

FACSETE- FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

EDILERMANDO SOARES DO NASCIMENTO

**UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO DA AGENESIA DENTÁRIA
DOS INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES: UM RELATO DE CASO
CLÍNICO**

VITÓRIA DA CONQUISTA

2017

EDILERMANDO SOARES DO NASCIMENTO

**UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO DA AGENESIA DENTÁRIA
DOS INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES: UM RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização
Lato Sensu da FACSETE, como requisito parcial para
conclusão do Curso de Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia
Orientador: Prof. Dr. Sisenando Itabaiana Sobrinho

VITÓRIA DA CONQUISTA

2017

FACSETE- FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

**UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO DA AGENESIA DENTÁRIA DOS
INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

Monografia intitulada “*Uma alternativa de tratamento da agenesia dentária dos incisivos laterais superiores: um relato de caso clínico*” de autoria do aluno Edilermundo Soares do Nascimento, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professor Dr. Sisenando Itabaiana Sobrinho
FACSETE- Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas
Orientador

Professor Dr. Geraldo José Correa
FACSETE- Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

Professor Dr. Evan Novais de Oliveira
FACSET- Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

VITÓRIA DA CONQUISTA

2017

Dedico este trabalho a minha companheira pelo apoio incondicional durante o percurso desta jornada. À minha filha pela ausência nas horas em que me deslocava à Vitória da Conquista para ampliar a minha prática profissional. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão de mais uma etapa na minha vida profissional. A Deus pela força e coragem a mim atribuída em mais esta jornada de estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor e Orientador Dr. Sisenando Itabaiana Sobrinho pelo apoio e encorajamento contínuo na pesquisa, aos demais mestres da casa pelos conhecimentos transmitidos, à diretoria do curso de especialização da FACSETE – Vitória da Conquista / BA, pelo apoio institucional e pelas facilidades oferecidas.

“Quando alguém encontra seu caminho, precisa ter coragem suficiente para dar passos errados. As decepções, as derrotas, os desânimos são ferramentas que Deus utiliza para mostrar a estrada”.

Paulo Coelho

RESUMO

Este trabalho monográfico tem como finalidade realizar uma revisão de literatura para esclarecer algumas questões relativas à agenesia dentária. Os fatores envolvidos na etiologia da agenesia, baseiam-se na hipótese da mutação filogenética, seguido da histogênese, assim como de fatores que envolvem a obstrução física, rompimento da lâmina dentária, limitação de espaço, anormalidade funcionais do epitélio dentário e fatores genéticos e ambientais. Há certa discordância entre os autores quanto à incidência do dente mais ausente, salvo o terceiro molar, seguidos dos incisivos laterais superiores ou segundo pré-molares inferiores. As agenesias que envolvem os primeiros e os segundos molares são raras. Também procurou entender a epidemiologia, o diagnóstico, as consequências, bem como as opções de tratamento indicadas por diferentes autores com relação à anomalia em estudo. Foi realizado o tratamento de um caso específico de uma paciente jovem do sexo feminino de 13 anos e 07 meses de idade na Clínica Integrada de Odontologia, através da FACSET curso de pós-graduação em Ortodontia, unidade Vitória da Conquista, Bahia. Ao exame clínico, a paciente foi diagnosticada com dente 12 conóide e agenesia do dente 22. Após a análise clínica e a partir de exames radiográficos, é que se pode detectar qual o tratamento mais adequado. Segundo McDonald & Avery (2001), em 97 % das crianças, a formação do pré-molar pode ser detectada radiograficamente aos 5,5 anos de idade e a do incisivo lateral aos 3,5 anos de idade. Diante disso, há uma abordagem das vantagens e desvantagens, indicações e contra indicações, assim como os fatores que definirão o tratamento, optando-se pelo tratamento ortodôntico, fechamento do espaço através de implante e correção do dente por facetas. Diante da preocupação em se obter um melhor resultado todas as possibilidades de reabilitação do sorriso e da autoestima do paciente devem ser avaliados.

Palavras chave: Agenesia dental; incisivo lateral; reabilitação oral.

ABSTRACT

This monographic work aims to carry out a literature review to clarify some issues related to dental agenesis. The factors involved in the etiology of agenesis are based on the hypothesis of phylogenetic mutation, followed by histogenesis, as well as factors involving physical obstruction, dental blade rupture, space limitation, functional abnormalities of the dental epithelium and genetic and environmental factors . There is some disagreement between the authors regarding the incidence of the most absent tooth, except for the third molar, followed by the upper lateral incisors or second lower premolars. Agenesis involving the first and second molars is rare. It also sought to understand the epidemiology, diagnosis, consequences, as well as the treatment options indicated by different authors regarding the anomaly under study. The treatment of a specific case of a young female patient of 13 years and 7 months of age at the Integrated Dental Clinic was conducted through the FACSET post-graduation course in Orthodontics, Vitória da Conquista, Bahia unit. At the clinical examination, the patient was diagnosed with a 12-tooth conidia and agenesis of the tooth 22. After the clinical analysis and from radiographic examinations, it is possible to detect which treatment is most appropriate. According to Mcdonald & Avery (2001), in 97% of the children, pre-molar formation can be detected radiographically at 5.5 years of age and the lateral incisor at 3.5 years of age. Therefore, there is an approach to the advantages and disadvantages, indications and contraindications, as well as the factors that will define the treatment, opting for orthodontic treatment, closure of the space through implant and correction of the tooth by facets. Faced with the concern to obtain a better result, all possibilities of smile rehabilitation and patient self-esteem should be evaluated.

Keywords: Dental Agenesis; Lateral incisor; Oral rehabilitation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1A - Aspectos clínicos faciais – Vista Frontal.....	22
Figura 1B – Aspectos clínicos faciais - Vista lateral direita.....	22
Figura - 2A - Intra-oral-frontal, alteração no desenvolvimento do elemento 12 com aspecto conóide, diastema frontal, ausência do elemento permanente 23. Evidencia da dentição mista.....	23
Figura 2B - Intra-oral-direito elemento 12 com aspecto conóide.....	23
Figura 2C e 2D - Oclusal superior evidenciando dentição mista, e oclusal inferior com arcada completa exceto os terceiros molares ainda em formação.....	23
Figura 3A - Teleradiografia lateral.....	24
Figura 3B - Traçado Cefalométrico.....	24
Figura 3C - Radiografia panorâmica.....	24
Figura 3D - Radiografia Frontal.....	24
Figura 4A - Fotografia central – planejamento após uso do aparelho ortodôntico.....	27
Figura 4B - Fotografia intra-oral-esquerda: provisório para futuro fechamento do espaço.....	27
Figura 4C - Fotografia intra-oral-direita: dente conóide posicionado para receber a coroa de porcelana.....	27
Figura 4D - Sorriso após tratamento ortodôntico.....	27

SUMÁRIO

1- Introdução.....	10
2- Revista da Literatura.....	12
2.1- Prevalência.....	12
2.2- Epidemiologia.....	13
2.3- Incidência.....	14
2.4- Etiologia.....	15
2.5- Diagnóstico.....	17
2.6- Formas de tratamento.....	18
2.7- Abertura ou Fechamento do espaço.....	19
3 - Materiais e métodos.....	22
3.1- Descrição do caso clínico.....	22
3.2- Avaliações cefalométricas.....	23
3.3- Plano de tratamento proposto.....	24
4 - Resultados e discussão.....	26
5 - Conclusão.....	30
Referências.....	31
Anexos.....	33

1.0 INTRODUÇÃO

A agenesia dentária é uma anomalia em que ocorre a ausência de um ou mais dentes na arcada e que embora seja comum nos consultórios odontológicos, ainda é desconhecida pela maioria das pessoas. Os diferentes estudos epidemiológicos já realizados no Brasil e no mundo mostram que a prevalência de agenesias dentárias nas populações variam entre 1,6% a 9,6% (VASTARDIS et al.,1996).

