e degrau distal para a mandíbula. Essas relações são importantes para a futura oclusão dos primeiros molares permanentes. A relação em plano vertical e degrau mesial favorecem a chave de oclusão dos primeiros molares permanentes e o degrau distal para a mandíbula é desfavorável para a oclusão dos molares permanentes, que irrompem em relação à classe II de Angle.

Baume (1950) também classificou os arcos decíduos em dois tipos:

- arco tipo I (quando há presença de diastemas generalizados no segmento anterior). Parece ser

mais favorável a um bom posicionamento dos permanentes anteriores;

- arco tipo II (sem diastemas na região anterior). Apresenta uma tendência a apinhamentos na região anterior, quando houver a erupção dos permanentes.

Para o estudo das maloclusões nas dentições mista e permanente, utiliza-se a classificação de Angle (1899), em que a relação oclusal dos primeiros molares permanentes é a chave de oclusão, permitindo três classes de maloclusão:

- Classe I: A relação ântero-posterior da maxila e mandíbula é correta (cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior ocluindo no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior), porém a linha de oclusão é incorreta devido a dentes malposicionados, rotacionados ou outras causas.

- Classe II: Os molares inferiores estão distalmente posicionados em relação aos molares superiores (cúspide distovestibular do primeiro molar permanente superior ocluindo no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior).

- Classe III: Os molares inferiores estão mesialmente posicionados em relação aos molares superiores (cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior ocluindo no sulco distovestibular do primeiro molar permanente inferior).

Vários trabalhos têm demonstrado que a relação de classe I foi a mais prevalente, seguida pela maloclusão de classe II e, finalmente, pela maloclusão de classe III (Silva & Araujo, 1983; Fernandez Torrez & Cuan Corrales, 1985; Silva Filho *et al.*,

1989; Silva Filho *et al.*, 1990; Korynicki *et al.*, 1994).

Dentre as maloclusões freqüentemente encontradas na infância, estão as mordidas cruzadas, que, de acordo com Faber (1981) e Wood (1992), são um relacionamento bucolingual ou labiolingual anormal de um ou mais dentes da maxila, mandíbula ou de ambas, quando os arcos estão em oclusão.

Moyers & Riolo (1991) apresentaram três tipos de mordida cruzada: *dentária*, envolvendo somente uma inclinação localizada de um ou mais dentes, causando inicialmente pequena alteração no tamanho ou formato do osso basal; *muscular ou funcional*, manifestando-se como uma adaptação às interferências dentárias, com um deslocamento da mandíbula e desvio da linha média; *esquelética*, que ocorre devido a um crescimento assimétrico ou por deficiência de harmonia nas larguras básicas da maxila e da mandíbula.

Com relação aos segmentos dos arcos, as mordidas cruzadas podem ser anterior ou posterior.

A mordida aberta pode ser de origem dentoalveolar, onde freqüentemente se desenvolve como resultado de hábitos bucais, como uso de chupeta, sucção do dedo ou protrusão de língua (Kreiborg *et al.*, 1995). De acordo com Oliveira (1995), a mordida aberta anterior é uma das maloclusões mais observadas na clínica odontopediátrica e com uma prevalência de 27,6% em crianças de três a seis anos. Com a remoção dos fatores causais externos e o incremento da idade, esse autor observou que parece haver um favorecimento da autocorreção da mordida aberta anterior.

A sobremordida profunda é um problema que pode resultar de reduzida altura da parte inferior e perda da erupção dos dentes posteriores, ou de sobreerupção dos dentes anteriores. Na fase inicial da dentição decídua, a relação dos incisivos caracteriza-se por uma sobremordida e sobressaliência acentuadas. Entretanto, isso não deve ser considerado como maloclusão, pois será corrigido com a erupção dos primeiros molares decíduos, aumentando a dimensão e o deslocamento anterior da mandíbula durante o processo de crescimento e desenvolvimento. Valente & Mussolino (1989) estudaram a frequência de sobremordida e sobressaliência na dentição decídua e verificaram que esta se caracteriza por uma moderada sobressaliência e uma leve sobremordida.

A problemática da perda precoce de dentes decíduos como um dos fatores ligados ao desenvolvimento de uma maloclusão vem desde 1924, quando Lyons considerou que 65% das maloclusões mostravam-se associadas a essa perda (Ando, 1997).

O dente decíduo deve ser visto como o melhor mantenedor de espaço existente, tendo este um tempo estabelecido de permanência no arco. A ausência de um elemento dentário pode promover alterações relacionadas não só com a estética e função, mas também com o desenvolvimento da oclusão.

