

Erupção do primeiro dente decíduo em lactentes nascidos pré-termo: acompanhamento de 12 meses

Eruption of the first deciduous tooth in preterm infants: a 12-month follow-up

Elaine Cristina Vargas DADALTO^{a*}, Cecília Wetler MARCON^a, Ana Paula Martins GOMES^a,
Lilian Citty SARMENTO^a, Edinete Maria ROSA^a

^aUFES – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a idade de erupção do primeiro dente decíduo de lactentes nascidos pré-termo, egressos de unidade de terapia intensiva neonatal, além de relacionar os dados obtidos com fatores natais e pós-natais. **Material e método:** Este estudo longitudinal prospectivo foi realizado com lactentes provenientes de unidades de terapia intensiva neonatal (n=215). O critério de inclusão foi prematuridade e o de exclusão, indisponibilidade para acompanhamento e recém-nascidos portadores de síndromes/más formações congênicas, permanecendo, após aplicação desses critérios, 62 participantes. O exame foi realizado por um único operador. Os dados foram processados pelo SPSS e pela estatística descritiva e comparativa. **Resultado:** Ao considerar a idade cronológica, apenas um lactente apresentou incisivos inferiores erupcionados aos seis meses. Constatou-se atraso na erupção (60%), quando comparado com padrão da literatura, porém, ao analisar pela idade corrigida para prematuridade, este atraso foi menos frequente (32%). Entre os fatores natais e pós-natais, o atraso na erupção não apresentou relação com peso ao nascimento, idade gestacional, sexo, aleitamento materno, sucção de dedo/chupeta, escolaridade materna e renda familiar. A maior frequência de atraso na erupção, pela idade corrigida, ocorreu nos casos em que o recém-nascido foi avaliado como pequeno para a idade gestacional (p=0,006). **Conclusão:** A idade de erupção do primeiro dente decíduo em lactentes pré-termo apresentou-se com atraso, quando avaliada pela idade cronológica. Porém, não houve atraso quando utilizada a idade corrigida para prematuridade. Dos fatores natais e pós-natais, apenas a relação peso/idade gestacional influenciou na idade de erupção.

Descritores: Erupção dental; dente decíduo; recém-nascido prematuro.

Abstract

Objective: To analyze the eruption age of the first deciduous tooth of preterm infants from the neonatal intensive care unit and to relate with natal and postnatal factors. **Material and method:** This prospective longitudinal study was conducted with infants from neonatal intensive care units (n=215). The inclusion criterion was prematurity and exclusion was the unavailability for follow-up and newborns with congenital syndromes/malformations, with 62 participants remaining. The exam was performed by a single operator. Data were processed by SPSS and by descriptive and comparative statistics. **Result:** When considering the chronological age, only one infant presented erupted lower incisors at 6 months. Eruption delay (60%) can be verified when compared to the standard reported in the literature. However, when analyzed by adjusted age for prematurity, this delay was less frequent (32%). Among the natal and postnatal factors, the eruption delay was not related to birth weight, gestational age, sex, breastfeeding, finger/pacifier sucking, maternal schooling and family income. The greatest frequency of eruption delay by adjusted age occurred in cases in which the infant was considered small for the gestational age (p=0.006). **Conclusion:** The eruption of the first deciduous tooth in preterm infants presented with delay, when assessed by chronological age. However, there was no delay when the corrected age for prematurity was used. Among the natal and postnatal factors, only the weight/gestational age relationship influenced the age of eruption.

Descriptors: Tooth eruption; tooth, deciduous; infant, premature.



INTRODUÇÃO

A prematuridade e o baixo peso ao nascer podem interferir no desenvolvimento geral da criança, incluindo anormalidades no desenvolvimento neuromotor¹ e comprometimento das habilidades orais.² Considera-se pré-termo o recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas³ e, para o acompanhamento do seu desenvolvimento, tem sido utilizada a idade corrigida para prematuridade^{1,2,4,5}. Esta idade é determinada pelo cálculo a partir da idade de nascimento ajustado com o grau da prematuridade, definindo como zero a idade correspondente ao nascimento a termo, com 40 semanas¹.

