

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

LETÍCIA AUGUSTA ALVES SILVA

**AUSÊNCIA DE INCISIVO
ABORDAGEM ODONTOLÓGICA MULTIDISCIPLINAR
(RELATO DE CASO)**

**SETE LAGOAS
2016**

AUSÊNCIA DE INCISIVO ABORDAGEM ODONTOLÓGICA MULTIDISCIPLINAR (RELATO DE CASO)

Letícia Augusta Alves Silva¹
Sidnei Maurílio Prando²
Vera Aparecida Parelli³

RESUMO

O traumatismo dentário é comum em crianças, tais acidentes podem levar a perda dentária e fratura óssea. O tratamento ortodôntico nestes casos deve-se levar em consideração o planejamento do tratamento e a ausência do dente perdido. Tratamento ortodôntico em paciente com ausência de incisivo inferior requer um trabalho multidisciplinar. Levando em consideração o tratamento pré-protético com abertura de espaço para a reposição do elemento dentário perdido. Onde cabe ao ortodontista através do diagnóstico planejar o melhor tratamento ao paciente, não se esquecendo da estética e função da oclusão. O objetivo deste estudo é a abordagem odontológica multidisciplinar relacionada à ausência de incisivos e apresentar um relato de caso sobre o tratamento conjunto entre ortodontia, prótese e implantodontia para reabilitação de ausência de incisivo por trauma.

Palavras chaves: Ausência de incisivo, Ortodontia multidisciplinar, Tratamento ortodôntico e protético, Orto e Implante.

ABSTRACT

The dental trauma is common in children, such accidents can lead to tooth loss and bone fracture. Orthodontic treatment in these cases should take into account the treatment planning and the absence of the lost tooth. Orthodontic treatment in patients with no incisor requires a multidisciplinary work. Taking into consideration the pre-prosthetic treatment with opening space for the replacement of the lost tooth. Where it is the orthodontist through the diagnostic plan the best treatment for the patient, not forgetting the aesthetics and function of the occlusion. The aim of this study is multidisciplinary dental approach related to the absence of incisors and present a case report on the joint treatment of orthodontics, prosthodontics and implant dentistry for rehabilitation absence of incisor trauma.

Keywords: Incisor absence, multidisciplinary orthodontics, orthodontic treatment and prosthetic and implant Orto.

INTRODUÇÃO

As expectativas do paciente e/ou responsáveis quanto a uma estética agradável, leva o profissional buscar alternativas de tratamento que melhor se

¹Especializanda em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); graduada em Odontologia pela UNINCOR, 2012.

²Especialista em Ortodontia pela APCD (2002); graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (1989). Orientador.

³Mestre em Ortodontia pela UNIMAR, 2004; Especialista em Ortodontia pela APCD regional de Araraquara, 1986; graduada em Odontologia pela UNESP, 1981. Coorientadora.

adequem ao caso. Nos casos para a substituição de incisivos ausentes, são consideradas opções de tratamento o fechamento de espaços ou a manutenção desse espaço para um futuro implante (BARBER *et al.*, 2014). Dessa forma, além da escolha por tratamento ortodôntico pré-protético com abertura de espaço para reposição do elemento perdido e colocação de um implante osseointegrado ou prótese adesiva, existe também, a opção de tratamento com fechamento do espaço do elemento perdido e substituição pelo dente vizinho, seguido de transformação estética e funcional. O planejamento e a decisão do melhor tratamento a ser instituído devem ser feitos com base nos dados do diagnóstico, características do paciente e limitações inerentes ao caso (CLOSS *et al.*, 2007).

Fatores favoráveis ao controle do espaço edêntulo tanto por trauma, agenesia ou qualquer outra etiologia são relativos à idade pouco avançada do paciente, espaço edêntulo pequeno, boa condição periodontal, maior vida útil do tratamento e o grau de verticalização dos dentes a serem mesializados, dando-se atenção especial ao nível de atrofia do osso alveolar da região edêntula. Áreas de extrações com pequena quantidade de espaço medular podem dificultar o tratamento, mas os autores afirmam que esta não é uma contraindicação absoluta para a movimentação dentária no local (ROSSI *et al.*, 2003).

