

UNIVERSIDADE TIRADENTES

FRANCIGLEICIA MOREIRA DA SILVA
PALOMA MIGUEL DE CARVALHO

AGENESIA DENTÁRIA EM ADOLESCENTE: UMA
ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
RELATO DE CASO

Aracaju
2019

FRANCIGLEICIA MOREIRA DA SILVA
PALOMA MIGUEL DE CARVALHO

AGENESIA DENTÁRIA EM ADOLESCENTE: UMA
ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof. MSc. LAIS CARDOSO ARRUDA CÔRTEZ

Aracaju
2019

FRANCIGLEICIA MOREIRA DA SILVA
PALOMA MIGUEL DE CARVALHO

AGENESIA DENTÁRIA EM ADOLESCENTE: UMA
ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Aprovado: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Orientador: Laís Cardoso Arruda Côrtes

Vanessa dos Santos Viana

Jamille Alves Araújo Rosa

Eu, Laís Cardoso Arruda Côrtes, orientadora das discentes Francicleia Moreira da Silva e Paloma Miguel de Carvalho atesto que o trabalho intitulado: “AGENESIA DENTÁRIA EM ADOLESCENTE: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos dado saúde e forças para superar as dificuldades.

Aos nossos pais, Alzira Miguel Jerônimo, Maria Alves Moreira e José Francisco da Silva pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A nossa orientadora Laís Cardoso Arruda Côrtes, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que de forma direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

AGENESIA DENTÁRIA EM ADOLESCENTE: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Francicleia Moreira da Silva^a, Paloma Miguel de Carvalho^a, Laís Cardoso Arruda Côrtes^b

^aGraduanda em Odontologia - Universidade Tiradentes; ^bMSc. Professora do curso de Odontologia - Universidade Tiradentes

RESUMO

A agenesia dentária é uma patologia caracterizada pela ausência de um ou mais dentes, resultante de alterações ocorridas durante os estágios iniciais da odontogênese, com prevalência na dentição permanente e no gênero feminino, podendo ser parcial ou total. É uma das anomalias dentais mais frequentes no ser humano, está presente em cerca de 3 a 10% da população e pode causar alterações a nível estético e funcional, repercutindo negativamente, principalmente na adolescência por ser um período caracterizado por múltiplas transformações. O diagnóstico deve ser precoce e detalhado, através da observação clínica e de exames radiográficos, que permitam a uma equipe a elaboração de um plano de tratamento completo que se adapte ao paciente e às suas condições socioeconômicas. Assim, o propósito deste trabalho é descrever por meio de um relato de caso a agenesia dentária dos segundos pré-molares superiores e inferior, em adolescente de 14 anos, enfatizando a qualidade de vida e uma abordagem multidisciplinar. O tratamento de escolha para a paciente foi manter os dentes deciduos por maior tempo, através de uma pulpotomia da unidade 55. Que resultou na paralização da lesão cariada e retardo no processo de reabsorção radicular, possibilitando iniciar o tratamento ortodôntico mais adequado ao caso.

PALAVRAS-CHAVE

Anodontia, adolescente, odontopediatria.

DENTAL AGENESIS IN A TEENAGER: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

ABSTRACT

Dental agenesis is a pathology characterized by the absence of one or more teeth, resulting from changes occurred during the early stages of odontogenesis, with prevalence in permanent dentition and in females, which may be partial or total. It is one of the most common dental anomalies in humans, is present in about 3 to 10% of the population and can cause aesthetic and functional changes, negatively affecting, especially in adolescence because it is a period characterized by multiple transformations. The diagnosis should be early and detailed, through clinical observation and radiographic examinations, allowing a team to develop a complete treatment plan that suits the patient and their socioeconomic conditions. Thus, the purpose of this paper is to describe, by means of a case report, the dental agenesis of the upper and lower second premolars in a 14-year-old adolescent, emphasizing the quality of life and a multidisciplinary approach. The treatment of choice for the patient was to keep the deciduous teeth longer, through a pulpotomy of unit 55. This resulted in the paralysis of the carious lesion and delayed root resorption process, enabling the orthodontic treatment that was most appropriate to begin.

KEYWORDS: Anodontia, adolescent, pediatric Dentistry.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase específica do desenvolvimento humano, caracterizada por um período de mudanças e transformações múltiplas, profundas e fundamentais para que o ser humano possa atingir a maturidade e inserir-se na sociedade no papel de adulto (ALBUQUERQUE e SIMÕES, 2003). Caracteriza-se pelas profundas transformações psicológicas, somáticas e sociais vividas durante a passagem gradual entre a infância e o estado adulto (SAIANI, 2008).

Para um completo entendimento da saúde do adolescente, a fim de lhe oferecer suporte para a convivência em interdependência sadia com a sociedade, existe a necessidade de atuação interdisciplinar (SAIANI, 2008). A Odontologia, atenta a todas as mudanças ocorridas durante esta fase da vida do jovem, procura dar-lhe atenção especial (ALBUQUERQUE e SIMÕES, 2003). O odontohebiatra ocupa-se em cuidar da saúde bucal do adolescente dando ênfase à prevenção e promoção da saúde (ALBUQUERQUE e SIMÕES, 2003), direcionando-o e inserindo-o em um programa educativo-preventivo e curativo, se necessário, enfocando o aspecto estético e cosmético tão valorizados nessa fase (BUSSADORI e MASUDA, 2005).

Ao longo dos anos o cirurgião-dentista tem se deparado mais frequentemente com situações que exigem maior atenção durante a anamnese e o exame clínico dos pacientes. É o caso das alterações presentes durante o desenvolvimento da dentição, as chamadas anomalias dos órgãos dentários, que podem se manifestar desde o retardo na cronologia de erupção até a ausência completa do germe dentário, conhecida como agenesia dentária (MANUILA et al. 2000), bem como podem causar desordens na quantidade, qualidade, forma ou tamanho dos dentes, causando efeitos negativos para o estabelecimento de uma oclusão ideal (NEVILLE, B.W. et al.2009).

