

AGENESIAS DE INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES ASSOCIADAS À MICRODONTIAS DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIOR

AGENESIS OF CENTRAL INFERIOR INCISORS ASSOCIATED WITH MICRODONTIA OF UPPER LATERAL INCISORS

DAYANA CUNHA AMARAL¹, RENATA APARECIDA GIL CARDOSO², OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA³, RENATA APARECIDA GIL CARDOSO⁴, CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA^{4*}

1. Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra; 2. Cirurgião Dentista; 3. Mestrando em Saúde Coletiva. Professor Assistente I da Universidade Severino Sombra; 4. Mestre em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. Professora Assistente III da Universidade Severino Sombra.

* Rua Lúcio Mendonça, 24/705, Centro, Barra do Pirai, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27 123-050. carlacnbarbosa@hotmail.com

Recebido em 13/05/2017. Aceito para publicação em 30/05/2017

RESUMO

O planejamento multidisciplinar de pacientes com agenesia de incisivos centrais inferiores e dentes conóides envolvem considerações estéticas e funcionais de grande importância para um resultado clínico satisfatório. As implicações clínicas das anomalias dentárias associadas são muito pertinentes uma vez que o diagnóstico precoce pode alertar o cirurgião dentista para outras anomalias. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico onde foi realizado um trabalho multidisciplinar. Paciente do sexo feminino com agenesia de incisivos centrais inferiores, no qual foi proposto recuperar e manter o espaço para posterior reabilitação, incisivos laterais superiores conóides que dentre às várias técnicas para a reanatomização desses dentes optou-se pela resina composta direta, que tem como vantagem o resultado imediato e o baixo custo quando comparado as outras técnicas. Para a correção da mordida profunda foi adaptado um batente fixo e a classe II dentária entre as opções disponíveis na literatura foi utilizado mecânica com elástico. Com este trabalho observou-se que apesar das dificuldades encontradas e do longo período de tratamento obteve-se os resultados esperados em cada etapa do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Anomalia dentária, má – oclusão, reabilitação bucal, terapia combinada.

ABSTRACT

The multidisciplinary planning of patients with lower central incisor agenesis, conoid teeth involves aesthetic and functional considerations of great importance for a satisfactory clinical outcome. The clinical implications of associated dental anomalies are very pertinent since early diagnosis may alert the dental surgeon to other anomalies. The objective of this work is to report a clinical case where a multidisciplinary work was done. A female patient with agenesis of lower central incisors,

in which it was proposed to recover and maintain the space for later rehabilitation, superior lateral conoid incisors that among the several techniques for the reanatomization of these teeth was chosen by the direct composite resin, which has the advantage of immediate result and low cost when compared to the other techniques. For deep bite correction, a bite plate was adapted and dental class II, among the available options in the literature was used mechanical with elastic. With this work, it was observed that despite the difficulties encountered and long treatment period, the expected results were obtained at each stage of the treatment.

KEYWORDS: Dental abnormalities, malocclusion, oral rehabilitation, combined therapy.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente há uma grande busca da sociedade pela estética e um padrão de beleza, o que muda o enfoque da odontologia tradicional, que há mais de um século é apenas restaurar dentes cariados, hoje está voltada para uma odontologia preventiva direcionada a reabilitações não só funcionais como também estéticas, com isso os profissionais de odontologia vêm buscando encontrar soluções estéticas e funcionais associando diferentes especialidades odontológicas¹⁻³.

As anomalias dentárias são irregularidades odontogênicas e se expressa com distintos graus de severidade desde o atraso na cronologia até mesmo a ausência completa do germe dentário. Essas anomalias de desenvolvimento apresentam alta frequência de associações, podendo ser de número, tamanho, forma e posição. O reconhecimento das anomalias nem sempre é possível apenas com exame clínico, sendo necessário o exame radiográfico^{4,5}.

