



Retenção prolongada de dente decíduo: relato de caso.

Jorge Sa Elias Nogueira¹, Guilherme da Cunha Azeredo¹, Jeovana Gabriely Carvalho Marques¹, Júlia Azevedo Cruz², Ingrid Pereira de Carvalho², Izabel França Garcez¹, Maria Carolina Sidonio Alves¹, Rhaisa Vasconcelos da Graça¹, Silvio Augusto Fernandes de Menezes¹, Ricardo Roberto de Souza Fonseca³

CASO CLÍNICO

Resumo

Introdução: A retenção prolongada de dente decíduo pode configurar um importante fator determinante para a má oclusão dentária. **Objetivo:** Relatar um caso de retenção prolongada de dente decíduo. **Relato de Caso:** Paciente ALMP, 11 anos de idade, sexo feminino, compareceu ao Centro Universitário do Pará (CESUPA). Ao exame clínico e de imagens confirmou-se retenção prolongada do elemento 55 que provocou mesialização dos elementos 54 e 13, ainda ocasionando a alteração na oclusão, com a mordida cruzada desse último. Em anamnese dirigida, a paciente não relatou quaisquer distúrbios locais ou sistêmicos que justificasse a anomalia. a paciente foi submetida a cirurgia de remoção do elemento anquilosado, dito 55 e imediatamente, ao tratamento ortodôntico, por meio do uso de aparelho removível, com finalidade de descruzamento da mordida e favorecimento da intercuspidação dos elementos mesializados. **Considerações finais:** Pode-se concluir que a intervenção precoce frente a retenção prolongada, com planejamento cirúrgico, manutenção de espaço e ortodontia interceptativa favoreceu à instalação de oclusão normal além da preocupação de um problema de ordem geral.

Palavras-chave: Má oclusão, Dentição mista, Anquilose.

Prolonged retention of deciduous tooth: case report.

Abstract

Introduction: Prolonged retention of deciduous teeth can be an important determinant factor for dental malocclusion. **Objective:** To report a case of prolonged retention of deciduous teeth. **Case Report:** Patient ALMP, 11 years old, female, attended the University Center of Pará (CESUPA). Upon clinical and imaging examination, prolonged retention of element 55 was confirmed, which caused mesialization of elements 54 and 13, also causing changes in occlusion with crossbite of the latter. In directed anamnesis, the patient did not report any local or systemic disorders that could justify the anomaly. The patient underwent surgery to remove the ankylosed element, said to be 55, and immediately received orthodontic treatment through the use of a removable appliance, with the aim of uncrossing the bite and favoring the intercuspation of the mesialized elements. **Final considerations:** It can be concluded that early intervention in prolonged retention, with surgical planning, space maintenance and interceptive orthodontics, favored the installation of a normal occlusion beyond concerns of a general problem.

Keywords: Malocclusion, Mixed dentition, Ankylosis.

Instituição afiliada – ¹ Curso de Odontologia – Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém – PA, Brasil. ² Universidade Unigranrio Afya, Rio de Janeiro – RJ, Brasil. ³ Instituto de Ciências Biológicas (UFPA), Belém – PA, Brasil.

Dados da publicação: Artigo recebido em 20 de Fevereiro, revisado em 15 de Março, aceito para publicação em 02 de Maio e publicado em 05 de Maio de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n2p110-120>

Autor correspondente: Jorge Sa Elias Nogueira jorge.nogueira@progf.cesupa.br



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



RELEVÂNCIA

Alertar os dentistas que atendem criança e principalmente os odontopediatra no sentido de evitar desordens oclusais diante de um elemento decíduo retido principalmente quando a má oclusão já está se instalando.

INTRODUÇÃO

A retenção prolongada de dentes decíduos (RPDC) é um fenômeno que envolve uma desordem na cronologia da irrupção dos dentes permanentes. É importante salientar que o processo correto de irrupção dentária é determinante por uma sequência ordenada¹. A dentadura decídua tem uma ordem de irrupção, permanência e esfoliação na cavidade bucal, que dita a sequência correta para a mudança de dentição, passando pela mista, até chegar a permanente. A RPDC é justamente a anormalidade no processo de sua esfoliação.

