

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Especialização em Ortodontia

Cláudia Telles Barrios

Thabata Targa

**AGENESIA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES EM PACIENTE CLASSE III:**

**Relato de Caso**

São José dos Campos

2022

# **AGENESIA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES EM PACIENTE CLASSE III:**

## **Relato de Caso**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. José Alexandre Alambert Kozel

Coorientador: Prof<sup>a</sup>. Liliam Monteiro Cunha Jacob

Área de concentração: Ortodontia

Cláudia Telles Barrios

Thabata Targa

**AGENESIA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES EM PACIENTE CLASSE III:**

**Relato de Caso**

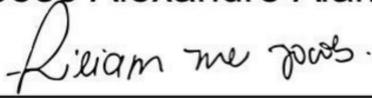
Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia

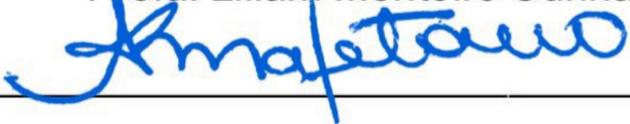
Aprovada em 09 / 08 / 22 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. José Alexandre Alambert Kozel



Profa. Liliam Monteiro Cunha Jacob



Profa. Ana Paula Valente Pinho Mafetano

São José dos Campos, 2022

*Em memória ao mestre Anael Carlos Rodrigues, que mesmo estando presente apenas no início da nossa formação, tanto nos ensinou profissionalmente e nos presenteou com seu belo altruísmo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente à oportunidade de cursar essa especialização, e podermos nos aperfeiçoar ainda mais em nossa profissão.

Às nossas famílias por toda força e apoio durante todo esse período.

Aos nossos queridos, orientador Prof. José Alexandre Alambert Kozel e co-orientadora Prof<sup>a</sup>. Liliam Monteiro Cunha Jacob, por toda dedicação e orientação prestados para realização desse trabalho.

Ao Prof. Celestino Nóbrega e todo corpo docente da Ortogeo por todos os ensinamentos passados durante todos esses anos.

## RESUMO

A agenesia dentária consiste na ausência congênita caracterizada pela redução numérica de elementos dentários. A prevalência da agenesia dental é mais frequente no sexo feminino, representadas predominantemente pelos incisivos laterais superiores e em pacientes Classe III esquelética. Algumas atitudes terapêuticas podem ser realizadas para o tratamento da agenesia de um ou mais incisivos laterais superiores sendo abertura ou manutenção do espaço para reabilitação com implantes ou ainda o fechamento de espaço com reanatomização de caninos em incisivos laterais. Neste trabalho será apresentado o tratamento clínico de uma paciente Classe III com agenesia dentária bilateral de incisivos laterais superiores, tratado na Faculdade de Sete Lagoas – Unidade Ortogeo em São José dos Campos – SP. A terapêutica proposta consiste na manutenção do espaço dos incisivos laterais superiores com o uso de mini-implantes e posterior reabilitação com implantes dentários.

Palavras-chaves: agenesia dentária; ortodontia; incisivo lateral; mini-implantes.

## ABSTRACT

Dental agenesis is a congenital absence characterized by a numerical reduction of tooth elements. The prevalence of tooth agenesis is more common in females, especially in maxillary lateral incisors and in skeletal class patients III. To treat agenesis of one or more maxillary lateral incisors, some therapeutic measures can be performed, such as opening or preserving the space for rehabilitation with implants or even closing the space by reanatomizing canines into lateral incisors. This paper presents the clinical treatment of a patient of class III with bilateral agenesis of the maxillary lateral incisors, treated at Faculdade de Sete Lagoas - Ortogeo Unit in São José dos Campos - SP. The proposed therapy is to preserve the space of the maxillary lateral incisors using mini-implants and then to rehabilitate them with dental implants.

**Keywords:** dental agenesis; orthodontics; lateral incisor; mini-implants.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVO .....	12
3. RELATO DE CASO.....	13
4. DISCUSSÃO.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
6. REFERÊNCIAS .....	31

## 1. INTRODUÇÃO

A agenesia dentária, definida como ausência congênita, é caracterizada pela redução numérica de elementos dentários, é considerada a malformação craniofacial mais prevalente em humanos. Pode ocorrer como parte de uma síndrome genética reconhecida, ou como um traço isolado não sindrômico. Os segundos pré-molares permanentes e os incisivos laterais superiores são mais suscetíveis a ausência, excluindo-se os terceiros molares. Muitos estudos têm avaliado que a prevalência da agenesia dental (exceto para terceiros molares) varia de 5% a 10% em populações europeias e asiáticas (LIU, K. N. C; 2011; SILVA, E. R. *et al.*, 2005).

A maioria dos estudos avaliaram que a prevalência da agenesia dental é mais frequente no gênero feminino, sendo ausência de um ou dois dentes permanentes a manifestação mais frequente encontrada em 83% dos indivíduos, representadas predominantemente pelos incisivos laterais superiores e segundos pré-molares inferiores, tanto de forma isolada quanto em conjunto (FRANÇA, M. M. C., 2011).

A etiopatogenia da hipodontia dos incisivos laterais superiores ainda não está completamente esclarecida, sendo a etiologia genética um fator isolado. As anomalias de número dos órgãos dentários podem causar alterações na função mastigatória e fala, assim como problemas estéticos que podem afetar a vida social do indivíduo (SILVA, E. R. *et al.*, 2005).

Segundo Toledo (1996), a agenesia ocorre quando um ou mais botões epiteliais primitivos deixam de se formar a partir da lâmina dentária. Para Srang (citado por GUEDES-PINTO, 1997) a não formação do dente é de origem congênita, isto é, instala-se durante a vida intra-uterina. Por outro lado, a incidência da agenesia, especialmente do incisivo lateral superior em determinados grupos familiares, permite aceitar a ausência dentária como um fator hereditário (SILVA, E. R. *et al.*, 2005).

Há uma associação entre a agenesia dos incisivos laterais superiores permanentes e outras anomalias dentárias, como a microdontia dos incisivos laterais superiores, tanto nos indivíduos como nos seus familiares. Isso pode indicar um mecanismo genético comum que controla esses fenômenos, influenciado por diversos fatores e interação destes a diferentes níveis (Pinho, T. *et al.*, 2011).

Existe relação também entre agenesia dentária e determinadas síndromes ou anomalias congênitas, entre essas: pacientes fissurados, síndrome de down e displasia ectodérmica. (SILVA, E. R. *et al.*, 2005).

Fatores ambientais e genéticos estão envolvidos na etiologia da hipodontia, com esta última desempenhando um papel mais significativo. Os indivíduos com hipodontia frequentemente representam um desafio clínico significativo para os ortodontistas porque, em alguns casos, o tempo de tratamento é prolongado e o resultado do tratamento pode ser comprometido. Portanto, a identificação de fatores genéticos e ambientais pode ser particularmente útil na previsão precoce dessa condição e no desenvolvimento de estratégias de prevenção e novos tratamentos no futuro. 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. A detecção precoce de incisivos ausentes no desenvolvimento associados a anomalias dentárias e mal oclusão em desenvolvimento é importante para o tratamento interceptivo e abrangente com os respectivos especialistas (SALGADO, H. *et al.*, 2012).