A agenesia é uma anomalia dentária de desenvolvimento mais comum no ser humano que tem

como característica a ausência de um ou mais dentes, podendo acometer dentes decíduos e permanentes, pode estar associada a permanência de dente decíduo e também a presença de dentes conóides, podendo ter uma ligação direta com a hereditariedade e evolução humana devido a mudança dos hábitos alimentares. A agenesia de dentes permanentes pode gerar graves problemas como oclusões traumáticas, inclinações indesejáveis de dentes adjacentes como também o surgimento de diastemas causando danos ao periodonto interdental. Vários são os termos usados para a ausência congênita de dentes, tais como agenesia, anodontia, anodontia parcial, oligodontia e hipodontia^{6,7}.

Outra anomalia dentária de desenvolvimento considerada microdontia isolada são os dentes conóides que em sua maioria são os incisivos laterais superiores e os terceiros molares, sendo mais comum no sexo feminino, apresentam comumente a raiz com seu comprimento normal e com coroa em forma de cone, ou seja com o tamanho reduzido, onde há diminuição na largura mesio distal, as superfícies proximais convergem para incisal o que pode levar também ao surgimento de diastemas e a correção muitas das vezes é a reanatomização do elemento de forma mais conservadora com restaurações diretas ou indiretas de resina composta ou com desgaste para a confecção de coroas totais ou facetas de porcelana. Essa anomalia é facilmente vista no exame clínico de rotina e exames radiográficos e são frequentemente associados a agenesias^{1,3,5,7-8}.

Pacientes insatisfeitos com seu sorriso procuram cada vez mais procedimentos estéticos nos consultórios odontológicos em busca de um sorriso mais harmonioso e agradável o que não acontece quando à presença de anomalias de desenvolvimento. Em função disso os cirurgiões dentistas são desafiados diariamente a elaboração de um adequado e correto plano de tratamento de acordo com as necessidades funcionais e estéticas de cada indivíduo tornando-se imprescindível para o sucesso do tratamento^{1,9-10}.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em paciente do sexo feminino com agenesia de incisivos centrais inferior, associado à microdontia de incisivos laterais superior.

2. CASO CLÍNICO

Paciente ASM, leucoderma, 13 anos e 11 meses, gênero feminino, compareceu ao consultório odontológico queixando-se da aparência de seus dentes. Relatou que não gostava do formato dos dentes, pois se apresentavam fora dos padrões normais de tamanho e forma e que ainda tinha dente de leite inferior.

Ao exame facial foi visualizado boa assimetria e perfil convexo (figuras 1, 2 e 3). No exame clínico foi constatado ausência dos incisivos centrais inferior permanente, incisivos laterais superior conóides, mordida profunda e padrão de Classe II de Angle

(figuras 4, 5, 6, 7 e 8). O exame radiográfico demonstrou ausência do germe dos incisivos centrais inferior e uma inclinação mesial das raízes dos incisivos laterais inferiores (figuras 9, 10, 11, 12 e 13).



Figura 1: Vista frontal extrabucal



Figura 2: Vista frontal do sorriso.



Figura 3: Vista lateral direita.



Figura 4: Vista lateral intra bucal direita.



Figura 5: Vista frontal intra bucal.



Figura 6: Vista lateral intra bucal esquerda.



Figura 7: Vista oclusal superior.



Figura 8: Vista oclusal inferior.



Figura 9: Exame radiográfico panorâmico inicial.



Figura 10: Exame radiográfico periapical ântero superior direito.



Figura 11: Exame radiográfico periapical ântero superior esquerdo.



Figura 12: Exame radiográfico periapical ântero inferior.