Desvantagens podem ser relacionadas com a região dos incisivos, especialmente para incisivos laterais, devido à leve erupção contínua dos dentes adjacentes, principalmente em adolescentes. Problemas periodontais podem surgir, com a perda de osso marginal em torno dos dentes adjacentes e perda óssea em torno dos implantes. Quanto mais curta for a distância entre o implante e os dentes adjacentes, maior será a redução do nível de osso marginal. Antes da colocação do implante o espaço suficiente deve ser adquirida na área do implante, com verticalização e paralelismo adequados, até mesmo na área apical, usando movimentos não intrusivos (THILANDER *et al.*, 2001).

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura sobre a abordagem odontológica multidisciplinar relacionada à ausência de incisivos e apresentar um relato de caso sobre o tratamento conjunto entre ortodontia e implantodontia para reabilitação de ausência de incisivo por trauma.

DESENVOLVIMENTO

Robertsson e Mohlin (2000), afirmaram que a ausência de um incisivo é um desafio para um planejamento efetivo, o fechamento de espaço ou abertura para reposição protética se tem como duas das alternativas de tratamento principais, que podem comprometer a estética, a saúde periodontal e a função. Em casos em que há perda de um elemento dentário, especialmente em regiões estéticas como a de um incisivo central superior, pode envolver diferentes abordagens no tratamento ortodôntico. Com relação ao fechamento de espaço, Czochrowska *et al.* (2003) citaram como alternativas de tratamento prótese adesivas e dento suportadas. Entretanto, o planejamento, em cada situação, depende de alguns fatores como a quantidade de dentes perdidos, oclusão, condição do espaço edêntulo, idade do paciente, seu aspecto facial, padrão de crescimento, morfologia dentária e a necessidade de tratamento ortodôntico, sendo importante uma abordagem multidisciplinar.

Schwartz-Arad *et al.* (2004), procuraram estabelecer evidências de traumas na região maxilar anterior, que é a região mais traumatizada durante a infância. Observaram que complicações pós-traumáticas eventualmente, levam à perda do dente como bem como a necessidade de implantes no futuro. Mencionaram ser contra-indicado a colocação de implantes durante infância, sendo necessário a conclusão de crescimento ósseo, para que este paciente se tornar um candidato para implantes dentários futuros, é necessário assegurar o crescimento contínuo e para preservar as dimensões do processo alveolar até que crescimento já tenha cessado do momento da lesão até a maturação conjunta. Para atingir essas metas, é essencial coordenar a sequência de tratamento e o tempo de trauma. Após uma perda por trauma de um incisivo superior em adultos jovens as opções de tratamento são limitadas: fechamento ortodôntico do gap e remodelar os dentes adjacentes, ou extração e manutenção da diferença do espaço com uma restauração temporária.

Closs *et al.* (2007), demonstraram o caso de um paciente com hipodontia bilateral de incisivos laterais superiores que estava insatisfeito com o resultado do tratamento ortodôntico inicial, e a importância de uma interação multidisciplinar entre odontologia restauradora, ortodontia e implantologia para alcançar satisfatória estética e resultados funcionais. No que diz respeito às relações entre as arcadas superior e inferior, mostrou uma grande melhoria em

termos de posição dos dentes anteriores e correção da linha média mandibular, destacando os benefícios do tratamento quando se consideram as limitações de retratamento em um paciente adulto. O tratamento multidisciplinar foi longo e a compreensão e participação do paciente foi indispensável. Por outro lado, foi possível criar uma boa relação oclusal, que se finalizou com a satisfação do paciente.