O aconselhamento eficaz pode ajudar a família a aceitar o tratamento multidisciplinar e melhorar a satisfação do paciente (Xu e Tan, 2015).

Várias atitudes terapêuticas podem ser tomadas face à ausência de um ou mais incisivos laterais superiores: 1 - pode-se optar por não se fazer nada; 2 - criar o espaço adequado para a substituição do dente, ou dentes ausentes; 3 - fechar o espaço disponível na arcada dentária e 4- perda de ancoragem, proporcionando o contacto do incisivo central com o canino procedendo-se, posteriormente, à reanatomização do canino transformando-o num incisivo lateral. (SALGADO, H. *et al.*, 2012).

Como critérios de decisão, para avaliar se é possível fechar ou manter o espaço dos incisivos laterais superiores, temos como principais: tamanho dos anteriores superiores / inferiores; tamanho dos caninos em relação ao que seria o ideal do tamanho dos laterais; altura das margens gengivais; comprimento, forma e cor dos dentes; avaliação radiográfica-, possibilidade de reanatomização; motivação do paciente; idade do paciente; quantidade e qualidade óssea; grau de apinhamento, tipo de má oclusão e fator financeiro. (SALGADO, H. *et al.*, 2012; PEREIRA, F. C. T., 2016; DOMINGUES, A. L. P., 2021).

Deve ser feita a decisão precocemente sobre abrir ou fechar espaço, os procedimentos restauradores para abertura de espaço devem ser explicados previamente ao paciente (PARK, J. H., *et al.*, 2010).

Os espaços podem ser restaurados por próteses removíveis ou ponte provisória até a conclusão do crescimento do paciente quando a reabilitação final poderá ser realizada (PISEK, P., *et al.*, 2013).

O fechamento do espaço pode ou não envolver o tratamento com aparelho fixo, podendo haver a reanatomização do canino em lateral. Se os implantes são desejados como restauração final, o momento da implantação deve ser próximo ao final do tratamento, antes disso é indicado o uso dos mini-implantes, visto que são versáteis e possibilitam a manutenção do espaço causado pela agenesia (SCHER, E. L., *et al.*, 1990).

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho consistiu no relato de um caso clínico tratado mantendo o espaço dos incisivos laterais superiores ausentes com o uso de mini-implantes, e posteriormente sendo planejado a instalação dos implantes dentários para finalização do caso.

### 3. RELATO DE CASO

Paciente, P. P. S., sexo feminino, melanoderma, com 13 anos, procurou a Instituição de Ensino FACSETE - Faculdade de Sete Lagoas, (ORTOGEO) Unidade de São José dos Campos – SP, com a queixa “o vão que tem entre os dentes, a estética”. Foi realizada a documentação ortodôntica com fotos extrabucais (Fotos 1A, 1B, 1C) e fotos intrabucais (Fotos 2A, 2B, 2C) e modelos digitais(3A e 3B).



Foto 1A: Frontal; Foto 1B: Sorriso; Foto 1C: Lateral direita.

(FONTE: elaborada pelo autor)



Foto 2A: Frontal;



Foto 2B: Lateral direita; Foto 2C: Lateral esquerda.

(FONTE: elaborada pelo autor)

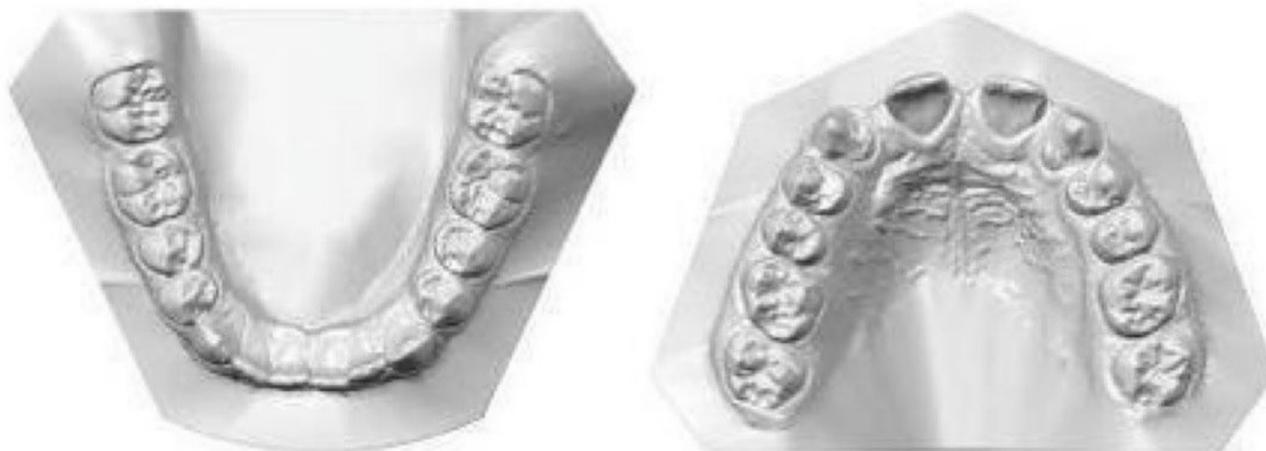


Foto 3A: Oclusal inferior;                      Foto 3B: Oclusal superior.  
(FONTE: elaborada pelo centro de radiologia – Digital Doc)

Também foram solicitadas radiografia panorâmica e telerradiografia (Fotos 4A e 4B) que, em conjunto com o exame clínico, permitiu um diagnóstico preciso.



Foto 4A: Radiografia panorâmica;



Foto 4B: Telerradiografia.

(FONTE: elaborada pelo centro de radiologia – Digital Doc)

Paciente em crescimento, bastante motivada, com boa higienização e respiração mista. Na análise do sorriso (Foto 5A) foi observado alterações nos volumes dentais, ausência dos pontos de contato nos incisivos superiores, linha incisal não acompanha lábio inferior e uma grande exposição dos incisivos inferiores no sorriso e lábio superior cobrindo parte da cervical dos dentes superiores.

