



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JOANA DARC DA CUNHA SOUSA**

**OLIGODONTIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA ESTÉTICA E FUNÇÃO ORAL:  
REVISÃO DA LITERATURA**

**CAMPINA GRANDE/ PB  
2017**

**JOANA DARC DA CUNHA SOUSA**

**OLIGODONTIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA ESTÉTICA E FUNÇÃO ORAL:  
REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

**Orientadora:** Prof. Dra. Denise Nóbrega Diniz

**CAMPINA GRANDE/ PB  
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725o Sousa, Joana Darc da Cunha.

Oligodontia e suas consequências na estética e função oral  
[manuscrito] : Revisão da literatura / Joana Darc da Cunha Sousa.  
- 2017.

27 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas  
e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Denise Nóbrega Diniz,  
Departamento de Odontologia".

1. Anodontia. 2. Oligodontia. 3. Estética oral. 4.  
Terapêutica. I. Título.

21. ed. CDD 617.6

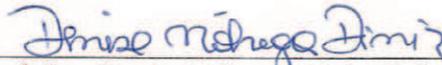
**JOANA DARC DA CUNHA SOUSA**

**OLIGODONTIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA ESTÉTICA E FUNÇÃO  
ORAL: REVISÃO DA LITERATURA**

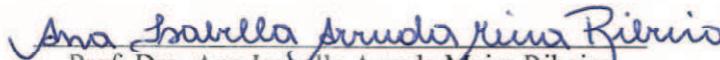
Trabalho de Conclusão de Curso em  
Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Cirurgiã Dentista  
pelo curso de Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba

Aprovada em: 11/04/2017.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Denise Nóbrega Diniz (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho a Deus por ser tudo em minha vida, ter me dado força e coragem pra não ter desistido no meio do caminho, ao meu pai Eduardo, à minha mãe Creusa pela dedicação, companheirismo e amizade, ao meu noivo Fernando e à minha orientadora Professora Denise Nóbrega. A vocês dedico esta conquista e meu carinho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter guiado sempre os meus passos, me proporcionando saúde e força de vontade para enfrentar todas as adversidades.

À minha mãe **Creusa Paulo**, pessoa que amo mais que tudo nessa vida, mulher guerreira e amorosa. A você todo o meu amor, respeito e gratidão. Obrigada por sempre está ao meu lado.

Ao meu pai **Eduardo Paulo**, homem honrado que criou seus filhos com muita dificuldade, mas soube transmitir os principais valores da vida.

Ao meu noivo **Fernando César**, meu companheiro de todas as horas dos últimos três anos de curso. Obrigada pela força, paciência, amor e dedicação.

À minha orientadora **Prof. Dra. Denise Nóbrega Diniz**, grande exemplo de pessoa e de professora. Obrigada pela confiança, compreensão e atenção. À senhora todo o meu carinho, respeito, admiração e gratidão.

À minha irmã **Elania Cunha** e meu irmão **Lúcio Patrício Cunha**, pelo companheirismo e por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos, sempre torcendo por mim. À minha sobrinha **Carla Sayane**, por aceitar minhas ausências, e me ensinar a ver a vida de uma maneira mais leve.

A toda a minha família avô, tios, tias, primas, primos, a família do meu noivo, minhas amigas **Marineide Miguel**, **Ana Carla**, pelo apoio constante. Também a **Rossana Costa**, minha amiga de concurso e amiga para a vida toda.

A minha dupla de Clínica **Josicleide Elias**, pelas experiências compartilhadas. Obrigada por tudo ao longo desses anos, pela paciência, apoio e compreensão. Tenho certeza que será uma excelente profissional, não só pela competência, mas por gostar do que faz e ser uma pessoa muito humana.

Ao meu amigo **Diego Felipe**, jovem de coração puro, extremamente bondoso. Sem você essa caminhada teria sido bem mais difícil. Obrigada por toda força e por sua amizade. Você tem um futuro brilhante pela frente.

À **Yslávia Priscila**, que muito me apoiou no finalzinho do curso, obrigada por sua amizade, tenho certeza que terá muito sucesso na sua profissão.

Aos meus colegas de turma Ricardo Gondim, Laíza, Arella, Érico, José Márcio, Ítalo Macedo e Rodrigo pelo companheirismo de sempre. Em especial a **Ana Karolina Moraes** (Karol), minha companheira de apartamento que com sua paciência me ensinou que irmãos não são apenas de sangue.