Para Shafer et al., (1997), os distúrbios de desenvolvimento que ocorrem durante os estágios de iniciação e proliferação dos germes dentários, geram várias anomalias incluindo número, forma e tamanho do dente, acarretando consequências para estabelecer uma oclusão harmônica. Sendo assim, a compreensão dos mais variados transtornos do desenvolvimento e do crescimento que possam vir a afetar as estruturas bucais baseiam-se no conhecimento de sua embriologia em nível molecular e sua histopatologia.

Ao referir-se à agenesia dentária, Pindborg, (1970), relata que entre as anomalias de número de dentes, a hipodontia ou ausência congênita destes é caracterizada pela não formação de um ou mais elementos dentários e parece ter sua etiopatogenia ligada a um fenômeno de ordem hereditária. Neste sentido, esta condição tem grande importância antropológica e clínica, pois, além de inúmeros fatores estarem envolvidos em sua etiologia, ela tem várias implicações estéticas e funcionais para o paciente, que para Meedonald e Avery, (2001), a ausência congênita de dentes merece atenção especial, pois a não formação de um ou mais dentes pode ocasionar, sobretudo, a falta de crescimento ósseo da região e a conseqüente falta de espaço no arco dentário.

A necessidade de aprofundar no assunto e buscar informações vem de encontro à necessidade de aperfeiçoar os conhecimentos e proporcionar respaldo para uma prática clínica mais consistente em relação ao tema. Isto vem de encontro à grande procura de pessoas que buscam por tratamento para correção da arcada dentária e entre estes há um número razoável com casos de agenesia dentária.

Tomando conhecimento sobre os tratamentos com relação à agenesia de incisivos laterais algumas condutas de tratamento podem ser adotadas: a obtenção de espaço para futura reabilitação protética, a movimentação dos dentes posteriores para fechamento de espaços, e a manutenção do decíduo com posterior estética nos dentes anteriores. Dentre os pacientes que

procuram tratamento ortodôntico apresentando alguma agenesia, procuram com maior frequência devido à ausência dos incisivos laterais superiores (ESTÁCIA; SOUZA, 2000). A opção de tratamento deve estar associada ao grau de reabsorção radicular dos dentes decíduos participantes no processo, tipo de alteração do encaixe dos dentes, norma esquelética vertical presente, função oclusal, estética, e o periodonto de inserção.

Além de fazer uma revisão de literatura, o presente trabalho tem como propósito expor os resultados de um caso clínico tratado de agenesia de incisivo lateral de uma adolescente de 13 anos e 07 meses, onde se buscou através do tratamento ortodôntico, preservar o espaço deste dente de uma reconstrução protética posterior do elemento dentário.

2.0 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Barberia (2002); Grieco (2007); Stewart (1982) e Ventura (2005) a agenesia dentaria consiste numa diminuição do número de peças dentárias, ou conforme a origem grega deste termo, a própria ausência de formação do germe dentário. Assim será uma situação em que uma ou mais peças dentarias, na dentição decídua ou definitiva, se encontram ausentes.

Para Freitas (1998), de uma maneira geral, as anomalias dentárias são displasias compreendendo alterações da morfologia e estrutura histológica, e em muitos casos, de função do dente. Essas anomalias displásicas podem obedecer a influências hereditárias, congênicas, ou transtornos no decorrer do desenvolvimento do dente após o nascimento.

Bem-Bassato (2010); Méndez e Salzedas (2006), dizem que a agenesia dentaria associa-se a uma tendência evolutiva de redução dos dentes e dos maxilares levando à conseqüente simplificação ou redução destes, reforçando assim a teoria filogenética do uso e desuso, que resultaria no aparecimento de arcos dentários curtos com diminuição do número de dentes, sobretudo dos terceiros molares definitivos.

Embora várias denominações tenham sido empregadas para determinar as ausências dentárias, tais como anodontia, hipodontia, e oligodontia (FREITAS et al., 1998), o termo mais utilizado atualmente para referir-se às ausências congênicas de dentes é agenesia dentária (SALZEDAS et al., 2006).

2.1 Prevalência

A agenesia dentária não se define por casos isolados, é uma patologia que segundo Dermaut et al., (1986) vem sendo observada desde o período Paleolítico e que com a evolução da espécie, a face e os maxilares tendem a diminuir no sentido antero posterior e são os terceiros molares com uma prevalência que varia de 9% a 37%. Quanto a segunda maior prevalência de agenesia, há uma divergência entre alguns pesquisadores: Graber, (1978) e Muller et al., (1970) acreditam que os incisivos laterais superiores representam a segunda maior prevalência desta anomalia, enquanto, Dermaut et al., (1986); Symons et al., (1993) e Vastardis, (2000), afirmam ser os segundos pré-molares inferiores os dentes mais ausentes.

Nos relatos de Vastardis (2000) as agenesias dentarias, podem variar de acordo com as raças. Para Salinas e Jorgenson, (1974), nos afro-americanos os dentes mais frequentemente

ausentes, são os segundos pré-molares inferiores, na ordem de 7%. Nos estudos de Niswander e Sujaku, (1963), em estudos realizados em população japonesa, demonstraram que os dentes mais afetados por esta anomalia são os incisivos laterais inferiores.

Quanto à incidência por gênero não existe a mesma concordância, sendo que a maioria afirma que existe pouca diferença na prevalência entre homens e mulheres (Castro et al., 2004; Grieco et al., 2007; Borba et al., 2010). Porém, Paula e Ferrer (2007) afirmam que existe um maior número de casos no Gênero feminino. Já Dermaut et al., (1986), diz que os jovens que apresentam agenesia de algum dente decíduo têm 50% de chance de não possuírem os sucessores permanentes. Contudo, para Oliveira, (1988); Vastardis, (2000), na dentição permanente, a agenesia dentária é relativamente comum com uma prevalência de 1,1% a 14, 26%, excluindo as agenesias dos terceiros molares.