A influência da prematuridade sobre o processo de erupção dental tem sido reportada, indicando atraso na erupção do primeiro dente decíduo em lactentes nascidos pré-termo⁶⁻⁸, quando comparados com aqueles nascidos a termo⁹⁻¹² ou com a média de erupção descrita para crianças com características similares¹³. O estágio eruptivo padrão da dentição decídua, em geral, inicia-se com a erupção dos incisivos centrais inferiores, com média descrita na literatura de 7,68±2,84 meses¹⁴, 8,2±0,8 meses¹⁵, 8,3±3,1 meses¹⁶ e 8,5±2,6¹⁷. Khalifa et al.¹¹ acompanharam 72 casos de recém-nascidos pré-termo e 178 nascidos a termo, desde o nascimento até a erupção do primeiro dente decíduo, observando que a diferença entre a média de erupção para aqueles nascidos a termo (7,97±2,62 meses) e para os nascidos pré-termo (9,32±1,48 meses) foi significativa.

Quando foi observada a ocorrência da erupção dos incisivos decíduos em crianças pré-termo em um período similar ao das crianças nascidas a termo, a constatação foi a de que o número total de dentes já erupcionados até os 36 meses foi menor em crianças nascidas pré-termo.¹⁸ A erupção do primeiro dente pode ocorrer na idade cronológica usual em lactentes pré-termo sadios, mas, naqueles que necessitaram de ventilação mecânica prolongada no período neonatal e/ou tiveram nutrição inadequada, a erupção pode ser atrasada.¹⁹

O atraso na erupção do primeiro dente decíduo também foi associado ao baixo peso no nascimento^{8,14} – especialmente quando o recém-nascido pré-termo se encontrava na faixa de extremo baixo peso, inferior a 1.000 g,²⁰ ou muito baixo peso, inferior a 1.500 g^{9,11,13} – e aos casos de internação em unidade de terapia intensiva neonatal¹¹. A influência do sexo na erupção do primeiro dente apresenta controvérsias: pode ocorrer mais tarde em lactentes do sexo feminino²¹, enquanto outros autores¹⁴ não observaram diferença. Lactentes pré-termo do sexo feminino apresentaram erupção do primeiro dente mais tarde do que aqueles do sexo masculino²⁰. Outros autores não encontraram diferença entre os sexos em amostras incluindo nascidos a termo e pré-termo^{9,11-13}.

Quanto à idade cronológica à época da erupção, as crianças nascidas pré-termo tiveram um atraso significativo na erupção dental; entretanto, quando considerada a idade corrigida para prematuridade, não foi encontrada diferença significativa entre crianças pré-termo e nascidas a termo, de forma que a demora na erupção foi associada ao nascimento precoce e não a uma interferência no desenvolvimento dental^{7,9,11,12,22}. Foi descrito também que, após a correção da idade gestacional, não houve diferença significativa quanto ao peso^{9,22} ou até mesmo que nenhum dos lactentes nascidos

pré-termo de extremo baixo peso, que tiveram atraso de erupção pela idade cronológica, apresentou atraso de erupção quando a idade foi ajustada para prematuridade, compondo a idade corrigida²⁰.

Com base fundamentada nas pesquisas descritas, evidenciou-se a falta de informações sobre o processo de erupção da dentição decídua em pré-termos. Desta forma, este estudo teve por objetivo analisar em um grupo de lactentes nascidos pré-termo, egressos da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), a idade de erupção do primeiro dente decíduo, relacionando os dados obtidos com fatores natais e pós-natais.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo longitudinal prospectivo foi realizado a partir de uma amostra por conveniência com recém-nascidos pré-termo, provenientes de duas unidades de terapia intensiva neonatal, uma pública e uma particular, no período de fevereiro a junho de 2011 (n=215). O critério de inclusão para o presente estudo foi o nascimento pré-termo e, como critérios de exclusão, a falta de disponibilidade para participar das consultas de acompanhamento e recém-nascidos portadores de síndromes ou de más formações congênitas. Um total de 136 recém-nascidos atendia ao critério de prematuridade, entretanto 68 casos foram excluídos, quatro mães não aceitaram participar e duas desistiram. Desta forma, 62 estavam aptos a participar do estudo.

Na fase inicial, foram realizados os registros referentes à identificação da mãe e do recém-nascido, aos dados demográficos, à idade gestacional e ao peso ao nascimento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n.º 249/10) e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado pelas participantes.