Esta anomalia ocorre mais frequentemente na dentição permanente e tem maior predileção por pacientes do gênero feminino (PINHO et al. 2005; VASTARDIS, 2000), apresentando-se geralmente de forma simétrica e bilatera, visto que pacientes podem ter a função mastigatória comprometida, mal-oclusões, dificuldades em pronunciar algumas palavras e o perfil estético prejudicado (GARIB et al. 2010). Tais alterações podem fazer com que a auto-estima, relacionamento e comportamento individual ou em grupo sejam prejudicados.

Tal anomalia é percebida frequentemente na infância e adolescência, principalmente pelo Odontopediatra, portanto é de suma importância o diagnóstico precoce, durante a fase de dentadura mista, permitindo ao profissional considerar o maior número de possibilidades disponíveis de tratamento, além de evitar que problemas oclusais e funcionais se agravem. (SANTOS et al. 2006; GALLUCIO e PILOTTO, 2008; BADROV et al. 2017; FAUZI et al. 2018). Este, por sua vez, está relacionado ao reestabelecimento funcional e estético do paciente, exigindo do profissional conhecimentos referentes as causas, etiologias e suas manifestações clínicas, sendo imprescindível o envolvimento de uma equipe multidisciplinar. (SUGUINO; FURQUIM, 2003).

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso de agenesia de segundos pré-molares e sua abordagem de tratamento multidisciplinar integrado, associado à qualidade de vida.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ODONTOHEBIATRIA

A adolescência é uma fase de desenvolvimento humano caracterizada como período de profundas transformações, quando são revistos e consolidados valores e atitudes, e requer, portanto, uma linguagem especial (BUSSADORI e MASUDA, 2005). A hebiatria destina-se ao estudo da juventude, sendo, portanto, hebiatra o profissional da área de saúde responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes, pelo acompanhamento do seu desenvolvimento psicossocial e sua interação social (SAIANI, 2008).

A odontologia voltada para o adolescente requer algo mais que técnico-científico, uma vez que se ocupa de um indivíduo passando por intensas modificações biológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde, a anamnese e o exame físico são a base do diagnóstico clínico e constituem os elementos orientadores para a identificação do grupo de risco, detecção precoce e controle da terapêutica (BRASIL, 2006). Para Sankaranarayanan (2005), a atuação do profissional na manutenção e/ou restabelecimento da saúde deve seguir um exame sistemático, ordenado e completo para a identificação de alterações nos tecidos bucais. Isso propiciará a obtenção de um maior número de dados, compondo um diagnóstico correto que possibilite determinar um plano de tratamento e estabelecer um prognóstico (SANKARANARAYANAN, 2005).

Além das estratégias comuns a serem adotadas, recomenda-se a utilização da participação juvenil como estratégia específica para a promoção da saúde e como forma de garantir o direito à liberdade dos adolescentes assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2005). Odontólogos que praticam a odontohebiatria têm postura diferenciada diante do paciente adolescente, o que vai além da abertura de boca para o profissional, havendo a criação de vínculo, confiança e valorização da saúde (BRASIL, 2005).

1.2 AGENESIA DENTÁRIA

O desenvolvimento dentário depende da inervação e do ectomesenquima, ambos desenvolvidos a partir da mesma zona da crista neural (KENRAD et al, 2013). Assim, juntamente com a mucosa, o ectomesenquima e a inervação são os responsáveis pela formação dos dentes e os distúrbios, ocorridos durante a odontogênese, em um ou mais componentes teciduais podem resultar em agenesia de um ou mais dentes (KENRAD et al, 2013). Atribui-se a denominação de agenesia dentária, como um termo geral e mais abrangente, referindo-se ao padrão de desenvolvimento dos dentes e consiste na ausência de um ou mais elementos dentários (VASTARDIS 2000; PAULA FERRER 2007; LARMOUR et al. 2005; GARIB et al. 2009). Um dente é considerado como congenitamente ausente quando não erupciona na cavidade oral e a mineralização não é visível nas radiografias (CARVALHO et al. 2011; YEMITAN et al. 2016; FAUZI et al. 2018; SEJDINI E ÇERKEZI, 2018) A sua etiologia pode estar relacionada com fatores locais, sistêmicos e genéticos (SILVA MEZA, 2003).

É uma anomalia muito frequente na dentição permanente, entretanto, afeta também a dentição decídua em cerca de 0,4% a 0,9%, sendo observada uma forte associação entre a ausência congênita das dentições decídua e permanente (SEABRA et al. 2008; RAKHSHAN e RAKHSHAN, 2016; TALLÓN-WALTON et al. 2014), Pode ser subclassificada com relação à quantidade de dentes ausentes: denomina-se anodontia quando ocorre a total falta de desenvolvimento dentário; hipodontia, quando ocorre falta de desenvolvimento de um ou mais dentes; e oligodontia, a falta de desenvolvimento de seis ou mais dentes (VASTARDIS 2000; PAULA FERRER, 2007; NEVILLE, 2009).

A agenesia dentária pode ocorrer em qualquer dente da arcada, porém alguns são mais acometidos do que outros. Segundo Polder; et al. (2004), os dentes mais frequentemente ausentes são, os segundos pré-molares inferiores (2,91% - 3,22%), seguidos dos incisivos laterais superiores (1,55% - 1,78%) e, os segundos pré-molares superiores (1,39% - 1,61%). O diagnóstico requer uma minuciosa avaliação clínica e radiográfica, uma vez que, as radiografias assumem um papel decisivo na análise das patologias e alterações morfológicas das estruturas orais, nomeadamente, na monitorização do desenvolvimento da dentição e quando realizado precocemente permite uma conduta clínica e ortodôntica no momento ideal. (SILVA et al., 2004). A radiografia panorâmica é o meio auxiliar de diagnóstico de eleição pois permite uma visão geral das estruturas do sistema estomatognático de

uma só vez, contribuindo para a detecção de outras patologias além da agenesia dentária (SEABRA et al. 2008).