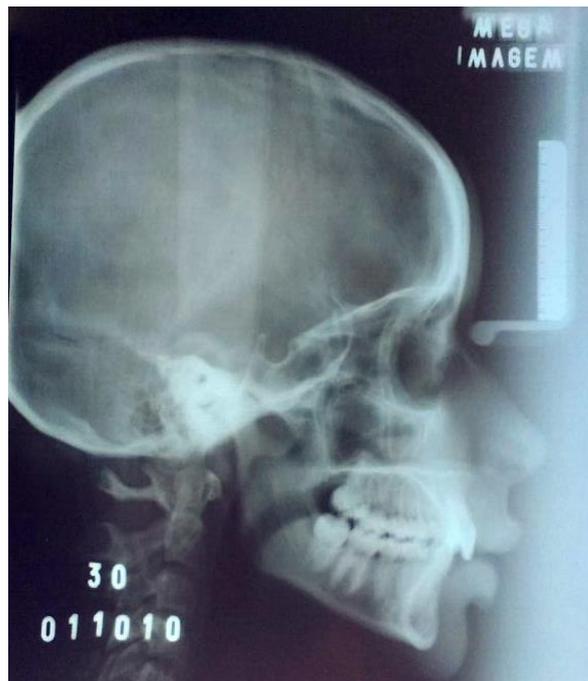


Figura 13: Exame cefalométrico.

Planejou-se alinhamento e nivelamento das arcadas; correção da mordida profunda e da Classe II; recuperar espaço na região dos incisivos centrais inferiores e verticalização das raízes dos incisivos laterais inferiores para posterior reabilitação com implantes; e reanatomização dos incisivos laterais superiores.

Iniciou o tratamento com a adaptação do Batente fixo, instalação da aparatologia fixa com prescrição Roth Light slot .018 na arcada superior, arco .016 de níquel-titânio termoativo com propósito de alinhamento e nivelamento. Cinco meses após, foi instalado o aparelho no arco inferior.

Nas arcadas foram utilizado arco .016 de aço de perímetro maior que a arcada, no arco superior com a intenção de vestibularizar os incisivos centrais e ganhar espaço para reanatomizar os incisivos laterais; no arco inferior aumentando o perímetro do arco para ter espaço suficiente para a reabilitação na região dos incisivos centrais.



Figura 14: Exame panorâmico antes da remoção do aparelho.

Finalizou com arcos .017 X .025 de Titânio e Molibdênio (TMA) (Figura 14). A aparatologia superior foi removida e adaptada a contenção contínua de Hawley modificado (Wrap Around). O aparelho

fixo inferior foi mantido até a paciente resolver por qual tipo de reabilitação optar.

Após a remoção da aparatologia fixa superior, realizou-se a reanatomização dos incisivos laterais superiores com resina composta de forma direta (figuras 15, 16, 17, 18 e 19).



Figura 15: Vista lateral intra bucal direita.



Figura 16: Vista frontal intra bucal atual.



Figura 17: Vista lateral intra bucal esquerda atual.



Figura 18: Vista oclusal superior atual.



Figura 19: Vista oclusal inferior atual.



Figura 20: Exame radiográfico periapical ântero inferior direito.



Figura 21: Exame radiográfico periapical ântero inferior esquerdo.

Para corrigir a angulação das raízes os bráquetes foram trocados para prescrição Alexander e colados com angulação para providenciar torque lateral nas raízes, com isto deixando espaço suficiente para instalação futura dos implantes (Figura 20 e 21).

3. DISCUSSÃO

O aumento da exigência dos pacientes pela estética e harmonia do sorriso tem se tornado cada vez mais frequentes nos consultórios odontológicos. A estética tem para o ser humano um conceito altamente subjetivo, pode estar relacionada com fatores sociais, culturais e psicológicos e se alteraram em função do tempo, dos valores e da idade do indivíduo. A aparência do sorriso tem grande impacto na vida dos indivíduos, um sorriso não harmônico pode determinar alterações de comportamento como baixa autoestima e até mudanças de personalidade, podendo influenciar na vida social e profissional, por isso a avaliação das expectativas do paciente e o entendimento das possíveis soluções terapêuticas são essências antes de iniciar qualquer tratamento^{8,10,11}.

O adequado diagnóstico e plano de tratamento são fundamentais para o sucesso do caso, sempre que possível uma abordagem multidisciplinar deve ser utilizada para que se consiga a harmonia oclusal, funcional e estética desejada⁵. O plano de tratamento proposto foi executado viabilizando as possíveis reabilitações que poderiam ser realizadas depois de concluído o tratamento ortodôntico nas agenesias dos incisivos centrais inferiores.