Quando os lactentes completaram seis meses de idade cronológica, as mães foram convidadas por telefone para comparecer à clínica. Nesta etapa, que ocorreu entre agosto de 2011 e agosto de 2012, foi realizado o preenchimento do instrumento de coleta de dados, especialmente desenvolvido e adaptado para a anamnese de acordo com a faixa etária. Este instrumento constou de 22 itens relacionados à saúde geral e bucal da criança, para formatação do prontuário odontopediátrico, incluindo uma questão específica sobre o mês em que o primeiro dente decíduo havia erupcionado. Os lactentes foram examinados clinicamente por um único operador e receberam atendimento odontológico dentro da filosofia de promoção de saúde bucal. Para compor os resultados deste estudo, os dados utilizados se referem às repostas das mães e ao exame clínico realizado aos seis e aos 12 meses de idade cronológica.

Seguindo o critério de prematuridade de acordo com a idade gestacional³, os recém-nascidos foram agrupados neste estudo em duas categorias: pré-termo com idade gestacional ≤ a 33 semanas e 06 dias e pré-termo tardio de 34 a <37 semanas. A classificação de acordo com o peso ao nascimento foi estabelecida em três grupos: muito baixo peso (<1.500 g), baixo peso (1.500 a 2.499 g) e peso normal a partir de 2.500 g ou mais¹¹. Quanto à adequação do peso à idade gestacional, foram incluídas as categorias: pequeno para idade gestacional (PIG), quando o peso ao nascimento era inferior ao indicado no percentil 10 para a idade gestacional; adequado para idade gestacional (AIG), quando o peso situava entre o percentil

10 e 90; grande para idade gestacional (GIG), quando o peso era maior que o valor do percentil 90²³.

A escolaridade da mãe foi agrupada conforme o sistema de ensino brasileiro, considerando os níveis: Ensino Fundamental (incompleto e completo), Ensino Médio completo e Ensino Superior completo. A renda familiar foi baseada no salário mínimo vigente à época da coleta inicial dos dados. O aleitamento materno foi avaliado como presente quando este se estendeu por seis meses de idade ou mais. A sucção de dedo e/ou chupeta foi considerada quando o hábito foi persistente por período igual ou superior a seis meses de idade.

A idade de erupção do primeiro dente decíduo foi apresentada pela idade cronológica, considerada a partir da data de nascimento, e pela idade corrigida para prematuridade. A idade corrigida na época da erupção dental foi calculada ajustando pelo grau da prematuridade, considerando como zero a idade correspondente a 40 semanas, subtraindo, assim, a diferença em relação à idade gestacional¹. Para a avaliação do atraso de erupção do primeiro dente decíduo, as idades foram comparadas à média reportada na literatura, correspondendo a aproximadamente oito meses de idade¹⁶, constituindo uma variável dicotômica.

Os dados coletados foram organizados com o auxílio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 para Windows (SPSS INC., CHICAGO, IL, USA) e os resultados foram processados por meio de estatística descritiva, apresentados em tabelas e gráfico. Para comparação dos dados quanto à erupção do primeiro dente decíduo com as variáveis referentes a sexo, idade gestacional, peso ao nascimento, adequação peso/idade gestacional, aleitamento materno e sucção de dedo e/ou chupeta, foram utilizados os testes Qui-quadrado, Fisher e Razão da Máxima Verossimilhança, tendo sido adotado o nível de significância de 5%.

RESULTADO

Da amostra de 62 lactentes, 50 foram examinados aos seis e 12 meses de idade, para verificar a erupção do primeiro dente decíduo, com perda amostral de 19,3%. Os dados relacionados à caracterização das mães participantes do estudo e dados relativos aos lactentes (n=50) podem ser visualizados na Tabela 1. A idade gestacional variou de 27,4 a 36,6 semanas, com média de 33,71±2,32. O tempo médio de internação em UTIN foi 25,62±23,51 dias. Todas as crianças foram examinadas aos seis e 12 meses de idade cronológica.

Aos seis meses, o cordão fibroso de Robin e Magitot, em 90% dos casos (n=45), estava íntegro tanto na maxila quanto na mandíbula, e, em 10% (n=5), somente na maxila. Em apenas um dos lactentes o primeiro dente decíduo já estava erupcionado nesta idade. Na avaliação de 12 meses, o cordão fibroso estava íntegro em 2% (n=01) em ambas as arcadas e 30% (n=15) ainda apresentavam o cordão fibroso íntegro na maxila. Em 68% (n=34), pelo menos um dos incisivos havia erupcionado, tanto na mandíbula quanto na maxila.