Caso seja diagnosticada ainda na dentadura mista, as opções de tratamento para a agenesia dentária são ainda maiores e há maior probabilidade de prevenção das más oclusões decorrentes destas agenesias (THYS et al.,2006). Para que o diagnóstico precoce seja realizado é fundamental que o cirurgião-dentista conheça o período em que estes dentes apresentem formação completa ou que estejam em desenvolvimento, podendo tomar a melhor decisão terapêutica para estes pacientes. (THYS et al.,2006).

1.3 QUALIDADE DE VIDA

A saúde bucal desempenha um papel significativo na qualidade de vida, portanto a ausência de um ou mais dentes pode afetar a função mastigatória, provocar alteração da fala e originar problemas estéticos (FAUZI et al. 2018). bem como afetar emocionalmente o paciente, contribuindo para uma diminuição da sua auto-estima e, conseqüentemente, qualidade de vida (BADROV et al. 2017; FAUZI et al. 2018). Portanto a agenesia de dentes permanentes é um importante problema clínico e de saúde pública, pois a aparência dos dentes e da face pode afetar relações interpessoais e qualidades como simpatia, inteligência, e popularidade desde a infância até a fase adulta. (KUCHLER, E.C., RISSO, et al., 2008; CANTEKIN et ai 2012).

A agenesia de dentes permanentes, especialmente as localizadas no segmento posterior da boca, com exceção dos terceiros molares, pode gerar graves problemas periodontais e oclusais, dentre estes a oclusão traumática, inclinações indesejáveis dos dentes vizinhos, ou ainda, o surgimento de diastemas que facilitam a impactação alimentar, com conseqüentes danos ao periodonto interdental. (OLIVEIRA, CONSOLARO, HENRIQUES, 1991). O estabelecimento da harmonia destas funções proporciona ao indivíduo uma qualidade de vida compatível com um desenvolvimento normal. Um sorriso desempenha um papel importante na vida de adultos, adolescentes e crianças e é importante para o bem-estar emocional geral. (TAVAJOHI-KERMANI, H., KAPUR, R. AND SCIOTE, J., 2002).

Para a manutenção do equilíbrio estomatognático, é essencial que haja uma dentição completa e funcional. A ausência dentária pode afetar diretamente a oclusão, ocasionando alterações na posição dos dentes adjacentes, problemas periodontais, diastemas, disfunções mastigatórias e na fala, além de uma estética desarmônica, influenciando negativamente no bem-estar e qualidade de vida do paciente. (ESTÁCIA; SOUZA; 2000)

1.4 ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Levando em consideração o conceito de multidisciplinaridade em saúde, o ser humano deve ser visto de forma integral, não apenas na situação em que se encontra a queixa e a resolução da mesma (MUKAI, M.K. et al. 2010). Dessa forma, após o tratamento finalizado, o sucesso e a satisfação serão do paciente e do profissional. (MUKAI, M.K. et al. 2010). A escolha pelo tratamento mais adequado envolve a avaliação de alguns pontos significativos, como a oclusão, posicionamento e morfologia do dente, comprimento e volume dos lábios, idade do paciente, presença de diastemas ou apinhamentos e especialmente a expectativa do paciente quanto ao resultado final. (TANAKA, O. et al. 2003).

A presença de má oclusão é considerada uma consequência marcante da agenesia dentária, por decorrência de alguns fatores como deficiência dos processos alveolares devido à ausência de dentes, posição incorreta dos dentes durante o crescimento e excessivo espaço dentro dos arcos dentários, ocasionando uma sobreerupção dos dentes opostos ou adjacentes (KAPADIA et al. 2007). Segundo McNeill; Joondeph (1973), a presença ou ausência de sinais e sintomas de maloclusão são critérios fundamentais ao tomar a decisão pela melhor forma de tratamento. Para Behr (2010), é ideal iniciar o tratamento das agenesias dentárias, por volta dos 7 a 9 anos de idade, apesar do fator etiológico ou do número de dentes que estão ausentes. Segundo Wong (2004), para alcançar resultados de maneira satisfatória, é importante que seja iniciado no período de dentição decídua ou mista, reduzindo assim o tempo e a complicação que pode haver em um tratamento tardio.

A agenesia de segundos pré-molares geralmente está associada à anquilose dos molares decíduos, acarretando uma série de consequências clínicas desfavoráveis,

como a inclinação dos primeiros molares permanentes com perda de espaço, extrusão dos antagonistas, infra-oclusão, aumento de espaços livres, impacção do primeiro pré-molar e redução no desenvolvimento do osso alveolar. (SHALISH et al. 2002). Em muitos casos de agenesia, o tratamento ortodôntico poderá melhorar ou mesmo evitar a necessidade de tratamento restaurador em pacientes selecionados (NEVILLE et al., 2009). Entretanto, o tratamento ortodôntico para pacientes com dentes congenitamente ausentes pode ser um desafio. As opções de tratamento incluem manter os dentes decíduos durante o maior tempo possível na arcada, extraí-los e permitir que os espaços se fechem espontaneamente, ou manutenção dos dentes decíduos com finalidade de manutenção do espaço para colocação de implante, autotransplante, substituição protética ou o encerramento ortodôntico do espaço com substituição dentária (GKANTIDIS et al., 2017).

Sempre que possível, perante qualquer caso de agenesia dentária, o paciente deve ser sujeito à intervenção de uma equipe multidisciplinar (BADROV et al. 2017). Além dos ortodontistas, odontopediatras e odontohebiatras, devem estar incluídos outros especialistas como periodontistas, endodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais, deste modo, será possível obter o resultado terapêutico ideal (RAKHSHAN e RAKHSHAN, 2016; et al. BADROV et al. 2017). O tratamento deve ser iniciado assim que possível, de modo a promover o correto desenvolvimento e restabelecer a função e a estética, portanto, o seu planejamento deve contemplar a intervenção de uma equipa multidisciplinar (GALLUCIO e PILOTTO, 2008; SEABRA et al. 2008; AL-ABDALLAH e et al. 2015).

