



Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Caso clínico

Agenesia do incisivo lateral superior - a propósito de um caso clínico

Helena Salgado*, Pedro Mesquita e Américo Afonso

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 23 de janeiro de 2012

Aceite a 3 de maio de 2012

On-line a 6 de julho de 2012

Palavras-chave:

Anodontia

Maxila

Humano

Incisivo

Keywords:

Anodontia

Maxilla

Humans

Incisor

R E S U M O

A agenesia dentária, e particularmente a dos incisivos laterais superiores (ILS), é uma anomalia dentária relativamente comum. Neste trabalho apresentamos as várias opções de tratamento para este tipo de agenesia que apresenta um elevado impacto estético e funcional. O tratamento ortodôntico é na maior parte dos casos o tratamento ideal, no entanto, o recurso à reabilitação protética dento ou implanto-suportada é, muitas vezes, a solução para estas ausências dentárias. No caso clínico apresentado a agenesia do dente 22 foi tratada recorrendo à realização de coroas nos dentes 11, 21, 23 e 24, uma vez que a paciente recusou a realização de tratamento ortodôntico para reposicionamento do dente 23 no seu local habitual e posterior reabilitação protética, com recurso a um implante dentário. O tratamento da agenesia dos ILS é quase sempre pluridisciplinar exigindo um planeamento cuidadoso proporcionando um resultado final estético bom e com elevada preditibilidade, a longo prazo.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Maxillary lateral incisor agenesis - case report

A B S T R A C T

Dental agenesis, particularly agenesy of the maxillary lateral incisors, is a relatively common dental anomaly. The authors present different treatment options for this type of agenesis which has a high aesthetic and functional impact. Orthodontic treatment is most of the times the ideal treatment option however dental or implant-supported prosthetic rehabilitation is often the solution to these dental absences. In the case presented agenesis of tooth 22 was treated with crowns on teeth 11, 21, 23 and 24, since the patient refused orthodontic treatment to reposition tooth 23 into its usual place and subsequent prosthetic rehabilitation of the space with a dental implant. Treatment is often multidisciplinary requiring careful planning in order to achieve a good aesthetic outcome and high predictability in the long term.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: helenatsalgado@gmail.com (H. Salgado).

Introdução

A anomalia dentária é definida como um desvio da normalidade, habitualmente associada ao desenvolvimento embrionário dos dentes, podendo resultar na ausência, no excesso ou na alteração de forma.

As agenesias dentárias constituem uma anomalia dentária de número e considera-se estar na presença de uma sempre que, pelo menos, um dente, após a realização de uma pormenorizada história clínica para despiste de uma extração dentária, se encontre ausente. A ausência congénita de dentes pode estar associada a uma síndrome genética ou surgir como um fenómeno isolado¹.

As agenesias são anomalias relativamente frequentes na dentição definitiva apresentando uma prevalência que varia entre os 0,3 e os 36,5%², sendo que para a população portuguesa os valores descritos variam entre os 5,6 e os 6,5%³⁻⁵, excluindo os terceiros molares. Ocorre mais frequentemente nos indivíduos do sexo feminino, embora a distribuição por géneros apresente variações de acordo com a localização geográfica das populações em estudo²⁻⁵.

Apesar de ser possível encontrar, na literatura, algumas diferenças, a maior parte dos estudos refere que o dente que mais frequentemente se encontra ausente é o 2.º pré-molar inferior (PMI), seguido do incisivo lateral superior (ILS), do 2.º pré-molar superior (PMS) e do incisivo central inferior (ICI). A agenesia dos 1.ºs e 2.ºs molares, do canino inferior (CI) e do incisivo central superior (ICS) são relativamente raras²⁻⁵.

Pinho et al.⁶ estudou a frequência da agenesia do ILS numa população portuguesa e concluiu que 1,3% dos indivíduos, em estudo, apresentavam essa anomalia, sendo que os indivíduos do género feminino eram os mais afetados.

Na dentição decídua, apesar de não ser muito frequente a ocorrência desta patologia (incidência inferior a 0,9%), quando presente, afeta principalmente o ILS, o ICI e o incisivo lateral inferior (ILI)⁷.

Johannsdottir et al.⁷ refere que quando existe agenesia de algum dente decíduo se verifica em praticamente 100% dos casos, a agenesia do correspondente dente sucedâneo.

A ausência de apenas um incisivo lateral é, muitas vezes, acompanhada de má formação do incisivo lateral contra-lateral sendo a microdontia a anomalia dentária mais frequente^{6,8,9}. Este fenómeno sugere a influência dos fatores genéticos nestas anomalias dentárias.

O impacto, a nível estético e funcional, que a agenesia destes dentes provoca é enorme, constituindo um fator de preocupação não só para os portadores da anomalia como também para os profissionais de saúde que veem no planeamento do seu tratamento, um grande desafio.