A fase de alinhamento e nivelamento dos arcos dentários, considerada a primeira fase ativa e mais importante no tratamento ortodôntico, pois é nela que o formato dos arcos é desenhado, e ocorre simultaneamente com a troca dos arcos; durante essa fase além da correção das posições individuais dos dentes ocorre também à planificação da curva de spee^{12,13}.

Em termos cronológicos pode-se dividir a fase de nivelamento em dois períodos distintos: o período inicial que compreende os primeiros meses do tratamento no qual busca os objetivos de alinhamento e nivelamento dental, assim, praticamente todas as técnicas ortodônticas corretivas, deixando-se para uma segunda etapa a correção das inclinações dentais; e o período complementar de nivelamento que inicia-se depois da obtenção de um paralelismo entre os planos que passam pelos canais de encaixe ou slots e o plano oclusal do paciente¹⁴.

As principais causas de perda de espaço são: perdas precoces de dentes decíduos, lesões de cárie proximais, restaurações inadequadas, perda de incisivos devido a trauma, agenesias congênitas, erupção ectópica de dentes permanentes e más-formações dentárias, que têm como consequência uma desarmonia oclusal¹⁵. De acordo com a literatura o caso citado teve necessidade da recuperação de espaço

devido à ausência congênita dos incisivos centrais inferiores e as más-formações dentárias dos incisivos laterais superiores.

Para recuperar o espaço perdido ou espaço insuficiente a mecânica mais comum a ser aplicada é a utilização de molas de secção aberta entre os dentes adjacentes, a mola age empurrando os dentes, seus efeitos são a mesialização ou distalização quando há espaços mesio-distais, ou então, vestibularização quando não houver espaços proximais entre os dentes¹⁶, a recuperação do espaço no caso citado foi obtida por meio de arco com tamanho maior do que o perímetro da arcada.

A mola deve ser instalada exatamente no local onde se deseja abrir o espaço, a partir do fio de aço .016", o tamanho da mola é aproximadamente 5 mm maior que a distância entre os bráquetes dos dentes adjacentes. Após dissipar a tensão armazenada e com trocas do fio e da mola, em períodos que variam de 25 a 30 dias, o espaço vai se abrindo e gera como efeito colateral a convergência das raízes e divergência das coroas.

Para corrigir esses efeitos, após definido o espaço da coroa, os bráquetes devem ser recolados com angulação para providenciar torque lateral nas raízes. Nesse momento, é interessante conjugar os dentes com seus adjacentes para que não abra espaço entre as coroas. Providenciado o paralelismo entre as raízes e o espaço de, pelo menos, 6mm entre os ápices e o implante. O ideal é que entre os ápices radiculares caiba o implante e sobre 1 mm de cada lado melhorando assim sua fixação e diminuindo os riscos de contato do implante com a raiz¹⁶.

A sobremordida é um tipo de má-oclusão vertical de etiologia multifatorial, conjunto de características que produz um trespassse vertical aumentado. Como qualquer outra má oclusão a mordida profunda possui diversas formas de tratamento, porém antes de tratá-la é necessário estabelecer a sua causa, o problema pode ser redução do terço inferior da face e falta de erupção dos dentes posteriores ou a sobre erupção dos dentes anteriores^{17,18}.

As principais formas de tratamento são: extrusão de dentes posteriores, onde um batente é incorporado em uma placa de mordida fazendo com que os dentes anteriores ocluam em um plano de resina desocluidando assim os posteriores e favorecendo sua extrusão. As extrusões desses dentes têm uma influência direta no trespassse vertical, podendo também optar pela intrusão dos dentes anteriores, quando erupcionam excessivamente, nesses casos requer uma força leve e contínua, pois é considerada uma técnica delicada e deve ser muito bem planejada para que se evitem recessões gengivais e reabsorções radiculares^{17,18}.

