

# PLANEJAMENTO INTEGRADO NO TRATAMENTO REABILITADOR – RELATO DE CASO

## INTEGRATED PLANNING IN REHABILITATION TREATMENT – CASE REPORT

FLÁVIO ROBERTO MACHADO JUSTO<sup>1</sup>, LÍVIA DE SOUZA TOLENTINO<sup>2</sup>, ROBERTA SABOIA<sup>3</sup>,  
STEPHANIE GOMES ASSUNÇÃO ALVES<sup>4</sup>, ANA CAROLINA CAIO PASSONI<sup>5</sup>, GUSTAVO  
NASCIMENTO DE SOUZA PINTO<sup>6</sup>

1. Mestre em Periodontia pela FOB-USP; 2. Professora Doutora, Disciplina de Periodontia na Universidade UniCesumar; 3. Mestre em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM); 4. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); 5. Residente do Programa de Radiologia Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM) 6. Doutorando em Radiologia Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).

\* Avenida Humaitá, 542, Zona 4, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87014-200. [nsouzagustavo@gmail.com](mailto:nsouzagustavo@gmail.com)

Recebido em 04/04/2017. Aceito para publicação em 19/04/2017

### RESUMO

A odontologia está em constante evolução científica, desta maneira um adequado e minucioso planejamento multidisciplinar entre os profissionais é de extrema importância e deve anteceder qualquer intervenção clínica, a fim de alcançar tanto um prognóstico favorável quanto as expectativas do paciente. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico onde foi necessário um planejamento integrado em busca de uma reabilitação bucal. Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, compareceu ao consultório odontológico com queixa do seu sorriso. Ao exame clínico intrabucal, observou-se um contorno gengival insatisfatório, agenesias dentárias dos incisivos laterais superiores, dentes conóides e elemento dentário decíduo. O tratamento envolveu manutenção de espaços através de ortodôntica fixa, extração do dente com atraso de esfoliação, instalação de implantes dentários, tratamento periodontal cirúrgico, próteses e restaurações. Ao final do tratamento, evidenciou-se a necessidade de um conhecimento e trabalho entre diferentes especialidades para alcançar uma harmonia fácil e dentária, satisfazendo as expectativas da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reabilitação bucal, estética dentária, anodontia.

### ABSTRACT

Dentistry is in constant scientific evolution, so an adequate and multidisciplinary planning among professionals is important and precedes any clinical intervention in order to achieve a favorable prognosis and the expectations of the patient. The aim of this case report is to present a clinical case where it was necessary an integrated planning to improve an oral rehabilitation. A 40-year-old female patient arrived the dental office, complaining about her smile. After the intra-oral clinical examination, an unsatisfactory gingival contour was observed, further dental agenesis of the upper lateral incisors, conoid teeth and deciduous dental element. The treatment involved maintenance of spaces through fixed orthodontic appliances, extraction of the tooth with delayed exfoliation, installation of dental implants, surgical periodontal treatment, prostheses and restorations. At the end of the treatment, the need for a knowledge and work between different specialties to achieve an easy and dental harmony, satisfying the expectations of the patient, was evidenced.

**KEYWORDS:** Mouth Rehabilitation, esthetics dental, anodontia.

### 1. INTRODUÇÃO

Diante da quantidade de conhecimentos científicos na odontologia, o passo mais importante que precede qualquer atividade clínica propriamente dita é a realização de um plano de tratamento ou planejamento odontológico detalhado e integrado entre profissionais especializados em diversas áreas, de tal forma que, seja capaz de diagnosticar, planejar, prognosticar e executar adequadamente os procedimentos de reabilitação oral<sup>1</sup>.

Uma visão multidisciplinar deve ser observada durante o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento com a finalidade de proporcionar um resultado que tenha boa previsibilidade e atenda as expectativas estéticas e funcionais do paciente que vai ser submetido a um tratamento de reabilitação oral<sup>2</sup>.

A reabilitação oral é a arte e a ciência de restaurar os dentes destruídos e de recolocar os que faltam. O êxito do tratamento reabilitador requer a combinação de vários aspectos: diagnóstico acurado, cooperação do paciente, estado de saúde bucal, plano de manutenção, entre outros<sup>3</sup>.

Normalmente, o plano de tratamento ideal inicia-se pela resolução dos casos de urgência, seguida pela fase de adequação do meio bucal. Nesta fase realizam-se todos os procedimentos inerentes ao planejamento periodontal, cirúrgico e endodôntico, preparando e habilitando os pacientes para as fases seguintes de reabilitação oral, por meio de restaurações dos elementos dentários com diversos materiais restauradores, além de próteses parciais fixas e/ou removíveis nos edêntados parciais e próteses totais nos edêntados totais<sup>1</sup>.

