

Caso clínico de canino maxilar incluído associado a agenesia de incisivos laterais

Salgado H*, Mesquita P

Introdução:

As agenesias dentárias constituem anomalias de número. Estamos na presença de uma sempre que se confirma, após a realização de uma pormenorizada história clínica e radiográfica, que pelo menos um dente não erupcionou nem é visível radiograficamente. A ausência congénita de dentes pode estar associada a um síndrome genético ou aparecer como um fenómeno isolado¹. O incisivo lateral superior (ILS) é, depois do 2º pré-molar inferior, o dente que mais frequentemente se encontra ausente por agenesia^{2,3}. Os caninos superiores permanentes, depois dos terceiros molares, são os dentes que mais frequentemente se apresentam impactados⁴. O prognóstico depende da posição do canino em relação às estruturas adjacentes e à possibilidade de movimentação ortodôntica⁵. A presença simultânea destas duas anomalias é muito pouco frequente e tem bastante impacto a nível estético⁶. O tratamento da agenesia do ILS e da inclusão do canino maxilar é, na maior parte das vezes, um tratamento pluridisciplinar que envolve um planeamento cuidadoso de modo a proporcionar um resultado estético final bom e de elevada predictibilidade a longo prazo. Em determinados casos o recurso à prótese fixa pode, por si só, ser um tratamento eficaz na resolução dos problemas estéticos e funcionais inerentes a esta anomalia⁷.

Caso Clínico:

Paciente do género feminino, de 34 anos de idade, raça caucasiana, apresentou-se na consulta desagrada com a estética dos seus dentes anteriores superiores. Ao exame clínico e radiográfico (Fig.1, 2 e 3) foi possível verificar a ausência dos ILS, confirmando-se a sua agenesia após a realização da história clínica. Em simultâneo foi verificada a inclusão do dente 13, a permanência do dente 53 na arcada e a existência de um diastema interincisivo. Após realização de tomografia computadorizada (Fig.4) e estudo ortodôntico verificou-se a impossibilidade de tração do dente 13. Foi proposto, e aceite pela paciente, o seguinte plano de tratamento: extração dos dentes 13 e 53 e reabilitação da zona com recurso a um implante dentário e coroas em cerâmica nos dentes 11, 21 e 23 para encerramento de diastema e harmonização anatômica. Numa primeira fase foi efetuada a extração do dente 13 incluído, tendo sido realizada uma abordagem palatina com descolamento mucoperiósseo e osteotomia para exposição do dente (Fig.5). Passados 8 meses procedeu-se à extração do dente 53, colocação imediata de implante e confecção de coroa provisória em acrílico aparafusada ao implante (Fig.6 e 7). Após 3 meses de osteointegração do implante, os dentes 11, 21 e 23 foram preparados e foram confeccionadas coroas de cerâmica pura e uma coroa metalocerâmica aparafusada para o implante (Fig.8,9 e 10). No controlo aos 2 anos é possível verificar a estabilidade da reabilitação efetuada (Fig.11 e 12)

Inicial



Fig. 1 e 2 – Fotografias intra-orais iniciais.



Fig. 3 – Ortopantomografia inicial.