2. RELATO DE CASO

Paciente K.A.S.J, gênero feminino, 14 anos de idade, feoderma, compareceu à clínica odontológica da Universidade Tiradentes, acompanhada do seu responsável, queixando-se de desconforto durante a mastigação, presença de lesões cariosas, presença de diastemas e insatisfação estética com relação ao tamanho dos dentes. (Figuras 1, 2 e 3)

Figura 1- Aspecto clínico inicial



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 2 – Aspecto clínico inicial arcada superior



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 3 - Aspecto clínico inicial arcada inferior



Fonte: Caso clínico realizado

Durante a anamnese não foram relatadas quaisquer intercorrências durante a gestação, nem uso de medicações pela mãe ou pela paciente durante a infância. Após exames clínicos e radiográficos (Figuras 1, 2, 3, 4 e 5) foi observado que a paciente apresentava palato profundo, ausência dos segundos pré-molares superiores, direito e esquerdo e inferior direito (Unidades dentárias 15, 25 e 35) e presença de alguns dentes decíduos (Unidades 63, 55 e 75) com retenção prolongada. Foi diagnosticada a presença de cárie dentária, com lesões na face ocluso-mesial do segundo molar decíduo superior direito, com envolvimento pulpar, canino superior direito incluído e presença dos germes dentários das unidades 18, 28, 38, e 48 (Figura 4).

Figura 4 - Radiografia panorâmica, evidenciando os germes dentários das unidades 18, 28, 38 e 48; unidade 13 presente, não erupcionada, 53 presente no arco. Agenesia das unidades 15, 25 e 35



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 5 - Radiografia periapical da região de canino superior direito



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 6 - Fotos de perfil lado esquerdo



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 7 - Vista frontal



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 8 - Fotos de perfil lado direito



Fonte: Caso clínico realizado

Durante a avaliação ortodôntica foi observado que a paciente possui perfil simétrico, perfil facial reto, e tipo facial dolicocefálico, linha média coincidente, e sem selamento labial efetivo,(Figuras 6, 7 e 8) além da dentadura mista, relação molar classe III de ANDREW do lado esquerdo; sobremordida de 2mm e sobresaliência de 4 mm. Durante as análises de interferências oclusais (Lateralidade direita lado de trabalho e lateralidade direita lado NÃO trabalho) não foram encontradas alterações significativas. Adicionalmente, foi observada discreta giroversão das unidades 24, 33 e 44, bem como leve apinhamento das unidades 31, 32, 41, e 42 (Figuras 9 e 10).

Figura 9 - Vista do lado esquerdo.



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 10 - Vista do lado direito



Fonte: Caso clínico realizado

Optou-se por iniciar o tratamento da paciente com a exodontia da unidade 53, por via alveolar, a fim de favorecer a erupção da unidade 13 (Figuras 11 e 12). Foi realizada, então, seguindo a sequencia clínica descrita nas (Figuras 13 a 25) a pulpotomia na

unidade 55 e consequente restauração com ionômero de vidro restaurador Riva Light Cure® (Riva light cure, SDI, Bayswater, Victoria, Austrália).

Figura 11 - Exodontia da unidade 53 com a utilização de fórceps



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 12 - Após remoção da unidade 53 alvéolo sem sutura para promover mais facilmente a erupção da unidade 13 impactada



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 13 - Radiografia periapical inicial da unidade 55. Observa-se área radiolúcida na região oclusal mesial, sugestiva de lesão de carie



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 14 - Anestesia local infiltrativa em fundo de sulco com lidocaína 2% com epinefrina 1/100.000ml, agulha curta de 21mm



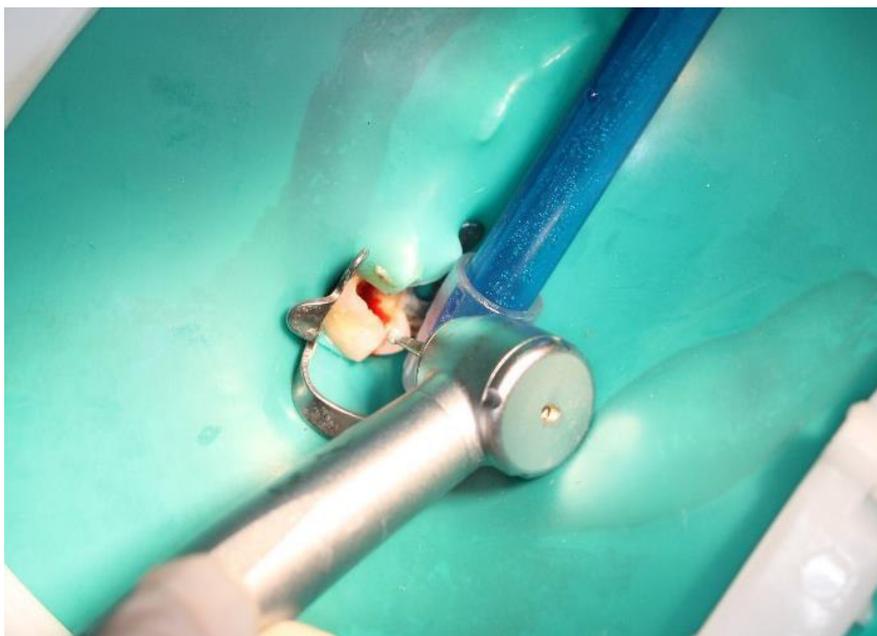
Fonte: Caso clínico realizado

Figura 15 - Isolamento absoluto com lençol de borracha , arco dobrável e grampo número 206



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 16 - Remoção do tecido cariado e teto da câmara pulpar com broca esférica 1012 em alta rotação