“De tudo, ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre começando...  
A certeza de que precisamos continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...  
Portanto devemos:  
Fazer da interrupção um caminho novo...  
Da queda um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro...”

**Fernando Pessoa**

## LISTA DE ABREVIATURAS

*AXIN2 - Axin-related protein 2*

*Bireme- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde*

*DVO - Dimensão Vertical de Oclusão*

*LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*

*Medline- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

*MSX1 - Muscle Segment Homeobox 1*

*PAX9 - Paired Box Gene 9*

*PPR- Prótese Parcial Removível*

*SciELO- Scientific Electronic Library Online*

## RESUMO

A oligodontia é um problema de ausência dentária, onde o indivíduo apresenta mais de seis dentes ausentes. Possui várias etiologias, como por exemplo, alterações em genes específicos quando não está associada às síndromes, fazendo parte de uma síndrome, o indivíduo terá acometimento fisiológico em outras estruturas. O objetivo desse trabalho foi buscar na literatura os principais aspectos relacionados à oligodontia, como definição, etiologia, características, repercussões clínicas, diagnóstico e tratamento. O levantamento bibliográfico ocorreu nas bases de dados SciELO, Bireme, PubMed e LILACS, além de outras ferramentas de busca, como o Google Acadêmico, onde foram incluídos artigos científicos publicados na literatura, trabalhos de conclusão de curso, teses de mestrado e doutorado, revisões de literatura, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que mantinham proximidade com o tema proposto, no período de 2011 a 2017, sendo excluídos os textos que não estavam completos e tinham sua publicação inferior ao ano de 2011. Através dos dados obtidos pôde-se constatar que a oligodontia acomete mais pessoas do sexo feminino, tem como causas mais prevalentes as mutações em genes AXIN2, MSX1 e PAX9 quando não faz parte de uma síndrome. Essa condição causa problemas na estética, como dentes mal formados, terço inferior da face diminuída, faltas dentárias, alterações na oclusão, fonação, mastigação, repercutindo no psicológico e na vida social dos portadores. O diagnóstico é feito através de exame físico, clínico e radiográfico, deve ser feito o mais cedo possível para que a intervenção seja adequada e reduza os danos. O implante é o tratamento mais adequado, porém em relação ao custo benefício a prótese parcial removível ou fixa é a escolhida por ser de baixo custo, não ser invasiva, além de restabelecer estética e função. A oligodontia causa muitos danos ao portador devido aos padrões estéticos preconizados.

**Palavras-Chave:** Anodontia, Diagnóstico, Terapêutica.

## **ABSTRACT**

Oligodontia is a problem of dental absence, where the individual has more than six missing teeth. It has several etiologies, such as changes in specific genes when it is not associated with syndromes, being part of a syndrome, the individual will have physiological involvement in other structures. The objective of this study was to search the literature for the main aspects related to oligodontia, such as definition, etiology, characteristics, clinical repercussions, diagnosis and treatment. The bibliographic survey was carried out in the SciELO, Bireme, PubMed and LILACS databases, as well as other search tools, such as Google Scholar, which included scientific articles published in the literature, dissertations, dissertations, doctoral dissertations, Of literature in the Portuguese, English and Spanish languages, which remained close to the proposed theme in the period 2011 to 2017, excluding texts that were not complete and were published less than the year 2011. Through the obtained data it was possible to verify that the oligodontia affects more people of the female, has like mutations more in the genes in AXIN2, MSX1 and PAX9 when it is not part of a syndrome. This condition causes problems in the aesthetics, such as poorly formed teeth, lower third of the face diminished, dental absences, changes in occlusion, phonation, mastication, repercussions in the psychological and social life of the patients. The diagnosis is made through physical, clinical and radiographic examination, should be done as soon as possible so that the intervention is adequate and reduce the damages. The implant is the most appropriate treatment, however in relation to the cost benefit the removable or fixed partial denture is chosen because it is low cost, non-invasive, and restore aesthetics and function. Oligodontia causes many damage to the wearer due to the aesthetic standards advocated.

