

# Avaliação da Erupção Dentária Decídua em Bebês Considerados de Risco

## Evaluation of Primary Tooth Eruption in Infants Considered at Risk

Karla Mayra Pinto e Carvalho REZENDE<sup>1</sup>, Maria Stella Amorim da Costa ZÖLLNER<sup>2</sup>, Mirian Rosane Nones SANTOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirurgiã-Dentista, Taubaté/SP, Brasil.

<sup>2</sup>Professora Doutora da Disciplina de Patologia Geral do Instituto Básico de Biociências da Universidade de Taubaté, Taubaté/SP, Brasil.

<sup>3</sup>Cirurgiã-dentista da Casa da Mãe Taubateana, Taubaté/SP, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Estudar a erupção dentária decídua e as patologias possíveis encontradas na cavidade bucal de bebês de zero a três anos, considerados de riscos.

**Método:** Realizou-se um estudo longitudinal em 250 crianças de zero a 36 meses que freqüentaram a Casa da Mãe Taubateana, Taubaté/SP no período de janeiro de 2005 à julho de 2006. Dois examinadores calibrados realizaram exame clínico bucal, com auxílio de espelho clínico, espátula de madeira e gaze no consultório odontológico da entidade. Foram analisadas as seguintes variáveis: gênero, peso ao nascer, patologias e medicamentos maternos, idade gestacional e a possibilidade de influenciarem a erupção dentária decídua. Os dados coletados foram organizados e os resultados foram expressos por meio de estatística descritiva.

**Resultados:** Observou-se que a idade da erupção dentária decídua foi mais tardia em crianças nascidas prematuras e de baixo peso que nas crianças de período normal de gestação. O percentual de erupção do 1º dente no 2º semestre de vida maior no gênero masculino (34,4%) A alteração anatômica mais freqüente observada nos bebês, foi freio teto labial persistente (13,36%) e fissura labiopalatal, presente em 3% dos bebês.

**Conclusão:** A presença de doença materna e o uso de medicamentos na gravidez não puderam ser demonstrados como fatores que levariam ao retardo da erupção decídua, porém, as crianças nascidas prematura e, conseqüentemente, de baixo peso, apresentaram um leve atraso no início da erupção dentaria quando comparadas nas crianças nascidas a termo.

### ABSTRACT

**Objective:** To investigate the primary tooth eruption and possible oral pathologies found in infants aged 0 to 3 years considered at risk.

**Method:** A long-term study was performed with 250 children aged 0 to 36 months attending the "Casa da Mãe Taubateana", Taubaté/SP between January 2005 and July 2006. Two calibrated examiners performed the intraoral clinical examination at the dental office of the facility using clinical dental mirror, wooden spatula and gauze. The following variables were examined: gender, weight at birth, pathologies and medications used by the mothers, gestational age, and the possibility of these factors influencing the eruption of primary teeth. The collected data were organized and expressed by means of descriptive statistics.

**Results:** Primary tooth eruption was delayed in pre-term and low-weight children compared to the children born at term. The percentage of eruption of 1st tooth in the 2nd semester of life was higher in males (34.4%). The most frequent anatomic alteration observed in the infants was persistent tectolabial frenum (13.36%) and lip/palate cleft, present in 3% of the infants.

**Conclusion:** The presence of maternal disease and use of medications during pregnancy could not be demonstrated as factors leading to a delay in primary tooth eruption. However, pre-term and consequently low-weight children presented a mild delay in the beginning of tooth eruption when compared to the children born at term.

### DESCRITORES

Erupção dentária; Odontopediatria; Saúde bucal.

### KEYWORDS

Tooth eruption; Pediatric dentistry; Oral health.

## INTRODUÇÃO

Recém nascidos de risco são aqueles que apresentaram em sua formação intercorrências patológicas ou que foram submetidos a situações de estresse gestacional e/ou que tiveram mães portadores de patologias como: HIV+, diabetes e hipertensão arterial, que potencialmente puderam desviar o curso normal de desenvolvimento, possibilitando ocorrências de doenças e maior predisposição à desnutrição, afetando, portanto seu crescimento e desenvolvimento que assim diferem da normalidade fisiológica esperada para a faixa etária em estudo. Esses bebês foram ou estão expostos a situações de risco que podem ser comprometedoras de sua saúde geral<sup>1,2</sup>.