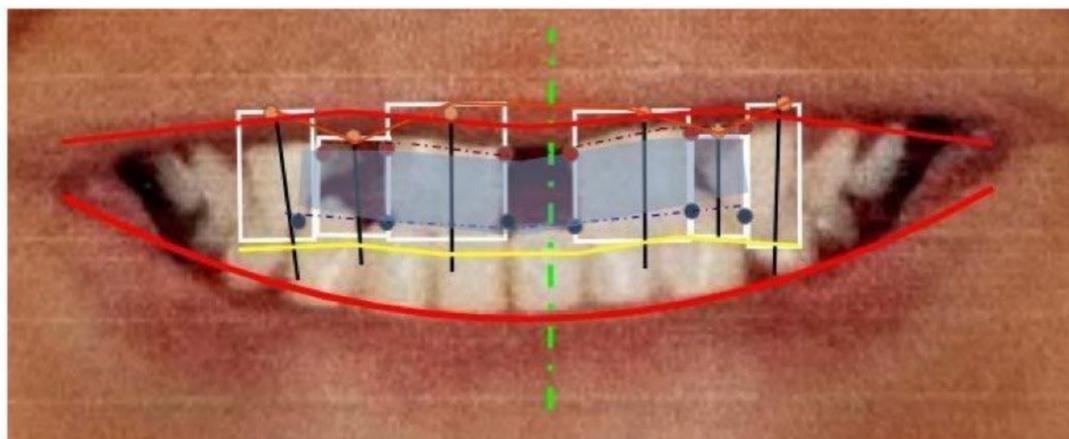
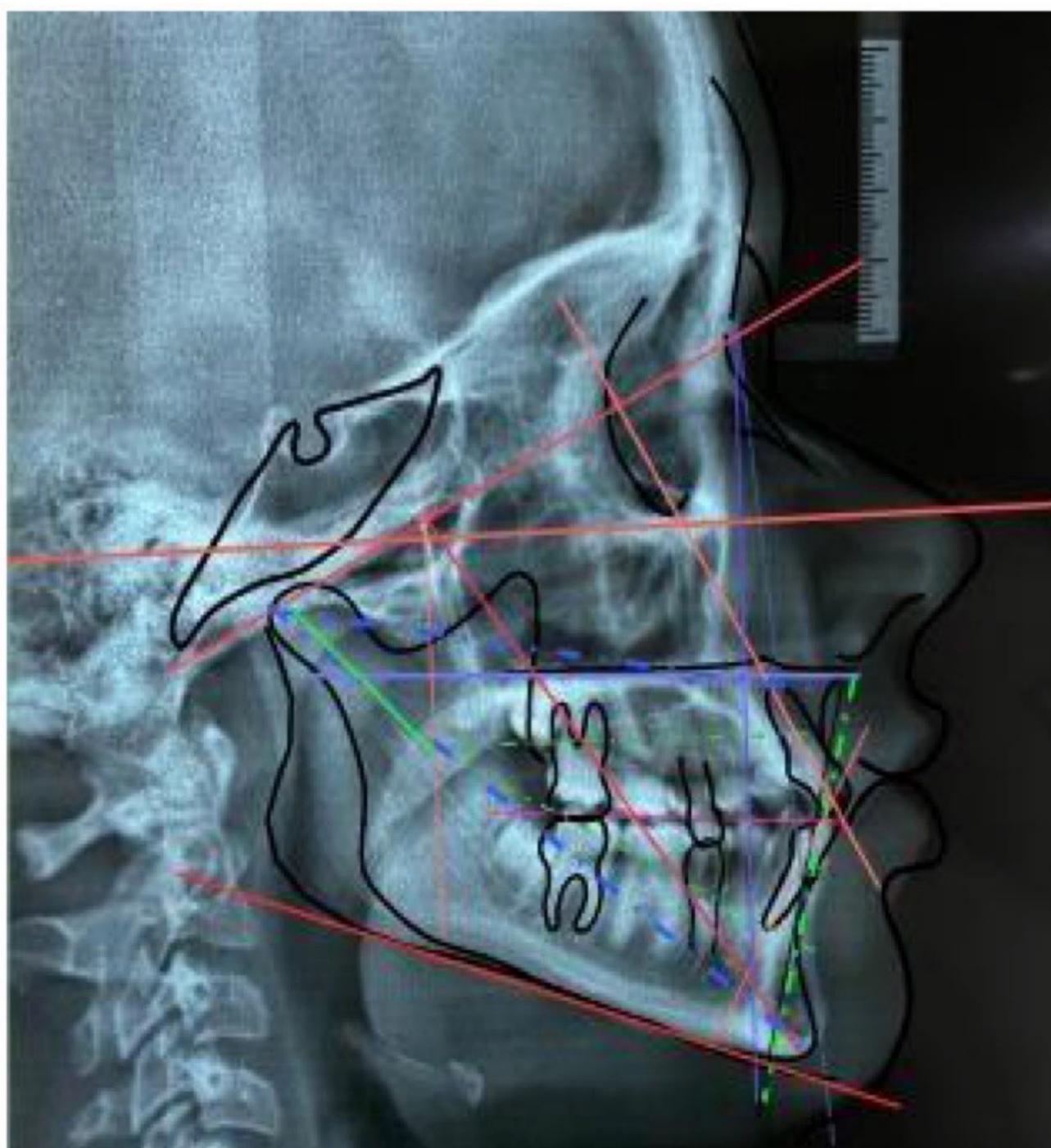


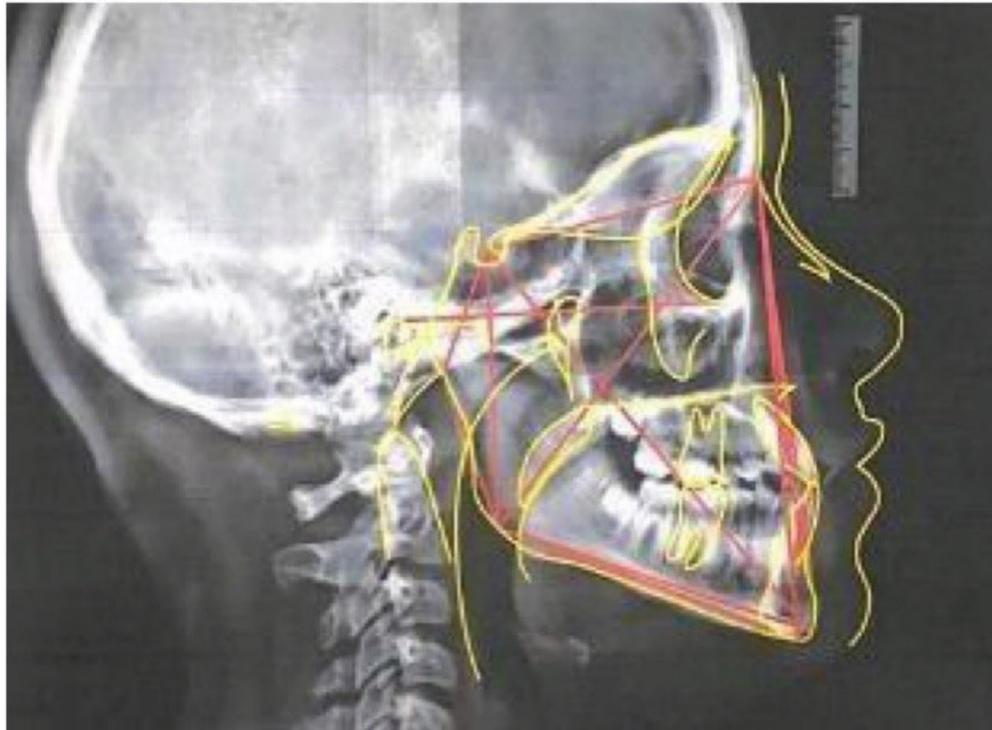
Foto 5: Análise do sorriso.  
(FONTE: elaborada pelo autor)

Através da cefalometria otimizada de diagnóstico (COD) - Ortogeo (Foto 6A) e Jarabak (Foto 6B), concluímos que a paciente é Classe III por excesso mandibular, com a maxila e mandíbula bem posicionada, altura facial inferior diminuída e corpo mandibular aumentado.