**Keywords:** Oligodontia; Diagnostic; Therapeutic.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
4.1	OLIGODONTIA: CONCEITO, ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICA.....	14
4.2	REPERCUSSÕES CLÍNICAS.....	15
4.3	DIAGNÓSTICO.....	17
4.4	TRATAMENTO.....	17
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A agenesia dentária é considerada uma anomalia dentária de número, sendo muito frequente entre os seres humanos. Apesar de sua etiologia ainda permanecer desconhecida, ela pode ter várias causas, ocorrendo tanto em virtude de uma síndrome quanto ser um padrão familiar isolado. O impacto em nível estético e funcional que a agenesia dentária provoca é enorme, constituindo um fator de preocupação não só para os portadores da anomalia como também para os profissionais que acreditam ser o tratamento um grande desafio (VICENTIN; ZEULI, 2015).

A Oligodontia é definida como a ausência congênita de seis ou mais dentes permanentes, excluindo os terceiros molares. Podendo contribuir para a disfunção mastigatória, alteração da fala, problemas estéticos e má oclusão (LIU et al., 2015). As taxas de prevalência da Oligodontia variam de acordo com a população estudada, com uma média de 0,3%, sendo mais comum no gênero feminino. O diagnóstico desta patologia, muitas vezes, é baseado no atraso da erupção dentária, podendo ser confirmado através de exame radiográfico (TOMO; SIMONATO, 2015).

Essa anomalia tem etiologia multifatorial, incluindo pré-disposição genética, fatores hereditários, mutações genéticas e síndromes. Podendo ser também causada por outros fatores como as doenças virais, na qual se destaca a rubéola ou alguns distúrbios endócrinos e a radiação. As etiologias também têm relação com a ruptura localizada do germe dentário, que culmina na alteração do processo de erupção dental (AROSSO et al., 2016).

Segundo Noal (2015), as ausências dentárias, principalmente as localizadas em região posterior, com exceção dos terceiros molares, podem causar graves problemas oclusais e periodontais, como a oclusão traumática, inclinações desfavoráveis dos dentes vizinhos, ou mesmo, diastemas que possibilitam a impactação alimentar, causando danos ao periodonto interdental. Quando se trata de agenesias localizadas no segmento anterior do arco dental superior, essas causam danos estéticos e possíveis problemas fonéticos.

O diagnóstico da oligodontia é feito através de evidências radiográficas e exame clínico de rotina, além de ausência de dentes ou de retardo na erupção. A radiografia panorâmica é a mais indicada para o diagnóstico e estudo da agenesia, por mostrar todas as regiões maxilares e mandibulares, bem como a fase de desenvolvimento do germe dentário do paciente (CORREIA et al., 2013).

Os planos de tratamento devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar, que fará uma análise completa do caso. Deve-se levar em consideração a idade do paciente,

observando também o número de dentes presentes e o estado em que esses se encontram na cavidade oral, avaliando ainda condições dos tecidos de suporte e da oclusão. O tratamento pode incluir aparelho ortodôntico para abertura ou fechamento de espaços antes da prótese, usando técnicas de restauração adesiva, removíveis ou próteses parciais fixas, restaurações implante suportadas, ou combinações desta abordagem (BURAL et al., 2012).

A oligodontia afeta diretamente a estética dos indivíduos portadores, interferindo no seu bem-estar. É necessário mais estudos nessa área, pois a etiologia da falta de dentes ainda não está bem explicada. O presente trabalho teve por objetivo mostrar os aspectos gerais da oligodontia, dando especial atenção à etiologia, características, diagnóstico e tratamento, visto que esse é um tema muito importante e que a cada dia tem aumentado o número de casos no mundo, sendo ainda pouco estudado.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

Revisar na literatura a oligodontia e suas consequências na estética e função oral.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Buscar na literatura a definição, a etiologia e as características da Oligodontia;
- Pesquisar as repercussões clínicas, o diagnóstico e o tratamento da oligodontia.

### 3 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *SciELO*, *Bireme*, *PubMed* e *LILACS*, assim como outras ferramentas de buscas, como o Google Acadêmico. Foram pesquisados os seguintes termos: oligodontia, diagnóstico e terapêutica.

