

direto foi mais vantajoso do que um procedimento indireto principalmente considerando-se a idade do paciente, o tempo de trabalho e o custo. Dessa forma, com o avanço dos materiais estéticos, os procedimentos cosméticos diretos são considerados como uma boa opção e conferem um excelente resultado final.

RESUMO

Frente a evolução de novos materiais restauradores estéticos adesivos, a Odontologia Restauradora tem sido cada vez mais atuante, sendo que a realização de procedimentos restauradores estéticos é crescente tanto nos dentes anteriores como nos posteriores, permitindo a realização de procedimentos mais conservadores, econômicos e com menor tempo clínico. Neste contexto, o presente trabalho relata a aplicação de procedimentos clínicos estéticos em um paciente jovem, que após a perda do incisivo central superior direito optou-se pela realização de transplante do primeiro pré-molar inferior esquerdo e sua caracterização em incisivo central superior. O procedimento restaurador resumiu-se na utilização da técnica de condicionamento ácido do esmalte, aplicação de sistema adesivo e inserção incremental de resina composta.

SUMMARY

In the actual evolution of new adhesive esthetic materials, the Restorative Dentistry has been more and more active, meaning that esthetic restoring procedures are increasing in anterior teeth as well as in posterior ones. This allows the realization of more conservative, procedures, more economy and with less clinical time. In this context, the present work, mentions the utilization of esthetic clinical procedures on a young patient that after losing his right superior central incisive opted autotransplanting the first inferior left premolar and its characterization in a superior central incisive. The

restorative procedure resumed in the utilization of the technique of conditioning enamel acid, adhesive system and incremental insertion of composed resin.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. Textbook and Color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd ed., 1994, Mosby- Munksgaard- Copenhagen.
2. BOWDEN, D. E. J.; PATEL, H. A. Autotransplantation of pre molar teeth to replace missing maxillary central incisors. Br J Orthod., Feb., 17 (1):21-8, 1990.
3. BOWEN, R. L. Adhesive bonding of various materials to hard tooth tissues. The effect of a surface active comonomer on adhesion to diverse substrates. J. Dent. Res., 44: 1369, 1965.
4. BUONOCORE, M. G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filing materials to enamel surfaces. J. Dent Res, 34: 849-53, 1955.
5. BUSATO, A. L. S.; BARBOSA, A. N.; BALDISSERA, R. A.; BUENO, M. Dentística Restaurações em dentes anteriores. São Paulo, Artes Médicas, 1997.
6. CÂNDIDO, M. S. M.; HOEPPNER, M. G.; Cosmética em Odontologia Restauradora. In: GOMES, J.C. et al. ODONTOLOGIA ESTÉTICA - Restaurações adesivas indiretas. São Paulo.: Artes Médicas, p 17-38, 1996.
7. FILHO, D. I.; ANDRADE, M. F.; MANDARINO, F.; PINTO, A. S. Restauração de dentes conóides com matriz de Barricaid. Rev. Ass. paul. cirurgiões Dentistas, 49(1) : 33-36, jan./fev., 1995.
8. FONTANA, U. F.; CAMPOS, E. A.; MÉRIDA JR, R. J.; MARTINS, W. Técnica direta especial para restaurações com resina composta em dentes posteriores. Ação de dispositivo para obtenção da relação de contato e matriz para oclusal. Robrac., 7(23): 20-23, 1998.
9. KRISTERSON, L. Autotrasplantation of human premolars. A clinical and radiographic study of 100 teeth. Int J Oral Surg, Apr., 14(2):200-213, 1985.
10. OLIVEIRA JR, O. B.; DUARTE JR, S. L. O. L.; ANDRADE, M. F. Diastema por negligência e imperícia profissional. Técnica de Correção Cosmética com resina composta. Odonto 2000, 1(1) : 28-30, 1997.
11. PAVARINA, A. C.; GARCIA, P. P. N. S.; CÂNDIDO, M. S. M. Possibilidade de mudança no seu sorriso. Odonto 2000, 2 (2): 18-21, Jul. / Dez, 1998.
12. PENSLER, A. V. Cosmetic correction of small teeth and multiple diastema. Esthetic. Dent. Update, 6: 63-65, 1995.
13. SCHMIDSEDER, J. Odontologia Estética. Porto Alegre, Artes médicas Sul, p 125-142, 2000.

