



OLIGODONTIA - REABILITAÇÃO MULTIDISCIPLINAR - CASO CLÍNICO

Introdução

A ausência de dentes é a anomalia dentária congénita mais comum, encontram-se na literatura científica estudos com valores de incidência até 10%^{1,2}; classifica-se de acordo com o número de dentes permanentes ausentes com exceção dos terceiros molares.

Hipodontia designa a ausência de entre 1 a 5 peças dentárias, oligodontia ou hipodontia severa classificam os casos com ausência de 6 ou mais dentes, a ausência total de dentes designa-se por anodontia.

A prevalência de oligodontia é baixa podendo estar ou não associada a outras alterações de ordem sistémica^{3,4}.

Em todos os casos de ausência de peças dentárias de origem congénita a necessidade e o tipo de tratamento variam de acordo com a severidade do quadro clínico, o objetivo do tratamento, a necessidade de reabilitação e o tipo de manutenção; sendo que apesar das variáveis a grande maioria envolve tratamento multidisciplinar^{4,7}. Regra geral os tratamentos recomendados envolvem acompanhamento na idade jovem dos pacientes e reabilitação definitiva na fase adulta dos mesmos.

O diagnóstico precoce e consequente plano de tratamento revelam-se de máxima importância nos casos de oligodontia por forma a permitir a manutenção da função e estética ao longo do crescimento⁷.

É fundamental o acompanhamento durante a fase de crescimento para assegurar a erupção dentária, a não alteração no desenvolvimento das estruturas maxilares bem como para que a dimensão vertical possa ser corretamente estabelecida e mantida⁸; na fase de crescimento e em muitos casos é vulgar o relato de tratamentos ortodónticos interceptivos⁸. A manutenção dos dentes decíduos nas posições correspondentes à ausência de germen dentário definitivo é aconselhada como forma de preservação tridimensional do osso alveolar.

A reabilitação com implantes está recomendada após o término do crescimento das arcadas maxilares⁷.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, compareceu à consulta referindo como prioridade a substituição da prótese parcial removível por reabilitação implantossuportada.

Após anamnese concluiu-se ser uma paciente saudável sem nenhuma condicionante para a reabilitação com implantes.

A paciente evidenciava a ausência por agenesia dos dentes 15,14,12,22,24,25,45,35 bem como de todos os terceiros molares, estando ainda presentes os segundos molares decíduos inferiores cabendo portanto na classificação de oligodontia; não se verificaram nenhum outro tipo de alterações sistémicas.

Relatou a paciente nunca ter realizado tratamento ortodóntico durante a fase de crescimento o que poderá justificar o posicionamento distalizado dos dois caninos supe-



Fig. 1. Aparência inicial do sorriso.



Fig. 2. Imagem intra-oral.



Fig. 3. Visão intra-oral sem prótese.



Fig. 4. Ortopantomografia inicial.

riores; para o diastema inter-incisivosuperior encerrado de forma deficiente por restaurações de resina composta poderá ter também contribuído a inserção acentuadamente baixa do freio labial.

Como consequência da ausência dos dentes referidos a crista alveolar nas zonas edêntulas evidenciava redução dimensional no aspeto horizontal tendo o seio maxilar esquerdo invadido o espaço alveolar residual por pneumatização.

Foi proposto como plano de tratamento a realização de correção ortodóntica com vista à obtenção de classe I de Angle no padrão de oclusão e posterior reabilitação com implantes osteointegrados.

A paciente não mostrou disponibilidade para o uso de dispositivos ortodónticos e por razões financeiras decidiu numa primeira fase apenas reabilitar o maxilar superior, assim sendo foi proposta reabilitação com três implantes osteointegrados e nove elementos cerâmicos.

Atendendo à prioridade da paciente iniciou-se o tratamento com a confecção de ponte fixa provisória superior de nove elementos com pilar em 13,11,21 e 23 obtida após enceramento diagnóstico laboratorial e mock up por método direto como forma de avaliação das alterações estruturais a levar a cabo.