As crianças prematuras geralmente têm baixo peso ao nascer (peso menor que 2.500 gramas) e, com a diminuição deste, há uma maior propensão às doenças sistêmicas, ocasionando em 5% das crianças desvantagens físicas e em 4% desvantagens intelectuais. O baixo peso pode estar relacionado a um menor período gestacional e má-nutrição materna. Além disso, a desnutrição tem efeito adverso significativo nas idades dentária e esquelética, além do risco de desenvolver quadros de hipocalcemia, a qual está associada ao aparecimento dos defeitos do esmalte<sup>3-5</sup>.

O crescimento e desenvolvimento de uma criança são condicionados pela herança genética, sendo fortemente influenciados pelo meio ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à qualidade da nutrição. Por essa razão, as ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, seguida da prevenção, diminuindo, assim, o risco de desenvolvimento de afecções<sup>6-10</sup>.

Muitos aspectos da cavidade bucal de um bebê são únicos e peculiares a esse período de vida. As considerações sobre alterações patológicas em crianças são diferentes das existentes nos adultos, e o conhecimento dessas peculiaridades é de suma importância. Os pediatras e odontopediatras que têm a oportunidade de examinar a cavidade bucal das crianças e acompanhá-las durante toda sua infância têm uma possibilidade maior de detectar qualquer tipo de alteração. Frente a grande quantidades de alterações que podem ser encontradas na cavidade bucal em crianças, os odontopediatras devem ser capazes de um correto diagnóstico para um adequado tratamento. Dentre as variedades de lesão na mucosa oral encontradas em crianças, as mais frequentes são: estomatites, herpes labial, fissuras na língua, língua geográfica e candidose<sup>11,12</sup>.

O ciclo evolutivo da erupção dentária decídua

inicia-se por volta da sexta semana de vida intra-uterina com a expansão da camada basal de células do epitélio bucal. O início da calcificação dos dentes decíduos ocorre por volta do quarto mês de vida intra-uterina, finalizando quando a criança está com cerca de um ano de vida. Por volta dos 6 a 8 meses de idade inicia-se a erupção dos incisivos centrais inferiores seguidos, posteriormente, pelos incisivos laterais<sup>13,14</sup>.

A orientação quanto à nutrição equilibrada da gestante, aleitamento materno, utilização de mamadeiras, consumo de alimentos com calorias vazias e sua relação com o desenvolvimento das dentições e o atendimento à criança deve ser multidisciplinar, envolvendo o cirurgião-dentista, o médico pediatra e o nutricionista quando necessário<sup>15,16</sup>.

O objetivo do trabalho foi verificar o início da erupção dentária, em crianças consideradas de risco, e as principais alterações encontradas na mucosa oral desses pacientes.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, conforme Parecer n° 392/05. O estudo caracterizou-se como sendo longitudinal e descritivo e foi realizado no período de janeiro de 2005 à julho de 2006.

A amostra do tipo não probabilística compreendeu 250 crianças de 0 a 36 meses que freqüentavam a Casa da Mãe Taubateana (ambulatório público especializado multidisciplinar na cidade de Taubaté, interior de São Paulo). Dois examinadores calibrados realizaram exame clínico bucal, com auxílio de espelho clínico, espátula de madeira e gaze na sala odontológica da entidade.

O instrumento de coleta consistiu de uma ficha clínica, especialmente desenvolvida, contendo os seguintes dados: informações sobre a saúde materna e análise da condição bucal e saúde geral dos recém-nascidos (dados obtidos dos prontuários médico e fonoaudiológico). Dados como o tempo gestacional, peso ao nascer, doença materna e anóxia, também foram coletados. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram organizados e os resultados foram expressos por meio de estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas.

## RESULTADOS

Foram estudadas 250 crianças nascidas de gestantes de risco, sendo 103 do gênero feminino (41,2%) e 147 do gênero masculino (58,8%).

Mesmo nascidas de gestantes que apresentavam alguma alteração sistêmica, a grande maioria das crianças nasceu com peso acima de 2.500 gramas (64,4%), conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1. Distribuição das crianças segundo o peso.**

Peso (g)	Frequência	
	n	%
0-1200	8	3,2
1201-2400	81	32,4
2401-3600	124	49,6
>3600	37	14,8
Total	250	100,0

O baixo peso ao nascer pode levar a um retardo na erupção dental devido à prematuridade e não ao desenvolvimento dental atrasado. Quando se comparou esses dados, no grupo de crianças que nasceram com peso abaixo de 2400g, estas apresentaram uma erupção dentária mais tardia comparando-se com aquelas que nasceram acima de 2401g (Tabela 2).

