

PREVALÊNCIA DA OLIGODONTIA NUMA AMOSTRA DA CLÍNICA ORTODONTICA PRIVADA

José Pereira da Cruz*

RESUMO

O autor fez a revisão de 550 histórias clínicas de pacientes da clínica privada para diagnosticar os dentes ausentes congenitamente. Observou que 5.6% dos casos mostravam oligodontia, sendo mais frequente nos incisivos laterais superiores, nos segundos premolares inferiores e nos segundos premolares superiores.

O sexo feminino surge com a maior prevalência.

UNITERMOS

Oligodontia, prevalência.

* Médico Estomatologista

1 - INTRODUÇÃO

Têm sido utilizados vários termos para designar a ausência congénita de dentes na dentição decídua e permanente.

A palavra oligodontia de origem grega, oligo (pouco, escasso) e odonto (dente) quer dizer redução do número de dentes mas não está generalizada. No entanto, esta terminologia para a ausência congénita de alguns dentes parece mais apropriada que anodontia parcial.

Anodontia também deriva do grego, an (sem) e odonto (dentes) mas significa ausência total de dentes. Portanto, a designação de anodontia parcial seria menos correcta. Stewart e Prescott utilizaram para a mesma situação a palavra hipodontia.

A agenesia, na dentição decídua, é pouco frequente e extremamente rara fora da região incisiva. A oligodontia na dentição permanente é mais frequente, sugerindo alguns

autores uma prevalência superior no sexo feminino.

A prevalência da oligodontia na dentição permanente varia com a raça. A ausência de um ou mais dos terceiros molares nas populações caucásicas varia entre 10 e 25% (Stewart e Prescott). Para Pindborg segue-se a ausência do 2.º premolar inferior, entre 0.8% e 6.4%.

São várias as causas que podem conduzir à oligodontia:

1. Alterações do desenvolvimento dos germes dentários: inflamação ou infecção localizada; deficiências de nutrição, como o raquitismo; outras doenças infecciosas como a sífilis (Stein); doenças a vírus durante a gravidez, como a rubéola (Sperber); alterações intrauterinas graves; obstrução física ou alteração da lamina dentária, como no caso do síndrome orofaciodigital; endocrinopatias, associadas a ausência do incisivo lateral do maxilar.

2. Transtornos do desenvolvimento do tecido ectodérmico:

Os dentes, como outras estruturas derivadas do ectoderme, começam a desenvolver-se pouco depois do 2.º mês da vida fetal. Isto explica que as anomalias dentárias possam ser acompanhadas de outras alterações do ectoderme.

Na displasia ectodérmica, a falta congénita de alguns dentes é acompanhada de outras manifestações clínicas como alopecia, pele seca e ausência de glândulas sudoríparas.

A ausência dos incisivos laterais superiores também pode expressar uma dificuldade na fusão dos processos nasal médio e maxilares.

A hereditariedade é uma hipótese levantada pela distribuição familiar da ausência de dentes em certas famílias. Gravely e Johnson (1971) mostraram uma predisposição genética mas modo de transmissão não está completamente esclarecido.

No planeamento dos tratamentos ortodon-

ticos é muito importante estar seguro da presença de todos os dentes. Daí que a ortopantomografia seja considerada como exame de rotina.

A agenesia dos terceiros molares não representa um problema ortodóntico embora a valorização do espaço, nas arcadas dentárias, tenha um papel determinante na decisão terapêutica. O período de formação do terceiro molar é variável sendo umas vezes visível na idade de 8 anos e em alguns casos cerca dos 14 anos.

A ausência dos incisivos laterais superiores é causa de problemas essencialmente estéticos. Se a arcada superior tem apinhamento, o canino emerge em contacto com o incisivo central, criando-se uma situação esteticamente aceitável desde que se altere a morfologia da coroa. Com mais frequência o canino emerge na proximidade do incisivo central mas não entra em contacto com ele. Neste caso colocam-se duas hipóteses: fechar os espaços mesializando os dentes posteriores ou abri-los para a colocação de uma prótese.

A ausência dos segundos premolares, nas desarmonias dento-alveolares, pode facilitar a correção do apinhamento. Exceptuando estes casos é aconselhável conservar o 2.º molar temporário até à idade adulta. A infra-oclusão do molar decíduo é, por vezes, um sinal de agenesia do dente definitivo.

II - MATERIAL E MÉTODO

Para este estudo escolhemos aleatoriamente 550 histórias clínicas de pacientes de raça branca da nossa clínica privada, com idades superiores aos dez anos. As informações foram recolhidas do processo clínico e confirmadas pelo exame ortopantomográfico.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 550 examinados, 209 correspondem a

pacientes do sexo masculino e 341 do sexo feminino.