Na busca inicial foram exibidos vários trabalhos. Foram incluídos artigos científicos publicados na literatura, trabalhos de conclusão de curso, teses de mestrado e doutorado, revisões nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que mantinham proximidade com o tema proposto, no período de 2011 a 2017. O critério de exclusão foi o texto não está disponível completo e ter sua publicação inferior ao ano de 2011.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 OLIGODONTIA: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS

Os distúrbios de desenvolvimento ocorrem durante os estágios de iniciação e proliferação dos germes dentários, os quais podem gerar anomalias dentárias de forma, número e tamanho gerando consequências desagradáveis na oclusão dental, com implicações clínicas, funcionais e estéticas (BARBOSA et al., 2016).

A ausência dentária é uma das anomalias de desenvolvimento mais comuns em seres humanos. A oligodontia é uma forma grave de agenesia dentária, apresentando em seu fenótipo uma condição diferente das demais agenesias. Mesmo com vários estudos sobre essa condição, a etiologia da agenesia dentária permanece desconhecida (YU et al., 2016). Segundo Iria et al. (2016), entende-se por anomalia uma variação ou desvio de uma característica ou estrutura anatômica, em relação à normalidade.

A agenesia dentária pode ser classificada quanto ao número de dentes ausentes, excluindo os terceiros molares. No caso de hipodontia 1 a 5 dentes estão ausentes, na oligodontia há ausência de 6 ou mais dentes e na anodontia ocorre a falta de todos os dentes. Pode ocorrer tanto em associação com síndromes genéticas, na presença de outras anormalidades hereditárias, ou como um traço não síndrômico de casos familiares (SALVI et al., 2016).

A Oligodontia é uma condição genética rara que tem como característica a ausência congênita de muitos elementos dentários em dentições decíduas, permanentes ou ambas. Geralmente faz parte de uma síndrome e raramente ocorre de forma isolada (TANGADE; BATRA, 2012). Entre as várias síndromes genéticas destacam-se a displasia ectodérmica, síndrome de Van Der Woude, síndrome de Down e síndrome de Reiger (TANGADE; BATRA, 2012). A prevalência relatada de oligodontia em dentição permanente é bem variável, apresentando uma média de 0,14% em alguns estudos (PANNU et al., 2014).

É uma condição complexa e multifatorial. Algumas explicações como evolutivas, genéticas e ambientais têm sido propostas como a sua etiologia. Simultaneamente associada à oligodontia há algumas vezes diferentes mudanças oclusais dos dentes existentes, alterações na sua morfologia, tamanho, e distúrbios de crescimento do esqueleto maxilofacial (VINUTH et al., 2013).

Entre os principais fatores que causam a oligodontia estão os traumatismos dentários, as infecções, doses elevadas de radiação, disfunções de algumas glândulas, raquitismo, sífilis, doenças virais durante a gestação ou distúrbios intra-uterino (QUIRÓZ et al., 2013).

Em pacientes com oligodontia não-sindrômica foram identificados mutações autossômicas dominantes nos genes PAX9 e MSX1 (QIN; CAI, 2015). Segundo um estudo de Mu et al. (2014), os genes AXIN2, MSX1 e PAX9 estão envolvidos na formação das raízes dos dentes e no desenvolvimento dentário, portanto mutações nesses genes ocasionam a oligodontia não-sindrômica.

A causa hereditária é o principal fator etiológico. Além da redução no número de dentes, também apresenta como características clínicas alterações na morfologia dos dentes, demora na erupção e desenvolvimento inadequado de rebordos alveolares (VASANTHAKUMARI et al., 2012).

A oligodontia causa redução da função mastigatória, da fonética e, principalmente, consequências estéticas, que afetam a auto-estima e interferem na qualidade de vida, visto que a harmonia facial e a estética são muito valorizadas (AROSSO et al., 2016).

#### 4.2 REPERCUSSÕES CLÍNICAS

Com os padrões de beleza preconizados pela sociedade, a oligodontia, embora rara, pode ter um impacto significativo na vida dos afetados, gerando transtornos psicológicos e afastamento do convívio social (OTHMAN; SOCKALINGAM, 2014). O diagnóstico e o acompanhamento da oligodontia devem iniciar-se o mais cedo possível para que ela não interfira no crescimento craniofacial da criança. As crianças jovens que têm ausência parcial ou total da dentição decídua sofrem não apenas pelas dificuldades de alimentação e de fala, mas também com a estética deficiente, causando muitas vezes afastamento do convívio social, gerando distúrbios psicológicos (VASANTHAKUMARI et al., 2012).