A odontologia restauradora deve ser realizada em ambiente livre de inflamação. Com o tecido gengival inflamado, a presença de alterações do contorno gengival, mobilidade dentária, presença de sangramento e exsudato, anomalias dentárias, torna-se impossível executar corretamente as manobras clínicas como preparo, moldagem, prova de estrutura e ainda mais grave seria a colocação de prótese fixa ou implante dentário em tal condição podendo acarretar a

perda de todo o trabalho e um agravamento do quadro periodontal em um curto espaço de tempo<sup>2,3</sup>.

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico em que a paciente foi submetida a um planejamento integrado, envolvendo manutenção de espaço com aparatologia ortodôntica, extração do dente decíduo, instalação de implantes dentários, tratamento periodontal cirúrgico, próteses e restaurações, em busca de um prognóstico favorável, uma condição clínica condizente ao funcionamento do sistema estomatognático e uma melhora no quadro psicológico da paciente.

## 1. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, com bom estado de saúde geral, buscou tratamento devido a insatisfação com o seu sorriso.

Na análise intrabucal observou-se bom estado de saúde periodontal, estabilidade oclusal devido ao uso de aparelho ortodôntico por dois anos, algumas áreas edêntulas devido à agenesias dos incisivos laterais superiores porém com seus espaços mantidos pelo uso do aparelho ortodôntico, presença de elemento decíduo (dente 71) devido à agenesia do incisivo central inferior esquerdo, dentes caninos conóides, grande espaço interdental entre os elementos dentários 32 e 33, elementos dentários 17, 26, 36 e 46 extraídos em razão de extensa destruição por cáries, regiões com grandes quantidades de gengiva inserida e contorno gengival irregular (Figura 1). Além disso, foi constatado que a paciente apresentava um grande comprometimento psicológico relacionado a insatisfação do sorriso.



Figura 1. Fotografia intrabucal inicial.

Inicialmente, foi realizada minuciosa e detalhada anamnese, exames imaginológicos periapicais e panorâmica (Figura 2), periograma, moldagem, seguido da realização de um plano de tratamento adequado envolvendo profissionais de diferentes especialidades.

Após finalização do tratamento ortodôntico, foram instalados implantes dentários (Neodent®, Curitiba, Brasil) nos espaços edêntulos superiores (região do dente 12 e 22). Posteriormente foi realizada a extração do dente decíduo (71) e instalação de implantes nos espaços edêntulos inferiores (região do dente 31 e espaço entre os dentes 32 e 33, a fim de que ao final da reabilitação fosse estabelecida uma oclusão satisfatória) (Figura 3).

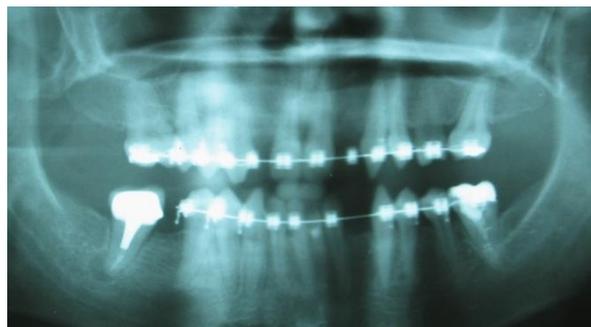


Figura 2. Radiografia panorâmica inicial.



Figura 3. Após instalação dos implantes dentários inferiores.

No arco superior foram confeccionados provisórios na região dos dentes 12 e 22, em virtude da estética e, conseqüentemente, melhora no quadro psicológico da paciente.

Na sequência, realizada cirurgia plástica periodontal (gengivoplastia e osteotomia) na região de caninos e pré-molares superiores estabelecendo melhor do contorno gengival (Figura 4).



Figura 4. Cirurgia plástica periodontal.



Figura 5. Aspecto intrabucal final.

Após 3 meses da instalação dos implantes, as coroas unitárias foram confeccionadas e, também, foram realizadas reanatomizações com resinas

composta nos dentes 11, 13, 21, 23, 32, 33, 41, 42 e 43 (Figura 5).

## 2. DISCUSSÃO

Uma parcela considerável dos pacientes que procuram tratamento ortodôntico com o objetivo de melhora estética apresentam agenesias dentárias, principalmente de incisivos laterais superiores. Em alguns casos o paciente apresenta outros tipos de anomalias dentárias associadas, como a presença de dentes conóides ou microdentes<sup>4,5,6,7,8</sup>.

Entre 2-10% da população possui agenesia dental<sup>9</sup>. A ausência de incisivos laterais superiores representa aproximadamente 20% dos casos de agenesia e ocorre maior frequência bilateralmente<sup>10</sup>.