Observamos a oligodontia de 62 dentes, distribuída do modo seguinte e por ordem decrescente:

1. Incisivo lateral superior	23	(37.1%)
2. Segundo premolar inferior	20	(32.26%)
3. Segundo premolar superior	11	(17.74%)
4. Incisivo lateral inferior	4	(6.45%)
5. Segundo molar inferior	2	(3.225%)
6. Segundo molar superior	2	(3.225%)

Quadro 1. Distribuição da oligodontia por sexo

	masculino	feminino	total
Histórias clínicas revistas	209	341	550
Histórias clínicas com oligodontia	11	20	31

Quadro 2. Distribuição dos dentes ausentes por sexos

	masculino	feminino	total
Incisivo lateral sup.	5	18	23
Segundo premolar inf.	8	12	20
Segundo premolar sup.	5	6	11
Incisivo lateral inf.	—	4	4
Segundo molar inf.	2	—	2
Segundo molar sup.	—	2	2
Total	20	42	62

Se compararmos os nossos resultados com os publicados por outros autores verifica-se alguma diferença. As percentagens mais ele-

vadas explicam-se pela inclusão das agências dos terceiros molares, o que não sucede no nosso estudo.

No nosso estudo constata-se que a oligodontia não predomina nos últimos dentes da série de substituição pelo que não é aplicável o argumento de expressão de uma tendência de redução filogenética.

Verifica-se que na área dos molares e bicúspides esta afecção é mais frequente na mandíbula que no maxilar.

O Quadro n.º 2 mostra que a ausência congénita dentária é mais frequente no sexo feminino.

Quadro 3. Percentagens de oligodontia apresentadas por diversos autores.

DOLDER	1936	3.4%
WETHER e ROTHENBERG	1939	2.3%
BYRD	1943	0,27%
PEDERSON	1944	3%
BREKHUS e col.,	1944	1.5%
GRAHNEN	1956	6%
HUNSTADBRATEM	1957	10.1%
BROWN	1957	4.3%
VALINOTI	1958	6.6%
GLEIN	1964	5.5%
ROSE	1966	4.8%
MOYERS	1966	4%
FLEITES e ACOSTA	1982	3.6%
AGUILA e col.	1982	2%
CARDOSO e col.	1986	5.8%

A percentagem, 5,6% de histórias com oligodontia está próxima das apresentadas por Cardoso, Grahnen, Gleine Rose. É um pouco superior à observada pela maioria dos autores provavelmente porque se trata de uma amostra da população dirigida a cuidados ortodónticos. Também se aceita que o maior número de ausências se situe no incisivo lateral superior, causa de problemas essencialmente estéticos. Obviamente os pacientes e seus familiares dão mais importância ao aspecto estético que ao funcional.

Atendendo ao grau de probabilidade, 5.6%, de encontrar pacientes com oligodontia, o ortodontista tem necessidade do exame ortopantomográfico.

Quadro 4. Oligodontia no maxilar e na mandíbula

	nº de dentes	%
maxilar	36	58.06
mandíbula	36	41.94
Total	62	100.00

IV - CONCLUSÕES

1. A prevalência da oligodontia numa população da raça branca e destinada a tratamento ortodontico é de 5.6%.
2. Os dentes que mais frequentemente se encontram ausentes são: incisivo lateral superior, segundo premolar inferior e segundo premolar superior.
3. A prevalência é mais alta no sexo feminino.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILA, F. e colab. "Prevalencia de la oligodoncia (hipodoncia) en 3954 pacientes". Rev.Cub.Est. 19:42-45, 1982.
- BROWN, V. "Pattern and frequency of congenitally absence of teeth" Iowa Dent J. 43:60, 1957.
- BREKHUS, citado por CARDOSO e col.
- BYRD, D. "Incidence of supernumerary and congenitally missing teeth" J. Dent.Child 10:84, 1943.
- CARDOSO, L. e colab. "La oligodoncia. Estudio de 500 histórias clínicas". Rev. Cub. Est. 23:165-170, 1986.
- DOLDER, J. "Hypodontia". Odontol Revy 46:663, 1936.
- FLEITES, L. e ACOSTA, A. "Estudio sobre la prevalencia de oligodoncia en un servivio de ortodoncia". Rev. Cub. Est. 19:3-7, 1982.
- GLEIN, B. "A consecutive six years study of prevalence of congenitally missing teeth in private pedodontic practice in two geografical separated areas". J. Dent. Child 31:264, 1964.
- GOMES, M. "Herencia y oligodoncia". An Est. Odontoest. 24:333-348, 1965.
- GRAHEN, H. "Hypodontia in the permanent dentition. A clinical and genetic investigation". Odontol Revy 7:1,1956.
- GRAVELEY, J.,e JOHNSON, D. citado por Hume. Dent. Pract. 21:212, 1971.
- HUME, W. "Oligodontia. A case report". Br. Dent. J. 132:71-72, 1972.
- HUNSTADBAYEN, K. "Hypodontia in the permanent dentition". J. Dent.Child, 40:60, 1957.
- MOYERS, P. Tratado de Ortodoncia, 1966.
- PEDERSON, O. "The east Greeland Eskimos dentition. Numerical variations and anatomy. Kebenhaum Reitzeds, 1944.
- ROSE, S. "A survey of congenitally missing teeth excluding third molars in 6000 orthodontics patients". Dent Pract Dent Rec 17:107, 1966.
- STEIN, B., "Syphilitic hypoplasia of the teeth". Dent. Cosmos 55:691, 1913.
- VALINOTI, R. "The congenitally absence: premolar problem" Angle Orth. 28:36, 1958.
- WETHER, R. ROTHEMBERG, F. "Anodontia" A.J.O. 25:61, 1939.