Várias atitudes terapêuticas podem ser tomadas face à ausência de um ou mais ILS. Pode-se optar por não se fazer nada ou por uma de 2 situações terapêuticas: criar o espaço adequado para a substituição do dente ou dentes ausentes ou fechar o espaço disponível na arcada dentária, proporcionando o contacto do incisivo central com o canino procedendo-se, posteriormente, à reanatomização do canino transformando-o num incisivo lateral¹⁰⁻¹². No primeiro caso, a reabilitação protética dos espaços criados é variada, podendo-se optar por uma prótese removível ou, alternativamente, por



Figura 1 – Ortopantomografia inicial.



Figura 2 – Fotografia inicial intra-oral oclusal.

dentes fixos através da realização de uma prótese fixa dento ou implanto-suportada¹³⁻¹⁵.

Caso clínico

Paciente M.A.G., 36 anos, género feminino, de raça caucasiana, compareceu à consulta de Medicina Dentária com o objetivo de melhorar a estética dos dentes anteriores. Após exame clínico e radiográfico (fig. 1), verificou-se que a paciente apresentava agenesia dos dentes 22 e 25. A linha média encontrava-se desviada para o 2.º quadrante cerca de 4 mm e o dente 23 encontrava-se numa posição mesializada em relação à sua posição habitual o que originava uma diminuição do espaço na arcada entre os dentes 21 e 23, e o aparecimento de um espaço, de cerca de 4 mm, entre os dentes 23 e 24 (fig. 2). Este último encontrava-se em contacto com a face mesial do dente 26. O plano oclusal apresentava-se inclinado havendo uma maior proximidade deste à linha bipupilar no 2.º quadrante (figs. 3 e 4).

Após avaliação do caso foi proposto à paciente a realização de uma correção ortodôntica, aproximando o dente 23 do dente 24, criando-se, desta forma, espaço para a posterior reabilitação do espaço correspondente ao dente 22, com recurso a um implante dentário endoósseo, correção da posição da linha média e da inclinação do plano oclusal. A



Figura 3 – Fotografia inicial de sorriso.



Figura 5 – Fotografia do enceramento diagnóstico.

paciente recusou a realização do tratamento ortodôntico uma vez que tinha como objetivo um tratamento rápido e sem ter de recorrer à utilização de um aparelho. Desta forma, foi proposto um segundo plano de tratamento que consistia na realização de coroas nos dentes 11, 21, 23 e 24, sendo que as coroas dos dentes 23 e 24 seriam ferulizadas apresentando um pântico intermédio para substituição do dente 22 ausente. Para a paciente ter uma imagem do resultado estético final esperado, foi realizado um enceramento diagnóstico (fig. 5). Após a sua visualização, a paciente optou por este segundo plano de tratamento.

Numa primeira consulta foi efetuado o preparo dos dentes 11, 21, 23 e 24 e rebasada, na boca, a ponte provisória, previamente confeccionada em laboratório a partir do enceramento de diagnóstico. Os dentes foram mantidos com vitalidade. Esta ponte foi cimentada com um cimento provisório de marca Life (Kerr, Orange, EUA) (fig. 6).

Na consulta seguinte, e uma vez que a saúde gengival o permitia, foi efetuado o molde definitivo em silicone recorrendo à técnica da dupla mistura. Foi também realizado um molde em alginato da arcada antagonista e um registo de mordida em silicone. Foi selecionada a cor com recurso à escala VITA (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha) de cerâmica, tendo por base os dentes adjacentes.



Figura 6 – Fotografia de sorriso com os provisórios.



Figura 4 – Fotografia inicial intra-oral frontal.



Figura 7 – Fotografia final de sorriso.

Após a confeção das coroas de alumina/cerâmica em laboratório foi efetuada a sua prova em boca para avaliação do ajuste e da concordância da cor. A cimentação definitiva foi realizada com recurso a um cimento de ionômero de vidro de marca Relix (3M ESPE, St. Paul, EUA) (figs. 7 e 8). A paciente gostou muito do resultado estético final.



Figura 8 – Fotografia final intra-oral frontal.

Discussão e conclusão

De acordo com a bibliografia existente, a resolução clínica das agenesias dentárias é variada e constitui, na maioria dos casos, um tratamento pluridisciplinar. Tendo em conta a quantidade de espaço resultante devido à ausência de um ou mais dentes e ao perfil do paciente, o tratamento ortodôntico pode ser utilizado para fechar ou abrir espaços, conduzindo ao alinhamento dentário. No caso da abertura do espaço é necessário seguidamente proceder à reabilitação protética da zona edêntula. Várias são as opções terapêuticas, fixas ou removíveis, estando a sua seleção dependente de vários fatores dos quais se destacam: a idade e a capacidade económica do paciente, a disponibilidade óssea, a integridade e a estética dos dentes adjacentes e a dimensão do espaço desdentado.

Atualmente, é consensual que os implantes constituem a solução protética mais conservadora para o tratamento destas anomalias^{14,15}, no entanto, nem sempre esse tratamento pode ser posto em prática. Alguns fatores como a idade do paciente a quantidade e qualidade óssea e o espaço disponível podem limitar a colocação de implantes¹⁶. Sempre que as condições não forem favoráveis, o recurso à prótese fixa pode ser uma boa solução. As pontes convencionais têm a desvantagem de necessitarem do desgaste dos dentes adjacentes que se encontram, muitas vezes, íntegros. Por essa razão, no início dos anos 80, foi muito popular o recurso às pontes adesivas, como as pontes Maryland, uma vez que se tratava de uma solução terapêutica mais conservadora. No entanto, vários estudos de *follow-up* demonstraram que este tipo de pontes era muito sujeita a descimentações¹⁰.