Esta anomalia ocorre mais frequentemente em pacientes do gênero feminino<sup>11,12</sup>, na proporção de 3:2 e interfere diretamente na oclusão do portador, podendo ocasionar uma oclusão traumática, inclinação dos dentes adjacentes, diastemas e problemas periodontais, além de uma estética indesejável e prováveis problemas fonéticos<sup>13</sup>.

Em alguns casos, os caninos estão em posição mesializada ou lingualizada quando comparados com a posição normal e a linha média desviada para o lado afetado pela agenesia. Os incisivos laterais superiores decíduos geralmente permanecem no arco por um longo período por motivos psicológicos<sup>9</sup>.

O plano de tratamento individual depende de fatores, como: o número de dentes ausentes, oclusão, morfologia facial, padrão de crescimento, morfologia dentária, idade e a necessidade de tratamento ortodôntico. Um pré-requisito para ótimos resultados é a cooperação interdisciplinar<sup>14</sup>.

O seu tratamento pode ser conservador, não realizando nem a ortodontia nem o tratamento protético, apenas um remodelamento estético do incisivo decíduo com resina composta<sup>15</sup>. Entretanto, esta terapia é considerada de baixa longevidade. Outra opção de tratamento é a movimentação ortodôntica através do fechamento do espaço pela movimentação do canino para o lugar do incisivo lateral e dos pré-molares e molares adjacentes em direção mesial<sup>9,15</sup>.

Também, pode ser realizado o tratamento protético através da confecção de uma prótese adesiva<sup>16</sup> ou uma prótese fixa sustentada pelo canino e incisivo central<sup>17</sup>, o que envolveria o preparo protético de dentes hígidos, sendo este considerado um tratamento invasivo.

Outro tratamento possível de ser realizado é a instalação de implantes osseointegrados. Um tratamento ortodôntico preventivo é geralmente uma condição necessária para a obtenção de um correto posicionamento de implantes na substituição do dente ausente. O tratamento implante-prótese é o mais conservador biologicamente em caso de agenesias e o que apresenta maior custo/benefício<sup>18</sup>. Sendo considerada o tratamento mais indicado<sup>19</sup>. Objetivando preservar a integridade das estruturas nobres intrabucais, recuperar a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático e fonético, possibilitando uma

melhor qualidade de vida aos pacientes<sup>20</sup>.

A opção de tratamento escolhida para o caso clínico em estudo foi a manutenção do espaço com o uso do aparelho ortodôntico para posterior reabilitação com implantes, uma vez que esta opção é indicada quando há relação sagital de Classe I; quando há uma discrepância dente-osso positiva (espaçamentos generalizados) e quando o canino irrompe em sua posição normal, distante dos incisivos centrais<sup>17</sup>.

Em casos de abertura/manutenção de espaços para colocação de implantes, devem-se considerar: dificuldade para obtenção do paralelismo radicular dos dentes adjacentes ao espaço; quantidade de osso presente para colocação de implante; idade no momento da finalização ortodôntica, pois se esta for precoce, deve-se aguardar um período muito longo para a possível colocação do implante; estética nos pacientes com sorriso gengival, principalmente em relação à margem gengival; e problemas relacionados à infraoclusão dos implantes a longo prazo<sup>21</sup>. No caso clínico relatado pode-se observar uma quantidade suficiente de osso em altura e espessura para instalação dos implantes, a paciente apresenta uma idade adequada para tratamento reabilitador com implantes e não é observado um sorriso gengival que prejudique a estética.

A grande vantagem nessa abertura/manutenção do espaço está no tempo de tratamento ortodôntico significativamente menor do que quando se opta por fechamento do espaço mediante o movimentação mesial dos dentes posteriores<sup>22,23</sup>.

É inquestionável que a saúde do periodonto deve ser restabelecida antes de qualquer procedimento restaurador. Facilitando, assim, os procedimentos restauradores, fornecendo mais previsibilidade na odontologia restauradora<sup>24</sup>.

Além da ausência de inflamação, a condição clínica ideal para reabilitação dos pacientes com necessidades protéticas baseia-se em: presença de mucosa ceratinizada e ausência de bolsa periodontal<sup>25</sup>. Porém, além da saúde gengival, em alguns casos é necessária a realização de cirurgias plásticas periodontais para melhoras estéticas no contorno gengival<sup>24</sup>. Realizou-se no caso clínico relatado gengivoplastia seguida de osteotomia na região dos caninos e pré-molares superiores, confecção de próteses fixas e reanatomização com resina composta dos dentes conóides e naqueles com forma insatisfatória.

A reabilitação oral não garante um sucesso e longevidade do tratamento, sendo de extrema importância a colaboração e rigorosa higienização bucal do paciente, assim como acompanhamento e visitas periódicas ao cirurgião-dentista para avaliações e exames imagiológicos.