Com etiologia variada, o processo irruptivo dos dentes permanentes pode sofrer influência genética – como fatores hereditários relacionados ao crescimento craniofacial e a má oclusão; local – quando da necrose pulpar e pulpectomias; e ambiental – advindos de alterações metabólicas, deficiências hormonais e presença de tumores odontogênicos, Pereira et. al (2020)²⁻⁵

A RPDC pode acarretar diversos problemas oclusais e estéticos, causando também danos severos quanto à capacidade de interação do paciente, uma vez que ela pode influenciar diretamente no grau de autoestima.

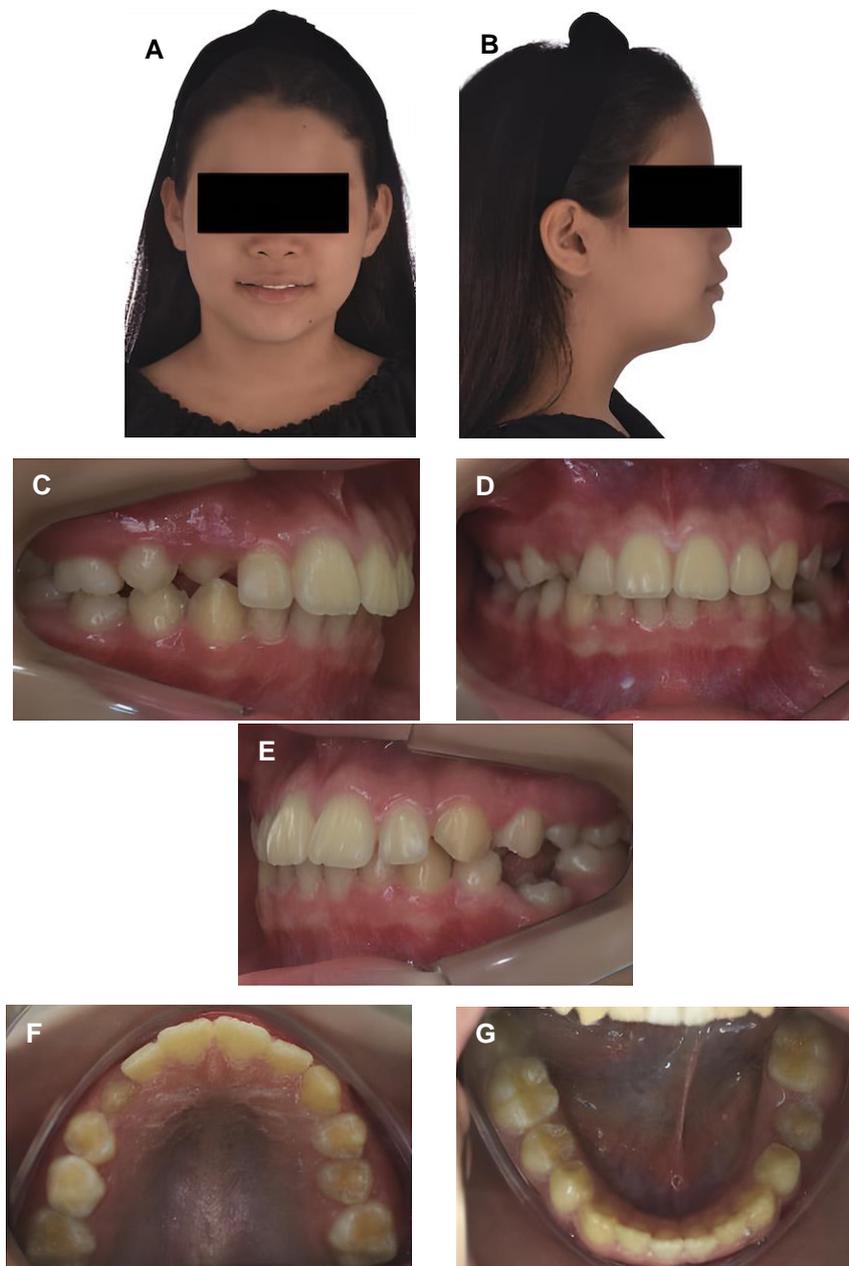
O diagnóstico do quadro se dá principalmente por meio do exame clínico e radiográfico em consultas de rotina com o cirurgião dentista (CD). Quanto mais cedo se iniciar o acompanhamento odontológico, maiores as chances de se identificar possíveis alterações e conseqüentemente mais cedo medidas necessárias serão tomadas para dirimir danos oclusais permitindo uma abordagem conservadora e menos dispendiosa, Dias et. al (2020)⁶⁻⁷.