A idade cronológica para a erupção do primeiro dente decíduo, conforme relato das mães, aos 12 meses de idade, variou de 5 a 12 meses. Em todos os casos, o primeiro dente decíduo a erupcionar foi um dos incisivos centrais inferiores. O número médio de dentes presentes aos 12 meses foi de 3,84±1,94. A idade média (em meses) de erupção

Tabela 1. Caracterização da amostra, conforme variáveis socioeconômicas e variáveis natais e pós-natais (n=50)

VARIÁVEIS	n	%
ESCOLARIDADE DA MÃE		
Ensino Fundamental	20	40
Ensino Médio	16	32
Ensino Superior	14	28
RENDA FAMILIAR (salários mínimos)		
Até 2	24	48
2 a 5	16	32
Mais de 5	10	20
SEXO DO LACTENTE		
Masculino	23	46
Feminino	27	54
PREMATURIDADE conforme idade gestacional (IG)		
IG ≤ 33 semanas e 6 dias	19	38
IG de 34 a < 37 semanas	31	62
PESO AO NASCIMENTO		
< 1.500 gramas	9	18
1.500 g a < 2.500 g	31	62
2.500 g ou mais	10	20
RELAÇÃO PESO/IDADE GESTACIONAL		
PIG – Pequeno para a idade gestacional	23	46
AIG – Adequado para a idade gestacional	27	54
ALEITAMENTO MATERNO por 6 meses ou mais		
Sim	31	62
Não	19	38
SUCÇÃO DE DEDO E/OU CHUPETA		
Sim	36	72
Não	14	28
TOTAL	50	100

do primeiro dente decíduo foi 8,94±1,52. Esta idade, corrigida para prematuridade, apresentou média de 7,74±1,64 meses.

Analisando pela idade cronológica, constatou-se que 60% dos lactentes nascidos pré-termo apresentaram erupção dental atrasada, comparando com a média de oito meses de idade para a erupção dos incisivos inferiores, conforme relatada na literatura¹⁶. Entretanto, quando esta mesma avaliação foi realizada considerando a idade corrigida para a prematuridade, observou-se que o atraso na erupção foi de 32% (Figura 1).

Considerando a idade cronológica, não houve diferença significativa com relação ao atraso da erupção do primeiro dente decíduo e algumas variáveis natais e pós-natais (Tabela 2).

Tabela 2. Atraso na erupção do primeiro dente decíduo de acordo com variáveis natais e pós-natais, considerando a idade cronológica (n=50)

VARIÁVEIS	ATRASO NA ERUPÇÃO (idade cronológica)				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
SEXO					
Masculino	13	43,3	10	50,0	0,431
Feminino	17	56,7	10	50,0	
IDADE GESTACIONAL					
≤ 33 semanas e 6 dias	13	43,3	6	30,0	0,258
de 34 a < 37 semanas	17	56,7	14	70,0	
PESO AO NASCIMENTO					
< 1.500 gramas	6	20,0	3	15,0	0,741
1.500 g a < 2.500 g	19	63,3	12	60,0	
2.500 g ou mais	5	16,7	5	25,0	
PESO/IDADE GESTACIONAL					
PIG	16	53,3	7	35,0	0,163
AIG	14	46,7	13	65,0	
ALEITAMENTO MATERNO 6 meses					
Sim	20	66,7	11	55,0	0,295
Não	10	33,3	9	45,0	
SUCÇÃO DEDO/CHUPETA					
Sim	22	73,3	14	70,0	0,522
Não	8	26,7	6	30,0	
TOTAL	30	100,0	20	100,0	

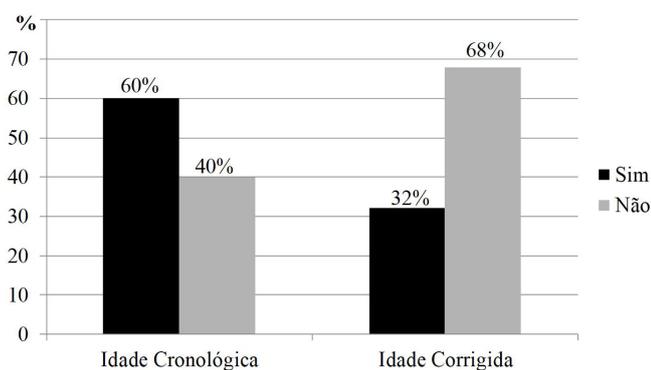


Figura 1. Atraso na erupção do primeiro dente decíduo em comparação com a média de oito meses, contrastando a idade cronológica e a idade corrigida para a prematuridade (n=50).