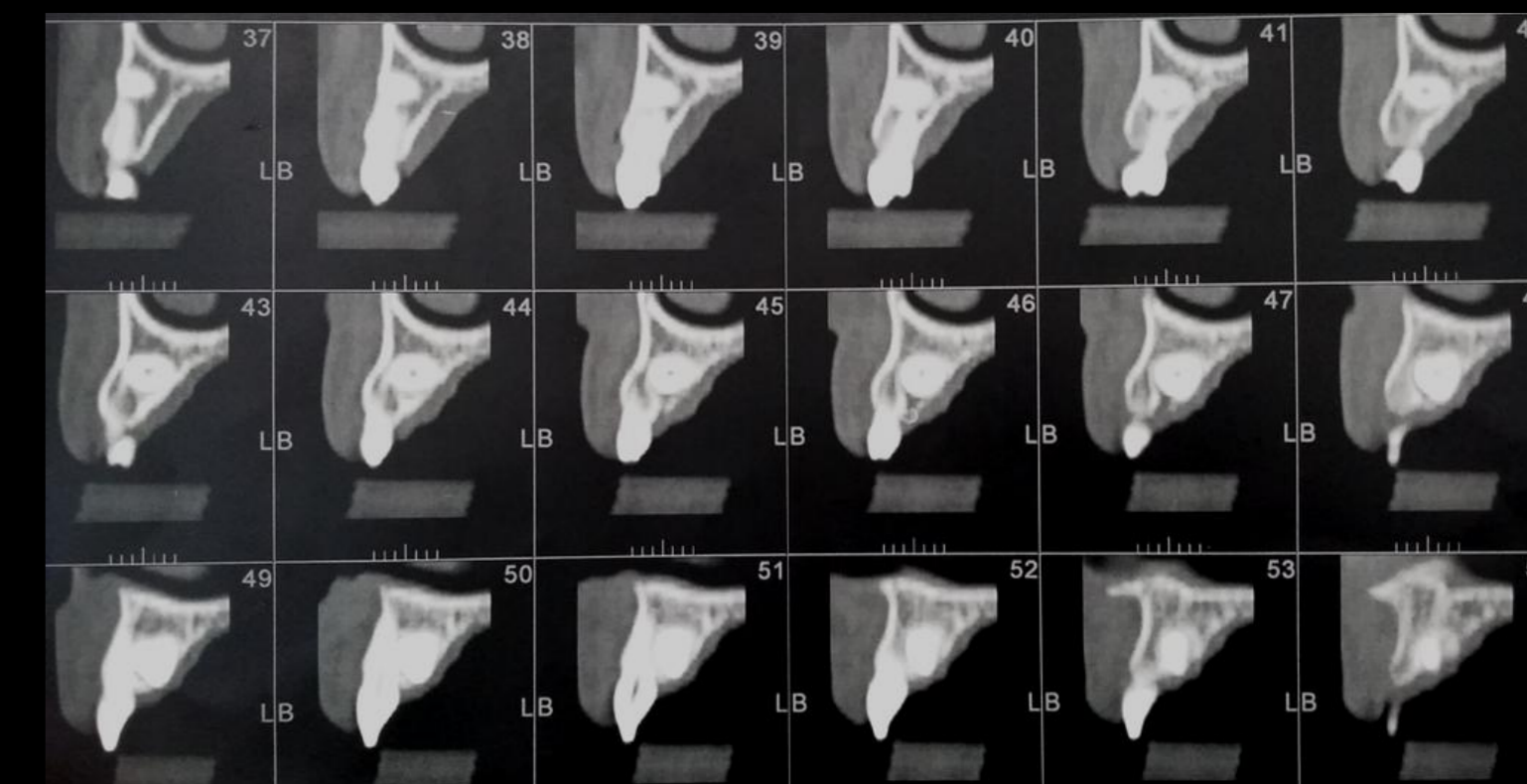


Fig. 4 – Tomografia Computorizada para estudo do posicionamento do dente 13 incluído.

Tratamento



Fig. 5 – Fotografia intra-oral da cirurgia para remoção do dente 13 incluído.



Fig. 6 – Fotografia intra-oral após colocação de implante e coroa provisória no 13.



Fig. 7 – Rx periapical do implante 13.



Fig. 8 – Coroas em cerâmica pura (11, 21 e 12) e coroa metalocerâmica sobre o implante 12.

Final



Fig. 9 e 10 – Fotografias intra-orais da reabilitação final no dia da sua colocação.



Controlo



Fig. 11 e 12 – Fotografia intra-oral e ortopantomografia de controlo aos 2 anos.



Discussão e Conclusões:

A seleção da opção de tratamento mais adequada depende de um conjunto de fatores tais como: a idade do paciente, as suas expectativas, a quantidade de espaço na arcada resultante da ausência dentária, a relação intermaxilar dos dentes anteriores e o estado dos dentes adjacentes^{7,8}. O tratamento ortodôntico é quase sempre o tratamento de eleição, no entanto, o recurso à reabilitação protética dento ou implanto-suportada pode, muitas vezes, solucionar as ausências dentárias. A opinião do paciente é, nestes casos, importante para ajudar a definir o plano de tratamento. O tratamento ideal é aquele que, sendo conservador, consegue satisfazer os requisitos estéticos e funcionais.

Bibliografia:

1. Cobourne MT. Familial human hypodontia – is it all in the genes? Br Dent J. 2007; 203: 203-8.
2. Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. Community Dent Oral Epidemiol. 2004; 32: 217-26.
3. Pinho T, Tavares P, Pollmann C. Development absence of maxillary lateral incisors in the portuguese population. Euro J Orthod. 2005; 27: 443-9.
4. Cooke J1, Wang HL. Canine impactions: incidence and management. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006 Oct;26(5):483-91
5. Gaetti-Jardim E, Faria K, Santiago Junior J, Jardim Júnior E, Saad Neto M, Aranega A, Ponzoni D. Condutas Terapêuticas para Caninos Incluídos. UNOPAR Ciênc Biol Saúde. 2012;14(1):51-6.
6. Cunha C, Poletto C, Ignácio S, Filho O, Tanaka O, Camargo E. Associação entre caninos incluídos e agenesias de incisivos laterais superiores permanentes. Arch Oral Res. 2011; 7(2): 147-155.
7. Richardson G, Russell K. Congenitally missing maxillary lateral incisors and orthodontic treatment considerations. J Can Dent Assoc 2001; 67: 25-8.
8. Sabri R. Management of missing maxillary lateral incisors. JADA. 1999; 130: 80-4.