Tendo a paciente aprovado o resultado ensaiado pelo mock up foi realizada a fase cirúrgica do tratamento. Num primeiro tempo cirúrgico foi colocado um implante MIS

Seven 3,75 x 13 mm na posição 13, implante MIS Seven 3,75 x 13 mm na posição 23 e um outro implante MIS Seven 3,75 x 10 mm na posição 25, todos os implantes foram realizados com protocolo de dois tempos cirúrgicos sendo que o implante na posição 25 foi colocado através da técnica de Summers tendo sido utilizados osteótomos para elevação do seio maxilar com respetivo preenchimento com biomaterial, combinado de grânulos corticais e medulares com gel de colagénio de origem porcina (mp3- Osteobiol); simultaneamente efetuou-se regeneração óssea guiada para aumento horizontal da crista alveolar utilizando biomaterial com grânulos corticais e medulares de origem heteróloga (Gen-OS - Osteobiol) juntamente com membranas de colagénio (Evolution -Osteobiol), para fixação das membranas foram utilizados dois Bone Tacks; neste primeiro tempo cirúrgico foi também corrigida a inserção baixa do freio labial superior pela técnica de zetaplastia. Tendo em conta a amplitude dos procedimentos cirúrgicos a efetuar bem como o grau de ansiedade da paciente, esta foi sujeita a sedação consciente intravenosa ministrada por anestesista.

Após oito meses de espera pela integração dos implantes e dos enxertos ósseos, nos quais se manteve em função a ponte fixa temporária, foi realizada cirurgia para exposição dos implantes, no 2º quadrante foram colocados pilares de cicatrização; no 1º quadrante foi realizado enxerto de tecido conjuntivo proveniente da tuberosidade direita com intenção de aumentar a disponibilidade de tecidos moles com



Fig. 5. Enxerto de tecido conjuntivo 1º quadrante.



Fig. 6. Sutura após segundo tempo cirúrgico.



Fig. 7 e 8. Reabilitação superior concluída no dia da colocação.



Fig. 9. Aparência com reabilitação do maxilar superior concluída.



Fig. 10. Vista intra-oral com 1 ano de *follow-up*.



Fig. 11. Ortopantomografia após 1 ano de *follow-up*.

vista ao correto estabelecimento do perfil de emergência protético (figura 5 e 6). Após 12 semanas o implante da posição 13 foi exposto, todos os implantes foram colocados em carga e iniciou-se o período de condicionamento dos tecidos moles para estabelecimento da arquitetura dos perfis de emergência através de ajuste do provisório.

Seis meses após os implantes estarem em carga, período durante o qual mensalmente se ajustou o contorno do provisório para correto estabelecimento dos perfis de emergência, foram realizadas impressões finais para elaboração dos elementos protéticos cerâmicos.

Foram confeccionados nove elementos monolíticos em dissilicato de lítio sendo que: 11, 21,15 e 24 são elementos individualizados, 13 e 23 são elementos aparafusados com extensão mesial suspensa de 12 e 22.

Dada a indisponibilidade da paciente para a realização de tratamento ortodôntico assumiram-se os caninos na posição de pré-molares tendo sido o 13 transformado proteticamente em 14 e o 23 em 24.

Os elementos cerâmicos sobre os caninos e incisivos centrais foram colocados com recurso a técnica adesiva.

A paciente foi instruída sobre a técnica de escovagem adequada bem como uso obrigatório de fio dentário.

Após um ano do término dos procedimentos reabilitados a paciente fez uma consulta de *follow-up* onde foi possível constatar a integridade e arquitetura estável dos tecidos peri-implantares, a boa integração e adaptação das margens das restaurações cerâmicas sobre dentes (figuras 10 e 11) bem como a estabilidade oclusal da reabilitação tendo-se mostrado motivada para iniciar a reabilitação do maxilar inferior num breve período de tempo.

Discussão

Thalji et al. (2010) já havia publicado casos de alteração congénita em relação ao número de dentes não acompanhadas por alterações extra-orais, existem porém publicações evidenciando casos de apenias múltiplas devido a síndromes genéticas. Em qualquer dos casos o acompanhamento multidisciplinar constitui uma mais valia poderosa na sua resolução.

A reabilitação destes pacientes com implantes está aconselhada para o fim do período de crescimento, os implantes como superfícies anquilosadas não acompanharão a erupção dentária contínua muito marcada no período de desenvolvimento das estruturas maxilares, podendo mesmo ser fator perturbador a que a mesma se desenrole com normalidade.

