

O presente estudo remete-nos para as causas de extração e perda dentária na dentição permanente, durante um período de 12 meses. Neste estudo foram incluídos todos os pacientes atendidos na clínica de medicina dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, dentro dos quais, 2380 contemplaram os critérios metodológicos selecionados. A amostra demonstrou-se uniforme relativamente ao género (sexo masculino 50,84% e sexo feminino 49,16%). A idade média é de $42,53 \pm 16,647$ anos e mediana de 42 anos, tendo-se de idade mínima estipulada 12 anos e máxima encontrada, 90 anos.

Os hábitos de higiene dentários foram avaliados devido à probabilidade de aumento das doenças orais com uma frequência e qualidade de higiene oral insuficiente, contudo na literatura os resultados dos estudos são controversos, podendo não evidenciar uma relação direta, mas sim uma ação cumulativa ao longo da vida (128). Verifica-se neste estudo que 42,33% dos indivíduos referiram efetuar a higiene oral 2x/dia e 32,91% 1x/dia. Os indivíduos que relataram não efetuar higiene oral diária constituíam 15,5% da amostra, sendo que em 21,1% dos casos não existia informação disponível sobre este item. No nosso estudo a correlação entre frequência de higiene oral e cárie ou doença periodontal não foi determinante provavelmente devido a se caracterizar a frequência de higiene oral e não a qualidade da mesma, assim como elevado número de pacientes sem dados a este nível e também pela maior percentagem de extrações efetuadas no nosso estudo se situam na faixa etária dos 41-50 anos.

Os hábitos tabágicos foram estudados devido a serem um fator de risco para a doença periodontal, e por isso a necessidade de caracterizar a este nível a população estudada (128,130,132). Segundo vários estudos, os fumadores têm maior prevalência de doença periodontal moderada a grave, aumentando quatro vezes mais a probabilidade de ter doença periodontal e diminuindo a capacidade de resposta aos tratamentos periodontais e na terapia de suporte a perda dentária podem ser duas vezes maior que num doente não fumador (133, 145). O risco de propagação da doença periodontal pode ser seis vezes maior num paciente fumador em relação ao paciente não-fumador (134). No nosso estudo, 69% dos indivíduos da amostra são não fumadores. Os restantes 31%, apresentam um valor médio de 17,96 cigarros/dia com um desvio padrão de 11,02 cigarros/dia. O valor da mediana é de 20 cigarros por dia. Ainda de acordo com os hábitos tabágicos, o percentil 75 é de 20 cigarros/dia, o que representa que cerca de 75% dos indivíduos fumadores fuma menos de um maço de cigarros por dia. Esta informação

apresenta um *missing value* de 2,3%. Na correlação com a doença periodontal no nosso estudo não existem dados significativos, pois a população predominante é não fumadora.

A maioria das extrações realizadas foi do tipo simples (98,45% dos casos). A extração complicada é de maior frequência na região molar, relacionada a dentes inclusos principalmente terceiros molares (cerca de 1,55% da amostra). A sequência encontrada de ocorrência da extração do tipo complicada foi: molares inferiores esquerdos, molares superiores esquerdos, molares inferiores direitos, molares superiores direitos, canino superior esquerdo e canino superior direito. Não existem neste estudo extrações complicadas de outro tipo ou grupo dentário.

Segundo o nosso estudo, excluindo os terceiros molares, os dentes da região molar são ainda os mais extraídos, principalmente multirradiculares, verificando-se uma maior incidência de extração nos molares inferiores (36;47;46;47) em relação aos superiores (16;17;26;27), principalmente do dente 46. Esta predominância no nosso estudo comprova outros estudos na literatura que denotam a maior frequência de extrações de terceiros molares e molares. Na literatura científica os primeiros molares inferiores também são referidos como os mais extraídos (146, 147, 148,149). A sequência da ocorrência de extrações pelos vários grupos de dentes é: molares inferiores direitos > molares superiores esquerdos > molares inferiores esquerdos > molares superiores direitos > incisivos superiores > pré-molares superiores direitos > pré-molares superiores esquerdos > incisivos inferiores > pré-molares inferiores direitos > pré-molares inferiores esquerdos > canino superior esquerdo > canino superior direito > canino inferior direito > canino inferior esquerdo.

A nível geral e por estas diferenças serem mínimas a nível das regiões molares, a distribuição das extrações segundo os quadrantes é homogênea.

Em relação às extrações efetuadas em urgência/emergência verificou-se que os dentes mais extraídos foram os molares inferiores e superiores. As causas mais prevalentes foram a cárie (59,2%) e a doença periodontal (24,8%). Relativamente à condição do dente extraído sob uma consulta de urgência/emergência evidenciou-se que 23,8% apresentava lesão periapical, 14,6% apresentava tratamento endodôntico radical e 11,7% tinha tratamento prévio restaurador. Assim, evidencia-se como principal causa dos dentes extraídos sob consulta de urgência médico-dentária as causas relativas a infecção de origem endodôntica ou tecidos de suporte do dente.