③ Comprometimento Estético na Anodontia Parcial

INTRODUÇÃO

A ausência congênita de um ou mais dentes na arcada dentária é denominada anodontia parcial, ou ainda hipodontia, oligodontia e agenesia dental^{2,3,9}; é relativamente freqüente na clínica diária, e tem grande importância antropológica e clínica, pelas várias implicações de ordem estética e funcionais para o paciente⁹.

A anodontia parcial pode afetar as dentações decídua e permanente^{3,6}; sendo que é mais comum na denteção permanente³, e a incidência é maior nos indivíduos do sexo feminino^{1,8}.

Apesar de que qualquer dente possa estar ausente, há uma tendência para a falta de determinados dentes, sendo que os mais ausentes, em ordem decrescentes são:- terceiros molares, incisivos laterais superiores, segundos pré-molares superiores, incisivos laterais inferiores e segundo pré-molares inferiores^{1,3,5,6,8}.

A ausência, quando ocorre, é mais freqüente no maxilar do que na mandíbula, e é predominantemente bilateral⁸.

Várias teorias foram formuladas tentando se estabelecer a etiologia da ausência congênita de dentes, mas a grande maioria dos estudiosos supõem que a etiologia é predominantemente hereditária^{2,3}.

O padrão de transmissão hereditária está indefinido, e atualmente está fundamentado em três hipóteses, CONSOLARO, FONSECA⁽²⁾ (1985).

Habid Assad Nader
Armando Cicillini Júnior

Cirurgiões-Dentistas em Ribeirão Preto/SP



Fig. 1 - Vista Vestibular da Arcada Superior, evidenciando-se a estética insatisfatória.

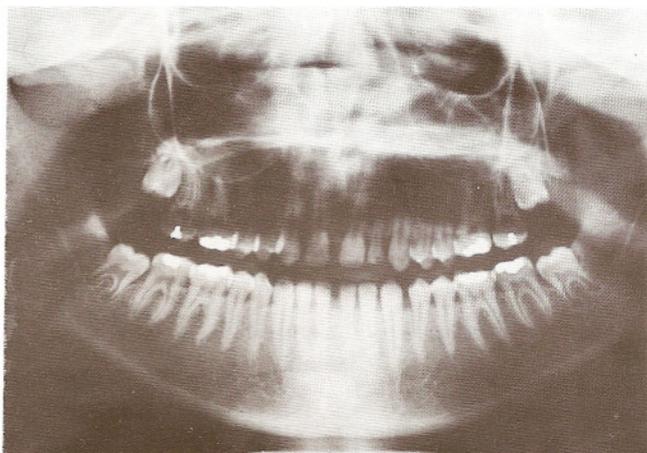


Fig. 2 - Radiografia Panorâmica confirmando a ausência dos incisivos laterais superiores permanentes.

Transmissão à partir de um gen simples com penetrância incompleta e expressividade variável

Transmissão à partir de um gen simples com pleiotropia

Transmissão à partir de um sistema poligênico, cujas alterações ocorrem em sítios diferentes.

Esporadicamente, a anodontia parcial pode ocorrer através de mutação genética por interação com fatores ambientais, e também pelo impedimento do desenvolvimento dental por ação direta de fatores extragenéticos ou ambientais na diferenciação ou no desenvolvimento do germe dental, tal com trauma, infecção local e radiação².

A anodontia parcial tem sido também de grande interesse para antropólogos, especialmente quando simétricas, onde estuda-se o desaparecimento de alguns dentes, ditos variáveis ou órgãos vestigiais, tidos como de pequena importância prática para o homem moderno².

OLIVEIRA et al⁹ (1991), determinaram a associação da anodontia parcial com tamanho mesiodistal das corôas dos dentes permanentes remanescentes, e concluiu que há uma redução deste tamanho, e que é mais acentuado à medida que aumenta o grau de severidade de anodontia parcial.