Matsumoto *et al.* (2010), realizaram um estudo onde reuniram informações referentes às indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e estabilidade dos resultados obtidos nos tratamentos realizados com extração de um incisivo inferior. As indicações nos casos onde preconizava a exodontia de um incisivo inferior, se davam quando a discrepância de volume dentário anterior devido a incisivos superiores estreitos e/ou incisivos inferiores largos, Sendo contra-indicada em casos onde eram necessários exodontia em ambas as arcadas, em casos de incisivos inferiores com anatomia triangular, tendo a falta de espaço menor que 3mm, casos onde a inserção do freio labial inferior poderia causar recessão gengival no incisivo remanescente e casos onde a exodontia inferior podia causar sobremordida. A recidiva era menor que nos casos onde o planejamento era a exodontia de pré-molares, desde que o planejamento fosse corretamente indicado para exodontia de um incisivo inferior.

Farret *et al.* (2012), verificaram em relato de caso uma abordagem incomum que foi usada para tratar um paciente de 14 anos de idade, com apinhamento em ambas arcadas e ausência de um incisivo superior e bilateral transposição canino-pré-molares. O objetivo do tratamento foi corrigir mordida cruzada posterior do lado esquerdo, exodontia dos dentes decíduos superiores manter transposição de canino e pré-molar superior, criando espaço para a substituição do incisivo lateral e estabelecendo uma relação de classe I. Ao final do tratamento, foi realizado torque de raiz vestibular acentuada e função lateral de grupo estabelecida para melhorar o resultado do tratamento. Tendo uma oclusão estética e funcional e um acompanhamento durante 8 anos mostram a estabilidade deste tratamento.

Huang *et al.* (2013), demonstrara neste relato de caso o tratamento ortodôntico de uma menina que perdeu o seu incisivo central superior esquerdo por trauma na infância. A paciente tinha uma má oclusão onde os seus molares se encontrava em Classe I do lado direito e Classe II do lado esquerdo, desvio

de linha média, mordida cruzada anterior de um dente e posterior bilateral, um perfil côncavo. O tratamento consistiu em expansão rápida juntamente com aparelho extra oral inverso para melhorar a relação anterior. Foi realizada uma estética na coroa do canino esquerdo para se assemelhar com incisivo lateral esquerdo, e uma faceta de porcelana foi colocada para tornar o incisivo lateral esquerdo semelhante ao incisivo central esquerdo. Neste estudo demonstrou como o tratamento ortodôntico pode ser multidisciplinar para um incisivo faltoso, sem uma ponte ou um implante. Os resultados clínicos da restauração do incisivo central para a paciente foram satisfatórios.

Nirola *et al.* (2013), mostraram que uma abordagem interdisciplinar podia ser necessária para o plano de tratamento adequado. Os tratamentos disponíveis para a substituição de um dente ausente congenitamente incluíam prótese fixa e prótese removível, resina ligada a retentores, movimentação ortodôntica da do canino superior ao sítio do incisivo lateral e implantes dentários individuais. Os implantes tinham como vantagens a conservação dos dentes naturais, desde que o espaço fosse disponível, se o espaço não fosse adequado, poderia ser adquirido ortodonticamente. O artigo tinha como objetivo um caso de substituição de incisivos laterais superiores bilateralmente ausente e segundo pré-molar inferior direito com implante.

Gautam *et al.* (2014), afirmaram que perda de incisivos centrais superiores em uma idade precoce tem implicações psicológicas, estéticas e funcionais. O incisivo central superior tem um papel importante na estética, são várias opções de tratamento que estão disponíveis para substituição. A abordagem multidisciplinar envolvendo o ortodontista, protesista e periodontista deve ser considerada. Este relatório clínico tentou demonstrar diferentes estratégias para pacientes com ausência de incisivos centrais faltosos unilaterais e bilateral. Concluindo que pacientes com ausência unilateral ou bilateral de incisivos centrais, poderia ter um plano de tratamento ortodôntico envolvendo fechamento de espaço com a substituição dos dentes adjacentes, juntamente com a intervenção protética e restauradora satisfaria a estética e as exigências funcionais do paciente.