Pinho et al. (2005) determinaram a prevalência de agenesia de incisivos laterais superiores na população portuguesa através da avaliação de 16.771 radiografias panorâmicas obtidas entre 1993 e 2000. Da amostra avaliada, confirmaram-se 219 casos de agenesia correspondendo a 1,3% da população. A prevalência foi maior no sexo feminino (59,8%). Foi encontrada agenesia unilateral em 121 (55,2%) casos e destes, 73 (59,5%) apresentavam microdontia do incisivo lateral do lado oposto.

2.2 Epidemiologia

Os casos de agenesias dentárias variam de acordo com o tipo de dente envolvido, sendo que alguns são mais afetados pela anomalia do que outros. Vários estudos foram realizados para observar a agenesia dentária. Silva et al. (2004) realizou um estudo em quatrocentas radiografias panorâmicas de indivíduos com idades variando entre nove e dezoito anos, sem extrações dentárias prévias, foram avaliadas, e o resultado apontou uma prevalência de agenesias dentárias em pacientes do gênero feminino e os segundos pré-molares inferiores como sendo os dentes mais afetados pela anomalia.

De acordo com Eidelman et al. (1973), Graber (1978) e Pilo et al. (1987), a prevalência de agenesia dentária na população em geral varia entre 1,6 a 10 % não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino e feminino.

A ausência congênita de dentes pode incluir as dentições decídua e permanente (AHMAD et al., 1998). A ausência de dentes decíduos é uma condição incomum, estando

presente em 0,5 a 1 % da população (RAVN, 1971; JARVINEN; LEHTINEN, 1981; NEVILLE et al., 2001), porém, quando ocorre, geralmente acomete os incisivos laterais superiores e caninos inferiores (GRAHNÉN; GRANATH, 1961), ou os incisivos inferiores (NEVILLE et al., 2001), estando geralmente associada à ausência também do sucessor permanente (MEON, 1992). Já para Vestardis et al, (1996), as agenesias dentárias envolvendo os primeiros e segundos molares permanentes são raras.

Excluindo os terceiros molares, os dentes mais comumente ausentes são os incisivos superiores e os segundo pré-molares (BACCETTI, 1986). Baseado em resultados obtidos por Eidelman et al. (1973), a prevalência de ausência dos incisivos laterais superiores é de 2,1 % e de segundos pré-molares é de 1,8 %, sem diferença significativa entre os sexos.

2.3 Incidência

A incidência da agenesia dentária varia com o tipo de dente. Os terceiros molares são os dentes mais acometidos, seguidos dos incisivos laterais superiores ou segundo pré-molares inferiores. As agenesias que envolvem os primeiros e os segundos molares são raras Kazanci, (2011). Conforme descrito por Glavam et. al. (1995), a agenesia dental em grupos estáveis, como caninos e primeiros molares permanentes, não seria frequente, ocorrendo mais em grupos dentais menos estáveis – incisivo lateral, segundo pré-molar e segundo e terceiro molares superiores, além dos terceiros molares inferiores. Há também relatos feitos por Matheus et. al. (1985), em que ele descreve casos de agenesia em canino inferior.

As agenesias dentárias geralmente apresentam-se simétricas, ocorrendo, portanto, bilateralmente. Observa-se uma exceção, em relação aos incisivos laterais superiores, que frequentemente estão ausentes unilateralmente, sendo os do lado esquerdo mais afetado que os do direito (BAILIT, 1975). Ainda em relação à agenesia destes dentes, verifica-se que quando um incisivo lateral encontra-se ausente, o seu homólogo geralmente apresenta anomalia de forma (conóide) ou de tamanho (microdontia) (ALMEIDA *et al.*, 2000; BAILIT, 1975; DERMAUT *et al.*, 1986; MONTAGU, 1940). Pode-se evidenciar também alterações no tamanho mesiodistal da coroa dos demais dentes permanentes (OLIVEIRA, 1988; VASTARDIS, 2000).

Em estudos realizados por Broglia e Barlotta (1965), os dados obtidos estão de acordo com a maioria dos autores, segundo os quais a maior incidência se dá no gênero feminino, com

exceção de Cleiton et. al (1956) que não verificou diferenças estatisticamente significantes entre os dois sexos.

2.4 Etiologia

Paula (2007); Nader (2000) dizem que a ausência congênita de dentes permanentes é de etiologia desconhecida, no entanto várias hipóteses têm sido estudadas, tais como a evolução da espécie humana fundada por Lamarck, no qual afirma que a mutação filogenética deve ser explicada com base na lei do uso e desuso, afirmando que todo animal com desenvolvimento incompleto terá seus órgãos desenvolvidos pelo uso continuado ou atrofiado pelo desuso com a mudança de hábitos alimentares.

No entanto existem várias controvérsias, Dahlberg (1953) *apud* (MATHEUS, 1985) discorda dessa hipótese, de acordo com a histogênese, ele classifica dentes como estáveis e instáveis ou variáveis, assim a diminuição do número de dentes ocorre em função a grupos dentais instáveis sendo o último de cada série (terceiros molares, segundo pré- molares e incisivos laterais superiores) os que encontramos nas agenesias e não os dentes estáveis especialmente caninos que são os dentes mais fortes da arcada.

Segundo Garib et al (2008, p.21), a etiologia das agenesias dentárias apresenta um caráter predominantemente genético: “O papel da genética na etiologia das agenesias foi evidenciada mediante estudos em famílias, gêmeos homozigóticos, e em pacientes com certas síndromes genéticas. Estudos mais recentes em biologia molecular, já identificaram alguns genes envolvidos na determinação das agenesias como o MSXI do cromossomo 4”.

Para alguns pesquisadores da área da Odontologia, há vários fatores etiológicos das agenesias dentárias. Para Zhu et al., (1996) tais fatores se dá por obstrução física, rompimento da lâmina dentária, limitação de espaço, anormalidade funcionais do epitélio dentário e fatores genéticos. Graber, (1978), relata em seus estudos que são ocasionadas também por fatores ambientais, que incluem o trauma, a infecção do germe dentário em desenvolvimento e as condições sistêmicas como raquitismo e a sífilis congênita. A dentária compõe ainda parte do espectro fenotípico de algumas desordens genéticas ou síndromes como a incompatibilidade do fator RH (MCMILLAN; KASHGARIAN, 1961), a displasia ectodérmica hipodróica, a hipofosfatase, a síndrome de Rieger, e a síndrome de Down (GORLIN; SEDANO, 1971) e a síndrome de Vander Woude (JONES, 1997). Zhu et. al. (1996) incluíram ainda a fenda de lábio

e palato envolvendo o osso alveolar como etiologia da ausência de dentes na região especialmente incisivos laterais superiores.