	<b>Medidas:</b>	<b>Norma:</b>	<b>Obtido:</b>
<b>BASAIS</b>	Conv. Ponto A	<b>2 mm</b>	- 1,242 mm
	A - Perp	<b>0 – 1 mm</b>	1,142 mm
	Prof. Facial	<b>87°</b>	94,88°
<b>MCNAMARA</b>	Co - A	<b>92 mm</b>	92,8 mm
	Co - Gn	<b>117 – 120 mm</b>	117,1 mm
	AFAI	<b>64 – 65 mm</b>	62,85 mm
<b>ESQUELETAIS</b>	AFAI	<b>47°</b>	40,518°
	Eixo Facial	<b>90°</b>	95,505°
	Arco Mandibular	<b>26°</b>	26,867°
	Plano Mandibular	<b>26°</b>	22,755°
<b>DENTAIS</b>	Pos. 1. Apo	<b>1 mm</b>	2,457 mm
	Incl. 1. Apo	<b>22°</b>	25,332°
	Pos. 6 – Ptv	<b>Idade + 3</b>	14,32 mm
	Extr. Inc. Inf.	<b>1 mm</b>	0,545 mm
	IMPA	<b>92°</b>	84,725°
	Inc. Inf – Apo	<b>1 mm</b>	2,457 mm

Foto 6A: COD – Ortogeo  
(FONTE: elaborada pelo autor)



<b>Medidas:</b>	<b>Norma:</b>	<b>Obtido:</b>
% Jarabak		60,6%
Base Anterior	<b>71 mm</b>	70 mm
Comp. Corpo Mandibular	<b>71 mm</b>	85,71 mm
Base Posterior	<b>32 mm</b>	34,28 mm
Comp. Do Ramo Mand.	<b>44 mm</b>	42,85 mm
Ângulo Goníaco Sup.	<b>52° - 55°</b>	57,305°
Ângulo Goníaco Inf.	<b>70° - 75°</b>	72,452°
Goníaco Total	<b>130°</b>	129,757°
Ângulo Sela	<b>123° + / - 5°</b>	124,643°
Ângulo Articular	<b>143° + ou - 5°</b>	139,871°
Somatório Ângulos	<b>396°</b>	394,271°

Foto 6B: Medidas Cefalometria de Jarabak.  
(FONTE: elaborada pelo autor)

Com base no diagnóstico, o objetivo do tratamento foi:

- Disjunção maxilar
- Alinhamento e nivelamento
- Estabelecer chaves de canino e molar
- Alinhar linha média
- Mini-implantes com coroas provisórias para manutenção dos espaços
- Reabilitação dos incisivos laterais com implantes osseointegrados posteriormente
- Retração inferior

Com isso foi definido o plano de tratamento da paciente em cinco etapas, sendo: 1) Uso do disjuntor Hyrax para ganho de espaço; 2) A instalação do aparelho fixo auto ligado para alinhamento e nivelamento, e a redistribuição dos espaços, e a manutenção dos mesmos com dentes provisórios; 3) A correção da Classe III; 4) Manutenção dos espaços com mini-implantes até que a paciente complete a idade mínima necessária para realização dos implantes; 5) Para finalizar serão instalados implantes dentários para reabilitação definitiva e reanatomização estética dos caninos e incisivos centrais devido a má formação dos elementos.

Na consulta inicial foi realizada a moldagem de transferência superior, para confecção do aparelho ortopédico, e posterior instalação de disjuntor de Hyrax, (Fotos 7A, 7B, 7C e 7D), em que foi necessário a ativação de 2/4 de volta para adaptação correta do aparelho.

Optou-se por fazer 1 mês de adaptação da paciente sem ativação do disjuntor. No mês seguinte foi iniciada a ativação com 4/4 de volta (1mm) na consulta, e orientada a realizar ativação por 5 dias, sendo feito 2/4 de volta pela manhã e 2/4 de volta à noite, com disjunção de 5mm e travamento do Hyrax. Simultaneamente à instalação do Hyrax, realizou-se a instalação da aparatologia fixa, e iniciada a mecânica com braquetes autoligados *Straight-Wire* SLI (Morelli) prescrição Roth, slot 22.



Foto 7A: moldagem de transferência;  
(FONTE: elaborada pelo autor)