Quando analisada a idade corrigida para a prematuridade, pode-se observar diferença significativa com relação peso/idade gestacional (Tabela 3), em que a maior frequência de atraso na erupção do primeiro dente decíduo ocorreu naqueles lactentes que foram classificados como recém-nascido PIG, quando comparado ao

AIG, mesmo após a correção da idade gestacional. Observa-se que não há, nesta amostra, o tipo GIG. Não houve associação estatística entre atraso na erupção e escolaridade da mãe ou renda familiar, tanto pela idade cronológica ($p=0,111$ e $p=0,450$, respectivamente), quanto pela idade corrigida ($p=0,110$ e $p=0,331$).

DISCUSSÃO

O primeiro dente decíduo a erupcionar foi o incisivo central inferior, direito ou esquerdo, em todos os casos deste estudo. Este achado está em consonância com a literatura, considerando que todos os incisivos centrais inferiores erupcionaram mais cedo do que os superiores^{14,20}, ou na maioria dos casos^{11,12,15}. Vale lembrar que o exame clínico realizado aos seis meses de idade detectou a presença do cordão fibroso na maxila em 100% dos casos, enquanto que, na mandíbula, sua integridade estava ausente em 10%, o que poderia ser um indicativo da erupção do dente na mandíbula antes da maxila.

A idade cronológica média (em meses) para a erupção do primeiro dente decíduo neste estudo foi de $8,94 \pm 1,52$, idade

Tabela 3. Atraso na erupção do primeiro dente decíduo de acordo com variáveis natais e pós-natais, considerando a idade corrigida para prematuridade (n=50)

VARIÁVEIS	ATRASO NA ERUPÇÃO (idade corrigida)				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
SEXO					
Masculino	6	37,5	17	50,0	0,302
Feminino	10	62,5	17	50,0	
IDADE GESTACIONAL					
≤ 33 semanas e 6 dias	4	25,0	15	44,1	0,162
de 34 a < 37 semanas	12	75,0	19	55,9	
PESO AO NASCIMENTO					
< 1.500 gramas	1	6,2	8	23,5	0,120
1.500 g a < 2.500 g	13	81,3	18	53,0	
2.500 g ou mais	2	12,5	8	23,5	
PESO/IDADE GESTACIONAL					
PIG	12	75,0	11	32,4	0,006
AIG	4	25,0	23	67,6	
ALEITAMENTO MATERNO 6 meses					
Sim	14	87,5	29	85,3	0,604
Não	2	12,5	5	14,7	
SUCÇÃO DEDO/CHUPETA					
Sim	12	75,0	24	70,6	0,513
Não	4	25,0	10	29,4	
TOTAL	16	100,0	20	100,0	

maior do que as apresentadas na literatura para as crianças, de um modo em geral^{15,16}. Porém, para nascidos pré-termo, esta idade foi ligeiramente menor do que outros autores encontraram¹¹.

A avaliação realizada para constatar se haveria atraso ou não na erupção do primeiro dente em comparação à média de aproximadamente oito meses de idade¹⁶ demonstrou que a erupção estava atrasada na maioria dos casos, considerando a idade cronológica a partir da data de nascimento. Esta constatação também é observada na literatura, entre os autores que compararam, no mesmo estudo, os nascidos pré-termo e a termo⁹⁻¹². Por outro lado, houve também o relato de que a erupção ocorreu em período similar entre estes grupos¹⁸.