Esta análise da redução do tamanho mesiodistal, se faz importante para o ortodontista, bem como na reabilitação protética, para se estabelecer uma harmonia de posição e tamanho nos arcos dentais⁹.

O propósito deste trabalho, é de evidenciar, através de um caso clínico, as dificuldades de resolução do problema estético devido à ausência de dentes, principalmente os incisivos laterais superiores permanentes, levando-se em consideração o grande enfoque que se tem dado a estética, principalmente pelo paciente, nos dias atuais.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente T. A. S. B., 15 anos, sexo masculino, foi encaminhado para tratamento de rotina, sendo que a queixa principal referia-se a estética desfavorável do arco superior devido a ausência, dos incisivos laterais superiores permanentes e a presença, apesar da idade, do incisivo lateral esquerdo decíduo.

No exame clínico dental, verificou-se ausência dos inci-

sivos laterais superiores permanentes, presença do incisivo lateral superior decíduo esquerdo, diastema entre os dois centrais superiores, desvio da linha média e fechamento do espaço incisivo lateral superior direito. (Fig. 1)

Na anamnese, o paciente relatou que o incisivo lateral superior decíduo direito fora extraído há muitos anos atrás por um cirurgião dentista, e que na sua família seu irmão apresenta ausência dos primeiros pré molares inferiores permanentes.

No exame radiográfico, através da radiografia panorâmica pôde-se constatar a ausência dos incisivos laterais permanentes (Fig. 2), e através de uma radiografia periapical do decíduo, observou-se que a raiz apresentava-se íntegra, e a lesão de cárie muito extensa, com provável comprometimento pulpar (Fig. 3).

CONDUTA CLÍNICA

Visando amenizar o problema estético abordado pelo paciente, optou-se inicialmente pela preservação do dente decíduo, onde com o uso das técnicas e materiais estéticos atuais, o mesmo seria restaurado de maneira que o formato e cor se aproximassem ao do sucessor permanente, após isso, o paciente seria encaminhado para o ortodontista e implantodontista para a resolução mais completa do caso.

Iniciou-se o tratamento, removendo-se o tecido cariado, sob anestesia local, e como previsto, houve exposição accidental da polpa, então procedeu-se a realização da endodontia do elemento dental, onde o preparo biomecânico foi realizado pela técnica clássica modificada, e o canal foi obturado com cimento de Rickert, pela técnica biológica controlada, complementada pela condensação lateral (Fig.4).

Na segunda sessão, depois de avaliados a quantidade de estrutura dental remanescente, decidiu-se proceder a restauração com resina composta fotopolimerizável. Após a colocação do dique de borracha, limpou-se a câmara pulpar com álcool-éter a fim de eliminar os resíduos de material obturador.

Como prevenção ao escurecimento coronário, aplicou-se selante na câmara pulpar para vedar os canalículos dentinários.



Fig. 3 - Radiografia Periapical Inicial do incisivo lateral superior decíduo esquerdo.



Fig. 4 - Radiografia Periapical após a obturação do canal radicular.

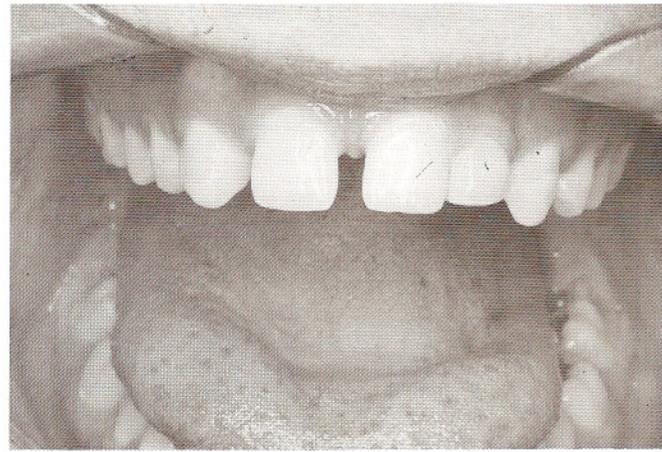


Fig. 5 - Vista Vestibular com o resultado estético provisório obtido.