Conclusão

O grau de satisfação evidenciado pela paciente e a estabilidade da reabilitação constatada após um ano de *follow-up*, admitindo ser ainda um período curto, permite concluir que a reabilitação com implantes osteointegrados e cerâmicas adesivas numa abordagem multidisciplinar é uma opção válida para tratamento de pacientes com oligodontia. ■

Agradecimento

Ao ceramista José Carlos Romanini pela inestimável colaboração.

* Médico dentista licenciado pelo ISCS-N em 2001; Docente universitário no ISCS-N de 2001 a 2008; Diploma em Implantologia pelo Branemark Osseointegration Center - Bauru em 2002; Director clínico da Clínica Miguel Vieira - Penafiel
 ** Médica Dentista licenciada pelo ISCS-N em 2014

Referências bibliográficas

- Hobkirk JA, Brook AH.: The management of patients with severe hypodontia. J Oral Rehabil 1980;7:289-298.
- Singer SL, Henry PJ, Lander ID: A treatment planning classification for oligodontia. Int J Prosthodont 2010; 23:99-106.
- Thalji GN, Cooper LF.: The role of complete overdentures in esthetic rehabilitation of the adolescent oligodontia patient. A case report. J Esthet Restor Dent 2010; 22:213-221.
- Gunbay T, Koyuncu BO, Sipahi A et al. Multidisciplinary approach to a nonsyndromic oligodontia patient using advanced surgical techniques. Int J Periodontics Restor Dent 2011; 31:297-305.
- Finnema KJ, Raghoobar GM, Meijer HJ et al. Oral rehabilitation with dental implants in oligodontia patients. Int Periodontics Restor Dent 2011; 31:297-305.
- Giray B, Akca K, Iplikcioglu H, et al. Two year follow up of a patient with oligodontia treated with implant and tooth-supported fixed partial dentures: a case report. Int J Oral Maxillofac Implants 2003; 18:905-11.
- Jepson NJ, Nohl FS, Carter NE et al. The interdisciplinary management of hypodontia: restorative dentistry. BR Dent J 2003; 194(6):299-304.
- Mc W, Mang W, Malaya BOS et al. Posterior Teeth Mesialization with Mini-implants in an Oligodontia Patient. Malays. Dent J 2008; 29:113-118
- Nordgarden H, Jensen JL, Storhaug K. Reported prevalence of congenitally missing teeth in two Norwegian counties. Community Dent Health 2002; 19:258-261
- Moslehifard E, Nikzad S, Geraminpanah F et al. Full-mouth rehabilitation of a patient with severely worn dentition and uneven occlusal plane: a clinical report. J Prosthodont 2012; 21:56-64.
- Bergendal B, Ekman A, Nilsson P. Implant failure in young children with ectodermal dysplasia: a retrospective evaluation of use and outcome of dental implant treatment in children in Sweden. Int J Oral Maxillofac Implants. 2008; 23:520-524.
- Johansson G, Palmqvist S, Svenson B. Effects of early placement of a single tooth implant. A case report. Clin Oral Implants Res 1994; 5:48-51.
- Lesot H, Clauss F, Manière MC, et al. Consequences of X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia for the human jaw bone. Front Oral Biol 2009; 13:93-99
- Polder BJ, Van't HMA, Van der Linden FPGM, et al. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 217-226.
- Da-Woon Chung, Mong-Sook Vang, Sang-Won Park, Hyun-Pil Li, Hong-So Yang. Oral rehabilitation for a patient with oligodontia and maxillary hypoplasia. Case Report. J Adv Prosthodont 2009; 1:6-9.
- Maj NY, Col DK, Lt Col VSL, Lt Col KVAK. A simplified approach for prosthodontic management of syndromic oligodontia. Medical Journal Armed Forces India 2015; 4:66-68.
- Blanca LTL, Gabriela BM, Guilherme AM, Manuela SS, Yelena AC. Reabilitação Protética em Pacientes com Displasia Ectodérmica Hipohidrotica: Caso Clínico. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2008; 49: 153-155.















visite-nos: de 16 a 18 de novembro


