## 3. CONCLUSÃO

Em suma, o tratamento pôde ser finalizado com êxito devido a um minucioso planejamento multidisciplinar do caso, tendo o auxílio de profissionais capacitados em diferentes áreas de

atuação diagnosticando, planejando, prognosticando e executando adequadamente os procedimentos propostos em busca da reabilitação bucal da paciente em questão. Além disso, é de extrema valia ter conhecimento das expectativas e desejos da paciente em relação ao tratamento para que estas sejam alcançadas.

#### 4. REFERÊNCIAS

- [01] Tortamano, N. Atualização em Clínica Integrada. Atualidades S.B.O. em prática odontológica. Rio de Janeiro: Quintessence. 1988.
- [02] Lanza M, Henriques S. Reabilitação oral- Filosofia, planejamento e oclusão. São Paulo: Editora Santos. 2003; 233-62.
- [03] Alonso A, Albertine J, Bechelli A. Oclusão e diagnóstico em reabilitação oral. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana. 2004; 437-9.
- [04] Altug-Atac A; Erdem D. Prevalence and distribution of dental anomalies in orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*; 2007; 510-4.
- [05] Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *Angle Orthodontics*. 1998; 68: 267-274.
- [06] Ooshima T, *et al.* The prevalence of developmental anomalies of teeth and their association with tooth size in the primary and permanent dentitions of 1650 Japanese Children. *Int J Paediatric Dent*. 1996; 87-94.
- [07] Peck S, Pecke L, Kataja M. Prevalence of tooth agenesis and peg-shaped maxillary lateral incisor associated with palatally displaced canine (PDC) anomaly. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1996; 110: 441-443.
- [08] Thongudomporn U, Terrence J. Prevalence of dental anomalies in orthodontic patients. *Australian Dent J*. 1998; 395-8.
- [09] Kennedy DB. Orthodontic management of missing teeth. *Journal of the Canadian Dental Association*. 1999; 65: 548-550.
- [10] Stamatiou J, Symons AL. Agensis of the permanent lateral incisor: distribution, number and sites. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 1991; 15: 244-246.
- [11] Dermaut LR, Goeffers KR, Smit D. Prevalence of tooth agenesis correlated with jaw relationship and dental crowding. *Amer J Orthodont Dentofac Orthop*. 1986 Sep;90:204-10.
- [12] Muller TP, *et al.* A survey of congenitally missing permanent teeth. *J Amer Dent Assoc*. 1970; 81:101-7.
- [13] Oliveira AG. Associação da anodontia parcial com o tamanho e morfologia dos dentes permanentes, com o apinhamento dentário e com as dimensões do arco dentário de brasileiros. São Paulo. 1988. 116p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
- [14] Stenvik A, Zachrisson BU. Orthodontic closure and transplantation in the treatment of missing anterior teeth. An overview. *Endod Dent Traumatol*. 1993; 9:45-52.
- [15] Millar BJ, Taylor NG. Lateral thinking: the management of missing upper lateral incisors. *British Dental Journal*. 1995; 179: 99-106.
- [16] Hebel K, Gaijar R, Hofstede T. Singletooth replacement: bridge vs. implant-supported restoration. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2000; 66: 435-438.
- [17] Robertsson S, Mohlin B. The congenitally missing upper lateral incisor. A retrospective study of orthodontic space closure versus restorative treatment. *European Journal of Orthodontics*. 2000; 22: 697-710.
- [18] Zarone F, *et al.* Prosthetic treatment of maxillary lateral incisor agenesis with osseointegrated implants: a 24-39-month prospective clinical study. *Clin. Oral Impl. Res.* 17, 2006; 94-101
- [19] Richardson G, Russell KA. Congenitally missing maxillary lateral incisors and orthodontic treatment considerations for the single-tooth implant. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2001; 67: 25-28.
- [20] Carvalho NB, *et al.* Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2006;6(4):17-22.
- [21] Tanaka O, *et al.* Na ausência congênita de incisivos laterais superiores: fechar ou recuperar o espaço? *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press*. 2003 Fev-Mar.
- [22] Marco R, Bjorn Z. Integrating esthetic dentistry and space closure in patients with missing maxillary lateral incisors. *J Clin Orthod*. 2001 April;35(4):221-33.
- [23] Thilander B. Orthodontic space closure versus implant placement in subjects with missing teeth. *J Oral Rehabilitation*. 2008; 64-71.
- [24] Greco G, *et al.* A importância do planejamento integrado no tratamento da reabilitação oral. *Rev Imp News*. 2009; 57-64.
- [25] Rosemberg M, *et al.* Tratamento periodontal e protético para casos avançados. *Quintessence books*. 1992; 61-113.