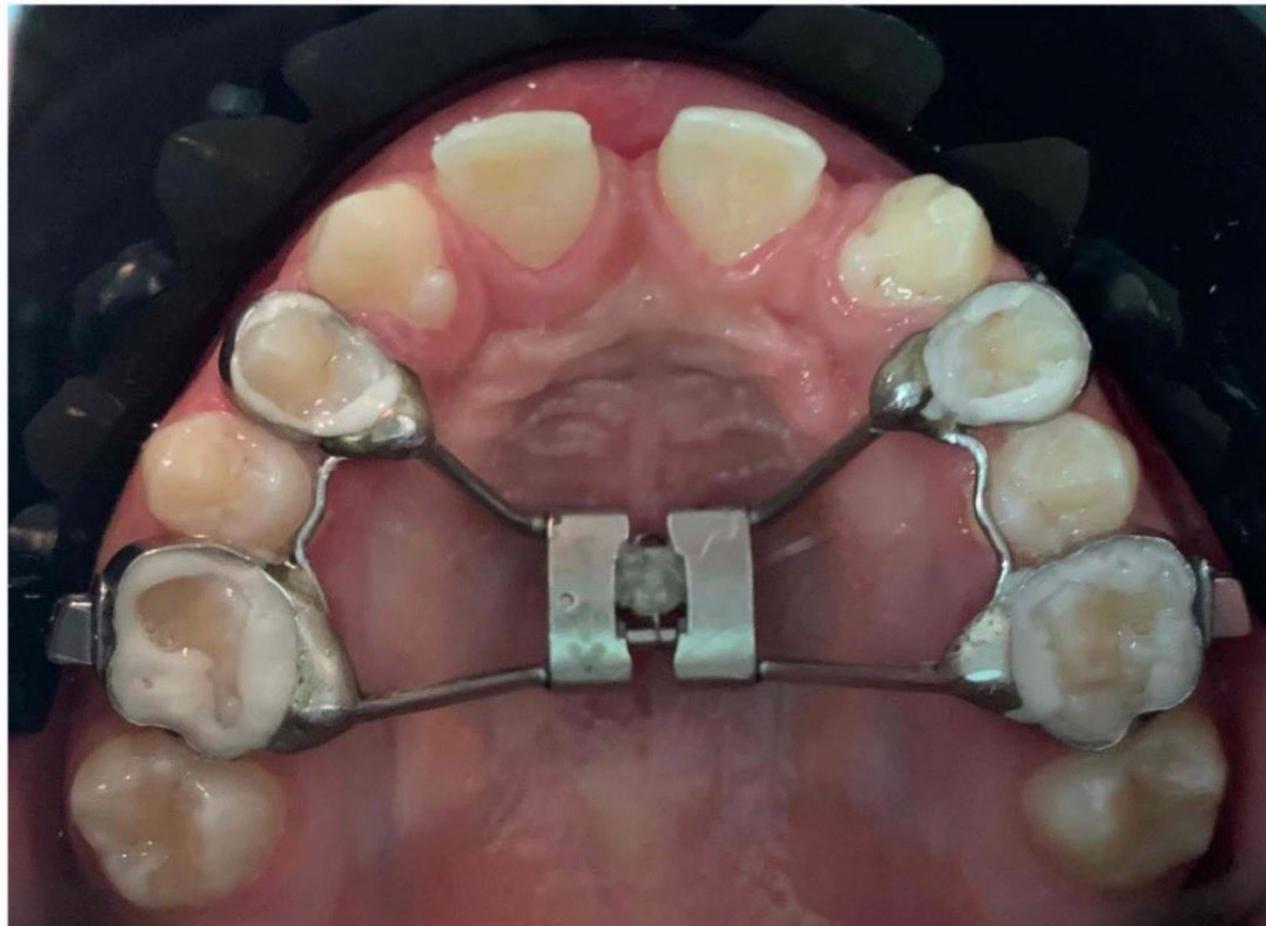


Foto 7B: instalação do Hyrax (oclusal);  
(FONTE: elaborada pelo autor)



Foto 7C: Instalação do Hyrax (lateral direita);  
(FONTE: elaborada pelo autor)



Foto 7D: Instalação do Hyrax (lateral esquerda).  
(FONTE: elaborada pelo autor)

Em seguida ao travamento do Hyrax, após finalização das ativações, foi realizada colagem dos acessórios superiores, para iniciar readequação dos espaços para os incisivos laterais, fechando o diastema inter-incisivo utilizando elástico corrente e molas ativas (Foto 8A, 8B e 8C).

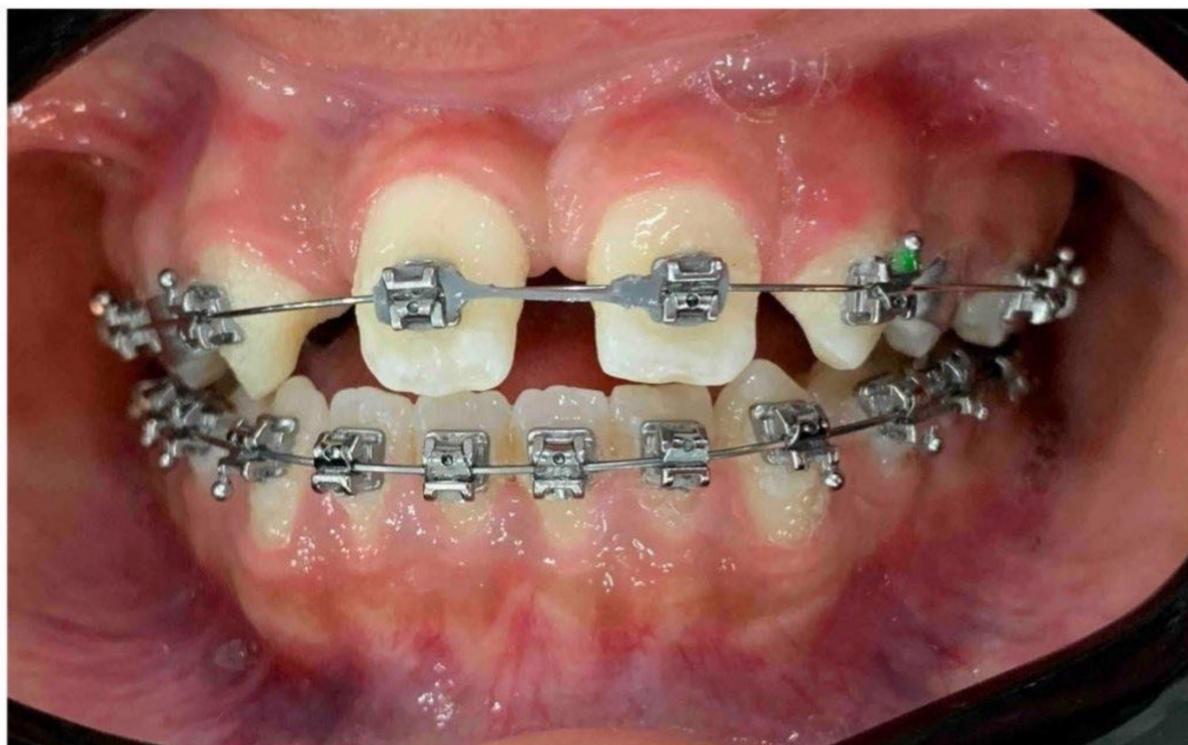


Foto 8A: Elástico corrente;  
(FONTE: elaborada pelo autor)



Foto 8B: Molas ativas;  
(FONTE: elaborada pelo autor)



Foto 8C: fechamento de diastema inter incisivo.

(FONTE: elaborada pelo autor)

Em janeiro de 2021, após estabilização óssea, foi feita a remoção do disjuntor Hyrax e colagem dos acessórios nos dentes 14, 24, 16, 26, 17 e 27, e foram colocados dentes provisórios para melhorar a estética da paciente, e manutenção de espaço (Foto 9). Foi colocado um amarrilho conjugado trançado nos dentes 11 e 21.



Foto 9: instalação de dentes provisórios (dente de estoque).

(FONTE: elaborada pelo autor)

A paciente apresenta incisivos centrais superiores com alteração de forma, sendo na parte mais cervical do dente mais largo mesiodistalmente que a parte central e incisal, formando um diastema na região (Foto 10).