Realizou-se a profilaxia da corôa com taça de borracha com pedra pomes.

Foi então feito o ataque ácido por 30 segundos, e depois de seco o dente, iniciou-se a inserção e polimerização da resina por camadas.

Terminada esta etapa, foram removidos os excessos, terminando com o polimento da resina, obtendo-se um resultado estético mais favorável que antes (Fig. 5 e 6).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Dentre os dentes mais freqüentemente ausentes, os incisivos laterais superiores são o segundo grupo em maior porcentagem, mas sem sombra de dúvidas, é o que mais se torna problemático quanto à estética.

Hoje, com a utilização de implantes ósseointegrados, é possível a reabilitação das anodontias parciais dos dentes permanentes, sendo sem dúvida uma solução preferencial. Mas quando a raiz apresenta-se íntegra e a corôa dental com lesão de cárie, como no presente caso, as técnicas de utilização das resinas compostas, permitem a realização de restaurações estéticas que possibilitam a manutenção por um tempo maior do dente decíduo, propiciando pelo menos, uma solução provisória.

Portanto, o cirurgião dentista, tem que estar atento ao diagnóstico e às possibilidades de resolução estética das alterações congênitas dos dentes, que só é possível através da realização da anamnese, exame clínico e radiográfico minuciosos, que quanto mais precoce, maior a chance de se obter um resultado estético mais satisfatório.

RESUMO

Os autores fazem uma breve revisão da literatura, e apresentam um caso clínico de anodontia parcial dos incisivos laterais superiores permanentes, os quais consideram dentre os grupos ausentes nas anodontias parciais os mais complexos de resolução clínica, devido as implicações estéticas.

Unitermos: Anodontia parcial, Hip[odontia, Oligodontia, Agenesia dental, Estética.

SUMMARY

The authors have done a breve review of the literature,



Fig. 6 - Vista lateral.

and presents a case report of partial anodontia of uppers laterals incisors permanent, wich consider among the absentees groups in the partials anodontias of the most complex of clinical resolution owing the esthetics implications.

Uniterms: Partial anodontia, Hipodontia, Oligontia, Dental absence, Esthetic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTILHO, J. C. M. et al. Prevalência de anodontia entre estudantes do 2º grau da cidade de São José dos Campos - Correlação dessa anomalia entre terceiros molares e outros órgãos dentários. Rev. Odont. UNESP, São Paulo, 19: 269-276, 1990.
2. CONSOLARO, A., FONSECA, C. H. S. Etiopatogênica da anodontia parcial: uma análise crítica. Enciclop. Bras. Odont., 3(2): 449-52, 1985.
3. CZLUSNIAK, G.D., GLEISER R., Oligodontia: revisão e apresentação de caso clínico. Rev. Bras. Odontol., 39(2): 44-7, mar-abr. 1982.
4. DIETSCHI, D., SCHATZ, J. P. Current restorative modalities for young patients with missing anterior teeth. Quintessence Int; 28(4): 231-40, 1997.
5. FERREIRA, N. S. P. et al. Prevalência de agenesias de dentes permanentes em portadores de síndrome de Down. Estudo radiográfico. Rev. Inst. Ciênc. Saúde.v. 11, n° 2p. 57-61jul/dez. 1993.
6. LENHARO, A., ROSSI, R. J. Implantes osseointegrados na reabilitação de anodontias. Rev. da APCD. v.49, n. 3. mai/jun. 1995.
7. LEONARDO, M. R. et al. Tratamento de canais radiculares: atualidades técnicas. São Paulo: Premier, 1996. Cap.2, p.11-25.
8. MULLER, T. P. et al. A survey for congenitally missing permanente teeth. J. Amer. Dent. Assoc, 81: 101-107, jul. 1970
9. OLIVEIRA, A. G. et al. Relação entre a anodontia parcial e os dentes permanentes de brasileiros. I: Associação de sua ocorrência com o tamanho mesiodistal das coroas dentárias. Rev. Odontol. USP. 5(1): 7-14, jun/jul. 1991.