Pelo dito, objetivamos revisar a literatura e propor, através de um caso clínico, planejamento para o quadro de retenção prolongada (RP) de um segundo molar superior decíduo direito, o qual provocou mesialização dos elementos 14 e 13 agravado pelo cruzamento da mordida desse último.

RELATO DE CASO

Paciente ALMP, 11 anos de idade, compareceu ao Centro Universitário do Pará (CESUPA) para tratamento odontológico na disciplina de odontopediatria. Durante anamnese, a responsável (Tia) não relatou quaisquer problemas sistêmicos. Ao exame de documentação ortodôntica confirmado pelo exame clínico intra e extrabucal foi observado, simetria facial (figura 1A), bom perfil e vedamento labial espontâneo, relação canina e pré-molar direito mesializados devido RP do elemento 55 com cruzamento de mordida do elemento 13 (Figura 1C), linha média coincidente e elemento 13 cruzado (figura 1D), boa relação canina e pré-molares superior esquerdo (figura 1E); boa forma do arco superior sem doença cárie (figura 1F) e boa forma do arco inferior apresentando elemento 35 com irrupção deslocada para vestibular.

Figura 1 – fotografias faciais e intrabucais iniciais



Legenda: A: face frontal. B: face lateral. C: intraoral direito. D: intraoral frontal. E: intraoral esquerdo. F: oclusal superior. G: oclusal inferior.

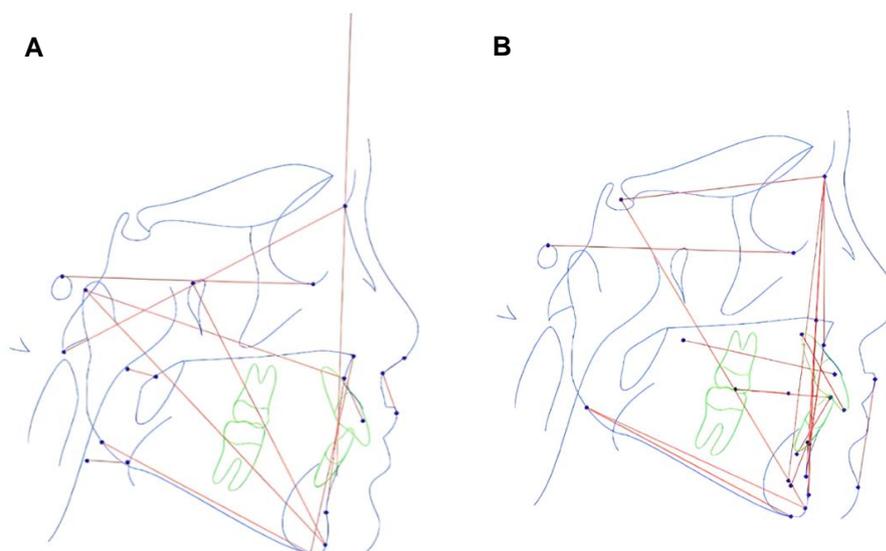
Fonte: NOGUEIRA JSE, et al., 2022.

Exames cefalométricos (Figura 2) mostraram, boa relação dos bases ósseas para idade segundo padrão McNamara (Figura 2A): A-N Perpendicular bem posicionado (1,3mm), Ângulo Naso-labial bem-posicionado (106,9°) e Pog-N Perpendicular bem-posicionado (-2,7mm); segundo padrão USP (Figura 2B): SNA bem posicionado (83°), SNB bem posicionado(80°), ANB boa relação (3°); harmonia entre os terços faciais: SN.PLO (12°), S-N.GOGe (34°), Go-Gn.Ocl (20°). A radiografia panorâmica (Figura 3), não mostrou anormalidade, confirmando RP do elemento 55.

