

# Capacidade Máxima de Abertura Bucal em Crianças de 3 a 12 Anos de Idade

Eleutério Araújo Martins\*  
Fernando Araújo\*\*  
Rejane Nunes\*\*\*  
Marcia Michel\*\*\*\*  
Carlos Feldens\*\*\*\*\*  
Jacques Öhr\*\*\*\*\*

## RESUMO

Cinquenta e seis pacientes foram examinados na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFRGS com a finalidade de determinar um limite normal de sua capacidade máxima de abertura bucal. Eles foram divididos em três grupos de idade, 3 a 5, 6 a 8, e 9 a 12 anos. O método utilizado é bastante simples e pode ser realizado em um curto espaço de tempo. Os resultados obtidos indicam que o método pode ser incluído em um exame de rotina e em Odontopediatria e pode servir como um alerta no que se refere à desordens do sistema estomatognático em crianças.

## SUMMARY

Fifty six patients were examined at the Pedodontic Clinic, School of Dentistry, UFRGS, in order to determine a normal limit of their maximum opening mouth capacity. They were divided in three groups of ages, 3 to 5, 6 to 8, and 9 to 12. The method used is quite simple and easy to be done in a short time. The results obtained indicate that it can be included in a routine pedodontic examination and be used as an alert as far as prevention of disorders of the stomatognathic system is concerned.

## DESCRITORES

Odontopediatria; Oclusão Dentária; Fisiologia.

\*Professor Titular. Disciplina de Oclusão, FO-UFRGS.

\*\*Prof. Adjunto. Disciplina de Odontopediatria, FO-UFRGS.

\*\*\*Profa. Auxiliar da Disciplina de Oclusão, FO-UFRGS.

\*\*\*\*,\*\*\*\*\*Internos da Disciplina de Odontopediatria, FO-UFRGS.

Um dos sintomas que fazem parte da Síndrome de Dor e Disfunção dos músculos e ATM (SDDM e ATM) é a diminuição da capacidade de movimentação mandibular.

Diversos trabalhos estabeleceram parâmetros para os limites entre função normal e disfunção do SEG.

Atualmente é aceita como uma situação de normalidade e capacidade de abertura máxima de 45mm para mulheres e 50mm para homens, adultos.

## OBJETIVO

Face às limitações de informações tanto na literatura corrente como em amostragens de nossa população, decidimos com o presente trabalho buscar a determinação de valores médios, correspondentes à máxima abertura bucal em pacientes jovens, em faixas etárias determinadas, com a finalidade de possibilitar o estabelecimento de um parâmetro de normalidade que possa ser incorporado à rotina do exame clínico odontopediátrico.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi elaborada inicialmente uma ficha sucinta onde constavam os dados essenciais do paciente, estado de saúde oral e abertura em milímetros (máxima) de cada um.

## AMOSTRA

A amostra consistiu de 56 pacientes que procuraram atendimento na Clínica de Odontopediatria do curso de graduação da UFRGS.

Esses pacientes foram divididos em três grupos experimentais de acordo com o desenvolvimento da dentição. A saber:

1. Dentição Decídua: N = 21 — pacientes de 3 a 5 anos de idade.
2. Dentição Mista: N = 23 — pacientes de 6 a 8 anos de idade (dentição Decídua mais 1.ºs molares per-

manentes, mais incisivos permanentes).

3. Dentição Permanente jovem: N = 12 — pacientes de 9 a 12 anos de idade.

## METODOLOGIA

O grau de abertura bucal foi medido com auxílio de um paquímetro sensível ao décimo de milímetro. Ao número obtido foi somado o eventual e variável sobrepasso vertical dos incisivos ou diminuído o grau de afastamento entre os incisivos ainda não completamente erupcionados fisiologicamente ou patologicamente (mordida aberta anterior).