Em contrapartida, quando esta mesma análise foi realizada tendo como base a idade corrigida para a prematuridade, observou-se que, na maioria dos casos, a idade da erupção do primeiro dente não se encontrava em atraso, conforme a idade média utilizada como parâmetro. Esta comparação, também discutida em alguns estudos, tem levado à conclusão de que a erupção mais demorada está associada ao nascimento precoce, antes de 40 semanas de idade

gestacional, e não a uma interferência que provocasse atraso no desenvolvimento dental dos nascidos pré-termo^{7,9,11,12,22}. Desta forma, os profissionais de saúde devem utilizar a idade corrigida ao analisar a idade de erupção do primeiro dente em lactentes nascidos pré-termo, de forma a reduzir a ansiedade da família com relação à idade mais tardia de erupção dental, e deve-se aplicar este ajuste, também, quando houver a necessidade de estimar o cálculo da idade dentária de uma criança. Neste ponto, considera-se também que o número médio de dentes presentes aos 12 meses ($3,82 \pm 1,98$) está muito abaixo do relato de $6,1 \pm 2,7$ para crianças, em geral²¹.

Quanto às variáveis natais relacionadas à prematuridade, não houve diferença em relação à idade gestacional, ao peso ao nascimento e à adequação do peso à idade gestacional, quando foi avaliado o atraso na erupção pela idade cronológica nesta amostra de lactentes pré-termo, egressos de UTIN. A diferença quanto à cronologia de erupção por faixa de idade gestacional também não foi observada em outros estudos²⁰. Por outro lado, o atraso na erupção tem sido associado ao baixo peso ao nascimento^{8,12,14}, especialmente quando coexistem as duas condições, ou seja, prematuridade e déficit ponderal^{19,11,13,20}.

Quando o atraso na erupção foi avaliado pela idade corrigida para prematuridade, verificou-se que não houve diferença quanto à idade gestacional, representada por duas categorias: IG \leq a 33 semanas e 6 dias, e IG de 34 a $<$ 37 semanas. Deve ser observado que a representação de pré-termo extremo ($<$ 30 semanas) foi muito pequena no presente estudo, o que poderia ter sido importante para a análise deste grupo, em especial. Devido ao nascimento muito precoce, estes recém-nascidos deixariam de receber nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento por não estarem no útero, além de ser o grupo que, em geral, necessitaria de maior tempo de internação²⁰.

Quanto à relação entre atraso de erupção e peso ao nascimento, também não foi encontrada diferença significativa quando considerada a idade corrigida. Este resultado corrobora com os achados descritos na literatura de que, após o ajuste da idade para prematuridade, não há diferença quanto ao peso na avaliação do atraso de erupção^{9,20,22}.

Foi evidente, neste estudo, que o atraso na erupção do primeiro dente decíduo está significativamente associado com a adequação do peso à idade gestacional ($p=0,006$), quando avaliado pela idade corrigida. Assim, a maior frequência de atraso ocorreu em recém-nascido pequeno para a idade gestacional, o que está em contraste com os resultados de Neto, Falcão¹³, que não encontraram diferença quanto ao atraso na erupção entre AIG e PIG, pela idade corrigida. O recém-nascido PIG pode estar mais sujeito a complicações, as quais irão requerer intervenções médicas no período neonatal, como o maior tempo de intubação na UTIN, que por sua vez representaria mais provavelmente a severidade da doença nestes recém-nascidos. Tal severidade da doença poderia ser o fator causal no atraso da erupção, em vez de ser a própria intubação⁹, de forma que a erupção mais tardia no grupo PIG poderia estar relacionada a um atraso sistêmico do desenvolvimento pré-natal¹².

Neste estudo, não foi encontrada diferença quanto ao atraso na erupção do primeiro dente conforme a escolaridade da mãe ou renda familiar, o que difere de Lam et al.¹⁷, que encontraram associação com baixo nível de escolaridade materna e menor renda familiar. Também não foi encontrada diferença na comparação entre os sexos quanto ao atraso na erupção, o que está em concordância com outros autores^{9,11-14,17} e diferindo, entretanto, dos resultados que apontaram que a erupção pode ocorrer mais tarde em lactentes pré-termo do sexo feminino^{20,21}.