Krishnappa *et al.* (2014), verificaram a ausência congênita de incisivos centrais superiores têm a menor incidência. A perda pode se dar normalmente por lesões traumáticas ou anomalias congênitas. Essa ausência leva o paciente

a perda de linha média. Nesses casos, uma abordagem multidisciplinar pode ser necessária com o tratamento ortodôntico para organizar o espaço disponível, a fim de reabilitar o paciente com uma prótese fixa. Este relato de caso apresentou o tratamento de um paciente com incisivo central superior congenitamente ausente utilizando implante dentário com pilares angulados após a correção ortodôntica e estabilização do restante dos dentes anteriores superiores. A correção ortodôntica foi seguida pelo implante dentário de diâmetro estreito e pilares angulados. Após 1 ano de acompanhamento, concluiu-se que esse tratamento foi satisfatório para as expectativas estéticas do paciente.

Silveira e Mucha em 2016, destacaram aspectos clínicos presentes em pacientes cujos incisivos laterais superiores estavam ausentes, e nos possíveis tratamentos disponíveis de reabilitação que discutem algumas características clínicas, envolvendo estética facial, integridade periodontal e uma oclusão ideal funcional, que deve ter prioridade sobre a guia canina. A escolha do melhor tratamento possível depende do diagnóstico multidisciplinar, das características faciais, oclusais, funcionais e periodontais.

RELATO DE CASO

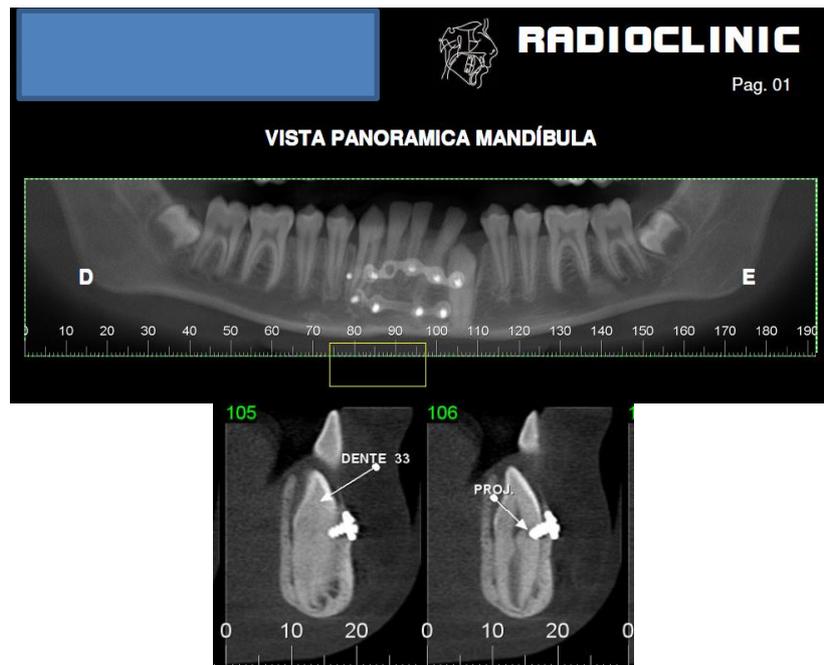
Paciente MJLQ, sexo masculino, 10 anos, em 2011, sofreu acidente ciclístico levando-o a fratura mandibular.



Figura 1: Fotos perfil e frente.

Após um ano, compareceu ao curso de Pós-Graduação em Ortodontia da FACSETTE para tratamento ortodôntico. Através dos exames de imagens, foi observado ausência do dente 31, bem como a fixação dos dentes 33 e 41

(Figuras 2 e 3) por parafusos utilizados nas placas de contenção cirúrgica durante o atendimento hospitalar, logo após o acidente. Preocupados com o risco de reabsorção radicular do dente 41, bem como da impacção do 33, encaminhamos o paciente ao serviço de Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Maria Amélia Lins, em Belo Horizonte, para estudo da possibilidade da remoção da placa que apresentava problemas.