A tomada da distância foi feita entre os bordos incisais dos: 11/41 ou 21/31 ou 51/81 ou 61/71.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos foram analisados estatisticamente para a obtenção de valores médios para as três faixas etárias alvo da observação.

	n	$\bar{x}$	s
3-5 anos	21	42,23	4,95
6-8 anos	23	46,34	5,38
9-12 anos	12	48,41	6,01

Com a média do universo estatístico =  $\mu$

- 3- 5 anos — 39,98 e 44,48mm
  - 6- 8 anos — 44,02 e 48,66mm
  - 9-12 anos — 44,61 e 52,21mm
- p < 0,05

## AValiação DOS RESULTADOS

Os dados encontrados em nosso trabalho e apresentados pelos três grupos não mostram grande variabilidade dentro dos grupos. Contudo, quando comparados grupo com grupo de 3-5 anos difere dos outros dois.

Da análise dos dados pode-se afirmar que a média do universo estatístico, em 95% dos casos estará entre os valores:

- 3-5 anos de idade: 39,98 e 44,48mm (p < 0,05)
- 6-8 anos de idade: 44,02 e 48,66mm (p < 0,05)
- 9-12 anos de idade: 44,61 e 52,21mm (p < 0,05)

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados, nos permitem o estabelecimento de números significativos de situações de aparente normalidade clínica. Esse estabelecimento está reforçado pelos resultados encontrados por outros pesquisadores em faixas etárias semelhante e/ou próximas. Nevakari (1960) encontrou em 50 meninos e 50 meninas entre 6-8 anos de idade a média de 46,00mm (5). Sheppard (1965) em 14 crianças 3-5 anos de idade o valor de 42,40mm e 21 crianças entre 6-10 anos de idade 46,20mm. Ingervall (1970) examinando 103 crianças na idade de 7 anos encontrou média de 46,40mm (3). Agerberg (1974) registrou em 33 crianças com 1-2 anos de idade 38,40mm, e em 75 meninos e 75 meninas na idade de 6 anos 44,80mm (1). Mais recentemente Kirveskari (1986) em 378 crianças com idades entre 5, 10 e 15 anos de idade encontrou respectivamente a média de 40mm, 46mm e 50mm.

Os resultados obtidos permitiram o estabelecimento de uma média variável com a faixa etária, e que, ao nosso ver, pode ser usada como base para estabelecimento de uma condição de normalidade que pode ser incluída na rotina do exame bucal em Odontopediatria, como uma forma de detecção precoce de eventuais problemas no SNM ou da ATM.

## CONCLUSÕES

Face a análise dos resultados obtidos parece lícito concluir que:

1. Foram estabelecidos limites de normalidade de abertura bucal máxima para cada uma das faixas etárias avaliadas.
2. A técnica utilizada, pela sua simplicidade, pode ser incluída no exame clínico de rotina como auxiliar de diagnóstico.
3. Conforme os resultados obtidos qualquer valor, em qualquer faixa etária das analisadas, inferior a 36mm deve levar o clínico a uma observação mais acurada, face a uma possível disfunção do SEG.

## RESUMO

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGERBERG, G. Maximal mandibular movements in children. *Acta Odont. Scand.*, 32:147-59, 1974.
2. ERIKSSON, E. The dependence of mandibular dysfunction in children on functional and morphologic malocclusion. *Am. J. Orthod.*, 88(3):187-94, 1983.
3. INGERVALL, B. Range of movement of mandible in children. *Scand. J. Dent. Res.*, 78:311-22, 1970.
4. LINDQVIST, B. Bruxism in twins. *Acta Odontol. Scand.*, 32:177-87, 1974.
5. NEVAKARI, K. Elapso prearticuliris of the temporomandibular joint: a pantomographic study of the so called physiological subluxation. *Acta Odontol. Scand.*, 18:123-70, 1960.
6. NILNER, M. Relationships between oral parafunctions and functional disturbances and diseases of the stomatognathic system among children aged 7-14 years. *Acta Odontol. Scand.*, 41:1983.
7. NILNER, M. & LASSING, S. Prevalence of functional disturbances and diseases of the stomatognathic system in 7-14 years old. *Swed. Dent. J.*, 5:173-88, 1981.
8. PERSSON, M. et alii. Mandibular dysfunction in patients with rheumatoid arthritis. *J. Craniomand. Disord. Facial Oral Pain*, 2:201-08, 1988.
9. WOOLFOLK, M. Malocclusion and TMJ symptoms in migrant children. *J. Craniomand. Disord. Facial Oral Pain*, 2:196-200, 1988.