Não houve associação significativa quando foi avaliado o atraso na erupção e as variáveis pós-natais relacionadas ao aleitamento materno e à sucção digital/chupeta. Quanto ao aleitamento, este achado está em acordo com Patrianova et al.²⁴. Outros trabalhos divergem sobre este tema, indicando atraso na erupção dental em lactentes que foram amamentados por sete meses ou mais²¹,

ou que não tiveram aleitamento materno mas usaram chupeta⁸. Foi observada, até mesmo, erupção mais cedo em lactentes amamentados quando foi considerada a idade cronológica, mas não houve diferença após o ajuste da idade pela prematuridade¹². O aleitamento e o uso de mamadeira envolvem mecanismos de atividade muscular orofacial diferentes, o que poderia influenciar a cronologia de erupção dos incisivos decíduos; por outro lado, a manutenção da alimentação láctea além dos seis meses de idade, sem introduzir alimentação fibrosa que favoreça o irrompimento dos dentes, poderia estar relacionada ao atraso de erupção^{12,24}. O resultado de que não houve relação entre atraso de erupção e a prática frequente de sucção digital ou chupeta vai de encontro ao relato de que os lactentes que usavam chupeta apresentaram risco significativo de atraso de erupção na dentição decídua⁸.

O diferencial deste estudo foi acompanhar por 12 meses um grupo de lactentes nascidos pré-termo e que estiveram internados em UTIN, o que constituiu uma limitação, por se tratar de amostra de conveniência. Além disso, as respostas foram fornecidas pelas mães, com um intervalo de seis meses entre os exames clínicos, o que pode ser considerado uma restrição relativa, uma vez que se trata de um tema de grande percepção pelas mães e expectativas sobre esta fase do desenvolvimento infantil. Outra limitação foi utilizar a média de erupção relatada na literatura para aferir a idade de erupção do primeiro dente decíduo, não havendo a composição, no mesmo projeto, de um grupo controle para comparação. Vale ressaltar, por outro lado, que o estudo utilizado para verificar a média de erupção foi uma análise epidemiológica realizada na mesma cidade de Vitória-ES¹⁶, o que forneceu base regional similar, minimizando possíveis distorções.

O processo de erupção dos incisivos decíduos mostrou ser afetado pela condição do nascimento pré-termo. Desta forma, preconiza-se que a idade corrigida deva ser utilizada ao analisar este aspecto, de forma a reduzir a ansiedade da família com relação ao atraso na erupção dental.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a idade de erupção do primeiro dente decíduo em lactentes nascidos pré-termo apresentou-se com atraso em relação à média em geral, quando avaliada pela idade cronológica. Porém, não houve atraso de erupção na maioria dos casos, quando foi utilizada a idade corrigida para prematuridade. Entre os fatores natais inerentes à prematuridade e os fatores pós-natais avaliados, o atraso na erupção foi associado somente à adequação do peso à idade gestacional, em que a maior frequência de atraso na erupção, pela idade corrigida, ocorreu nos casos em que o recém-nascido foi avaliado como pequeno para a idade gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Mello RR, Silva KS, Rodrigues MC, Chalfun G, Ferreira RC, Delamônica JV. Predictive factors for neuromotor abnormalities at the corrected age of 12 months in very low birth weight premature infants. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009 Jun;67(2A):235-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000200012>. PMID:19547815.
2. Ruedell AM, Haeffner LSB, Silveira LM, Keske-Soares M, Weinmann ARM. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. *Rev CEFAC*. 2011 Jun;13(3):407-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000098>.