Por outro lado, Chu, Cheung e Smales, (1998) afirmam que fatores ambientais, como rubéola, febre escarlate, sífilis, distúrbios nutricionais, terapias com drogas e irradiação podem estar associados com anomalias dentárias de número e tamanho. Ainda para os autores existe uma alta incidência de agenesia de incisivos laterais superiores em crianças portadoras de fenda palatina. A formação e o desenvolvimento do órgão dentário respeitam um padrão histológico definido, obedecendo as seguintes etapas: iniciação, histodiferenciação, morfodiferenciação, aposição, classificação e erupção. Cada um destes estágios da agamogênese é sensível a induções de agentes modificadores, que alteram a fisiologia e morfologia dos tecidos. Estas alterações podem surgir por causa múltipla, locais ou gerais, e, às vezes, indeterminadas. Cerca de 10% das malformações congênitas são de caráter hereditário, outros 10% são provenientes de um ambiente patológico e 80% são de etiologia desconhecida (SILVA; BELÉM, 2004).

Consolaro (2009) cita que ainda não temos o conhecimento preciso sobre quais os genes e cromossomos envolvidos na determinação de nossas características dentárias e maxilares. Apenas sugere-se que os genes MSX1 e PAX9 estejam envolvidos na origem da anodontia parcial. Mas, clinicamente, sabemos que, quando mudamos o número de dentes, como na anodontia parcial, mexemos em outras características dos dentes presentes, tal como a forma da coroa e da raiz, resultando no fenômeno da simplificação morfológica.

Segundo Vastardis (2000), o conhecimento da genética orodentofacial humana e seu impacto no diagnóstico, prevenção e, eventualmente no tratamento de pacientes afetados pelas agenesias dentárias são partes integrantes dos cuidados com a saúde. A autora relata ainda em sua revisão de literatura que as populações estudadas têm demonstrado que as agenesias dentárias podem ser manifestadas como um achado isolado ou como parte de uma síndrome, sendo que as formas isoladas podem ser esporádicas ou familiares. As agenesias familiares podem ser o resultado de um simples defeito de um gene dominante, recessivo ou ligado ao cromossoma X. Esses estudos também revelam que as agenesias apresentam um padrão de transmissão predominantemente autossômico dominante. Para Keller, (2004) as agenesias dentárias também podem apresentar associações com anomalias de desenvolvimento que incluem um atraso na formação dentária, esfoliação prolongada dos dentes decíduos, dentes decíduos retidos, espaço interdentário, desenvolvimento reduzido do osso alveolar e aumento

do espaço livre. Para Woodworth, Sinclair e Alexander (1985), a ausência de incisivo lateral superior pode ser uma expressão da tendência evolutiva de seleção moderada que conduz alternativamente à simplificação da dentição do homem por uma redução no número de dentes ou uma perturbação na fusão dos processos faciais embrionários que podem resultar na expressão incompleta de uma fissura primária que é no momento manifestada como a agenesia de incisivo lateral superior.

Shafer, Hine e Levy (1985) encaram a ausência congênita do incisivo lateral permanente como uma simples diminuição do número de dentes da arcada, resultado de uma expressão da redução filogenética da espécie humana, levando em conta o fato do incisivo lateral ser um dente considerado final de série. A etiologia mais significativa quando se lida com esta característica, de forma isolada, relaciona-se a hereditariedade. Existe uma tendência familiar na agenesia dental, mas na verdade essa condição é passada de geração para geração por um sistema poligênico autossômico dominante com penetrância incompleta e expressão variável, ou seja, o indivíduo que possui tais genes pode ou não apresentar manifestações clínicas, variando desde uma simples diminuição no diâmetro mesio-distal do incisivo lateral até a ausência completa do elemento.

Enquanto que, para Consolaro e Fonseca (1985) essa condição pode ter sua etiopatogenia ligada a fatores de ordem hereditária com padrão de transmissão indefinido, congênita ou adquirida. Esses fatores estão relacionados com disfunção endócrina, trauma oclusal, radiação X e infecções sistêmicas. Essa anomalia pode trazer consequências estéticas e funcionais ao paciente. Botelho (1997) Constatou que a ausência congênita de incisivos laterais superiores provoca uma deficiência do comprimento do arco superior e uma falta de coordenação Inter arcos.

Para Rune e Sarnas, (1974), as sequelas decorrentes da agenesia dentária incluem retenção prolongada de dente decíduo, atraso de erupção e distúrbios de espaço e nos casos de agenesia de incisivos laterais superiores Kostsomitis e Freer, (1997), diz que podem ocorrer impacção ou erupção ectópica de caninos.

2.5 Diagnóstico

O diagnóstico da agenesia dental é realizado por meio dos exames clínicos e radiográficos. A radiografia poderá ser realizada por meio das técnicas intrabucais periapical,

oclusal, interproximal e extrabucais como as radiografias panorâmicas ou as laterais oblíquas de mandíbula (BERGSTROM, 1977; BUENVIAJE & RAPP, 1984; PILO et al., 1987).

Os exames radiográficos são imprescindíveis para a confirmação da agenesia. As radiografias, panorâmica e periapical anterior, além de diagnosticar a agenesia, informam sobre impacções, inclinação dos dentes adjacentes, dentes ectópicos e outras ausências dentárias, sendo essenciais também no planejamento. O histórico familiar deve ser investigado podendo mostrar que a agenesia é comum entre os parentes, como causa genética, e facilitando o diagnóstico e o planejamento do tratamento (MOYERS, 1991; MILLAR; TAYLOR, 1995; CHU; CHEUNG; SMALES, 1998; RICHARDSON; RUSSEL, 2001).

O diagnóstico precoce da agenesia de incisivos laterais maxilares é muito benéfico para o tratamento do paciente, dando a possibilidade de um tratamento interceptativo, o que simplificaria uma terapia posterior em termos de duração do tratamento e mecânica a ser realizada, além de disponibilizar ao paciente tempo suficiente para análise de todas as opções de tratamento, estando este consciente das vantagens e desvantagens destas opções. (MILLAR; TAYLOR, 1995; RICHARDSON; RUSSEL, 2001).

2.6 Formas de tratamentos

Muitos desafios estão envolvidos na obtenção e manutenção de um ótimo resultado (ZACHRISSON, 2011). Tomar a decisão correta é um desafio tanto para o paciente, quanto para o profissional. Neste sentido, faz-se necessário realizar o planejamento do tratamento procurando procedimentos alternativos, em favor do resultado desejado em longo prazo, pensando também na relação custo-risco-benefício de cada opção. O paciente e ou responsável deverá tomar a decisão que melhor atender as necessidades do paciente.

Para um correto planejamento é necessário ter em mente o objetivo do tratamento que é devolver estética, função e proporcionar um resultado final estável oclusalmente (MILLAR; TAYLOR, 1995; CHU; CHEUNG; SMALES, 1998).