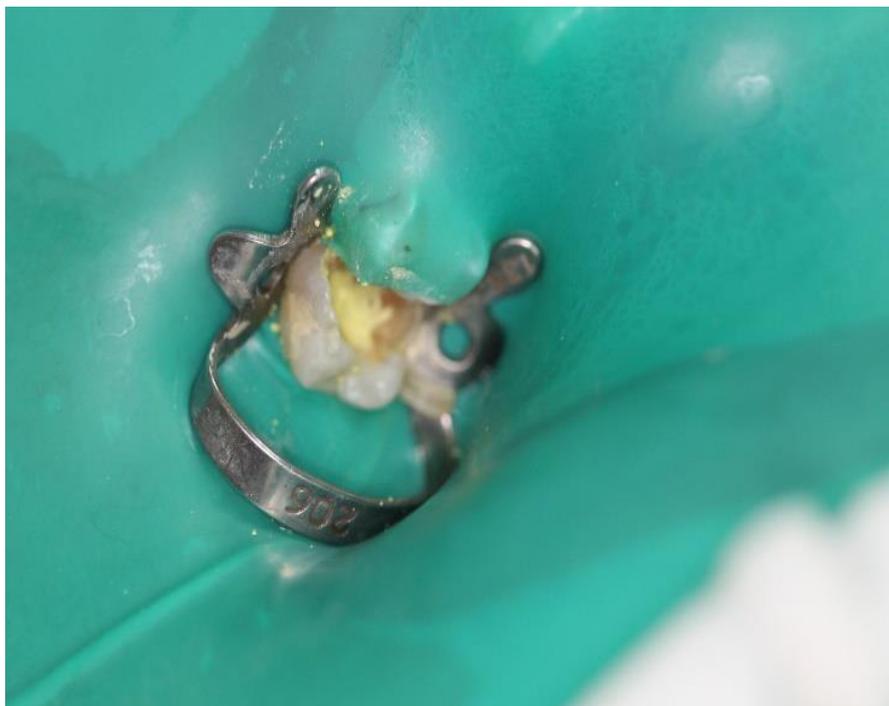
Fonte: Caso clínico realizado

Figura 17 - Remoção da polpa coronária com curetas afiadas



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 18 – Obturação com Pasta Guedes-Pinto



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 19 - Condicionamento ácido com ácido fosfórico 37 % 15 segundos em dentina e 30 em esmalte



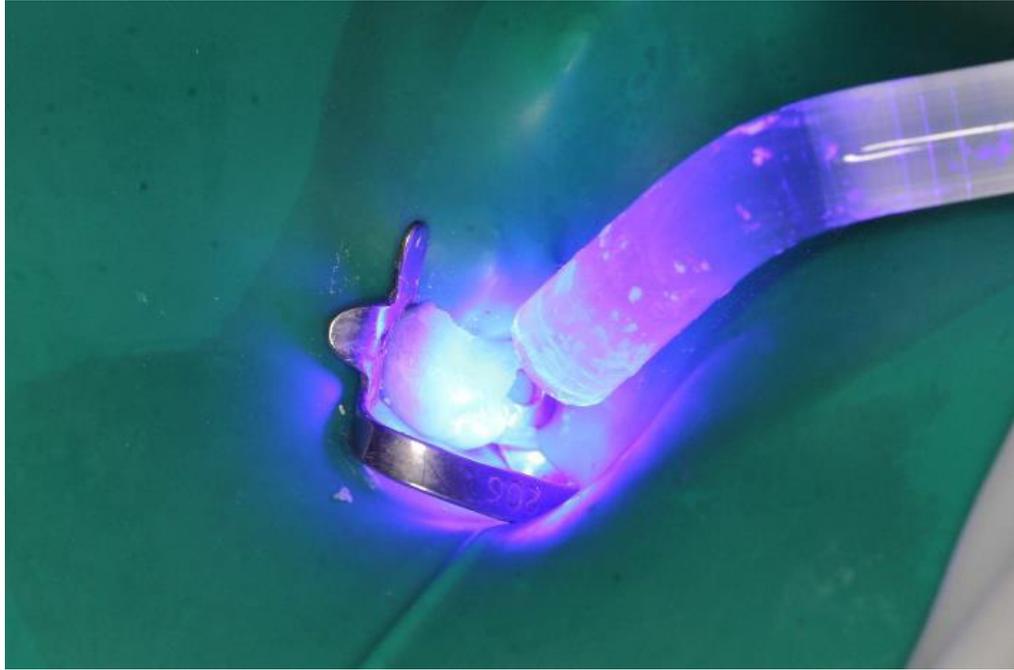
Fonte: Caso clínico realizado

Figura 20 - Preenchimento de toda cavidade com ionômero de vidro encapsulado



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 21 - Fotopolimerização após escultura



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 22 - Teste de oclusão da unidade 55 com papel carbono



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 23 - Acabamento e polimento da unidade 55 com disco de feltro em baixa rotação



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 24 - Radiografia periapical da unidade 55 aspecto final



Fonte: Caso clínico realizado

Figura 25 - Aspecto clínico final da unidade 55 após pulpotomia. Unidade 13 em processo de erupção



Fonte: Caso clínico realizado

3. DISCUSSÃO

Entre os efeitos inevitáveis de agenesia dentária estão a reabsorção dos processos alveolares por conta da falta de dentes e excesso de espaço nos arcos dentários, e a má oclusão. (NEVILLE, B.W. et al.2009.) Ferreira e Frazin (2014), concluíram que a causa da agenesia ainda não está completamente elucidada, no entanto é pertinente e interessante o seu estudo, devido a sua alta frequência, sendo necessária uma orientação, diagnóstico e intervenção precoce com o intuito de minimizar sequelas ao indivíduo, como as alterações oclusais, morfológicas e/ou estéticas, melhorando assim sua qualidade de vida. De acordo com Bishara (1992) e Cappellette et al. (2008), alguns sinais são primordiais a serem analisados durante o exame clínico, como a retenção prolongada do dente decíduo, o atraso na cronologia de erupção e a ausência de elevação da mucosa labial ou palatina.

