

**Figueiredo J(1); Balixa G\*(1); Simões M(1); Sardinha R(2); Brandão de Almeida A(1)**

(1) Médicos Dentistas – Serviço Odontopediátrico de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;  
(2) Higienista Oral – Serviço Odontopediátrico de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

sol@scml.pt | http://sol.scml.pt

## INTRODUÇÃO

A oligodontia é uma condição rara que consiste na ausência congénita de 6 ou mais dentes permanentes, excluindo os terceiros molares. Pode ocorrer englobada num síndrome genético ou como uma característica isolada não síndromica.

Apesar da baixa prevalência (0,1-0,3%) o impacto na qualidade de vida dos doentes é muito significativo. Pode comprometer a sua mastigação, a oclusão, a fonação, a estética e a autoestima, com reflexos no seu desenvolvimento físico, psíquico e social. Frequentemente representa um encargo financeiro importante.

É consensual que a abordagem destes casos seja efetuada por uma equipa multidisciplinar envolvendo odontopediatria, ortodontia, reabilitação oral e terapia da fala. No entanto, não estão definidas linhas que orientem o seu tratamento desde a infância, período de crescimento craniofacial, até à idade adulta.

Salientamos a importância de estratégias terapêuticas de longo prazo que conduzam o doente a melhores resultados de reabilitação oral na idade adulta.

## OBJETIVO

Identificar, na literatura, linhas orientadoras para a abordagem terapêutica sistemática destes casos, durante o período da infância e adolescência.

## MÉTODOS

Pesquisa realizada na base de dados *PubMed/Medline* utilizando os termos: "oligodontia" e "treatment", articulados com o operador booleano "AND".

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos e dentro da faixa etária "child: birth - 18 years". Desta pesquisa resultaram 347 artigos, publicados entre Fevereiro de 2011 e Outubro de 2020, dos quais foram selecionados 20 para leitura integral. Foram excluídos os estudos que se afastavam do propósito deste trabalho.

A pesquisa eletrónica foi complementada pela busca reiterada das referências bibliográficas dos artigos inicialmente selecionados.

## RESULTADOS

Dentro do âmbito da reabilitação oclusal, foram identificadas 6 vias de tratamento, frequentemente complementares entre si, para dar resposta aos casos de oligodontia:

- 1. Preservação de dentes decíduos;
- 2. Autotransplante de dentes definitivos;
- 3. Ortodontia;
- 4. Prótese removível;
- 5. *Onplants™*, mini-implantes e implantes convencionais;
- 6. Prótese fixa.

As Figuras 1, 2 e 3 retratam três casos de oligodontia de doentes que se dirigiram ao Serviço Odontopediátrico de Lisboa.



## DISCUSSÃO

O plano de tratamento baseia-se na escolha individualizada da opção terapêutica que permita recuperar as funções mastigatória, articular, estética e fonação, nas diferentes etapas da vida do doente. Dentro das vias de tratamento encontradas há a considerar:

- 1. **Preservação de dentes decíduos:** é a primeira opção quando o definitivo que o precede está em falta. Manter os dentes remanescentes tanto quanto possível permite preservar uma altura óssea que favorece a reabilitação protética durante e depois do crescimento. Para prevenir eventuais fraturas resultantes da atirção, pode ser preciso reforçá-los com resina composta ou coroas de aço. A reabsorção radicular e a anquiose, com a consequente infra oclusão, são os fatores mais limitativos do sucesso desta opção terapêutica.
- 2. **Autotransplante de dentes definitivos:** tem vantagens significativas porque o doente mantém os seus dentes, permite a formação de ligamento periodontal, a manutenção de proprioceptores, a preservação da papila gengival, induz a formação óssea mantendo a morfologia do bordo alveolar, resiste melhor às forças de lateralidade do que um implante e permite a realização de ortodontia nestes dentes. O prognóstico melhora se o dente a transplantar apresentar ¼ da raiz formada. Permite, em casos específicos, ajustar a simetria no número de dentes na arcada dentária.
- 3. **Ortodontia:** a distribuição desfavorável dos dentes nas arcadas torna a ortodontia um tratamento necessário na maioria destes casos. É fundamental para conseguir uma relação oclusal satisfatória e favorável à reabilitação. No entanto, existe um risco acrescido de reabsorção radicular. Também está descrita a diminuição da crista alveolar após a abertura de espaços no caso concreto de agenesia dos incisivos laterais superiores. Por estas razões, aconselha-se a aplicação de forças de baixa intensidade.
- 4. **Prótese removível:** parece ser o tratamento de eleição durante o crescimento. É consensual a colocação precoce, entre os 3-5 anos para restabelecer a função mastigatória, a estética e a dimensão vertical de oclusão, evitando a diminuição da altura facial. Paralelamente, mantém os dentes naturais adjacentes nas suas posições, evitando movimentos indesejáveis (extrusão, migração, inclinação) comuns nos casos não tratados. É fundamental não condicionar o crescimento transversal dos maxilares e permitir a erupção da dentição permanente existente. Podem ser substituídas periodicamente (2-12 meses, consoante os autores) ou, em alternativa, utilizar-se sistemas de expansão passiva (*Propricognitive passive expansion device*, sistema de calhas deslizantes) ou ativa (com parafusos de expansão). A retenção e a estabilidade das próteses podem estar comprometidas devido à reabsorção dos bordos alveolares nos espaços edêntulos. Para colmatar este problema, podem acrescentar-se ganchos de Adams nos dentes posteriores. Devem realizar-se consultas de controlo de 3-6 meses.
- 5. **Próteses sustentadas por *Onplants™*, mini-implantes e implantes convencionais:** Apesar da colocação de implantes durante a fase de crescimento ser ainda controversa, as revisões sistemáticas mostram resultados muito promissores, ainda que com uma taxa de sucesso inferior à dos adultos e adolescentes acima dos 15 anos. A escolha do local para o implante e a qualidade óssea são fatores de sucesso mais importantes do que a idade. Na maxila, o local de eleição é a região posterior do palato, sendo os *Onplants™* e os mini-implantes os dispositivos com mais estudos publicados. Na mandíbula, a região interforámen, usando implantes convencionais está amplamente descrita em crianças. Não há evidência científica no que diz respeito à idade ideal para a colocação de implantes.
- 6. **Prótese Fixa:** Ao ponderar esta opção, considerar sempre a sua possível influência no crescimento dos maxilares. Paralelamente, o preparo em dentes jovens pode levar ao comprometimento pulpar. A presença de dentes condídes e de taurodontismo, frequentemente associada à oligodontia, também não é propícia à preparação de coroas retentivas. A montagem de modelos de estudo em articulador e o encerramento de diagnóstico são aconselhados para explorar todas as possibilidades e ajudar o clínico, o doente e os cuidadores a visualizar os potenciais resultados.

## CONCLUSÕES

Dada a heterogeneidade de estudos, a capacidade para tomar decisões clínicas baseadas em evidência científica fortemente sustentada não é ainda possível. Não existe atualmente uma abordagem *standard*, nem um tratamento mais favorável para a reabilitação destes casos.

O tratamento de doentes odontopediátricos com oligodontia pode ser desafiante para o médico dentista, pelas implicações associadas a essa condição e à sua idade. Existem várias opções de tratamento tendo em conta a idade do doente, a oclusão, os espaços edêntulos e as dimensões e formas dos dentes presentes.

A manutenção dos dentes decíduos e a prótese removível são tratamentos mais adaptados a crianças mais jovens.

Os autotransplantes são bem aceites numa fase de dentição mista e devem ser efetuados antes de iniciar a ortodontia. As posições finais dos dentes existentes devem ser programadas de acordo com a sua função na reabilitação na idade adulta.

Os *Onplants™*/implantes/mini-implantes parecem promissores especialmente acima dos 13 anos, refletindo-se na satisfação do doente.

Dada a complexidade e projeção no futuro do plano de tratamento é importante que este seja entendido e aceite pelo doente e seus cuidadores, responsabilizando-os pela sua saúde oral. Este papel deve ser apoiado com consultas regulares de reforço dos cuidados preventivos.