Os procedimentos adequados ao tratamento das agenesias dependem do conhecimento das causas e dos procedimentos clínicos sobre o caso. Pacientes com agenesia de incisivos laterais maxilares apresentam algumas alterações que devem ser consideradas no planejamento do tratamento como: discrepâncias de tamanho dentário posterior e anterior; comprimento da pré maxila, mandíbula, base craniana anterior e osso nasal diminuído; além de apresentarem a

maxila retruída. A dimensão vertical facial anterior e posterior e o ângulo do plano mandibular também são menores que o normal. Estes pacientes têm uma forte predisposição a apresentarem uma classe III esquelética (WOODWORTH; SINCLAIR; ALEXANDER, 1985; FURQUIM; SUGUINO; SÁBIO, 1997).

O plano de tratamento deve considerar, primariamente, os efeitos no perfil do paciente, a quantidade e direção de futuro crescimento. Considerações secundárias devem ser feitas a respeito de: posição, inclinação, tamanho e forma dos caninos; necessidade de extrações no arco inferior, discrepância de tamanho de dentes, altura da linha de sorriso, idade e expectativas do paciente, além da presença de outras más-oclusões. (WOODWORTH; SINCLAIR; ALEXANDER, 1985; ARGYROPOULOS; PAYNE, 1988; MILLAR; TAYLOR, 1995; FURQUIM; SUGUINO; SÁBIO, 1997).

A presença ou não de uma maloclusão severa é o primeiro critério a ser avaliado quando da escolha da forma de tratamento. (MCNEILL; JOONDEPH, 1973) A posição do lábio superior e a linha do sorriso são fatores importantes a serem avaliados. (MILLAR ; TAYLOR, 1995).

Presença de maloclusão (MACNEILL; JOONDEPH, 1973; MILLAR; TAYLOR, 1995); idade do paciente (MOYERS, 1991; MILLAR; TAYLOR, 1995); grau de apinhamentos ou diastemas (MOYERS, 1991); grau de protrusão dos incisivos (FREITAS et al.,1998; SABRI,1999); comprimento do lábio superior (MACNEILL; JOONDEPH, 1973), necessidade de extrações no arco inferior (MILLAR; TAYLOR, 1995; SABRI, 1999); relação entre o tamanho dos dentes (NORDQUIST; MCNEILL, 1975) são alguns fatores a serem considerados quando da escolha pela forma de tratamento.

2.7 Abertura ou fechamento de espaços

O fechamento de espaços é uma opção de tratamento para a agenesia de incisivos maxilares que requer o movimento ortodôntico mesial dos dentes ocupando os espaços dos dentes ausentes e o remodelamento dos caninos realizado através de desgastes e acréscimos em resina a fim de substituírem os incisivos laterais ausentes (ARGYROPOULOS; PAYNE,1988; HOCEVAR,1988; MILLAR; TAYLOR, 1995; REICHENBACH; KLIPPEL 1995; FURQUIM; SUGUINO, 1997; CHU; CHEUNG; SMALES,1998; SABRI, 1999).

Uma das vantagens quando a escolha for o fechamento dos espaços é a obtenção de um resultado permanente, eliminando a necessidade de reabilitações protéticas, assim como de subsequentes manutenções das próteses, melhor resultado estético, estabilidade da arquitetura gengival e alveolar, eliminando o aparecimento das áreas de perda óssea alveolar, obtenção de uma relação intraoclusal favorável nos casos de discrepância na largura do arco inferior com necessidade de extrações de dois pré-molares (TUVERTON, 1970). Ele afirma ainda, que os caninos extremamente largos ou mal formados não podem ser adequadamente transformados em incisivos laterais e que nos casos de agenesia unilateral é preferível abrir o espaço e colocar uma prótese ou extrair o incisivo do lado oposto e fechar os espaços com os caninos assumindo a posição dos laterais.

Quanto ao fechamento de espaço Tuvertson relata que, este pode levar a guia canina modificada com o canino superior ocluindo com a mesial do canino inferior e não com a distal. O mesmo descreve ainda que a reabilitação protética dos incisivos laterais superiores oferece resultado menos estético do que a substituição destes elementos pelo canino, sendo o fechamento ortodôntico o tratamento que traz melhores resultados, especialmente a longo prazo, tanto em termos de estética como em relação ao controle da doença periodontal.

Quanto ao tratamento ortodôntico da agenesia de incisivo lateral superior, Sabri (1999), indica a abertura de espaço, quando há espaço disponível no arco, mas contra indica nos casos severos de protusão dento-alveolar. Considera ainda que nos casos em que houver necessidade de inclinar os incisivos para vestibular para corrigir overjet o ortodontista pode optar por abrir os espaços se houver mínimo de espaço ou se não existir. Enquanto que Estácia e Souza (2000) faz em uma citação, que o arco superior pode ficar levemente mais largo quando o canino é usado como incisivo lateral e o primeiro pré-molar é colocado na região do canino. Recomendam na finalização do tratamento ortodôntico com fechamento de espaços não exagerar no torque vestibular de raiz e no off set do primeiro pré-molar, pois com isso pode haver recessão gengival e risco de trauma nos movimentos oclusais funcionais e deve ser dada uma rotação mesial no primeiro e no segundo pré-molar para que haja melhor intercuspidação.

A combinação entre tratamento ortodôntico com as técnicas de odontologia estética inclui: a correção cuidadosa do torque da coroa dos caninos mesializados; clareamento dental com ou sem o revestimento de porcelana; extrusão individualizada e intrusão durante o movimento mesial do canino e do primeiro pré-molar, respectivamente, para obter um nível

ótimo e contorno satisfatório da gengiva marginal dos dentes anteriores; aumentar o comprimento e a largura dos primeiros pré-molares com facetas de porcelana ou resina composta; pequenos procedimentos cirúrgicos para aumento de coroa clínica localizada; avaliação da necessidade de restaurar os incisivos centrais. A abordagem interdisciplinar pode atingir não só uma oclusão ideal, mas também um equilibrado sorriso natural que será estável ao longo do tempo (ROSA, ZACHRISSON; 2002)

3.0 MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização dos procedimentos clínicos os seguintes materiais e etapas metodológicas foram utilizadas:

3.1 Descrição do caso clínico

A paciente C. P. L, treze anos e sete meses, do sexo feminino, compareceu à clínica do curso de pós-graduação em Ortodontia da Facsete, unidade Vitória da Conquista (BA), acompanhada de sua mãe, em busca de um tratamento ortodôntico corretivo, tendo como queixa principal “o dente da frente que era conóide e fora do alinhamento e nivelamento em relação aos outros dentes e o diastema entre os dentes centrais”. A paciente apresentava-se com uma dentição mista conforme a imagem da figura (2C).

Na avaliação clínica inicial, observou-se que a mesma apresentava protuberância labial e um perfil reto, conforme aferido nas figuras (1A e 1B), além de um selamento labial passivo. Pela análise intrabucal a paciente apresentava também normalidades transversal, vertical e no plano sagital, uma oclusão de Classe I de Angle, desvio de linha média superior para o lado esquerdo, microdontia do dente 12 com característica conóide, diastemas e apresentando cáries em alguns elementos na região de pré-molares e molares, conforme as imagens das figuras (2 A, B, C e D).