Este tipo de reabilitação pode ser uma boa solução provisória nas situações em que o crescimento ósseo ainda não tenha terminado inviabilizando temporariamente, a colocação de implantes. É particularmente interessante nos casos em que o intervalo de tempo de espera até ao fim do crescimento ósseo é grande, para evitar a inflamação gengival inerente à utilização de uma prótese removível¹⁵, uma vez que segundo Garnett et al.¹⁷, as pontes adesivas apresentam uma sobrevida média de 59 meses.

Qualquer solução protética removível definitiva é sempre menos interessante e deve ser evitada.

Nos casos em que a oclusão e a estética do canino na posição do IL são aceitáveis, o fecho do espaço na arcada, com mesialização do canino pode ser o tratamento alternativo de eleição. Esta solução, segundo o estudo de Robertsson⁹ é melhor aceite pelos pacientes sob o ponto de vista estético e confere uma melhor saúde periodontal.

No caso clínico descrito a paciente recusou a realização de ortodontia. Como o espaço disponível na arcada não era suficiente para optarmos pela colocação de um implante, recorreu-se à realização de uma ponte fixa convencional entre os dentes 23 e 24. A decisão dos pacientes tem de ser tida em consideração e, neste caso, o tratamento realizado, apesar de menos conservador, permitiu alcançar um resultado estético final de acordo com as expectativas iniciais da doente. Nos dentes 11 e 21 foram realizadas coroas de forma a melhorar a estética final do tratamento, no entanto, a realização de facetas nesses 2 dentes também poderia ter sido efetuada.

Em conclusão, o mais importante nestes casos clínicos é estabelecer um plano de tratamento cuidadoso e realista, tendo sempre em consideração os objetivos e as expectativas do paciente. O fator tempo é muitas vezes determinante para a seleção do plano de tratamento, uma vez que, alguns pacientes querem solucionar o seu problema no menor tempo possível.

Responsabilidades éticas

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos de seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes e que todos os pacientes incluídos no estudo receberam informações suficientes e deram o seu consentimento informado por escrito para participar nesse estudo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Cobourne MT. Familial human hypodontia – is it all in the genes? *Br Dent J.* 2007;203:203-8.
2. Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:217-26.
3. Cruz JP. Prevalência da Oligodontia numa amostra da clínica ortodôntica privada. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 1989;30:71-4.
4. Leitão P. Prevalência da má oclusão em crianças de 12 anos da cidade de Lisboa. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 1993;33:193-201.

5. Carvalho S, Mesquita P, Afonso A. Prevalência das anomalias de número numa população portuguesa. Estudo radiográfico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52:7-12.
6. Pinho T, Tavares P, Pollmann C. Development absence of maxillary lateral incisors in the portuguese population. *Euro J Orthod.* 2005;27:443-9.
7. Johannsdottir B, Wisth PJ, Magnusson TE. Prevalence of malocclusion in 6-year-old Icelandic children. *Acta Odontol Scand.* 1997;55:398-402.
8. Pinho T, Maciel P, Pollmann C. Developmental disturbances associated with agenesis of the permanent maxillary lateral incisor. *Br Dent J.* 2009;207:pE25.
9. Robertsson S, Mohlin B. The congenitally missing upper lateral incisor. A retrospective study of orthodontic space closure versus restorative treatment. *Euro J of Orthod.* 2000;22:697-710.
10. Sabri R. Management of missing maxillary lateral incisors. *J Am Dent Assoc.* 1999;130:80-4.
11. Millar BJ, Taylor NG, Lateral Thinking: the management of missing upper lateral incisors. *Br Dent J.* 1995;179:99-106.
12. Kokich V, Kinzer G. Managing Congenitally Missing Lateral Incisors. Part I: Canine Substitution. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17:5-10.
13. Kokich V, Kinzer G. Managing Congenitally Missing Lateral Incisors. Part II: Tooth-Supported Restorations. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17:76-84.
14. Richardson G, Russell K. Congenitally Missing Maxillary Lateral Incisors and Orthodontic Treatment Considerations. *J Can Dent Assoc.* 2001;67:25-8.
15. Kokich V, Kinzer G. Managing Congenitally Missing Lateral Incisors. Part III: Single-Tooth Implants. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17:202-10.
16. Rossi E, Andreasen J. Crecimiento del hueso maxilar y colocación de implantes en un paciente joven: Caso clínico. *Rev Inter Odont Rest y Periodoncia.* 2003;7:117-23.
17. Garnett MJ, Wassell RW, Jepson NJ, Nohl FS. Survival of resin-bonded bridge work provided for post-orthodontic hipodontia patients with missing maxillary lateral incisors. *Br Dent J.* 2006;201:527-34.