Na análise da amostra global de todos os dentes extraídos, a nível do estado/condição apresentadas por estes dentes, 15,68% dos casos apresentava lesão periapical, 10,59% apresentavam tratamento endodôntico radical, 9,3% dos casos tinham restauração, 3,07% apresentavam mobilidade dentária devido a doença periodontal, 1,39% tinham espigão intrarradicular e 0,17% tinham prótese fixa (coroa).

A presença de espigão intrarradicular mostrou forte associação, sendo os dentes mais afetados os do primeiro e segundo quadrante, com principal ênfase para os dentes pré-molares e incisivo lateral.

A percentagem de associação entre dentes com TER e extração dentária no nosso estudo é de 10,59%. Segundo o estudo de Torabinejad et al (2009), o fracasso deste tratamento varia entre 14-16%. Os dentes mais afetados são os molares, principalmente os molares inferiores: dentes 36 e 46, o que corrobora os estudos de Michael (2006; 2001). Já nos estudos de Toronto, segundo Salehrabi et al (2004), o sucesso do TER para um tratamento inicial é de 97% usando critérios simples de avaliação sem radiografia periapical. No estudo de Toronto (2008), usando critérios mais restritos encontraram 87% de sucesso e 95% de sobrevivência. Na revisão sistemática de Y-L et al (2007) o sucesso do tratamento varia entre 65-85%.

Quanto à restauração, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre o dente extraído e a existência de restauração, tendo-se verificado a existência de restauração associada à extração dos dentes 11, 16, 17, 25, 26, 27, 36, 37, 46 e 47. Na literatura é evidenciado a importância de um bom selamento coronário e tratamento adequado da cárie e de dentes com TER (44, 45, 47, 54).

Quanto à lesão periapical, denota-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o dente extraído e a presença de lesão periapical, sendo os dentes mais afetados, os dentes 46, 47, 36, 37. O prognóstico do dente tratado endodônticamente associado a lesão periapical determina valores menores de sucesso e sobrevivência, tal como referido por vários autores (5, 33, 40, 41).

Na mobilidade dentária, complicação do avanço da doença periodontal, denota-se que os dentes mais atingidos nesta correlação são os incisivos inferiores.

Quanto à relação entre a extração dentária e a presença de prótese fixa, não foi possível determinar devido ao número de casos diminuto.

As principais causas de extração são a cárie dentária e suas sequelas 60,57% e a doença periodontal 31,47%, como já demonstrado em outros estudos prévios, apesar de

no nosso estudo a percentagem encontrada para a cárie dentária ser um pouco superior à descrita nos estudos (cerca 40-50%) (150, 151, 152, 153, 154, 155, 156,157,158).

No nosso estudo com menores percentagens de causa de extração, apresentam-se a profilaxia 15,97%, motivos protéticos 10,63%, trauma dentário 2,23%, outros motivos 2,06% e por último os motivos ortodônticos 2,02%.

Não se observaram diferenças significativas entre sexos apesar do maior número de casos de extração do sexo masculino relacionado com a causa cárie dentária e doença periodontal, devido provavelmente também ao ligeiro maior número de casos do sexo masculino. Alguns estudos denotam predominância ao sexo feminino (1,152), enquanto outros, como o de Kamberos et al (1987), num estudo retrospectivo a 10 anos, demonstra predominância de extrações no sexo masculino (156). Um estudo sobre as causas de perda dentária no género masculino evidenciou a cárie dentária como principal causa de perda dentária, seguido dos motivos protéticos e periodontais (157).

A cárie dentária e suas sequelas determinam a principal causa geral de extração dentária. A extração de restos radiculares evidencia-se principalmente na região molar inferior e superior e na região de pré-molares superiores, enquanto que, a zona mais afetada pela extração por motivo de cárie inicial ou secundária em estadio prévio, é a zona dos molares, superior e inferior. Segundo um estudo efetuado em Itália, os dentes mais extraídos devido a cárie são os molares e pré-molares, que também se verificou no nosso estudo (149), com uma distribuição normal, em que há diminuição da incidência à medida que a idade avança, com frequência máxima entre os 31-40 anos. Nos estudos prévios existentes na literatura vários são os que evidenciam a cárie dentária como a principal causa de perda dentária, ou com a doença periodontal as causas mais prevalentes. Contudo, alguns estudos denotam que esta é significativa na idade de criança, jovem e adulto, diminuindo a partir dos 40 anos. No nosso estudo também se evidencia esta diminuição (147,152,159,160,161).

Na doença periodontal evidencia-se um ligeiro aumento gradual até aos 40 anos e após esta idade apresenta valores significativos, sendo os valores máximos entre os 40 e 70 anos. Estes resultados corroboram os de estudos prévios, que referem que a partir dos 40 anos, a perda dentária por motivo periodontal, é mais significativa e maior que a perda por motivos de cárie (147,151,162,163,164).