Figura 1A - Aspectos clínicos faciais – Vista Frontal



Figura 1B – Aspectos clínicos faciais - Vista lateral direita



Figura - 2A - Intra-oral-frontal, alteração no desenvolvimento do elemento 12 com aspecto conóide, diastema frontal, ausência do elemento permanente 22. Evidência da dentição mista.



Figura 2B - Intra-oral-direito elemento 12 com aspecto conóide.

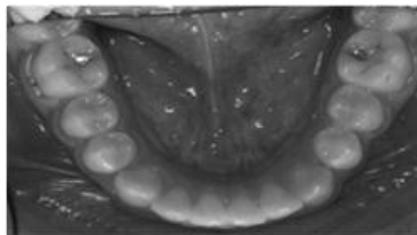
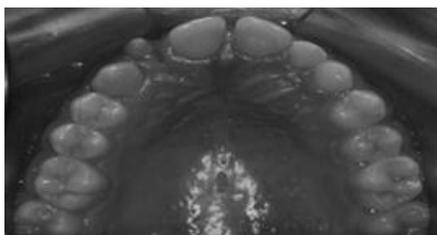


Figura 2C e 2D - Oclusal superior evidenciando dentição mista, e oclusal inferior com arcada completa exceto os terceiros molares ainda em formação.

As condições gerais da higiene e saúde bucal eram satisfatórias, exceto algumas cáries incipientes que imediatamente foram removidas e restauradas. A paciente não apresentava nenhum histórico de patologia local ou sistêmica que contraindicasse o tratamento.

3.2 Avaliações Cefalométrica

A normalidade das bases ósseas e a morfologia dentária foram ratificadas na telerradiografia em norma lateral (figura 3A), radiografia panorâmica (figura 3C), traçado cefalométrico (figura 3B) e radiografia frontal (figura 3D) cujos valores foram confirmados pelo traçado cefalométrico da (figura 3B). Os côndilos mandibulares com imagem habitual. Seios maxilares com contornos íntegros e conteúdo com aspecto de normalidade. Crista óssea alveolar normal. Estrutura do tecido ósseo nos padrões radiográficos de normalidade. Contudo, constatou-se os dentes decíduos retidos no arco e refração óssea na região da coroa. Dente 62, 63 e 23 retido no arco e dente 22 ausente.



Figura 3A - Teleradiografia lateral

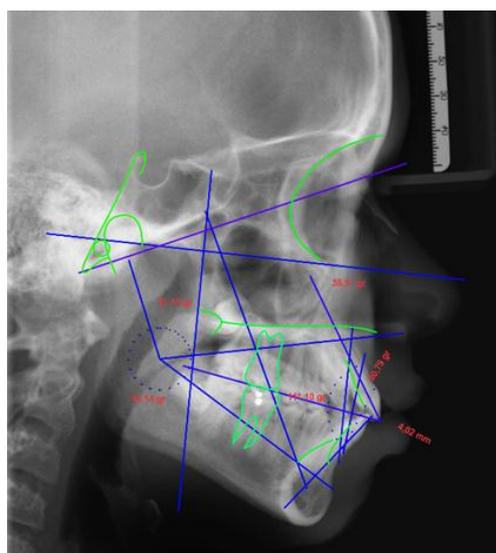


Figura 3B – Traçado Cefalométrico



Figura 3C- Radiografia panorâmica



Figura 3D- Radiografia Frontal

Após a etapa de análises clínicos e cefalométricos, optou-se pelo tratamento ortodôntico proposto anteriormente, envolvendo a abertura de espaço para uma futura implantação dentária do dente 22. O paciente e o responsável foram comunicados desta decisão, e concordaram com o plano de tratamento proposto.

3.3 Plano de tratamento proposto

Arcos Superior e inferior

1. Nivelamento das arcadas dentárias com emprego de fios elásticos NITI 0,012; 0,014, 0,016.
2. Exodontia dos elementos dentários 62 e 63 e exposição da coroa do elemento 23, com a colagem de botão para tracionamento do mesmo.
3. Distalização do dente 23 com emprego de molas Las Vegas da técnica Bioprogressiva. Esta mola foi confeccionada com fio algiloy azul, dimensões 0,016 X 0,016.
4. Estabilização com arcos ideais.
5. Contenção removível com placa de acrílico portando um dente provisório na arcada superior e contenção fixa na inferior.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elevar a autoestima e a satisfação do paciente acometido pela Agenesia Dentária é um grande desafio para os profissionais da área. Estes tratamentos, tem como objetivo principal alcançar uma estética satisfatória aliada à função e a estabilidade a longo prazo. Para este caso, o plano de tratamento, baseia-se especialmente em recuperação dos espaços para a inclusão de próteses, implante ou a movimentação do elemento superior para a posição do dente ausente.

Alguns fatores como queixa do paciente e/ou responsáveis, perfil do paciente, presença ou deficiência de espaço, relação molar, forma, cor, tamanho, posição e inclinação dos dentes irão indicar a melhor decisão de como lidar com a ausência congênita e determinar a escolha por determinado tratamento. No caso clínico apresentado, a paciente não tinha idade suficiente para se submeter a cirurgia de implante e passaria alguns anos com o uso de próteses provisórias, que requerem cooperação do paciente e controle minucioso do dentista.

A sequência do tratamento consistiu inicialmente na bandagem dos dentes 16 e 26 empregando um cimento de ionômero de vidro (Vidrion C – SSWhite) e em seguida a colagem dos braquetes da marca Morelli da técnica Bioprogressiva com slot 0,18x0,30, empregando uma resina composta fotoativada da marca Biofix – Biodinâmica, com a finalidade de alinhar, nivelar, tracionar o elemento 23 e manter o espaço 22. Para tal procedimento foram utilizados os fios Niti 0,012, 0,014, 0,016, 0,016X0,016. Posteriormente, a paciente foi encaminhada ao cirurgião buco maxilo facial para avaliar o procedimento de frenectomia e exposição cirúrgica do elemento 23 e exodontia dos elementos 62 e 63, seguido pelo tracionamento do mesmo, através de forças elásticas leves.

Uma vez extruído, o elemento 23 foi distalizado por meio de uma mola Las Vegas e posterior instalação de um arco segmentado superior esquerdo cuja finalidade era verticalização de sua raiz. Em seguida ambas as arcadas foram reniveladas com o emprego dos arcos flexíveis de níquel-titânio, espessuras 0,0014x e 0,0016. Essas etapas do tratamento foram realizadas no período de 16 meses. Em seguida foram instalados os arcos ideais com espessura 0,0016x0,022 de aço para obtenção da estabilização dos resultados obtidos, além de manter estável os dentes do sistema de ancoragem e a relação de classe I molar bilateral.