As extrações precoces de dentes decíduos, principalmente as dos molares, trazem repercussões danosas ao desenvolvimento normal da oclusão, podendo acarretar problemas futuros de maloclusão, como: desvio

mesial do molar permanente, diminuição do comprimento do arco dentário, aumento da sobremordida, inclusões, apinhamentos, assimetria do arco dentário e seqüência de erupção alterada (Chaves Junior & Carvalho, 1996).

Em decorrência da importância do diagnóstico precoce dessas anormalidades, este trabalho foi proposto com a finalidade de avaliar as características da oclusão e a prevalência de maloclusão nos diferentes estágios de desenvolvimento da dentição dos pacientes em tratamento na clínica do curso de graduação da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra do estudo foi constituída por 237 pacientes, entre quatro e quatorze anos, em tratamento na clínica de graduação de Odontopediatria (curso diurno) da FOU SP, no ano de 1998, examinados por duas profissionais previamente *calibradas*.

A avaliação de cada paciente constou de exame clínico com uso de espátulas de madeira e luz proveniente do refletor da cadeira odontológica.

Dados sobre o tipo de dentição (decídua, mista ou permanente) e suas características (tipo de arco de Baume, degrau terminal dos segundos molares decíduos e classificação de Angle) foram registrados em fichas previamente elaboradas. Também foi observada a ocorrência de mordida cruzada, mordida aberta, perda precoce de dentes decíduos, mal posicionamento dentário, presença de hábitos

nocivos, como sucção de chupeta, dedo, dentre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes avaliados, 7,6% apresentavam dentição decídua, 84% dentição mista e 8,4% dentição permanente. A amostra dos pacientes com dentição decídua e permanente encontrada foi pequena, quando comparada com a dos pacientes com dentição mista. Tal ocorrência é explicada pelo fato de que, sendo uma clínica de graduação, os pacientes, na sua grande maioria, não apresentam tão pouca idade, estando já erupcionados os molares permanentes ou os incisivos inferiores permanentes, desse modo já com dentição mista.

Com relação aos pacientes com dentição permanente, a pequena amostragem deveu-se ao fato de que, a partir de doze anos, normalmente, eles são desligados da clínica odontopediátrica e encaminhados a outras disciplinas. Entretanto, muitas vezes, essas disciplinas não absorvem os pacientes nessa faixa etária, o que provoca a permanência de pacientes até quatorze anos na clínica odontopediátrica, como foi encontrado no presente trabalho.

Desse modo, devido ao fato de a amostra dos pacientes em dentição decídua e permanente ser em número muito reduzido e, portanto, não permitindo grandes conclusões, a análise dos resultados e da discussão será baseada nos pacientes com dentição mista.

É importante salientar que, dos dezoito pacientes com dentição decídua, 22,2% apresentaram arco tipo II, segundo Baume, ou seja, sem diastemas na região

anterior e 11,1% apresentaram como relação terminal dos segundos molares decíduos o degrau distal para mandíbula. Essas observações são importantes, pois há um prenúncio de maloclusão e o diagnóstico precoce na dentição decídua é fundamental para sua prevenção na dentição permanente (Figs. 1 e 2).