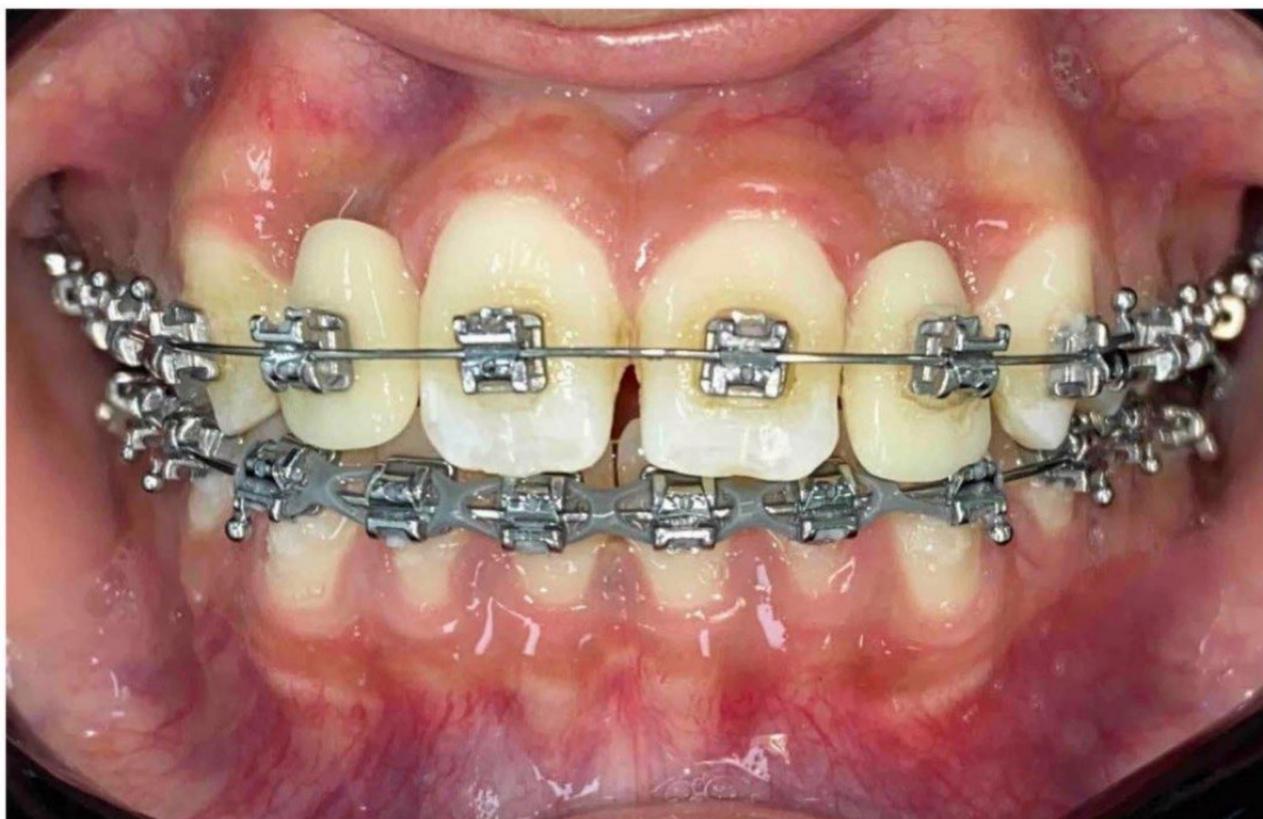


Foto 10: Alteração de forma dos incisivos.

(FONTE: elaborada pelo autor)

Como planejado, o ganho de espaço com a disjunção foi o suficiente para adequada reposição dos incisivos laterais superiores. Atualmente a paciente encontra-se com os dentes provisórios fixados ao aparelho para manutenção do espaço e restabelecimento da estética. Quando finalizado o caso, os miniparafusos serão instalados até que seja possível a instalação de implantes definitivos na região. Após a instalação dos mini-implantes, será feito um controle radiográfico da mesma, para preservar e manter a posição correta das raízes e paralelismo até a paciente completar a maioridade e finalizar o caso com reabilitação protética dos Incisivos Laterais Superiores. Além dos implantes será necessário, ao final da ortodontia, a realização de restaurações estéticas nos incisivos centrais superiores e caninos para devolução de forma adequada e consequente melhora da estética.

#### 4. DISCUSSÃO

Observa-se uma divergência, entre os pesquisadores, em relação aos dentes com a segunda maior prevalência de agenesia. Alguns autores (GRABER, 1978; MULLER *et al.*, 1970) acreditam que os incisivos laterais superiores representam a segunda maior prevalência desta anomalia, enquanto outros, discordando, afirmam ser os segundos pré-molares inferiores os segundos dentes mais ausentes (MULLER, T.P., *et al.*, 1970).

Segundo KOKICH, 1997, o planejamento ortodôntico no tratamento de pacientes que possuem agenesia de incisivos laterais superiores envolve considerações estéticas e funcionais de grande relevância para um resultado clínico satisfatório. O tratamento deverá seguir entre dois tipos de conduta: aquela em que os espaços são fechados ou aquela em que há abertura dos espaços para instalação de prótese ou implante posterior ao tratamento. O advento dos implantes osseointegrados parece ter aumentado a popularidade da opção de abertura de espaço (KOKICH, 1997).

Pode-se considerar que as opções de tratamento para a agenesia dos incisivos laterais superiores são: prótese parcial removível, prótese parcial fixa convencional, prótese adesiva, prótese implanto suportada, autotransplante dentário e fechamento ortodôntico do espaço seguido de recontornos dentários. A escolha da melhor alternativa terapêutica continua sendo um tema polêmico no meio acadêmico e profissional, com mais de cinco décadas de debates (SILVEIRA, G. S., 2015).

O ponto central desta falta de consenso é a decisão em provisionar espaço para a reposição dos dentes ausentes ou realizar o fechamento ortodôntico dos espaços. Diversos autores apresentaram parâmetros utilizados na definição entre o fechamento ou a abertura do espaço, tais como: volume labial; ângulo naso-labial; comprimento do lábio superior; protrusão maxilo-mandibular; relação molar; condições de espaço, apinhamentos ou diastemas; além da cor, formato e posição dos caninos (SILVEIRA, G. S., 2015).

Já o fechamento do espaço poderia ser o tratamento de escolha para os pacientes com: biprotusão dento-alveolar e relação molar de classe I, relação molar de classe II sem deficiência de espaço no arco inferior, relação de classe I com discrepância negativa de espaço no arco inferior, canino inclinado para mesial e com dimensão mesiodistal menor do que o incisivo central, e tais características não são pertinentes ao caso apresentado (SILVEIRA, G. S., 2015).

Por outro lado, SILVEIRA et al acredita que a escolha pela abertura ou fechamento do espaço também pode ser determinada pela experiência de cada profissional e pela interação entre o ortodontista, protesista, implantodontista e o especialista em dentística restauradora. Por estar inserida em uma equipe multidisciplinar, o tratamento proposto a paciente permite uma abordagem que une a visão do ortodontista e o implantodontista, sendo assim, foi planejado a abertura e instalação de implantes após desenvolvimento ósseo completo da mesma (SILVEIRA, G. S., 2015).

Os ortodontistas tendem a ser mais propensos ao fechamento do espaço, ao passo que os profissionais da dentística restauradora e implantodontia à abertura do espaço. Além disso, quando o ortodontista estava inserido em um ambiente multidisciplinar a indicação de fechamento de espaço foi menos frequente em comparação aos ortodontistas que trabalhavam sozinhos (SILVEIRA, G. S., 2015).