A má-oclusão classe II é muito variada podendo ser causada por alterações dentárias ou esqueléticas promovendo uma relação incorreta entre o arco superior e inferior apresentando uma convexidade facial aumentada, para o tratamento dessa má-oclusão há controvérsias na literatura, porém ambas buscam o mesmo objetivo que é corrigir ou mascarrar essa

discrepância sagital¹⁹.

A opção de tratamento para a classe II dentária consiste na distalização dos molares superiores, seja com o Aparelho Extra Bucal (AEB), aparelhos removíveis que levará a um resultado insatisfatório e tempo prolongado se não houver a colaboração do paciente e os diversos distalizadores intrabucais como pêndulo, Jones Jig e Distal Jet que necessitam da mínima cooperação do paciente, temos como opção também o mini-implante que permite a movimentação dos molares sem a necessidade de outros tipos de ancoragem e apresenta como vantagem evitar a mesialização dos demais dentes¹⁹.

Outra forma de tratamento são os elásticos de classe II, elásticos intermaxilares oblíquos que vão do molar inferior ao um dispositivo no canino superior, promovendo assim movimento sagital na região ântero superior e no sentido ântero posterior, podendo ser esse movimento uni ou bilateral. Em casos de mordida profunda a sobremordida deverá ser corrigida antes do uso de elásticos. Os elásticos de classe II atuam com forças leves, porém diretas que são aplicadas na mandíbula para aumentar o seu crescimento e segurá-la. Se o elástico for utilizado no início do tratamento pode ocorrer um efeito negativo como perda do torque anterior da maxila²⁰.

Para reanatomização de dentes conóides várias são as técnicas que podem ser utilizadas, desde formas mais invasivas como desgaste para confecção de coroas totais e ou facetas de porcelanas até os mais conservadores com resina composta de forma direta ou indireta⁸⁻¹¹. No caso clínico relatado optou-se pela resina composta direta.

As resinas indiretas são confeccionadas em ambiente laboratorial, apresentam uma melhor propriedade mecânica e polimento com um excelente resultado estético, podem ser realizadas sem preparos invasivos ou retenções adicionais ficando sua retenção no condicionamento ácido e adesão ao esmalte⁷, ou pode ser realizado também um preparo cavitário sendo assim mais invasivo e irreversível, tendo também como desvantagem o prejuízo da longevidade clínica, remoção de estrutura dental e o custo laboratorial²¹.

Resina composta direta fotopolimerizáveis busca uma correção estética para alterações dentárias com o condicionamento ácido do esmalte sem qualquer tipo de desgaste¹¹, uma das vantagens quando comparada as outras técnicas é que obtém o resultado imediato, seu valor é baixo, pois não há custos com laboratório, preservam o tecido dentário sendo reversível podendo depois optar por técnicas mais invasivas^{3,7,11,21}. Porém, essa técnica também apresenta desafios como habilidade do operador para recompor a forma, manter a integridade periodontal dando atenção especial para a região cervical, contornos proximais e orientar o paciente quanto à dieta e higiene^{7,8}.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto pode se concluir que as técnicas

utilizadas foram satisfatórias e bem sucedidas, alcançando um alto grau de satisfação do paciente com a aparência de seu sorriso, devolvendo-lhe a estética, algo que tem grande influência na vida do indivíduo e a função mastigatória. O adequado diagnóstico das anomalias, plano de tratamento e um trabalho multidisciplinar foram fundamentais para o sucesso do caso.