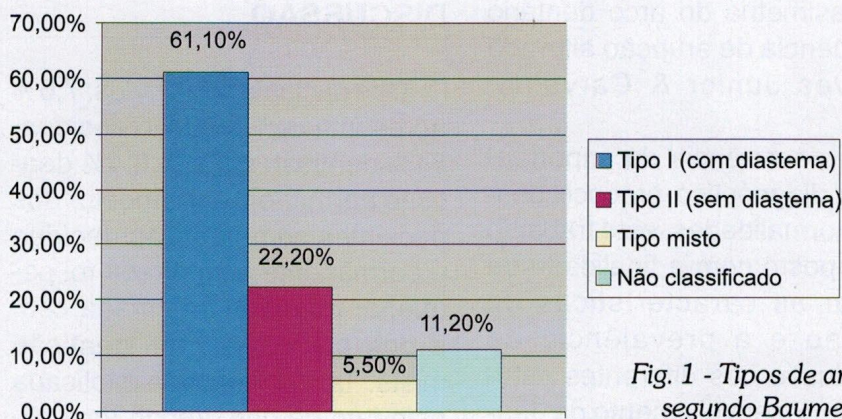


Fig. 1 - Tipos de arco segundo Baume

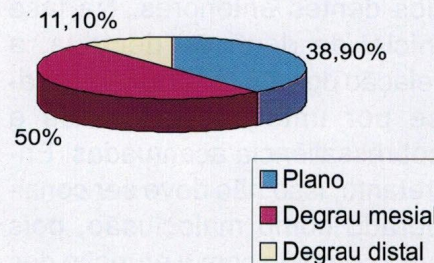


Fig. 2 - Relação terminal dos segundos molares decíduos

A maloclusão é considerada como um dos problemas de saúde pública, ocupando o terceiro lugar dentre as enfermidades bucais mais frequentes (Silva & Araujo, 1983; Fernandez Torres & Cuan Corrales, 1985; Silva Filho et al., 1990). De acordo com a Fig. 3, segundo a classificação de Angle, foi observado que 8,21% dos pacientes não puderam ser classificados, pois os primeiros molares permanentes ainda não estavam em chave de oclusão, ou os molares permanentes não estavam presentes. Na distribuição geral, foi encontrada, por ordem decrescente, a relação de classe I (55,25%), seguida pela classe II (28,77%) e, finalmente, pela classe III (7,77%), proporção que está de acordo com outros achados clínicos (Silva & Araujo, 1983; Fernandez Torrez & Cuan Corrales, 1985; Korytnicki et al., 1994).

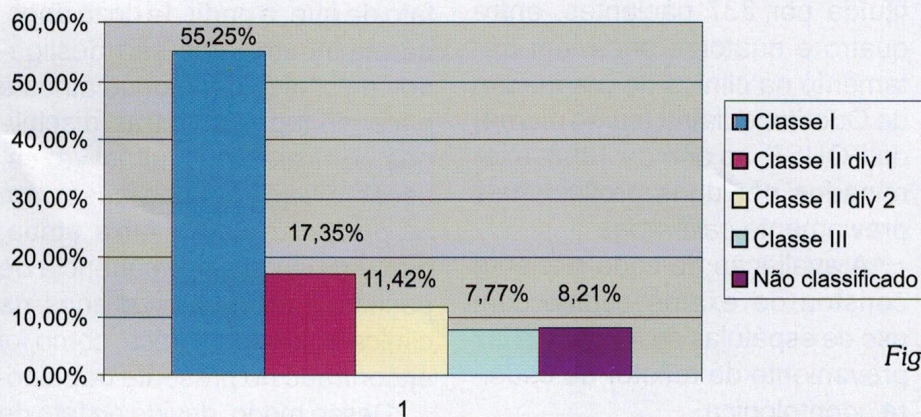


Fig. 3 - Classificação de Angle

A Tabela 1 relaciona alguns tipos de maloclusão apresentada pelos pacientes e a Tabela 2, a presença de alguns hábitos bucais deletérios.

TABELA 1: Tipos de maloclusão

Dentições	Nº total de pacientes n	Mordida aberta		Perda precoce n (%)	Mordida cruzada			Mal posicionamento dental n (%)
		Anterior n (%)	Lateral n (%)		Anterior n (%)	Posterior unilateral n (%)	Posterior bilateral n (%)	
Decídua	18	6(33,3)	-	7(38,9)	1(5,5)	-	-	-
Mista	199	37(18,6)	2(1,0)	69(34,6)	5(2,5)	24(12,0)	6(3,0)	41(20,6)
Permanente	20	3(15)	-	-	-	1(5,0)	-	3(15,0)

TABELA 2: Hábitos bucais deletérios relacionados com as dentições

Sucção	Nº total de pacientes n	Decídua n (%)	Mista n (%)	Permanente n (%)
Dedo	22	3 (13,6)	16 (72,7)	3 (13,6)
Chupeta	6	3 (50)	3 (50)	-
Mamadeira	2	-	2 (100)	-

A mordida cruzada foi uma das maloclusões mais observadas na clínica, confirmando os achados de Modesto *et al.* (1994) e Silva & Araujo (1983), sendo a mordida cruzada posterior unilateral mais freqüente, não se levando em consideração a mordida cruzada de elementos dentários isolados (20,6% na dentição mista). Esse quadro de mordida cruzada, em geral, é do tipo funcional que ocorre por travamento dos caninos em posição incorreta, levando a uma posição habitual errônea da mandíbula. Guedes-Pinto *et al.* (1997) relataram que esse quadro é favorecido quando ocorre quebra na seqüência favorável de erupção durante a dentição decídua. Na seqüência favorável os primeiros molares deveriam irromper logo após os incisivos pois determinam o primeiro senso de oclusão, estabelecendo a posição correta da mandíbula. Se ocorrer uma inversão com erupção mais precoce dos caninos, isso poderia favorecer um travamento incorreto da mandíbula, o que determinaria a mordida cruzada funcional.