A decisão por uma alternativa de tratamento envolvendo a ausência de incisivos laterais superiores deve englobar dados de diagnóstico específicos e informações pós tratamento que tenham embasamento científico, e não opiniões dogmáticas com alternâncias históricas como as observadas durante o século passado (SILVEIRA, G. S., 2015).

Tanto o fechamento dos espaços correspondentes aos dentes ausentes quanto sua abertura ou manutenção oferecem vantagens e desvantagens que devem ser avaliadas de acordo com as características individuais do paciente. Fatores importantes que influenciam o planejamento são o padrão esquelético, o tipo de mal oclusão, a coloração e forma dos caninos (FRANCO, 2011). Por apresentar caninos

com coloração amarelada e forma bastante conoide, dificultaria ou inviabilizaria sua reanatomização como incisivos laterais.

O planejamento do tratamento da agenesia de incisivos laterais superiores deve considerar o perfil facial do paciente, quantidade e direção do crescimento, relação oclusal dentária, protrusão alveolar, deficiência no comprimento do arco, além de avaliar a forma, posicionamento, inclinação e cor dos caninos. A paciente ao início do tratamento apresentava-se em fase final de crescimento e o mesmo não favorável ao prognóstico, sendo um crescimento residual horizontal (PEREIRA, F. C. T., 2016).

As relações de Classe I ou Classe III de pré-molares e molares com bom encaixe são mais estáveis e resistentes a alterações. O caso relatado é de uma paciente Classe III esquelética, portanto favorável ao tratamento escolhido.

As desvantagens do tratamento de agenesias com abertura de espaço, ortodonticamente, seria a instalação de implantes dentários. As desvantagens são: o custo do tratamento, a necessidade de espera do término do crescimento craniofacial para que sejam inseridos os implantes dentários e a possível irrupção contínua, na região anterior, dos dentes após o final do crescimento. A paciente está ciente da conduta clínica adotada e de acordo com os custos e espera necessária para finalização do caso (PEREIRA, F. C. T., 2016).

O tratamento da agenesia de incisivos laterais superiores por meio da abertura de espaço e reabilitação com implantes dentários é a técnica mais conservadora e a que apresenta melhor relação custo-benefício, já que a principal vantagem dessa abordagem é o fato de não haver necessidade de restaurações ou desgastes dos dentes adjacentes (PEREIRA, F. C. T., 2016).

Segundo Arandi; Mustafá (2018), pacientes com agenesia de incisivos laterais superiores mostraram prevalência significativamente maior em pacientes Classe III esquelético, como na paciente presente, em comparação com a população em geral (DOMINGUES, A. L. P., 2021).

Prováveis problemas clínicos associados com o fechamento do espaço e as chaves para o sucesso deste, demonstrando a sua superioridade em comparação ao tratamento com reposições protéticas dos elementos dentários ausentes nos tratamentos das mal oclusões com agenesia de incisivos laterais superiores. As objeções mais comuns para o fechamento ortodôntico do espaço são as dificuldades na contenção, o provável comprometimento da oclusão funcional e do resultado final do tratamento, que pode não parecer “natural”. A principal vantagem do fechamento do espaço é que, embora seja necessária uma manutenção contínua em longo prazo, o resultado do tratamento é permanente. Isto é importante porque a maioria dos pacientes com ausência dos incisivos laterais superiores são crianças ou adolescentes. Se os espaços forem reabertos, o jovem paciente só poderá instalar as próteses definitivas após o término da fase de crescimento craniofacial. Nesse período, que pode durar vários anos, o paciente deverá usar uma placa de contenção removível ou uma prótese colada com resina, extremamente frágil e propensa a fraturas. Paciente foi amplamente esclarecida sobre os cuidados necessários durante esta fase do tratamento e de acordo. Outra vantagem do fechamento do espaço é que ele produz uma topografia gengival normal ao redor dos caninos reposicionados mesialmente, o que é crucial em pacientes com uma linha de sorriso alta. Contornos naturais da gengiva marginal e do espaço interdental são difíceis de obter com o implante ou com as facetas de porcelana. Uma terceira vantagem do fechamento de espaço é o custo, uma vez que não existe a necessidade de nenhuma substituição protética ou de implantes (PEREIRA, F. C. T., 2016).

Dentre as possíveis atitudes terapêuticas, pode ser planejado a manutenção dos espaços dos dentes ausentes, para futura reabilitação protética após finalização do tratamento ortodôntico. Durante o tratamento a mesma ficará com dentes provisórios fixados ao aparelho ortodôntico. A confecção de elementos dentários provisórios para adaptação em espaços edêntulos na região anterior das arcadas, durante o tratamento ortodôntico, é um procedimento bastante rotineiro. Uma técnica simples para a confecção de elementos dentários provisórios seria utilizando-se resina composta restauradora fotopolimerizável. Tal técnica permite a obtenção de elementos provisórios com ótimas características estéticas, boa aderência ao bráquete ortodôntico e baixo custo, entre outras vantagens (REZENDE, B. A., 2013).

Segundo Pinzan-Vercelino, 2013, Maio, *et al.*, (2013), dentes de estoque fixados à arcada dentária, ao fio ortodôntico ou a um arco lingual também podem ser considerados, porém, assim como as placas removíveis, são incapazes de manter o contorno gengival e a espessura óssea na região edêntula. Ressalta-se que a preservação do osso nessa região merece atenção, principalmente quando o paciente se encontra em fase de crescimento, quando é necessário aguardar até a idade adulta para o tratamento reabilitador de prótese sobre implante (PINZAN-VERCELINO, C. R. M., *et al.*, 2013).

A utilização do conjunto mini implante/coroa provisória em regiões edêntulas, para a adequação dos espaços inter coronários e inter-radiculares, possibilita a correção da angulação dos dentes adjacentes, proporcionando espaço adequado para a instalação dos implantes protéticos, ao mesmo tempo em que mantém o tecido ósseo alveolar, atua como unidade de ancoragem e promove a estética do sorriso (PINZAN-VERCELINO, C. R. M., *et al.*, 2013).

Com o avanço dos mini-implantes a terapia de abertura de espaço tem sido preferida por não causar danos funcionais à oclusão dos caninos. Casos de abertura de espaço existem vantagens e desvantagens, tais como: o tempo do tratamento ortodôntico que é consideravelmente menor do que na opção de fechar o espaço é a vantagem apresentada (DOMINGUES, A. L. P., 2021).