## BIBLIOGRAFIA

Al-Jo, Azza Haam, et al. "Epistolaris an update on its etiology, classification, and clinical management." *BioRxiv Research International* 2017 (2017).  
 Anagnostou, Maria V., et al. "Retrospective analysis of a primary molar for distal anchorage in the mandible as alternative to mini-implants." *Progress in orthodontics* 16 (1) (2015): 1-7. Anu, Karishma. "Tooth gaps management in Japanese orthodontic patients with oligodontic syndrome." *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 156 (2) (2016): 238-247. Blumer, Sigal, et al. "Parental perceptions of prosthetic treatment for and coping abilities of children with ectodermal dysplasia: a pilot study." *Pediatric Dentistry* 43 (2) (2019): 444-452. Chen, Yuan, et al. "Non-syndromic occurrence of true generalized microdontia with hypodontia: A case report." *Medicine* 98 (3) (2019). Filipe, M. A., et al. "Prophylactic treatment outcomes in patients with severe hypodontia: a systematic review." *Journal of Oral Rehabilitation* 41 (5) (2014): 573-587. Gonçalves, Thais Marques Simões Vaz, et al. "Multidisciplinary therapy of extensive oligodontia: a case report." *Brazilian dental journal* 24 (2) (2013): 174-178. Giannakidis, Nikolaos, et al. "Palates of non-syndromic permanent tooth agenesis in a large orthodontic population." *Archives of oral biology* 79 (2017): 62-67. Grano, Antonio LT, et al. "Prevalence of orthodontic treatment in a sample of Italian orthodontic patients: an epidemiological study." *Progress in orthodontics* 18 (1) (2017): 33. Heughebaert, Simonne, et al. "The use of septal and implant in children with severe oligodontia: a retrospective evaluation." *Critical care in implants research* 23 (2012): 207-211. Hoshino, Ken, et al. "Rehabilitation of children with ectodermal dysplasia. Part 1: An intermaxillary Depth study." *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 224 (2013). Maia, Bianca Zepori Fernandes, et al. "Mini-implants alternative for oral rehabilitation of a child with ectodermal dysplasia." *Brazilian dental journal* 28 (1) (2015): 75-78. Maia, Bianca Zepori Fernandes, et al. "Mini-implants alternative for oral rehabilitation of a child with ectodermal dysplasia." *Brazilian dental journal* 28 (1) (2015): 75-78. Park, So-Yeon, et al. "The autotransplantation and orthodontic treatment of multiple congenitally missing and impacted teeth." *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 36 (2012): 209-224. Pohlman, R. Rabe, et al. "Severe oligodontia and dental anomalies in a child with a history of multiple viral leish. An exploratory retrospective." *General dentistry* 59 (6) (2011): e248-50. Schmidt, D., et al. "Prophylactic rehabilitation of patients with hypodontic-ectodermal dysplasia: A systematic review." *Journal of oral rehabilitation* 45 (7) (2018): 585-570. Soto, Elva G. Nolasco, and Aymara Mazon. "Evaluation of restorative orthodontic effect on the maxillary horizontal growth in ectodermal dysplasia children." *International journal of clinical pediatric dentistry* 15 (1) (2017): 55. Tsuruta Maruyama, Yuka Chikuda, et al. "Prophylactic rehabilitation in children: an alternative clinical technique." *Case reports in dentistry* 2013 (2013). Torkelson, Hendrik, and Falk Witzthoft. "Occlusal rehabilitation in patients with congenitally missing teeth—dental implants, conventional prosthodontics, tooth autotransplants, and preservation of deciduous teeth—a systematic review." *International journal of implant dentistry* 11 (2015): 30. Tong, H. J., and J. F. Talmabashi. "Management of a child with severe hypodontia in the mixed dentition phase of development." *European Archives of Paediatric Dentistry* 15 (3) (2014): 443-454. Waldron, Jenna M., et al. "Ameliorix-Ridge System (ARS): A review and case report." *Special Care in Dentistry* 30 (5) (2007): 214-222.