O sistema estomatognático compõe-se dos elementos dentários, ossos craniofaciais, articulação temporomandibular, musculatura orofacial, nervos e vasos dessa região, estes precisam estar em harmonia para que o ser humano encontre-se em perfeito bem-estar. A ausência ou alterações na função de quaisquer desses componentes pode produzir desconfortos, sintomatologia dolorosa, alterações na estética e distúrbios psíquicos ou ainda problemas patológicos na oclusão dentária, mastigação, deglutição e na fonação (BOEIRA JÚNIOR, 2011).

A oligodontia é freqüentemente relacionada com dentes em forma cônica, microdontia, atraso na erupção de dentes permanentes, diastemas e retenção de dentes decíduos, causando uma desarmonia estética e funcional (TANGADE; BATRA, 2012).

Dependendo do número e localização dos dentes faltantes, os pacientes com oligodontia apresentam vários sintomas clínicos. Alterações na posição dos dentes, variação na sua morfologia e tamanho podem ocorrer nos dentes existentes. Pode estar associada às perturbações do crescimento do esqueleto maxilo-facial afetando a aparência facial. Além da perda de função e comprometimento estético, a questão psicológica é uma preocupação na reabilitação oral de pacientes em crescimento (MANU et al., 2014).

Pacientes com oligodontia apresentam dificuldades durante a mastigação dos alimentos, danos respiratórios e de fonação, além de problemas estéticos que interferem na auto-estima (NOAL, 2015).

As consequências da falta de dentes são numerosas e dependem do número e tipo de dentes ausentes. A ausência dos dentes pode causar problemas estéticos, funcionais e psicológicos, particularmente na região anterior. Distúrbios mastigatórios ocorrem com mais frequência na região posterior. Além do achado clínico de dentes ausentes, vários sintomas dentários e orais são frequentemente encontrados em indivíduos com oligodontia. Incluindo a redução do tamanho e forma do dente e dos processos alveolares, dentes decíduos persistentes, anomalias de esmalte, aumento do espaço livre, falso diastema e sobremordida profunda (BURAL et al., 2012).

A ausência de dentes, especialmente nas regiões posteriores, muitas vezes inclui uma diminuição da altura do terço inferior da face com proeminentes sulcos nasais e do mento, bem como um *overjet incisal* bem pronunciado (NHAM et al., 2014).

Segundo um estudo de Geirdal et al. (2015), pacientes que são portadores de oligodontia apresentam maior nível de ansiedade e piores condições de saúde mental, ocasionando diminuição da qualidade de vida, em relação a outras síndromes orofaciais.

A oligodontia constitui um problema de saúde pública, pois os pacientes nestas condições podem sofrer uma redução na sua capacidade mastigatória, má oclusão, problemas fonéticos e comprometimento estético. Essa condição também pode afetar o padrão de vida social dessas pessoas, de forma que o diagnóstico precoce e orientação em relação ao tratamento são fundamentais para que o paciente tenha uma condição de vida satisfatória (COELHO NETO et al., 2014).

### 4.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da oligodontia, assim como o tratamento precoce é fundamental na prevenção de problemas fonéticos e de oclusão resultantes da ausência congênita de elementos dentários (TOMO; SIMONATO, 2015).

O exame físico e radiográfico são os meios utilizados para a identificação precoce da agenesia dentária, sendo fundamental para o seu tratamento e sucesso, além de evitar ou diminuir sequelas irreversíveis, tanto funcionais como estéticas. Dentre as técnicas radiográficas, a radiografia panorâmica é a mais indicada para o estudo da oligodontia, pois registra todo o complexo maxilo-mandibular numa única tomada radiográfica, mostrando o desenvolvimento dentário do paciente, sem o expor demais a radiação (FERREIRA; FRANZIN, 2014).

O exame clínico é muito importante para diagnosticar anomalias dentárias, alertando o profissional da existência de outras anomalias associadas no mesmo paciente ou em outros membros da família, permitindo assim um diagnóstico precoce e início do tratamento adequado (BARBOSA et al., 2016).