Figuras 2 e 3: Rx panorâmica e tomografia.

Em 2013, o paciente retorna já sem uma das placas (Figuras 4 e 5) onde observamos os o dente 33 ainda em infra oclusão. Ao retornar em 2014, já com 13 anos, foi solicitado a documentação ortodôntica, sendo classificado como Classe I de Angle, ausência do dente 31, linha média inferior desviada para esquerda (Figura 6).

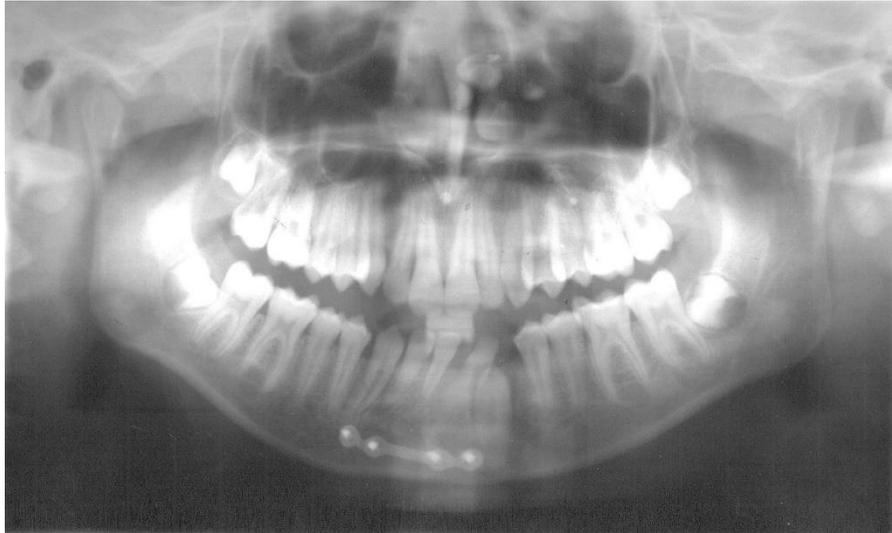


Figura 4: Rx panorâmica.

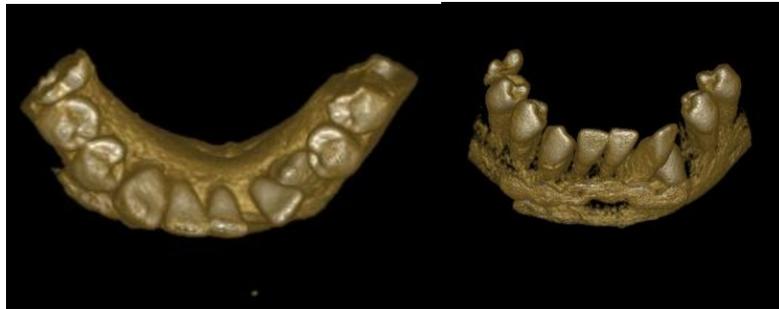


Figura 5: Tomografia computadorizada.



Figura 6: Fotos iniciais (obs.: dente 33 já erupcionado).