**Tabela 2. Distribuição das crianças segundo o peso e de acordo com a erupção dentária decidua.**

Peso (g)	Número de Crianças	Com Erupção
0-1200	8	4
1201-2400	81	47
2401-3600	124	85
>3600	37	14
Total	250	150

Na Tabela 3 comparam-se a idade gestacional e início da erupção dentária. Observa-se que as crianças

nascidas prematuras apresentaram um atraso, quando comparadas nas nascidas a termo.

**Tabela 2. Distribuição das crianças segundo o peso e de acordo com a erupção dentária decidua.**

Idade Gestacional	Com Dentes Não Erupcionados		Com Dentes Erupcionados		Total	
	n	%	n	%	n	%
	<32 semanas	6	6	8	5,3	14
32-37 semanas	37	37	55	36,7	92	36,8
>37 semanas	57	57	87	58	144	57,6
Total	100	100	150	100	250	100

A erupção dentária estava presente em 34,4% nas crianças do gênero masculino. Já nas crianças do gênero feminino o percentual de erupção dentária foi de 25,6%. Analisando-se os gêneros e o mês em que se iniciou a erupção dentária decidua foram obtidos os resultados discriminados na Tabela 4.

**Tabela 4. Distribuição das crianças segundo o início da erupção dentária de acordo com o gênero.**

Mês de Erupção	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
3	2	1,94	2	1,36
4	2	1,94	4	2,72
5	6	5,82	6	4,08
6	4	3,89	12	8,16
7	8	7,77	12	8,16
8	11	10,68	11	7,49
9	10	9,70	10	6,80
10	7	6,80	4	2,72
11	4	3,89	12	8,16
12	6	5,82	9	6,12
>12	3	2,91	3	2,04
Neonatal	1	0,98	1	0,69
Sem erupção	39	37,86	61	41,50
Total	103	100	147	100

Observando as lesões que mais frequentes encontradas nas crianças verificou-se que 52 (20,8%) apresentavam alguma alteração na cavidade bucal, conforme demonstrado na Tabela 5.

**Tabela 5. Distribuição das crianças segundo o tipo de alteração encontrada.**

Tipo de Alteração	Frequência	
	n	%
Candidose	03	1,2
Pérola de Epstein	02	0,8
Nódulo de Bohn	04	1,6
Freio teto labial persistente	29	11,6
Palato ogival	06	2,4
Fissura labiopalatina	08	3,2
Total	52	20,8

A Tabela 6 indica os tipos de medicamentos que as mães usaram durante a gravidez e a média de tempo que houve o surgimento do primeiro dente de seus filhos.

**Tabela 6. Distribuição das crianças segundo o uso do tipo de medicamentos pela mãe durante a gestação, de acordo com o gênero.**

Medicamentos	Total	Gênero feminino	Média erupção (meses)	Gênero Masculino	Média erupção (meses)
Anti-hipertensivo	14	(meses)	6,3	7	7,5
Antibióticos	22	7	8,2	15	7
AZT	22	8	8,1	14	8,8

## DISCUSSÃO

Bebês de risco são aqueles que passaram por alguma intercorrência no período gestacional (infecções congênitas, hipertensão arterial materna, malformação congênita) ou após o nascimento (distúrbios metabólicos, cardiopatia, desconforto respiratório, convulsões). Tais alterações podem influenciar o curso normal do desenvolvimento global do bebê. Outro fator para considerar uma criança como sendo de risco é o peso de nascimento inferior a 2500g. Observa-se a nutrição, sob o ponto de vista odontológico, é muito importante no período em que os dentes estão em fase de formação e calcificação<sup>1</sup>.

Isso de fato aconteceu em 39,6% do grupo de pesquisa nascidas com peso inferior a 2500g. Nesse grupo de crianças houve um leve atraso, porém, chegando, em algumas crianças a erupção do primeiro dente até o primeiro ano de vida<sup>2,3</sup>.

A prematuridade também traz conseqüências que se tornam evidentes durante a erupção dos dentes decíduos e permanentes, pois a erupção está relacionada ao desenvolvimento físico da criança, aquelas com menor peso idade gestacional, menor peso e com problemas sistêmicos tendem a apresentar erupção tardia dos primeiros dentes<sup>4,5</sup>.

A erupção dentária é dependente de múltiplos fatores: genéticos, ambientais ou mesmo mistos, sendo então, difícil isolar-se um único fator<sup>6,7</sup>. Neste trabalho observou-se que as crianças do gênero masculino tiveram erupção mais precoce ao serem comparadas com o gênero feminino<sup>8</sup>.