A forma síndrômica e não síndrômica de Oligodontia pode ser diferenciada através da realização de exame físico completo de pêlos, unhas, glândulas sudoríparas, olhos e para verificar se há quaisquer distúrbios congênitos (TANGADE; BATRA, 2012). Geralmente é realizado um aconselhamento genético para descartar a associação desse problema com síndromes (BURAL et al., 2012).

O diagnóstico adequado da oligodontia se faz necessário, assim como os problemas por ela causados. Nele, o profissional deve se basear para fazer o planejamento correto, minimizando os problemas ocasionados por esta anomalia (BARROSO; MEI, 2014).

### 4.4 TRATAMENTO

Segundo a literatura, pacientes com oligodontia precisam ser acompanhados regularmente e de forma periódica por uma equipe multidisciplinar, com cirurgiões-dentista, fonoaudiólogos, otorrinolaringologista e psicólogos. O odontopediatra fará o primeiro contato com o paciente e durante o tratamento irá interagir com especialistas da prótese, da ortodontia e da implantodontia (NOAL, 2015).

O tratamento da ausência dentária em casos de oligodontia necessita de exame detalhado dos tecidos de suporte, avaliando o periodonto e o osso subjacente. Também devem

ser analisados os dentes decíduos com raízes reabsorvidas e os permanentes, para posteriormente ser traçado o plano de tratamento e reabilitação (NHAM et al., 2014).

Feito o diagnóstico desta anomalia dentária, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, para que os problemas estéticos e funcionais sejam mínimos, pois estes afetam de forma direta a qualidade de vida dessas pessoas (IRIA et al., 2016).

Os implantes dentários são considerados como tratamento definitivo para os casos de oligodontia, entretanto, até os pacientes alcançarem a idade ideal, outros tratamentos para garantir estética e função devem ser realizados. Os implantes podem impedir o crescimento adequado do processo alveolar e por esse motivo só são indicados na fase adulta do tratamento (STARLING et al., 2017).

O objetivo principal do tratamento de pacientes com oligodontia é a manutenção dos dentes decíduos na cavidade oral o máximo de tempo possível. Para isso é necessário abordagens preventivas em relação à cárie e a doença periodontal, necessitando periodicamente de consultas de rotina (NOAL, 2015).

Quando o paciente é acompanhado desde cedo por um profissional há a opção de manter os dentes decíduos que não possuem o seu sucessor permanente, como forma de tratamento. A taxa de reabsorção radicular dos dentes decíduos diminui com o passar do tempo, porém, o dente decíduo fica em infra-oclusão, que é em média de 1 mm e torna-se estável após os 20 anos de idade. Sendo favorável para aguardar o fim do crescimento facial. Após o fim do desenvolvimento da face o profissional pode buscar alternativas para restabelecer estética e função do seu paciente (AROSSI et al., 2016).

A terapêutica clínica deve ser abrangente e planejada em várias fases baseada na idade do paciente. O tratamento também deve ter acompanhamento psicológico para que o paciente seja cooperativo e possa aceitar o resultado da reabilitação (NHAM et al., 2014).

Várias questões devem ser analisadas antes da definição do plano de tratamento, a avaliação dos parâmetros dentários se faz necessária, como a dimensão vertical de oclusão, a disponibilidade de espaços entre os dentes e o tamanho dos dentes são alguns dos fatores que determinam o planejamento geral do tratamento. Estes fatores complicam frequentemente a reabilitação dental e necessitam a avaliação completa para assegurar o sucesso dos resultados finais. O profissional deve buscar o melhor para ajudar seu paciente, trazendo todas as opções de tratamento disponíveis para recuperar a função e a estética de sua dentição (OTHMAN; SOCKALINGAM, 2014).

Uma abordagem multidisciplinar que inclua tratamento ortodôntico e terapia protética é muitas vezes necessária para pacientes jovens com oligodontia. A primeira fase na

reabilitação oral é o tratamento ortodôntico e em alguns casos o ortopédico, desde que o paciente possua estrutura óssea adequada (BURAL et al., 2012).

O tratamento para crianças e adolescentes consiste na preparação do arco dentário para a reabilitação protética ao fim do período de crescimento. O profissional buscará alternativas para a substituição dos dentes perdidos ou ausentes. Em caso de falta de um único dente em um quadrante em adolescentes, uma técnica adesiva com uma prótese ligada é preferível. Os tratamentos ortodônticos permitirão recriar a largura normal, mantendo, abrindo ou fechando espaços, adequando à oclusão ideal para em seguida realizar o tratamento com prótese. O foco do tratamento se dará na busca pelas melhores condições possíveis dos suportes dentários e periodontais (NHAM et al., 2014).