5. REFERÊNCIAS

- [01] Campos PRB, Amaral D, Silva MAC, Barreto SC, Pereira GDS, Prado M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. RFO UPF 2015; 20(2):227-231.
- [02] Medeiros APSO, Machado FCA, Xavier CCG. Interação entre Periodontia, Ortodontia e Dentística em caso clínico de diastema anterior. Rev Dental Press Estét. 2014; 11(2):98-107.
- [03] Franco JM, Lemos HN, Temoteo GA, Bombonali JCFS, Martinelli ACBF, Rodrigues LKA et al. Reanatomização de incisivos laterais conóides: relato de caso. UFES Rev Odontol 2008; 10(2):64-68.
- [04] Garib DG, Alencar BM, Ferreira FV, Ozawa TO. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. Dental Press J Orthod 2010; 15(2):138-157.
- [05] Seabra M, Macho V, Pinto A, Soares D, Andrade C. A importância das anomalias dentárias de desenvolvimento. Acta Pediatr Port 2008; 39(5):195-200.
- [06] Franco FCM. Má oclusão Classe I de Angle com agenesia de incisivos laterais. Dental Press J Orthod 2011; 16(4):137-147.
- [07] Coelho LDGC, Machado WC, Soares MRPS, Melo KDA. Reanatomização estética em paciente com hipodontia, dente conóide e permanência de elemento decíduo. RPG Rev Pós Grad 2010; 17(4):204-208.
- [08] Blanco PC, Veloso CBS, Monteiro AMA, Silva SMA. Restauração de dentes conóides com resina indireta: relato de caso. UNOPAR Ciênt Ciêc Biol Saúde 2012; 14(4):257-261.
- [09] Rodrigues CDT, Lofredo LCM, Candido MSM, Oliveira Júnior OB. Influência de variações das normas estéticas na atividade do sorriso. Rev Gaúcha Odontol 2010; 58(3):307-311.
- [10] Carvalheira TB, Goyatá FR, Rodrigues CRT, Souza MCA. Resolução estética em dentes anteriores com coroas totais livres de metal - relato de caso. Int J Dent 2010; 9(2):102-106.
- [11] Teixeira MCB, Mara LC, Valença AMG, Mendes VAS. Transformação estética de dente conóide: relato de caso. JBP-J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(31):230-233.
- [12] Moresca R, Moro A, Dominguez GC, Vigorito JW. Efeitos dos fios de nivelamento de níquel-titânico e de aço inoxidável na posição dos incisivos inferiores. Dental Press J Orthod 2011; 16(5):74-81.
- [13] Janson M. Mecânica Ortodôntica Linear. In: Janson M. Ortodontia Objetiva Mecânica, Elásticas Intermaxilares e Finalização, Maringá-Paraná: Dental Press; 2015. 23-97.
- [14] Ferreira FAC, Carvalho PEG. Nivelamento. In: Ferreira FV, Ferreira FAC, Ferreira AC, Fuziy A,

- Scocate ACRN, Ferreira ATM et al. Ortodontia Clínica Tratamento com Aparelhos Fixos. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2013. 397-447.
- [15] Korytnicki D, Naspitz N, Faltin Júnior K. Consequências e tratamentos das perdas precoces de dentes decíduos. Rev Assoc Paul Cir Dent 1994; 48(3):1323-1329.
- [16] Marafon ARS, Soares SF. Especificações dos elásticos. In: Marafon ARS, Soares SF. Elásticos Ortodônticos. São Paulo: Editora Santos; 2009. 43-122.
- [17] Brito HHA, Leite HR, Machado AW. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2009;(3): 128-157.
- [18] Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Tratamento dos problemas não esqueléticos em crianças pré-adolescentes. In: Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodontia contemporânea. 4ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 403-460.
- [19] Corotti KMV, Siqueira DF. Correção da relação sagital entre os arcos dentais-Classe II. In: Ferreira FV, Ferreira FAC, Ferreira AC, Fuziy A, Scocate ACRN, Ferreira ATM et al. Ortodontia Clínica Tratamento com Aparelhos Fixos. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2013. 445-490.
- [20] Janson M. A Inter-relação Ortodontia e Implantodontia. In: Janson M. Ortodontia em Adultos e Tratamento Interdisciplinar. Maringá: Dental Press; 2008. 169-226.
- [21] Barroso IVR, Mei RMS. Reabilitação de agenesias dentárias e dente conóide - relato de um caso clínico. Interbio 2014; 8(2):60-67.