O planejamento ortodôntico inicial fundamentou-se na má oclusão dentária direita com instalação de placa de Hawley e mola digital para descruzamento do elemento 13 (Figura 4A) e grampo em “C” mesial ao elemento 16 para manter espaço e evitar mesialização do referido dente, instalada imediatamente após exodontia do elemento 55.

Após 30 dias, 1º controle, observamos descruzamento do elemento 13 e discreta distalização do elemento 14 e início de irrupção do elemento 15 (Figura 4B). Ao segundo controle de 60 dias (figura 4C) notamos significativa melhora na intercuspidação dos elementos 13 e 14 e pós 120 dias, paciente apresenta oclusão de canino direito, 1º e 2º pré-molares direito em posições próximas ao ideal (figura 4D), momento em que foi encaminhada à disciplina de ortodontia.

Figura 2 – Exame cefalométrico



Legenda: A: padrão McNamara. B: padrão USP.

Fonte: NOGUEIRA JSE, et al., 2022.

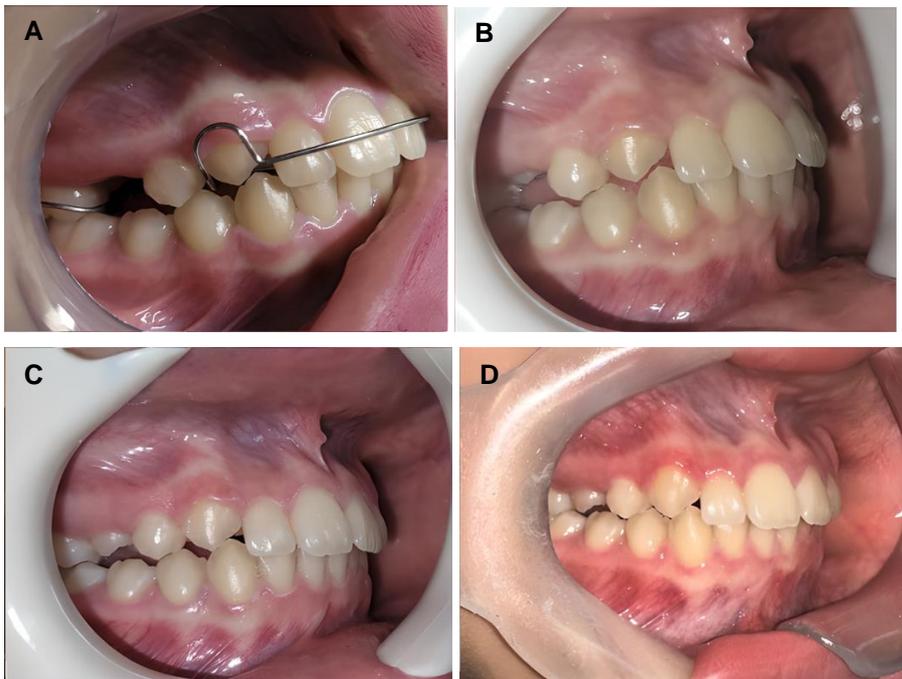
Figura 3 – Radiografia panorâmica



Legenda: radiografia panorâmica confirmando RP do elemento 55.

Fonte: NOGUEIRA JSE, et al., 2022.

Figura 4 – Instalação da placa Hawley e controle



Legenda: A: instalação da placa de Hawley. B: 1º controle após 30 dias. C: controle após 60 dias. D: controle após 120 dias.

Fonte: NOGUEIRA JSE, et al., 2022.