Segundo o estudo de Jaafar et al (1996), as duas principais causas de perda dentária são a cárie e a doença periodontal, atingindo o pico máximo aos 21-30 anos e

41-50 anos respectivamente (164). No nosso estudo apesar de não haver os picos nas mesmas faixas etárias, também se denota uma frequência mais elevada para a cárie dentária numa faixa etária mais precoce e mais tardia para a doença periodontal. Os dentes mais extraídos por doença periodontal são os incisivos inferiores, seguidos dos molares inferiores e incisivos superiores. Segundo os estudos publicados os incisivos e caninos são os dentes mais extraídos por este motivo (149, 165).

A extração dentária devido a tratamento ortodôntico é evidenciada principalmente nas faixas etárias mais jovens (dos 12 aos 40 anos), como seria lógico devido a estes tratamentos serem efetuados principalmente na fase da adolescência ou jovem adulto. A extração evidencia-se principalmente na região molar com a extração dos terceiros molares e a extração dos pré-molares superiores, o que mostra concordância com o estudo de Angelillo et al (2009) (149). Assim estes dentes estão provavelmente associados a limitações de espaço e possível impação e promoção de apinhamento especialmente na arcada inferior como descrito no estudo de Travess et al (2004) apesar de existir muita controvérsia acerca deste tema como se pode constatar no estudo de revisão efetuado em Inglaterra (115).

A extração devido ao tratamento reabilitador oral, aumenta ao longo da idade, apesar deste motivo ser de apenas 10,63%. Os dentes mais extraídos por este motivo englobam os incisivos superiores e inferiores assim como molares e pré-molares superiores e inferiores. No estudo em Itália a extração devido a motivos protéticos evidencia maior frequência nos incisivos e caninos principalmente inferiores (149).

O trauma dentário teve uma expressão neste estudo de 0,25% sendo uma percentagem diminuta dos casos analisados, que pode ser explicado por neste estudo apenas se avaliar a dentição permanente e a partir dos 12 anos, contudo observa-se alguns casos nas faixas etárias dos 20 aos 50 anos. Os dentes mais afetados são os incisivos superiores. Na literatura evidencia-se sempre uma percentagem baixa, devido aos estudos se limitarem apenas a dentição permanente, sendo mais frequente este tipo de acidente numa idade precoce e também mais frequente na dentição decídua (149).

A extração dentária por profilaxia manifesta-se principalmente em extrair dentes passíveis de apresentarem complicação a nível de saúde oral. Este motivo representa neste estudo 15,97% dos casos estudados, com pico de ocorrência na faixa etária dos 20-30 anos. Os dentes extraídos são os molares.

A extração por outros motivos mostrou valores mínimos e exprime-se em todas as faixas etárias.

A extração dos terceiros molares verificou-se em 531 casos, dos quais 499 extrações (93,62%) foram extrações simples e apenas 34 (6,38%) foram extrações complicadas. A percentagem de dentes inclusos é de 4,9% e 16,9% são terceiros molares semi-inclusos. Segundo o estudo realizado na Alemanha, este é o dente mais extraído, o que também se revela neste estudo. A causa mais frequente neste tipo de dentes é a profilaxia com 63,41%, seguida da cárie dentária com 54,2%, em que 10,51% são restos radiculares, a doença periodontal com 16,70%, ortodontia 6% e motivos protéticos com 3,56%. Segundo um estudo numa população da Jordania, as principais causas de extração dentária de terceiros molares foi de cárie e problemas de erupção. No nosso estudo observou-se a ordem inversa destes dois itens, apesar de serem as causas mais frequentes. Provavelmente estes resultados devem-se a extração profilática do terceiro molar, um maior cumprimento do doente e maior acompanhamento do médico dentista e opção do mesmo (166).

No estudo efetuado evidencia-se um elevado número de extrações de terceiros molares como referido no estudo de Stephen et al (2001), não tendo nenhuma patologia associada. Contudo, segundo a literatura apresentada e as normas e recomendações do Instituto Nacional de Excelência de Inglaterra, devido ao maior risco cirúrgico e maior probabilidade de causar morbilidade ou complicações pós-operatórias, as recomendações de extração dos terceiros molares retidos/impactados ou inclusos são: pericoronarite recorrente, celulite, abscesso, osteomielite, cistos, tumores, lesões de cárie sem possibilidade de restauro, patologia periapical ou tratamentos endodônticos impossíveis, reabsorções de dentes adjacentes, fratura dentária, dente impeditivo de cirurgia ortognática, ou dente envolvido em resseção de tumor e também desenvolvimento de defeitos periodontais no segundo molar, avaliando caso a caso, os riscos e benefícios da manutenção ou extração do dente e o prognóstico dentário do mesmo (126).