Subsequente à retirada dos arcos ideais, após três meses foi realizada uma moldagem da arcada superior para a confecção da placa de contenção de Hawley, portando um dente

provisório, cuja opção de escolha do mesmo foi por razões estéticas conforme a imagem da figura (4A, B, C). A paciente foi esclarecida juntamente com o responsável que ao atingir a maioridade poderia estar realizando o implante indicado. Em seguida foi encaminhada à odontologia estética para a reanatomização do elemento dentário 12, que apresentava-se conóide.



Figura 4A - Fotografia central – planejamento após uso do aparelho ortodôntico



Figura 4B - Fotografia intra-oral-esquerda: provisorio para futuro fechamento do espaço



Figura 4C - Fotografia intra-oral-direita: dente conóide posicionado para receber a coroa de porcelana



Figura 4D - Sorriso após tratamento ortodôntico

O tratamento teve uma duração de 20 meses e contou com a total colaboração da paciente durante o decorrer do tratamento ortodôntico. No tocante ao resultado obtido após a finalização do tratamento proposto, visualizou-se um resultado satisfatório no que diz respeito a estética e suas funções bucais, deglutição, fonação e mastigação, além de uma melhora na sua autoestima.

Após receber alta, a mesma foi orientada, juntamente com seus familiares a procurar um profissional da área para que pudesse estar acompanhando-a e avaliando os progressos do tratamento, até completar sua maioridade.

Segundo ZACHRISSON, (2011) muitos desafios estão envolvidos na obtenção e manutenção de um ótimo resultado. Tomar a decisão correta é um desafio tanto para o paciente, quanto para o profissional. Neste sentido, fez-se necessário realizar o planejamento terapêutico procurando procedimentos nos quais a paciente tivesse ciência e consentimento do plano de tratamento, pensando sempre na relação custo-risco-benefício. Os resultados finais obtidos, conforme o planejamento inicial neste relato clínico, estão de acordo com Sabri (1999), uma vez que a paciente não apresentava biprotrusão severa, que contraindicasse a abertura de espaços, agravando ainda mais esta biprotrusão.

O tratamento nos casos de abertura dos espaços baseia-se em estabelecer ou manter uma oclusão Classe I de Angle, por meio da redistribuição dos espaços presentes no arco e retração do canino com o intuito de originar espaço para uma futura reabilitação protética. Essa opção de tratamento é recomendada para quando houver espaço disponível no arco e não é indicada nos casos de excessiva protrusão dentoalveolar (SABRI, 1999). Nota-se que a opção de reabertura do espaço para a implantação futura do dente 22, foi acertada. Isto também se deve ao fato do canino (23), não apresentar uma coroa muito larga no sentido M-D, permitindo assim, um espaço disponível satisfatório para a implantação, do dente (22).

Nos casos de agenesia unilateral de incisivo lateral superior, o fechamento de espaço pode causar um problema de combinação de tamanho ou forma. O canino substituindo o incisivo lateral não estará em harmonia com o incisivo lateral presente. A extração do incisivo lateral presente tem sido aconselhada por causa da simetria, especialmente quando este é um incisivo lateral conóide (SABRI, 1999). Assim, melhores resultados são obtidos quando o espaço é recuperado e o incisivo lateral ausente é substituído por um dente artificial ou pela extração do incisivo lateral presente e o fechamento de espaço com os caninos substituindo os incisivos laterais superiores (TUVerson, 1970). Em contrapartida, Rosa e Zachrisson (2002), relataram que a combinação entre o fechamento ortodôntico do espaço e a colocação de uma faceta laminada de porcelana no dente conóide, apresenta-se como a melhor solução em casos de incisivo conóide de um lado e agenesia do incisivo lateral do outro.

Entretanto, Tuverson (1970) descreve que a reabilitação protética dos incisivos laterais superiores oferece resultado menos estético do que a substituição destes elementos pelo canino, sendo o fechamento ortodôntico o tratamento que traz melhores resultados, especialmente a longo prazo, tanto em termos de estética como em relação ao controle da doença periodontal.

Buscou-se com isto, uma abordagem interdisciplinar para atingir não só uma oclusão ideal, mas também um equilibrado sorriso natural que será estável ao longo do tempo.

Ao final do tratamento, a paciente foi encaminhada para a reconstrução protética do elemento 12 que se encontrava conóide. Os resultados finais obtidos, conforme o planejamento inicial neste relato clínico estão de acordo com Sabri (1999), uma vez que o paciente não apresentava biprotusão severa. No entanto, Elerati e Assis (2010), relatam que os implantes osseointegrados apresentam hoje uma das melhores opções para perda unitária anterior, permitindo uma boa função e estética sem uma necessidade de utilização dos dentes vizinhos como suporte. Porém, para Rosa e Zachrisson (2002), uma desvantagem da recuperação do espaço é o custo, uma vez que há necessidade de uma substituição protética ou através do implante.

Zachrisson (2002) afirma ainda, que a estabilidade e a compatibilidade biológica dos resultados finais são as principais vantagens do fechamento dos espaços, e que a tendência de recidiva e reabertura após o fechamento do espaço em um paciente jovem é uma desvantagem do tratamento pelo fechamento dos espaços. No entanto, esta tendência após o tratamento pode ser superada com a retenção a longo prazo com uma contenção fixa.

5.0 CONCLUSÃO

Neste trabalho realizamos um estudo da literatura à cerca da Agenesia Dentária, com o objetivo de identificar as principais causas do problema em questão, assim como aprofundar na melhor forma de tratamento para os casos em estudo. O presente estudo vem também exemplificar a correção de uma má oclusão de agenesia dentária de um germe do incisivo unilateral superior, e a futura colocação de aparelho ortodôntico para o fechamento e abertura do espaço, seguido de uma estética harmoniosa.

Sabemos que o principal problema no tratamento das más-oclusões com agenesia de incisivo unilateral superior é como alcançar os melhores resultados estéticos e funcionais e não apenas decidir quando fechar ou abrir os espaços. A alternativa de maior aceitação entre pacientes menores e seus responsáveis por fechar espaços, ainda é a mais aceita, devido ao custo benefício.

O aprofundamento deste tema tão relevante na área de odontologia, foi muito importante porque nos permitiu compreender melhor sobre o assunto agenesia dentária, e nos possibilitou a realização de procedimentos ortodônticos eficazes. Entendemos também, que a agenesia dentária deve ser tratada de forma multidisciplinar, já que envolve a ortodontia, periodontia, implantodontia, dentística restauradora, e protesista. Para tanto, é necessário que o paciente seja esclarecido no início do tratamento quanto às vantagens e desvantagens de cada técnica, a fim de que o resultado obtido seja satisfatório não apenas para o dentista, mas principalmente para o paciente.

REFERÊNCIAS

AHMAD, W. et al. A locus for autosomal recessive hypodontia with associated dental anomalies maps to chromosome 16q12.1. **Am. J. Hum. Genet.**, Chicago, 1998.