Villardi (2015) constatou em sua monografia que literaturas anteriores a 2008 preconizavam o tratamento ortodôntico de mesialização dos caninos com a interação da dentística restauradora, sendo essa conduta denominada convencional. A literatura no período de 2008 até 2015 mostrou maior tendência em associar o tratamento ortodôntico de distalização dos caninos (para abrir espaço na região dos incisivos laterais superiores) à terapia de implantes ósseo integrados (VILLARDI, C. A., 2015).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A manutenção ou abertura do espaço para a reposição protética do incisivo lateral são: ângulo naso-labial aberto, lábios finos, relação molar classe I ou III de Angle, diastemas generalizados, e incompatibilidade de cor entre o incisivo central superior e o canino.
- Foi decidido realizar fechamento de diastema inter incisivo e redistribuição dos espaços para os incisivos laterais, visto que a mesma tem como classificação de Angle Classe III, com excesso mandibular, falta de suporte labial devido a agenesia dos laterais, ausência de apinhamento inferior e presença de diastemas superiores.
- O excesso mandibular e a análise facial foram fatores importantes para a definição do planejamento do tratamento, além da idade da paciente e motivação em dar continuidade.
- A terapêutica escolhida para o tratamento da respectiva paciente, além de manter os espaços para futura reabilitação protética, a utilização de mini implantes com coroas provisórias foi a melhor alternativa planejada para o caso, levando em consideração manter o tecido ósseo alveolar em boas condições para os implantes.
- O tratamento encontra-se em andamento, em fase final usando fios calibrosos retangulares de aço, com dentes alinhados e nivelados, caninos em chave e molares em Classe I de Angle.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Eva Beatriz Alvim. Agenesia dos Incisivos Laterais Superiores em Ortodontia. **Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, 2018. Disponível em:  
[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7271/1/PPG\\_29724.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7271/1/PPG_29724.pdf).
- AL-ANI, Azza Hussam; ANTOUN, Joseph Safwat.; THOMSON, William Murray; MERRIMAN, Tony Raymond; FARELLA, Mauro. Hypodontia: An Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. **BiomedRes Int.**, Londres, 2017;2017:9378325. doi: 10.1155/2017/9378325. Epub 2017 Mar 19.
- DOMINGUES, Amanda Luna Pedrosa. Tratamento Ortodôntico em Pacientes com Agenesia de Incisivos Laterais Superiores. **Faculdade de Sete Lagoas**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:  
<http://www.faculdefacsete.edu.br/monografia/items/show/4590>.
- FRANÇA, Mayra Maria Coury. Incidência das Agenesias de Dentes Permanentes na População de Uberlândia. **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/16925/1/diss%20mayra.pdf>.
- GRABER, Lee W. Congenital absence of teeth: a review with emphasis on inheritance patterns. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v.96, p.266-275, 1978.
- LIU, Karen Neutzling Caldasso.; Agenesias Dentárias: Revisão de Literatura. **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2011.
- MULLER, T.P.; HILL, I.N.; DDS, A.C.; PETERSEN, J.R.; DDS, B. A survey of congenitally missing permanent teeth. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v.81, p.101-107, 1970.
- PARK, JAE.HYUN., OKADAKAGE, Sakiko; SATO, Yasumori; AKAMATSU, Yutaka; TAI, Kiyoshi. Orthodontic treatment of a congenitally missing maxillary lateral incisor. **J EsthetRestor Dent.**, Houston, 2010. 22 (5), p. 297–312.
- PEREIRA, Flávio César Terra. Agenesia de Incisivos Laterais Superiores e Suas Possibilidades de Tratamento. Belo Horizonte, 2016. Disponível em:  
<https://faculdefacsete.edu.br/monografia/files/original/b4f181897387653d14327d511b88e5f9.pdf>.
- PINHO, Teresa; LEMOS, Carolina. Dental repercussions of maxillary lateral incisor agenesis. **Eur J Orthod**. Oxford, Inglaterra, 2012 Dec;34(6):698-703. doi:10.1093/ejo/cjr084. Epub 2011 Aug2.
- PINZAN-VERCELINO; GURGEL, Júlio de Araújo; BRAMANTE, Fausto Silva; LIMA, Fabrício Viana Pereira; NEVES, Murilo Gaby; VERCELINO, A. B. Utilização dos mini-implantes ortodônticos como elemento protético e de ancoragem em casos de agenesia dos incisivos laterais superiores

permanentes. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 12, p. 51-59, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/115536>.

PISEK, Poonsak; MANOSUDPRASIT, Montian; WANGSRIMONGKOL, Tasanee; PASASUK, Apaporn; SOMSUK, Thanatpiya. Orthodontic treatment of unilateral cleft lip and alveolus patient with maxillary lateral incisor missing: case report. **J Med Assoc Thai**. Thailand, 96 (Suppl4), S170–S176, 2013.

REZENDE, Bruno Almeida de. Confecção imediata de elementos provisórios em resina composta. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, Fev.- mar; 12(1): 79-86, 2013.

SALGADO, Helena; MESQUITA, Pedro; AFONSO, Américo. Agenesia do incisivo lateral superior - a propósito de um caso clínico. **Faculdade de Medicina Dentária**, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2012. DOI: 10.1016/j.rpemd.2012.05.002

SANTOS, B. D. R.; SANTOS, A.L. E.; COLOMBO, N. A.; CUOGHI, O. A.; MENDONÇA, M.R. Uso dos mini-implantes ortodônticos em casos de agenesia de incisivos laterais superiores permanentes. **Archives of Health Investigation**, [S. l.], v. 6, 2017. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArchHI/article/view/2563>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SCHER, E. L. An osseointegrated implant to replace a missing lateral incisor following orthodontic treatment. **British journal of orthodontics**, Oxford, Inglaterra, v.17,n. 2,p. 147-153, 1990.

SILVA, E. R.; PEREIRA, M.; FAGGIONI JÚNIOR, G. G. Anomalias Dentárias - Agenesias e Supranumerários - Revisão Bibliográfica. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 21, n. 2, p.105-113, May/Aug. 2005.

SILVEIRA, Giordani Silveira. Reposição Protética Versus Fechamento do Espaço na Agenesia do Incisivo Lateral Superior: Uma Revisão Sistemática. **Universidade Federal Fluminense**, Niterói, 2015. Disponível em: [http://ortodontia.sites.uff.br/wpcontent/uploads/sites/442/2018/12/diss\\_giordani\\_silveira.pdf](http://ortodontia.sites.uff.br/wpcontent/uploads/sites/442/2018/12/diss_giordani_silveira.pdf).

SYMONS, A.L.; STRITZEL, F.; STAMATIOU, J. Anomalies associated with hypodontia of the permanent lateral incisor and second premolar. **J Clin Pediatr Dent**, Birmingham, v.17, p.109-111, 1993.

TOLEDO, Orlando Ayrton de. Crescimento e desenvolvimento; noções de interesse odontopediátrico. In. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**: 3 edição. São Paulo: Premier, 1996. Cap. 1, p. 17-36.

VASTARDIS, H. Genetics of human tooth agenesis: new discoveries for understanding dental anomalies. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.**, Chicago, 2000 Jun;117(6):650-6., v.117, n.6, p.650-656, 2000.

VILLARDI, Camila Alves. Prevalência da agenesia dos incisivos laterais e possíveis tratamentos. **Faculdade de Pindamonhongaba**, Pindamonhongaba, 2015.