De acordo com Badrov et al. (2017), a agênésia dos segundos pré-molares é consensual como sendo a mais frequente, no gênero feminino. Muller et al. (1970) e Silva Meza, (2003) afirmam que a agenesia é mais comum ao nível do incisivo lateral superior. O presente trabalho observou agenesia apenas em pré-molares superiores e inferior, corroborando com os achados de Badrov et al. (2017), e discordando de Muller et al. (1970) e Silva Meza, (2003). Antoniazzi et al. (1999), por sua vez, verificou uma ordem decrescente da frequência de agenesias encontradas: segundos pré-molares superiores (1,39%), segundos pré-molares inferiores (0,99%). Macedo (2008), por sua vez destaca que os segundos pré-molares inferiores e os incisivos laterais superiores são os dentes mais frequentemente acometidos.

Os autores verificaram diferenças no subsequente dente mais frequentemente ausente. Por um lado, para os homens, foi o incisivo lateral superior, por outro lado, para as mulheres, foi o segundo pré-molar superior. Macedo et al (2008) e Pinho et al. (2008) perceberam que a agenesia dentária predomina no gênero feminino, corroborando com este estudo.

Na literatura, não existe um consenso entre os vários autores relativamente ao segundo dente mais frequentemente ausente, após o terceiro molar (SILVA MEZA, 2003; YEMITAN et al. 2016).

No estudo clínico de Muller et al. (1970), verificou-se que a maioria das ausências congénitas dentárias ocorrem na mandíbula, em relação à maxila. Do mesmo modo, identificou-se o incisivo lateral superior como o dente mais frequentemente ausente, ao contrário de outros estudos que afirmam ser o segundo pré-molar inferior. Muller et al. (1970) afirmam também que é pouco comum um indivíduo afetado ter mais de dois dentes permanentes congenitamente ausentes. Não corroborando com o presente estudo, que observou ausencia congenita em três dentes. Segundo Al-Abdallah et al. (2015), na maxila, os incisivos laterais são os dentes mais frequentemente ausentes (87,7%), seguidos pelos segundos pré-molares superiores (10,4%). Na mandíbula, os dentes ausentes mais comuns foram os segundos pré-molares (64,3%). Segundo Polder et al. (2004); Khalaf et al. (2014); Badrov et al. (2017); Sejdinl e Çerkezi, (2018). A ausência congênita mais comum na arcada mandibular é a do segundo pré-molar. Al-abdallah et al. (2015), afirma que a carência desta peça dentária resulta na preservação mais prolongada do segundo molar decíduo inferior. Corroborando com este estudo. Originando alterações funcionais e estéticas (BADROV et al. 2017; FAUZI et al. 2018). Desta forma, pode-se verificar que os estudos mais recentes identificam o segundo pré-molar inferior como o dente mais frequentemente afetado pela agenesia congênita. Logo, a ideia de que o incisivo lateral superior seria o dente mais frequentemente ausente é cada vez mais desacreditada na comunidade científica atual (BADROV et al. 2017; SEJDINI e ÇERKEZI, 2018).

Choi et al. (2017) verificaram que em 50% dos casos de hipodontia unilateral do incisivo lateral superior houve microdontia do dente contralateral. Garib et al. (2009) mostraram que 21,2% dos pacientes com agenesia do segundo pré-molar também apresentavam agenesia de outros dentes permanentes. A hipodontia bilateral de segundos pré-molares inferiores e incisivos laterais superiores prevalece em relação à hipodontia unilateral, seguida da ausência dentária única (MULLER et al. 1970; BADROV et al. 2017). Nas ausências múltiplas, a agenesia do segundo pré-molar é a mais comum e está associada a outros segundos pré-molares, e a incisivos laterais superiores (MULLER et al. 1970).

De acordo com Gkantidis et al. (2017), as opções de tratamento em caso de agenesia de dentes permanentes incluem a manutenção dos dentes decíduos durante o maior tempo possível na arcada, a extração de dentes decíduos e a manutenção do espaço para futura colocação do implante ou o encerramento ortodôntico do espaço com substituição dentária. Nos casos mais complexos, com múltiplas agenesias dentárias, devem ser feitas combinações das várias opções descritas anteriormente. As considerações de tratamento para a ausência de segundos pré-molares dependem da idade do paciente, do estágio de desenvolvimento dos dentes adjacentes e da condição do dente decíduo em relação à reabsorção radicular à infra-oclusão, desta forma, Carvalho; Rodini, (2003) e Santos et al. (2006), afirmam que o diagnóstico precoce, durante a fase de dentadura mista, apresenta extrema importância para o tratamento da agenesia dentária, visto que permite ao profissional considerar o maior número de possibilidades disponíveis de tratamento, além de evitar que os problemas oclusais se agravem.

4. CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento da odontogênese bem como da cronologia de erupção para que o diagnóstico seja eficaz. Caso haja ausência clínica de algum dente em idade incompatível, deve-se indicar a radiografia panorâmica para um diagnóstico mais preciso. A agenesia dentária constitui um desafio para a odontohebiatria, uma vez que os dentes têm uma importante função na qualidade de vida do ser humano. O cirurgião-dentista deve tratar casos como este, da melhor maneira possível, buscando alcançar a expectativa do paciente através da elaboração de um plano de tratamento possível e adequado ao caso. A escolha de tratamento para o caso foi manter os dentes decíduos por mais tempo através da pulpotomia da unidade 55 que resultou em paralização da lesão cariiosa e retardo no processo de reabsorção radicular mantendo o dente hígido e funcional proporcionando mais estética e influenciando positivamente na qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antoniazzi MCC, Castilho JCM, Moraes LC, Médici Filho E. Estudo da prevalência de anodontia de incisivos laterais e segundos pré-molares em leucodermas brasileiros, pelo método radiográfico. **Rev Odontol UNESP**. 1999; 28(1):177-85.
2. Albuquerque ELD, Simões S. **A saúde bucal do adolescente: ênfase no dependente de drogas e psicotrópicos**. Escola de Aperfeiçoamento Profissional (Especialização em Odontologia em saúde coletiva). jul. 2003.
3. Al-Abdallah M, Alhadidi A, Hammad M, Al-Ahmad H, Saleh R. Prevalence and distribution of dental anomalies: A comparison between maxillary and mandibular tooth agenesis. **Am J Orthod Dentofac Orthop. American Association of Orthodontists**; 2015;148(5):793–798.
4. Badrov J, Gašpar G, Tadin A, Galić T, Govorko DK, Gavić L, et al. Prevalence and characteristics of congenitally missing permanent teeth among orthodontic patients in Southern Croatia. **Acta Stomatol Croat**. 2017;51(4):290–299.
5. BEHR, M. et al. Survey of congenitally missing teeth in orthodontic patients in Eastern Bavaria. **European Journal of Orthodontics** 33, p.32-36, 2010.
6. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série Normas e Manuais Técnicos).
7. Bussadori SK, Masuda MS. **Manual de odontohebiatria**. São Paulo: Santos, 2005. 171p.3. Campbell A, Morre A, Williams E, Stephens.
8. Cantekin K, Dane A, Miloglu O, Kazanci F, Bayrakdar S, Celikoglu M. Prevalence and intra-oral distribution of agenesis of permanent teeth among eastern turkish children. **Eur J Paediatr Dent**. 2012;13(1):53–6.
9. Carvalho S, Mesquita P, Afonso A. Prevalência das anomalias de número numa população portuguesa. Estudo radiográfico. **Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac**. 2011;52(1):7–12.

10. CARVALHO, MC.; RODINI, ESO. Estudo da prevalência de alterações dentárias hipoplasiantes em uma amostra da população de Bauru. – **Salusvita**, Bauru, v. 22, n.2, p. 191-199, 2003.
11. Choi SJ, Lee JW, Song JH. Dental anomaly patterns associated with tooth agenesis. **Acta Odontol Scand.** 2017;75(3):161–5.
12. ESTACIA, A.; SOUZA, M.M.G. Agenesia bilateral de incisivos laterais: relato de caso clínico. **J Bras Ortodon Ortoped Facial**, v.5, n.25, p. 21-28, 2000.
13. Fauzi NH, Ardini YD, Zainuddin Z, Lestari W. A review on non-syndromic tooth agenesis associated with PAX9 mutations. **Jpn Dent Sci Rev. Japanese Association for Dental Science**; 2018;54(1):30–36.
14. FERREIRA, R.F., FRANZIN, L.C.S. Agenesia dentária: importância deste conceito pelo Cirurgião- Dentista. **Revista UNINGÁ**, Maringá, V.19,n.3,p.61-65, Jul/ Set 2014.
15. Galluccio G, Pilotto A. Genetics of dental agenesis: anterior and posterior area of the arch. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2008;9(1):41—45.
16. GARIB, DG.; ALENCAR, B. M.; FERREIRA, F. V.; OZAWA, T. O. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. **Dental Press J. Orthod.** Maringá, vol.15, no 2, Mar/Apr,2010.
17. Garib DG, Peck S, Gomes SC. Increased occurrence of dental anomalies associated with second-premolar agenesis. **Angle Orthod.** 2009;79:436–41.
18. Gkantidis N, Katib H, Oeschger E, Karamolegkou M, Topouzelis N, Kanavakis G. Patterns of non-syndromic permanent tooth agenesis in a large orthodontic population. **Arch Oral Biol.** 2017;79:42–7.
19. Hong WH, Radfar R, Chung CH. Relationship between the maxillary transverse dimension and palat ally displaced canines: A cone-beam computed tomographic study. **The Angle orthodont.** 2015;85(3):440-5.
20. KAPADIA, H. et al. Genes affecting tooth morphogenesis. **Orthod. Craniofac. Res.**, v.10, n. 4, p. 237-244, Nov, 2007.

21. Kenrad JB, Christensen IJ, Kjær I. Gender differences in patterns of second premolar agenesis observed in 4,756 individuals. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2013;14(6):397–403.
22. Kenrad JB, Christensen IJ, Kjær I. Gender differences in patterns of second premolar agenesis observed in 4,756 individuals. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2013;14(6):397–403.
23. Kùchler, E.C., Risso, P.A., Costa, M. de C., Modesto, A. and Vieira, A.R. (2008) Studies of dental anomalies in a large group of school children. **Archives of Oral Biology**, 53, 941-946.
24. LARMOUR C. J. et al. **Hypodontia- a retrospective review of prevalence and etiology.** Part 1. Quintessence, 36: 263-270, 2005.
25. Lempesi E, Karamolegkou M, Pandis N, Mavragani M. Maxillary canine impaction in orthodontic patients with and without agenesis: a cross-sectional radiographic study. **The Angle orthodont.** 2014;84(1):11-7.
26. MACEDO, A. et al. Tratamento de pacientes com agenesia de incisivos laterais superiores. **Sociedade Paulista de Ortodontia**, São Paulo, v.41, n.4, p.418-24. Jun/Ago, 2008.
27. MARTINS, R. MIGUEL NETO. **Agenesia de segundos pré-molares associados com outras agenesias.** Universidade de Lisboa., 2018, p.16-22.
28. MCNEILL, R. W.; JOONDEPH, D. R. Congenitally absent maxillary lateral incisors: Treatment planning considerations. **Angle Orthod., Appleton.** v. 43, p.24-29, Oct., 1973.
29. MOYERS, R.E. **Ortodontia.** 4. ed. Rio de Janeiro; 1991.
30. MUKAI, M.K. et al . Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **Revista de pós-graduação**, São Paulo, v. 17, n. 3, set. 2010.
31. Muller TP, Hill IN, Peterson AC, Blayney JR. A survey of congenitally missing permanent teeth. **J Am Dent Assoc.** 1970;81(1):101–107.
32. NEVILLE, B. W. et al. **Anormalidade dentárias. Patologia Oral e Maxilofacial.** 3a Edição. Rio de Janeiro, Elsevier; 2009. p. 77-81.