DISCUSSÃO

A irrupção do dente decíduo se refere ao momento que se inicia na odontogênese até que o elemento dental atravessa a gengiva e se apresenta na cavidade bucal, terminando o processo, quando atinge o elemento antagonista finalizando com a fase de esfoliação ou remoção⁸. Este evento está sujeito a variações como todo e qualquer acontecimento biológico. Entende-se por RPDC a sua permanência no arco dentário após o período esperado para sua esfoliação, e os últimos dentes decíduos a esfoliarem seriam o canino superior na faixa etária de 11 anos e o segundo molar inferior na faixa etária de 10 para 11 anos citam Badauy (2001)⁹. Observa-se em nosso relato que os caninos permanentes bilaterais já haviam irrompido concomitante a presença do segundo molar decíduo direito na linha de oclusão.

Sempre que um dente permanente estiver irrompendo com a presença do seu antecessor, caracteriza-se RP, segundo Jahanimoghadam e Hosseinifar (2015)¹⁰, conduta convergente na opinião dos autores Danelon et al (2019)¹¹ e Aktan et al (2012)¹² e a exodontia do decíduo retido deve ser realizada após análise criteriosa dos exames clínico e de imagem para evitar instalação de má-oclusão. No entanto Fujita (2014)¹³ reforça que um antecessor retido não causa má oclusão se removido no momento correto e reforçando esse pensamento, Murilo (2013)¹⁴; Sabri (2008)¹⁵; Robinson e Chan (2009)¹⁶; Suri (2004)¹⁷; Boj et al (2004)¹⁸ completam que, dependendo do estágio da rizogênese do elemento sucessor frente a necessidade de extração do decíduo, deve-se, pela simplicidade, baixo custo e alta efetividade, a instalação de um dispositivo mantenedor de espaço, podendo ser fixo ou removível até a irrupção do sucessor permanente. É oportuno mencionar que a conduta de exodontia do elemento 55 retido em nosso relato foi realizado após análise de documentação ortodôntica e facial, seguida aparelho ortodôntico removível para manutenção de espaço, corrigir mordida cruzada do elemento 13 e evitar mesialização do elemento 16.

Jahanimoghadam e Hosseinifar concluíram que dentes decíduos retidos foram encontrados com mais frequência na mandíbula do que na maxila e o lado esquerdo, Aktan et al (2012)¹⁹, foi mais afetado em quatrocentas e vinte e seis radiografias panorâmicas de arquivos de nove clínicas em seis cidades diferentes na Turquia. Continuam ainda os autores afirmando que o gênero feminino é o mais afetado. Já em relação ao elemento dentário retido, os segundos molares decíduos são os mais atingidos. No nosso relato o elemento retido foi na maxila lado direito de uma paciente do gênero feminino.

Corteleti et al. (2015)²⁰ apontam como causa de retenção de dente decíduo, a presença de elementos supranumerários e para esfoliação atrasada de dentes decíduos, a desnutrição, enquanto Aktan et al (2012)²¹, consideram ausência congênita de

sucessores à anquilose do dente decíduo corroborado por Vorhies (1952)²². A obturação do canal radicular com pasta de óxido de zinco-eugenol após pulpectomia de dente decíduo como causador de RP pela não absorção do material obturador. O'Connell et al. (2000)²³ acreditam que a causa seja a persistência do epitélio da bainha Hertwig pode estar relacionada à falta de reabsorção dos dentes decíduos em vez de um atraso no desenvolvimento na formação do permanente pensamento que vai ao encontro de outros autores, como Grimbacher (1999)²⁴ e Esposito (2012)²⁵. Já Candeiro et al. (2009)²⁶ chamam atenção para a reabsorção radicular anormal do dente decíduo. Novamente, no caso clínico em questão, não podemos afirmar que houve relação com quaisquer causas relatadas anteriormente.