3. World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: WHO; 2003 [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351.pdf>
4. Kiy AM, Rugolo LM, Luca AK, Corrente JE. Growth of preterm low birth weight infants until 24 months corrected age: effect of maternal hypertension. *J Pediatr*. 2015 May-Jun;91(3):256-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.07.008>. PMID:25431856.
5. Freitas BAC, Priore SE, Lima LM, Franceschini SCC. Extrauterine growth restriction: Universal problem among premature infants. *Rev Nutr*. 2016 Feb;29(1):53-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000100006>.
6. Eastman DL. Dental outcomes of preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2003 Sep;3(3):93-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1527-3369\(03\)00034-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1527-3369(03)00034-5).
7. Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthod*. 2004 Apr;74(2):269-79. [http://dx.doi.org/10.1043/0003-3219\(2004\)074<0269:ASROTC>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1043/0003-3219(2004)074<0269:ASROTC>2.0.CO;2). PMID:15132456.
8. Andrade KC, Souza SB, Szarfarc SC. Desenvolvimento neuromotor e dentição de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Brasil, no primeiro ano de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(2):37-44.
9. Ramos SRP, Gugisch RC, Fraiz FC. The influence of gestational age and birth weight of the newborn on tooth eruption. *J Appl Oral Sci*. 2006 Aug;14(4):228-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572006000400003>. PMID:19089267.
10. Rezende KMPC, Zollner MSAC, Santos MRN. Avaliação da erupção dentária decídua em bebês considerados de risco. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010; Jan-Abr;10(1):61-5. <http://dx.doi.org/10.4034/1519.0501.2010.0101.0010>.
11. Khalifa AM, El Gendy RA, El-Mohsen MMA, Hammam AA, El Lateef Aly RSA. Relationship between gestational age, birth weight and deciduous tooth eruption. *Egypt Pediatr Assoc Gazette*. 2014 Jun;62(2):41-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.epag.2014.04.001>.
12. Pavicin IS, Dumancic J, Badel T, Vodanovic M. Timing of emergence of the first primary tooth in preterm and full-term infants. *Ann Anat*. 2016 Jan;203:19-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aanat.2015.05.004>. PMID:26123712.
13. Neto PG, Falcão MC. Eruption chronology of the first deciduous teeth in children born prematurely with birth weight less than 1500g. *Rev Paul Pediatr*. 2014 Mar;32(1):17-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100004>. PMID:24676185.
14. Sajjadian N, Shajari H, Jahadi R, Barakat MG, Sajjadian A. Relationship between birth weight and time of first deciduous tooth eruption in 143 consecutively born infants. *Pediatr Neonatol*. 2010 Aug;51(4):235-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S1875-9572\(10\)60044-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1875-9572(10)60044-7). PMID:20713288.
15. Al-Batayneh OB, Shaweesh AI, Alsoreeky ES. Timing and sequence of emergence of deciduous teeth in Jordanian children. *Arch Oral Biol*. 2015 Jan;60(1):126-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archoralbio.2014.08.014>. PMID:25299672.
16. Ferreira L, Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E. Chronology of deciduous teeth eruption: agreement between classic authors. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*. 2015;15(1):361-70. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2015.151.38>.
17. Un Lam C, Hsu CS, Yee R, Koh D, Lee YS, Chong MF, et al. Influence of metabolic-linked early life factors on the eruption timing of the first primary tooth. *Clin Oral Investig*. 2016 Nov;20(8):1871-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-015-1670-6>. PMID:26620731.
18. Caixeta FF, Córrea MSNP. Os defeitos do esmalte e a erupção dentária em crianças prematuras. *Rev Assoc Med Bras*. 2005 Ago;51(4):195-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000400014>. PMID:16127578.
19. Viscardi RM, Romberg E, Abrams RG. Delayed primary tooth eruption in premature infants: relationship to neonatal factors. *Pediatr Dent*. 1994 Jan-Feb;16(1):23-8. PMID:8015938.
20. Salama GSA, Draid YMA, Ayyash FF. Impact of total parenteral nutrition on deciduous tooth eruption of very low birthweight premature infants. *Pak Oral Dent J*. 2012 Apr;32(1):75-80.
21. Ntani G, Day PF, Baird J, Godfrey KM, Robinson SM, Cooper C, et al. Maternal and early life factors of tooth emergence patterns and number of teeth at one and two years of age. *J Dev Orig Health Dis*. 2015 Aug;6(4):299-307. <http://dx.doi.org/10.1017/S2040174415001130>. PMID:25936832.
22. Seow WK, Humphrys C, Mahanonda R, Tudehope DI. Dental eruption in low birth-weight prematurely born children: a controlled study. *Pediatr Dent*. 1988 Mar;10(1):39-42. PMID:3268797.
23. Alexander GR, Himes JH, Kaufman RB, Mor J, Kogan M. A United States national reference for fetal growth. *Obstet Gynecol*. 1996 Feb;87(2):163-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00386-X](http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(95)00386-X). PMID:8559516.
24. Patrianova ME, Kroll CD, Bérzin F. Sequência e cronologia de erupção dos dentes decíduos em crianças do município de Itajaí (SC). *RSBO: Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Out-Dez;7(4):406-13.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Elaine Cristina Vargas Dadalto, UFES – Universidade Federal do Espírito Santo, 29075-910 Vitória - ES, Brasil, e-mail: elainedadalto@gmail.com

Recebido: Abril 26, 2018
Aprovado: Maio 23, 2018