33. NEVILLE, B.W. et al. **Oral & maxillofacial pathology**. 2a ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2001.
34. OLIVEIRA, A. G., CONSOLARO, A., HENRIQUES, J. F. C. Relação entre a anadontiaparcial e os dentes permanentes de brasileiros. I: Associação de sua ocorrência com o tamanho mesiodistal das coroas dentárias. **Revista Odont. U.S.P.**, São Paulo, p. 5, n. 1, p. 7-14 Jan./Jun. 1991.
35. PAULA, A.F.B.; FERRER, K.J.N. Prevalência de agenesia em uma clínica ortodôntica de Goiânia. **RGO**, Porto Alegre, v.55, n.2, p.149-53, Abr/Jun, 2007.
36. PINHO, T. et al. Developmental absence of maxillary lateral incisors in the Portuguese population. **Eur J Orthod**, 27, pp.443-449, 2005.
37. Rakhshan V, Rakhshan H. Meta-analysis and systematic review of the number of non-syndromic congenitally missing permanent teeth per affected individual and its influencing factors. **Eur J Orthod**. 2016;38(2):170–177.
38. RÉDUA, P.C.B., RÉDUA R.B., Hipodontia dos incisivos inferiores: Considerações sobre o tratamento ortodôntico. **BBO.**, v.23, n.4, p.81, jul-2018.
39. RIBAS, A.G. **Agnesia Déntaria: Revisão de Literatura**. Florianópolis, SC, 2014. Dissertação (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
40. SANTOS, M.R., SILVA, M.M., Reabilitação prótica em paciente portador de agenesia dentária. **RvACBO.**, v.27, n.1, p.36/37, nov./dez., 2017.
41. SANKARANARAYANAN, R. et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 365, p. 927-53, 2005.
42. SANTOS, S.H. DOS. et al. Hipodontia de incisivos laterais inferiores tratada ortodonticamente. **Revista da APCD**. 2006.
43. SAIANE, R.A.S., QUEIROS, A.M., RAFFAINI, M.S.G.G., BAGATIN-ROSSI, C.R. Odontohebiatria: uma nova especialidade na odontologia. **Revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo.**, p.61-64, jan./abr., 2008.
44. SEABRA M, Macho V, Pinto A, Soares D, Andrade C. A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. **Acta Pediátrica Portuguesa**, 2008, 195-200.

45. Sejdini M, Çerkezi S. Dental Number Anomalies and Their Prevalence According To Gender and Jaw in School Children 7 To 14 Years. **Acesso Aberto Maced J Med Sci.** 2018;6(5):867–873.
46. SILVA, et al. Prevalência de hipodontia na faixa etária de 6 a 16 anos: um estudo radiográfico. **Rev Ciênc Méd e Biol**, vol. 34, n.1, p. 79-75. Jun., 2004.
47. SILVA MEZA R. Radiographic assessment of congenitally missing teeth in orthodontic patients. **Int J Paediatr Dent.** 2003;13(2):112–116.
48. SILVA, M.M. SANTOS, M.R. Reabilitação protética em paciente portadora de agenesia dentária., **Rv ACBO.**, vol. 27, n. 21 p.36, dez-2018.
49. SIRIANNI, L.O. GONÇALVES, A.L.C.A. Avaliação da prevalência da agenesia dos segundos pré-molares dos pacientes do curso de odontologia do centro universitário da Serra Gaúcha. **Journal of oral investigations.**, vol. 8, n.2 p.14-15, mai., 2018.
50. SHALISH, M. et al. Malposition of unerupted mandibular second premolar associated with agenesia of its antimere. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 121 (1): 53-6, Jan, 2002.
51. SUGUINO, R.; FURQUIM, L.Z. Uma abordagem estética e funcional do tratamento ortodôntico em pacientes com agenesias de incisivos laterais superiores. **Rev. dent. press ortodon. ortopedi. facial**;8(6):119-157, nov.-dez. 2003.
52. TANAKA, O. et al. Na ausência congênita de incisivos laterais superiores: fechar ou recuperar o espaço. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 27-35, fev./mar. 2003.
53. Tallón-Walton V, Manzanares-Céspedes MC, Carvalho-Lobato P, Valdivia-Gandur I, Arte S, Nieminen P. Exclusion of PAX9 and MSX1 mutation in six families affected by tooth agenesia. A genetic study and literature review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** 2014;19(3).
54. Tavajohi-Kermani, H., Kapur, R. and Sciote, J. (2002) Tooth agenesia and craniofacial morphology in an orthodontic population. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, 122,39-47.

55. THYS, D. G. et al. Considerações biomecânicas em casos de agenesia de Segundo pré- molares inferiores. Rev. **Clin. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v.5, n.4, p. 61-68, Ago/Set 2006.
56. Toledo AO. **Papel do Odontopediatra**. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria/Associação Brasileira de Odontopediatria. 2009. cap.2.p.5 6. www.abodontopediatria.org.br
57. VASTARDIS, H. The genetics of human tooth agenesis: new discoveries for understanding dental anomalies. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 117, p. 650-656, 2000.
58. WONG, M.L. et al. Role of interceptive orthodontics in early mixed dentition. **Singapore Dental Journal**, 26(1), pp.10-14, 2004.
59. Yemitan TA, Adediran VE, Ajisafe OA e Ogunbanjo BO. A Radiographic Study of Non-Syndromic Congenitally Missing Teeth in Permanent Dentition of Nigerian Dental Patients. **Int J Dent Oral Sci**. 2016;3(5):258–263.