Graber, (1972)²⁷; Bernstein e Keyes (1972)²⁸; Berthold (2004)²⁹ chamavam a atenção para investigação de doenças sistêmicas que possam contribuir para a RPDC, a citar: hipotireoidismo, hipopituitarismo, trissomia do cromossoma 21, displasia cleido craniana e Síndrome Hurler. Bhaskar (1958)³⁰ alertava para pesquisa de distúrbio sistêmico frente a presença de múltiplos dentes retidos, quer decíduo ou permanente. Ao levantar a hipótese de distúrbios sistêmicos como causador de RP, tona-se importante nesse momento citar a Síndrome Hiper-IGE, Meixner (2020)³¹ e Souza (2010)³², onde após os primeiros meses de vida ocorrem várias manifestações sistêmicas entre elas, virais e bacterianas que são subdiagnosticadas por ausência de inflamação, anomalias ósseas, como escoliose, que surgem normalmente durante a adolescência, osteopenia/osteoporose, fraturas patológicas com pequenos traumas normalmente de ossos longos, costelas e pélvis, doença articular degenerativa precoce, craniossinostose e também ocorrer RPDC, total ou parcial, causando várias vezes atraso na irrupção da dentição definitiva Em alguns casos. O'Connell (2000)³³ e Esposito (2012)³⁴ acrescentam ainda nas manifestações sistêmicas, diversos achados bucais envolvendo fissuras na língua, palatos altos arqueados e defeitos da linha média. Ainda no cenário de manifestações sistêmicas vale citar uma revisão sistemática sobre síndrome Proteus, Sene et al. (2013)³⁵, uma doença extremamente rara, e hamartomatosa, congênita, de origem genética com supercrescimento ósseo assimétrico e desproporcional que provoca entre outras manifestações, a retenção de dente decíduo, conforme leciona Munhoz et al (2021)³⁶. Não tivemos nenhuma citação de distúrbio genética e/ou sistêmico que possam correlacionar a RP em questão.

Sentimos necessidade de pesquisas voltadas as alterações sistêmicas relacionadas aos casos de RP que proporcionem um olhar para o paciente como um todo e não apenas centrados em fatores locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão de literatura e discussão concluímos que: após exame detalhado, deve-se realizar a remoção cirúrgica do elemento decíduo retido quando indicado e instalação de mantenedor de espaço se necessário; intervenção precoce na má oclusão quando instalada; controle rigoroso na irrupção do elemento sucessor e um olhar atento sobre um problema além do estético que possa contribuir para o diagnóstico de problemas orgânicos mais graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABY-AZAR R, QUEIROS RR. Etiologia das maloclusões. Fatores intrínsecos. Rev Paul Odont, São Paulo, v. 18, n.34, p.34-35, jul./ago. 1996.
2. BRAUER, J. C.; BAHADOR, M. A. Variations in calcification and eruption of the deciduous and the permanent teeth. J Am Dent Assoc, Chicago, v. 29, no. 11, p. 1373-1387, Aug. 1942.
3. HARALABAKIS, N. B.; YIAGTZIS, S. C.; TOUTOUNTZAKIS, N.M. Premature or delayed exfoliation of deciduous teeth and root resorption and formation. Angle Orthod, Appleton, v. 64, n. 1, p. 151–156, Jan. 1994.
4. MILLER, B. G. Investigations of the influence of vascularity and innervation on tooth resorption and eruption. J Dent Res, Chicago, v. 36, no. 5, p. 669– 676, Oct. 1957.
5. PEREIRA IF, et al. Odontoma composto em região anterior de mandíbula: relato de caso Composite odontoma in the anterior region of the mandible: a case report Odontoma compuesto en la región anterior de la mandíbula: informe del caso. REAS/EJCH | Vol.12(10) | e4527 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4527.2020>. Acessado em fevereiro de 2023.
6. DIAS DS, et al. Tracionamento ortodôntico de canino permanente superior: relato de caso clínico Orthodontic traction of upper permanent canine: clinical case report Tracción ortodóncica de canino superior permanente: reporte de caso clínico. REAS/EJCH | Vol.Sup.n.41 | e2418 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2418.2020> Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091. Acessado em fevereiro de 2023.
7. ISSÁO, M.; GUEDES-PINTO, A. C. Manual de Odontopediatria. 9 ed. São Paulo: Pancast, 1994.
8. PINTO ACG. Odontopediatria. 6ed. Sao Paulo: Ed. Santos, 1997. Capl, p.1-15: Ontogênese.
9. BADAUY CM. Estudo epidemiológico da retenção prolongada de dentes decíduos. UFES Rev Odontol. 2001;3(2):35-9.
10. JAHANIMOGHADAM F, HOSSEINIFAR R. Case Report: Simultaneous Presence of Primary and Permanent Teeth. August 2015, Volume 12, Number 3.
11. DANELON M, et al. Retención de molares primarios: diagnóstico, etiología, tratamiento y relato de caso clínico. Vol 9 N° 1 Enero - Junio 2019.
12. AKTAN AM, et al. An evaluation of factors associated with persistent primary teeth. doi: 10.1093/ejo/cjq189. Epub 2011 Jan 12.
13. FUJITA H, et al. Prolonged retention of primary teeth and TMD from the archaeological sample in the Edo Japanese. Eur J Prev Med 2014; 2: 110-113.