Foram poucos os relatos de anomalias encontradas nos bebês estudados. Porém, as alterações congênitas e de desenvolvimento, como os Nódulos de Bohn e Pérolas de Epstein foram vistas com alguma frequência nesse grupo, totalizando 2% do total de anomalias. Tais achados são as alterações mais comuns em bebês, e na grande maioria das vezes resolvem-se sozinhas sem necessidade de tratamento<sup>9-17</sup>.

As alterações encontradas no grupo estudado foram freio labial persistente (11,6%) e palato ogival (2,4%). Encontraram-se 3,2% das crianças com malformação

labiopalatal. Doença fúngica, (candidose) também estava presente em 1,2%, na população estudada.

## CONCLUSÃO

O percentual de erupção do 1º dente no 2º semestre de vida foi maior no gênero masculino. As alterações bucais em crianças são freqüentes, havendo, portanto, necessidade do conhecimento dos profissionais para tranquilizar os pais e a necessidade dos profissionais estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção.

A presença de doença materna e o uso de medicamentos na gravidez não puderam ser demonstrados como fatores que levariam ao retardo da erupção decídua, porém, as crianças nascidas prematura e conseqüentemente, de baixo peso, apresentaram um leve atraso no início da erupção dentária quando comparadas nas crianças nascidas a termo.

## REFERÊNCIAS

1. Souza KZ, Gomes IMM, Cambraia DS, Semião FP, Alves MP, Brasileiro ON. A incidência de recém-nascidos de risco no serviço de saúde pública de Pouso Alegre-MG. *Ped Mod* 2001; 37(3):61-74.
2. Ramos SRP, Gugich RC, Fraiz FC. The influence of gestational age and birth weight of the newborn on tooth eruption. *J Appl Oral Sci* 2006; 14(4):228-32.
3. Ferrini FRO, Marba STM, Gavião MBD. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. *Rev Paul Ped* 2007; 25(1):66-71.
4. Rythén M, Norén JG, Sabel N, Steiniger F, Niklasson A, Hellström A, Robertson A. Morphological aspects of dental hard tissues in primary teeth from preterm infants. *Int J Paed Dent* 2008; 18(6):397-406.
5. Caixeta FF, Corrêa MSNP. Os defeitos do esmalte e a erupção em crianças prematuras. *Rev Assoc Med* 2005; 51(4):195-9.
6. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1079-86.
7. Duque C. Chronology of deciduous teeth eruption in children with cleft lip and palate. *Cleft Palate-craniofacial J* 2004; 41(3):285-9.

8. Oziegbe EO, Adekoya-Sofowora C, Esan TA, Owotade FJ. Eruption chronology of primary teeth in Nigerian children. *J Clin Pediatr Dent* 2008; 32(4):341-5.
9. Tashima AY, Verrastro AP, Ferreira SLM, Wanderley MT. Correlação entre o aconselhamento dietético-nutricional e a promoção de saúde na clínica de odontopediatria. *J Bras Odontol* 2000; 3(16):11-7.
10. Thomaz EBAF, Valença AMG. Relationship between childhood underweight and dental crowding in deciduous teething. *J Pediatr* 2009; 85(2):110-6.
11. Crespo MRR, Pozo PP, Garcia RR. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Med Oral Cir Bucal* 2005; 10:376-87.
12. George D, Bhat SS, HEEgde SK. Oral findings in newborn children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Med Princ Pract* 2008; 17(5):385-9.
13. Nield LS, Stenger JP, Kamat D. Common pediatric dental dilemmas. *Clin Pediatr* 2008; 47(2):99-105.
14. Folayan M, Owotade F, Adejuyigbe E, Sen S, Lawal B, Ndukwe K. The timing of eruption of the primary dentition in Nigerian children. *Am J Phys Anthropol* 2007; 134(4):443-8.
15. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saúde Publica* 2008; 24(4):800-8.
16. Psoter W, Gebrian B, Prophete S, Reid B, Katz R. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36(2):179-89.
17. Baldani MH, Lopes CML, Scheidt WA. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa- PR, Brasil. *Pesqui Odontol Bras* 2001; 15(4):302-7.

Recebido/Received: 14/12/08  
Revisado/Reviewed: 27/07/09  
Aprovado/Approved: 12/10/09

**Correspondência:**

Profa. Stella Zöllner  
Universidade de Taubaté - Instituto Básico de Biociências  
Av. Tiradentes, 500 - Centro  
Taubaté/SP CEP: 12030-180  
Telefone: (12) 3629-7909  
E-mail: consultoriomedicord@yahoo.com.br