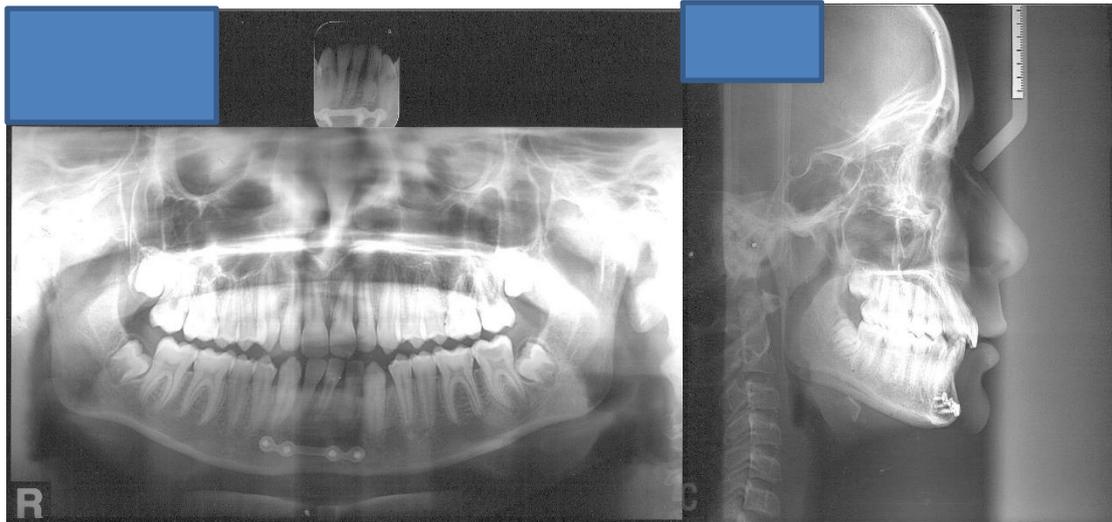


Figura 7: Rx Panorâmica e terradiografia.

Após a anamnese e com a documentação ortodôntica foram apresentadas as opções de tratamento ortodôntico, sendo, abertura do espaço para implante ou simplesmente fechamento ortodôntico do espaço do 31. A mãe, por questões financeiras, optou pelo fechamento do espaço independente do resultado estético final. Contrariando nossas expectativas o tratamento seguiu visando uma reavaliação futura. A montagem do aparelho fixo para alinhamento e nivelamento foi realizada. Conforme o tratamento foi prosseguindo o espaço do dente ausente foi fechando promovendo a lingualização dos demais dentes, gerando o aparecimento do overjet sugerido durante a Análise de Bolton.

Percebendo o descontentamento do paciente com os resultados obtidos até aquela data, foi reapresentada a opção de recuperação do espaço do dente 31 para instalação de implante que será realizado pela equipe do curso de implante na Faculdade FACSETE.

Atendendo agora a necessidade da abertura do espaço perdido, iniciamos a instalação de mola aberta de NITI (Figura 8), bem como a utilização de elásticos triangulares médio, com força de 90 gramas para conformação da parábola.

Dobra de segunda ordem (Z) foi realizada para melhorar os dentes 32 (Figura 10).



Figura 8: Janeiro 2015.

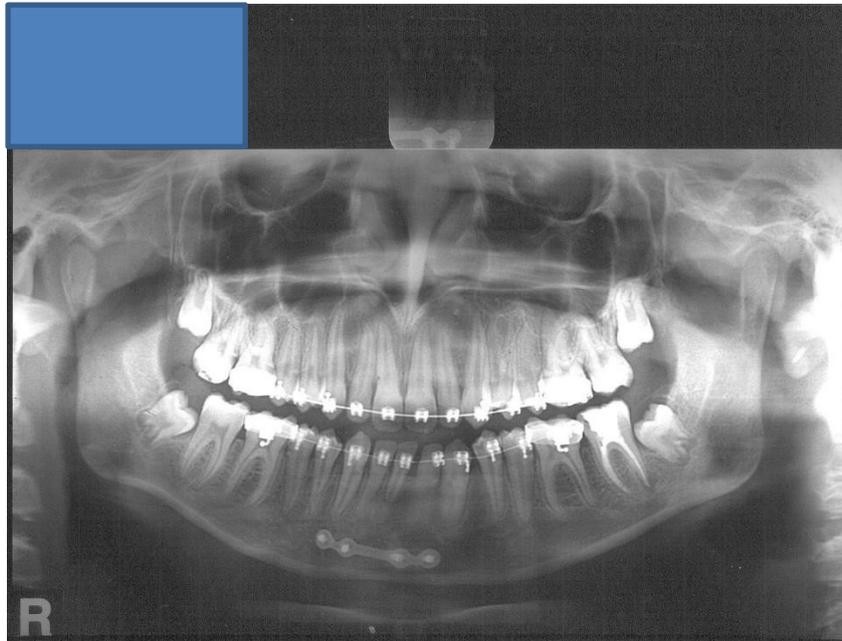


Figura 9: Fevereiro 2015.