O trabalho mostrou uma grande prevalência de perdas precoces de dentes decíduos e foi comprovada a relação direta da perda precoce com a necessidade de tratamento ortodôntico na dentição permanente, conforme os achados de Korytnicki *et al.* (1994).

Com relação à mordida aberta, a anterior foi mais prevalente quando comparada com a lateral.

Além disso, houve uma diminuição progressiva da mordida aberta anterior com o crescimento e desenvolvimento da criança e, provavelmente, pela remoção de hábitos bucais deletérios. A maior parte dos casos de mordida aberta é decorrente de hábitos inadequados de respiração e de sucção. Na cidade de São Paulo, é sabido que as condições atmosféricas favorecem os problemas respiratórios e, segundo Wanderley (1999), 81% dos pacientes apresentam selamento labial deficiente.

Dos pacientes que chupavam dedo, 63,6% apresentavam mordida aberta anterior e, dos que tinham o hábito de chupar chupeta, todas apresentaram mordida aberta anterior. Daqueles que apresentavam deglutição atípica, 34,2% estavam relacionadas com a mordida aberta anterior.

Com relação à Tabela 2, observa-se um maior número de pacientes com sucção de dedo, comparando-se com o hábito de uso de chupeta ou mamadeira. Encontravam-se com dentição mista 72,7% dos pacientes que chupavam dedo, 50% dos que chupavam chupeta e os únicos dois pacientes que tomavam mamadeira. Segundo Serra-Negra *et al.* (1999), analisando-se os resultados de entrevistas com mães de crianças de dois a doze anos, constatou-se que 93,6% delas ofereceram chupeta a seus filhos afirmando que esse objeto já fazia parte do enxoval do bebê. Esse aspecto demonstra o cará-

ter cultural advindo do uso da chupeta, evidenciando a manutenção de tradições familiares e históricas. Robles *et al.* (1999), analisando crianças com dentição decídua, comprovaram haver uma relação entre a presença de hábitos bucais persistentes de sucção (dedo e chupeta) e a ocorrência de maloclusões na dentição decídua, além de verificar que as crianças com um tempo maior de amamentação natural demonstraram menor freqüência de hábitos bucais de sucção persistentes, quando comparadas com as crianças com um período de amamentação natural abaixo do ideal.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostraram:

1. a ocorrência de alta prevalência de classe I de Angle (55,25%) e as maloclusões classe II e III somando 36,54%;
2. a ocorrência da alta prevalência de mordida cruzada (38,1%) e mordida aberta (19,6%) nos pacientes com dentição mista atendidos na disciplina de Odontopediatria, além de perdas precoces (34,6%);
3. dentre os 30 pacientes com hábito de sucção, a maioria (93,3%) apresenta mordida aberta anterior;
4. a importância do diagnóstico precoce, prevenindo o desenvolvimento de maloclusões mais complexas;
5. a necessidade de tratamento

imediatamente das maloclusões na dentição decídua e mista, evitando-se que esta se perpetue atingindo a dentição permanente; 6. a necessidade de intervenção com medidas preventivas e interceptativas por meio de uma equipe multiprofissional (odontopediatra, ortodontista, psicólogo, fonoaudiólogo e otorrinolaringologista) no atendimento desses pacientes, facilitando o tratamento das maloclusões e de hábitos bucais inadequados.

ABSTRACT

OCCLUSION FEATURES OF PATIENTS TREATED IN THE PEDIATRIC DENTISTRY CLINIC FROM FOU SP

Malocclusion is a frequent finding among children, usually manifesting in early age. Since malocclusion factors are numerous, the professional must have knowledge about craniofacial growth and development and detect them through appropriate clinic exam and with common sense indicate the correct treatment in appropriate period. Evaluated occlusion features and prevalence of malocclusion in different stages of the dentition of 237 children in treatment in the FOU SP graduation clinic of Odontopediatric. Evaluation consisted of clinic exam and data were recorded in cards previously elaborated. The results allowed an evaluation of different clinic features of dentition (deciduous, mixed and permanent). This occlusion changes demand early intervention with preventive and interceptative procedures with the performance of a multiprofessional team, allowing

the treatment and maintenance of the normal occlusion.

KeyWords: Malocclusion, dentition, habits, prevalence, pediatric dentistry.