ANTONIAZZI, M.C.C. et al. Estudo da prevalência de anodontia de incisivos laterais e segundos pré-molares em leucodermas brasileiros, pelo método radiográfico. **Rev Odontol. UNESP**, 1999.

BUENVIAJE, T.M.; RAPP, P. Dental anomalies in children: a clinical and radiographic survey. **J Dent Child**, Chicago, 1984.

CHU, C.S.; CHEUNG, S.L.; SMALES, R.J. Management of congenitally missing maxillary lateral incisors. **General Dentistry**, Chicago, 1998.

CLAYTON JM. Congenital dental anomalies occurring in 3,557 children. **J. Dent. Child.** 1956.

EIDELMAN, E.; CHOSACK, A.; ROSENZWEIG, K.A. Hypodontia prevalence among Jewish populations of different origin. **Am J Phys Anthropol**, Philadelphia, 1973.

FREITAS, M. R, et al. **Agenesias dentárias**. Relato de um caso clínico. *Ortodontia*, 1998.

FURQUIM, L. Z; SUGINO, R; SÁBIO, S. S. Integração Ortodontia, Dentística no tratamento da agenesia bilateral dos incisivos laterais superiores: relato de caso clínico. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá 1997.

GRABER, L.W. Congenital absence of teeth: a review with emphasis on inheritance patterns. **J. Am. Dent Assoc.** Chicago, 1978.

GRIECO, F. A. D; CARVALHO, P. E. G. Prevalência de agenesia dentária em pacientes ortodônticos da cidade de São Paulo. **Revista da Pós Graduação da FOU SP**, São Paulo 2007.

KELLER, E. F. **O século do gene**. Belo Horizonte: Crisálida: Sociedade Brasileira de Genética, 2004.

KOTSOMITIS, N.; FREER, T.J. Inherited dental anomalies and abnormalities. **J Dent Child**, Chicago, 1997.

MATHEUS, G; MATHEUS, M. T. G. Agenesia de canino inferior; relato de caso clínico. **Revista Brasileira de Odontologia**, 1985.

McDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

McMILLAN, R.S.; KASHGARIAN, M. Relation of human abnormalities of structure and function to abnormalities of the dentition. **J Am Dent Assoc**, Chicago, 1961.

MILLAR, B.J; TAYLOR, N.G. **Lateral thinking**: the management of missing upper lateral incisors. 1995.

MOYERS, Robert E. **Ortodontia**, 4ª edição, Rio de Janeiro, RJ, Editora Guanabara Koogan, 1991.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxillofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.

NORDQUIST, G. G; MCMEILL, R. W. Ortodontia VS Restorative treatment of the congenitally absent lateral incisor- long term periodontal and occlusal evolution. **J. Periodontal Odontol**. 1975.

PILO, R. P. et al. **Diagnosis of developmental anomalies using panoramic radiographs**. 1987.

PINDBORG, J.J. **Pathology of the dental hard tissues**. 1 st ed. Philadelphia: Saunders, 1970.

RICHARDSSON, G; RUSSEL, K.A. Congenitally missing maxillary lateral incisors and orthodontic treatment considerations for the single – tooth implant. **J. Can. Dent. Assoc**. 2001.

ROSA, M.; ZACHRISSON, B.U. Integração da ortodontia (fechamento de espaço) e da odontologia estética no tratamento de Pacientes com agenesia de incisivos laterais superiores.

Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v.1, n.1, p. 41-55, fEv./mar. 2002

SILVA, A. R. N; BELÉM, C. C. **Prevalência de agenesia dentária em pacientes na faixa etária entre 6 a 16 anos atendidos na clínica odontológica da Universidade Estadual da**

Paraíba, estudo radiográfico, Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba UEPB 2005; jan/junho 2004.

YAMADA, L.W. Studies on dental anomalies in children. **J Am Dent Assoc**, Chicago, 1983.

VASTARDIS, H. The genetics of human tooth agenesis: New discoveries for understanding dental anomalies. **Am J Orthod**; St Louis, 2000.

ZHU, J. et al. Congenitally missing permanent lateral incisors in conjunction with a supernumerary tooth: a case report. **J Clin Pediatr Dent**, 1996.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento

Faculdade

CIODONTOPortaria MEC 175/2000 DOU 24/02/2000 credenciamento da Faculdade
Portaria MEC 738/2010 DOU 18/06/2010 mudança da denominação para Faculdade CIODONTO**CONSENTIMENTO PARA SER FOTOGRAFADO E/OU FILMADO**

Eu, Fabiana Chagas Pereira RG 08263357-57
consinto em ter meus (ou de _____)
dentes e ou faces fotografados e/ou filmados pela instituição ou por seus funcionários
gratuita e espontaneamente *para reprodução e visualização por outro profissional, para
propósitos científicos ou educacionais, para publicações científicas ou congressos
odontológicos.*

Estou ciente de que este consentimento poderá ser revogado a qualquer
momento, sem prejuízo ao andamento normal do meu tratamento odontológico.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a
qualquer preceito, por parte dos profissionais.

_____ de _____ de _____

Assinatura: Fabiana Chagas Pereira

F. Pereira

Anexo 2 – Termo de Responsabilidade

Faculdade


Portaria MEC 175/2000 DOU 24/02/2000 credenciamento da Faculdade
 Portaria MEC 738/2010 DOU 18/06/2010 mudança da denominação para Faculdade CIODONTO

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR
 FALTAS SEGUIDAS ÀS MANUTENÇÕES MENSAS

Eu, Fabiana Chagas Pereira, portador(a) do
 RG: 082.61.35759 do CPF: 82261873549, na qualidade de contratante, paciente,
 nascida(o) em 1/1, venho através deste termo, informar que estou ciente de que não
 posso e nem devo faltar às consultas mensais de avaliação e ativação do aparelho ortodôntico.

Como me foi orientado(a), durante as manutenções, onde examinam os dentes, gengiva, tecido de sustentação, solicitam eventuais radiografias e ativam o aparelho para andamento adequado do tratamento. Quando falto a essas consultas, estou ciente que podem acontecer movimentações dentárias indesejadas, cáries dentais, descalcificação, problemas de gengiva e osso, raízes dentais reabsorvidas, bem como outros problemas, que, devido a ausências, o profissional não tem controle e responsabilidade pelos mesmos.

Por isso, fica acordado para nossa segurança, manter uma regularidade às consultas. Do contrário, autorizo o cancelamento e remoção do aparelho ortodôntico.

Fabiana Ch. Pereira / /

Fabiana Chagas Pereira
 Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

J. Pereira

Nascimento, Edilermundo Soares do.

Uma alternativa de tratamento da agenesia dentária dos incisivo laterais superiores: um relato de caso clínico / Edilermundo Soares do Nascimento – 2017.

36 f.; il.

Orientador: Sisenando Itabaiana Sobrinho.

Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017.

1.Agenesia dos incisivos laterais. 2. Tratamento ortodôntico. 1.Título.