Figura 10: Março 2015.



Figura 11: Agosto 2015.



Figura 12: Janeiro 2016.



Figura 13: Fevereiro 2016.

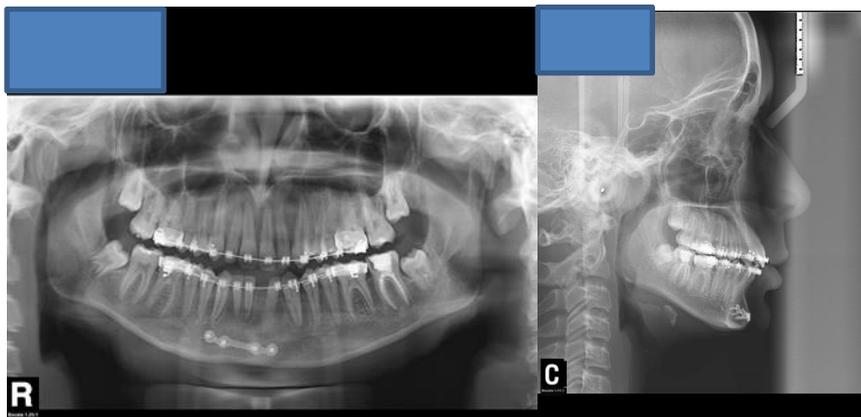


Figura 14: Rx panorâmica e terradiografia.

Em abril de 2016, o paciente encontra-se em fase final do tratamento ortodôntico. Apresentando dente de estoque na região do dente 31 com finalidade estética. Assim que o tratamento ortodôntico for finalizado, o paciente será encaminhado ao serviço de Implantodontia da FACSETE, onde receberá o implante do elemento 31.



Figura 15: Maio 2016.

CONCLUSÃO

O tratamento reabilitador em pacientes com ausência de incisivos é um desafio. A chave de sucesso é o planejamento e o tratamento multidisciplinar. Neste tipo de tratamento não podemos esquecer da estética do paciente e da função dentária.

O tratamento mostrou que a abertura de espaço para colocação de implante foi a melhor opção, restabelecendo as funções dentárias e estética.

REFERÊNCIAS

BRAGGER, U.; KRENANDER, P.; LANG, N. P. **Economic aspects of single-tooth replacement.** *Clinical Oral Implant Research*, v. 16, p. 335–341, 2005.

CLOSS, L. Q.; RESTON, E. Q.; TESSAROLLO, F.; FREITAS, M. P. M.; BROLIATO, G. **Multidisciplinary Approach in the Rehabilitation of Missing Lateral Incisors: A New Trend in Daily Practice.** *Operative Dentistry*, v. 37, n. 5, 458-463, 2012.

CZOCHROWSKA, E. M.; SKAARE, A. B.; STENVIK, A.; ZACHRISSON, B. U. **Outcome of orthodontic space closure with a missing maxillary central incisor.** *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 123, n. 6, p. 597-603, 2003.

FARRET, M. M. B.; FARRET, M. M.; FARRET, A. M.; HOLLWEG, H. **Unusual orthodontic approach to a maxillary canine-premolar transposition and a missing lateral incisor with long-term follow-up.** *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 142, p. 690-7, 2012.

FLEIGEL, J. D.; SALMON, C. A.; PIPER, J. P. **Treatment Options for the Replacement of Missing Mandibular Incisors.** *Journal of Prosthodontics*, v. 20, p. 414–420, 2011.

GAUTAM, R.; NENE, P.; MEHTA, K.; NENE, S.; HEGDE, A.; JAJU, R. **Treatment Strategies for Missing Maxillary Central Incisor—An Orthodontist's Perspective.** *Journal of Prosthodontics*, v. 23, p. 509–513, 2014.