14. MURILLO MPO. Supernumerary teeth. Clinical case report. Rev. Odont. Mex vol.17 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2013.
15. SABRI R. Management of over-retained mandibular deciduous second molars with and without permanent successors. *World J Orthod* 2008; 9: 209-220.
16. ROBINSON S, CHAN MF. New teeth from old: treatment options for retained primary teeth. *Br Dent J* 2009; 207: 315-320.
17. SURI L, et al. Delayed tooth eruption: Pathogenesis, diagnosis and treatment. A literature review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126: 432-445.
18. BOJ JR, et al. *Odontopediatria*. 1th ed. Barcelona: Masson; 2004.
19. AKTAN AM, et al. An evaluation of factors associated with persistent primary teeth. doi: 10.1093/ejo/cjq189. Epub 2011 Jan 12.
20. CORTELETI JF, et al. Retenção prolongada de dente decíduo por impactação de dente supranumerário em criança de 12 anos. *REV ASSOC PAUL CIR DENT* 2015;69(4):426-30.
21. AKTAN AM, et al. An evaluation of factors associated with persistent primary teeth. doi: 10.1093/ejo/cjq189. Epub 2011 Jan 12.
22. VORHIES JM, et al. Ankylosed deciduous molars. *J Am Dent Assoc* 1952; 44: 68-72.
23. O'CONNELL AC, et al. Delayed eruption of permanent teeth in hyperimmunoglobulinemia E recurrent infection syndrome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2000;89(2):177-85.
24. GRIMBACHER, et al. Hyper-IgE syndrome with recurrent infections--an autosomal dominant multisystem disorder. *N Engl J Med*. 1999;340(9):692-702.
25. ESPOSITO L, et al. Hyper-IgE syndrome: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(2):147-53.
26. CANDEIRO GTM, et al. Ocorrência de Molares Supranumerários em Pacientes da Clínica de Radiologia da Universidade Federal do Ceará. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2009;50(2): 30-2.
27. GRABER TM. *Orthodontics: principles and practice*. 3 rd Philadelphia: Saunders, 1972.
28. BERNSTEIN L, KEYES KS. Abnormalities of the teeth and their supporting structures. *Otolaryngol Clin North Am* 1972;5:249-72.
29. BERTHOLD TB, et al. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *Rev Cienc Med Biol* 2004;3:252-60.
30. BHASKAR SN. Desarrollo y crecimiento de los dientes y los maxilares. In: COHEN, M.M. *Odontologia Pediátrica*. Buenos Aires: Mundi, 1958. Cap. 5, p. 101-146.
31. MEIXNER I, et al. Retained primary teeth in STAT3 hyper-IgE syndrome: early intervention in childhood is essential. *Orphanet Journal of Rare Diseases* (2020) 15:244.
32. SOUZA D, et al. Síndrome hiper-igE – Imunopatologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 2010, 18 (4):291-331.
33. O'CONNELL AC, et al. Delayed eruption of permanent teeth in hyperimmunoglobulinemia E recurrent infection syndrome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2000;89(2):177-85.
34. ESPOSITO L, et al. Hyper-IgE syndrome: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(2):147-53.
35. SENE LS, et al. Síndrome de Proteus: relato de caso Proteus syndrome: case



- report. Rev assoc med bras.2013;59(4):318–32.
36. MUNHOZ L, et al. Maxillofacial manifestations of Proteus syndrome: a systematic review with a case report. Doi: 10.1007/s11282-019-00416-y. Epub 2019 Nov 16.