REFERÊNCIAS

- 1 ANDO, T. Fatores pós-natais intrínsecos de interesse para ortodontia preventiva. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 6.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1997.
- 2 ANGLE, E.H. Classification of malocclusions. **Dent Cosmos**, v. 41, n. 4, p. 350-357, Apr. 1899.
- 3 BAUME, L.J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I. The biogenetic course of the deciduous dentition. **J Dent Res**, v. 29, n. 2, p. 123-132, Apr. 1950.
- 4 CHAVES Jr., C.M.; CARVALHO, L.S. Avaliação clínico-radiográfica da preservação de espaço na dentição mista. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 50, n. 6, p. 509-512, nov./dez. 1996.
- 5 FABER, R.D. The differential diagnosis and treatment of crossbites. **Dent Clin North Am**, v. 22, n. 1, p. 53-68, Jan. 1981.
- 6 FERNANDEZ TORREZ, C.; CUAN CORRALES, M. Prevalencia de malocclusiones en niños de 6 a 11 años de edad. **Rev Cuba Estomatol**, v. 22, p. 223-228, set./dic. 1985.
- 7 GUEDES-PINTO, A.C.; ISSÃO, M.; PRADO, C. Desenvolvimento da dentição decídua. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 6.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1997. p. 65-79.
- 8 KORYTNICKI, D.; NASPITZ, N.; FALTIN JR, K. Conseqüências e tratamento das perdas precoces de dentes decíduos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 48, n. 3, p. 1323-1329, maio/jun. 1994.
- 9 KREIBORG, S.; EGEMARK-ERIKSON, I.; JENSEN, B.L.; NYSTRÖM, M. Distúrbios de desenvolvimento da oclusão e da função oclusal. In: KOCH, G.; MODEÈR, T.; POULSEN, S.; RASMUSSEN, P. (ED.) **Odontopediatria: uma abordagem clínica**. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995.
- 10 MODESTO, A.; BASTOS, E.; GALIZA, W.M.L.; SOTHER, V.D.; SALOMÃO, M.B. Estudo da prevalência da mordida cruzada posterior. **Rev Bras Odontol**, v. 51, n. 1, p. 2-4, jan./fev. 1994.
- 11 MOYERS, R.E.; RIOLO, M. L. Tratamento precoce. In: MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. Cap.15.
- 12 OLIVEIRA, P.M.L.C. **Prevalência da mordida aberta anterior em crianças na faixa etária de 3 a 6 anos**. São Paulo, 1995. 58f. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 13 ROBLES, F.R.P. et al. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. **Rev Paul Odontol**, v. 21, n. 3, p. 4-9, maio/jun. 1999.
- 14 SERRA-NEGRA, J.M.C. et al. O uso de chupeta por crianças-Relato de mães. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 2, n. 7, p. 211-217, 1999.
- 15 SILVA, C.H.T.; ARAUJO, T.M. Prevalência de más oclusões em escolares na Ilha do Governador-Rio de Janeiro. Parte I. Classes I, II e III (Angle) e mordida cruzada. **Ortodontia**, v. 16, n. 3, p. 10-6, set./dez. 1983.
- 16 SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CASSAVAN, A.O. Prevalência de oclusão normal e

- má oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 43, n. 6, p. 287-289, nov./dez. 1989.
- 17 SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CASSAVAN, A.O. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: relação sagital. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 4, n. 2, p. 130-137, abr. 1990.
- 18 VALENTE, A.; MUSSOLINO, Z.M. Frequência de sobressaliência, sobremordida e mordida aberta na dentição decídua. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 3, n. 3, p. 402-407, jul./set. 1989.
- 19 WANDERLEY, M.T. **Casuística do atendimento no centro de pesquisa de traumatismo na dentição decídua** **Disciplina de Odontopediatria da FOU SP** São Paulo, 1999. 67f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 20 WOOD, A.W.S. Anterior and posterior crossbite. **J Dent Child**, v. 29, n. 4, p. 280-286, Oct./Dec. 1992.
- Ana Paula M. José**
Av. Prof. Lineu Prestes, 2.227 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - 05508-900
- Marcia T. Wanderley**
Av. Prof. Lineu Prestes, 2.227 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - 05508-900
- Sylvia L. M. Ferreira**
R. Pintassilgo, 210; apto 62. São Paulo-SP - 04514-030.
- Célia R. M. D. Rodrigues**
Av. Prof. Lineu Prestes, 2.227 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - 05508-900

Correspondência para / Reprint requests to:

Marisa Leiko Takeuti

R. Dr. Maurício de Lacerda, 260. Vila Monte Alegre- SP - 04303-191

E mail: marysa@mailcity.com