HUANG, S.; KANG, T.; DUAN, Y. **Traumatic loss of a maxillary central incisor treated with nonextraction orthodontics.** American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 143, p. 246-53, 2013.

KRISHNAPPA, L.; SHETTY, J.; REDDY, V.; SHAH, A.; PRASAD, S.; HEDGE, D.; REDDY, C. **Replacement of a Congenitally Missing Maxillary Incisor by Implant Supported Prosthesis.** Journal Indian Prosthodontic Society, v. 14, p. 190-5, 2014.

MATSUMOTO, M. A. N.; ROMANO, F. L.; FERREIRA, J. T. L.; TANAKA, S.; MORIZONO, E. N. **Extração de incisivo inferior: uma opção de tratamento ortodôntico.** Dental Press Journal of Orthodontics, v. 15, n. 6, p. 143-61, 2010.

NIROLA, A.; BHARDWAJ, S. J.; WANGOO, A.; CHUGH, A. S. **Treating congenitally missing teeth with an interdisciplinary approach.** Journal of Indian Society of Periodontology, v. 17, p. 793-5, 2013.

ROBERTSSON, S.; MOHLIN, B. **The congenitally missing upper lateral incisor. A retrospective study of orthodontic space closure versus restorative treatment.** European Journal of Orthodontics, Oxford, v. 22, p. 697–7100, 2000.

ROSSI NJ, ROSSI RC, ROSSI NJC. **Fechamento de espaços em áreas de anodontias e extrações com sequelas de pouco osso medular.** Ortodontia, v.1, p. 75-84, 2003.

SCHWARTZ-ARAD, D.; LEVIN, L.; ASHKENAZI, M. **Treatment Options of Untreatable Traumatized Anterior Maxillary Teeth for Future Use of Dental Implantation.** Implant Dentistry, v. 13, n. 1, p. 11-9, 2004.

SILVEIRA, G. S.; MUCHA, J. N. **Agensis of Maxillary Lateral Incisors: Treatment Involves Much More Than Just Canine Guidance.** The Open Dentistry Journal, v. 10, p. 19-27, 2016.

THILANDER, B; ODMAN, J; LEKHOLM, U. **Orthodontic aspects of the use of oral implants in adolescents: a 10-year follow-up study.** European Journal of Orthodontics, Oxford, v. 23, p.715–731, 2001.

DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me iluminar, guiar e nunca desistir de mim.

Aos meus pais, por sempre estar lutando e incentivando com suas palavras de força e amor.

Ao meu irmão, pela compreensão do seu tratamento e por sempre estar do meu lado, acreditando no meu profissionalismo.

Ao Victor, pelo seu amor e por sempre me apoiar, estando do meu lado nos momentos de alegria e tristeza.

Aos meus tios e primos, por sempre me ajudarem e lutar comigo em busca de um sonho.

Aos meus queridos amigos, pela compreensão pela minha ausência nos momentos especiais neste período.

Aos colegas de turma, em especial Christine, por ser amiga, verdadeira e abrir seu lar e coração para mim.

Aos mestres Vera, Sidnei e Maria Helena obrigada! A paciência, o conhecimento e carinho que criamos no decorrer deste tempo.

Maria do Carmo, Junior e Mara anjos que com suas asas abertas, me acolheram e trouxeram de volta para Minas.

Brigida pelo seu carinho e atenção sempre!

Aos meus colegas e mestres do NEAO, em especial Mayara Guerra e Elaine Brito, que nos momentos difíceis em João Pessoa, foram minha família.

A minha mestra Ana Maria Rebouças, que em toda minha vida irei levar comigo e por você ser tão dedicada a sua aluna, por se preocupar comigo até hoje e sempre acreditar e me apoiar, só tenho que te falar mais uma vez obrigada!

Aos funcionários da escola, obrigada pela colaboração!

Aos pacientes por acreditar no meu trabalho.

E em especial a mim, que em vários momentos fui fraca e quis desistir, mas que por um sonho maior continuei na luta, e hoje estou conquistando um sonho e tornando mais uma etapa concluída.