A Prótese removível é um dos procedimentos mais utilizados no tratamento da oligodontia. É o tratamento mais adequado, por ter uma técnica simples, baixo custo e não ser muito invasiva. Também preserva o osso alveolar, que quando em crianças e adolescentes está em desenvolvimento (YADAV et al., 2015).

O diagnóstico precoce e o tratamento terapêutico dos casos de oligodontia requer próteses e acompanhamento ortodôntico, assegurando uma situação clínica favorável para que quando o paciente se torne adulto seja possível realizar um tratamento restaurador confiável. O objetivo de qualquer tratamento é a restauração da função e da estética. Mas essa patologia necessita de tempo de tratamento. Onde o tratamento na infância é apenas paliativo, já que o paciente está em fase de desenvolvimento e nenhum tratamento definitivo é realizado nessa fase, pois ele se encontra em transição para a idade adulta. O tratamento busca ajudar o portador de oligodontia a ter as melhores condições de vida, minimizando os danos, até que este alcance a idade adulta, onde será realizada a reabilitação definitiva, melhorando a auto-estima e aceitação social do paciente (NHAM et al., 2014).

## 5 DISCUSSÃO

Para Yu et al. (2016), a etiologia genética da oligodontia é desconhecida. Já em estudos de Tangade e Batra (2012) e Manu et al. (2014), essa condição geralmente faz parte de uma síndrome, mas também pode apresentar-se como forma não sindrômica, onde os genes responsáveis pela oligodontia não sindrômica são os genes MSX1 e PAX9. Confirmando essa teoria a pesquisa de Thimmegowda et al. (2015), mostra que mutações nos genes anteriormente mencionados foram descritas em famílias em que a oligodontia hereditária caracteristicamente envolve incisivos laterais, pré-molares e molares

Segundo a literatura a ausência dentária é uma anomalia cada dia mais frequente, onde essa agenesia tem prevalência em ambas às idades, e independe do sexo, porém alguns dos estudos retrataram a correlação existente entre a agenesia dentária e a história familiar. Porém mesmo os estudos demonstrando essa relação familiar, não deve haver generalização, pois é necessária uma avaliação minuciosa nos pacientes portadores de agenesia dentária (VICENTIN; ZEULI, 2015).

Em uma pesquisa realizada por Cury et al. (2015), através da análise de radiografias panorâmicas, a prevalência de indivíduos com imagem correspondente à ausência do germe dentário foi de 1,38%, sendo o gênero feminino ligeiramente mais acometido pela alteração. Pesquisa que esteve de acordo com o estudo de Tomo e Simonato et al. (2015) que diz ser o sexo feminino o mais atingido pela oligodontia.

Quando se fala em manifestações orais da oligodontia seja sindrômica ou não, há concordância entre muitos autores que dependendo do número de dentes ausentes, a oclusão pode apresentar-se prejudicada, havendo extrusão ou linguoversão. O tecido de suporte algumas vezes está afetado, apresentando retrusão do mento, redução do perímetro do arco, colapsado labial e dos tecidos da bochecha (BURAL et al., 2012; COELHO NETO, et al., 2014; NHAM et al., 2014).

O tratamento da oligodontia deve ser iniciado o mais cedo possível para prevenir futuros problemas funcionais e estéticos. Para Starling et al. (2017), os implantes dentários são considerados o tratamento definitivo desses casos, que mostravam taxa de sucesso de 90%, no entanto, até que o paciente chegue à idade ideal, outros tratamentos devem ser realizados para garantir a estética e função. Porém para Yadav et al. (2015), a prótese removível é um tratamento utilizado com frequência na reabilitação de oligodontia, por ser um tratamento simples e que não é invasivo, bem como preserva o osso alveolar, que está normalmente subdesenvolvido em tais casos, além de ter menor custo. Em pacientes de pouca

idade o tratamento pode ser realizado com prótese parcial adesiva, que restaura a função e a estética, restabelecendo a oclusão (CORREIA et al., 2013).

Em pacientes que se encontram em fase de crescimento ósseo, considerando todas as possibilidades de reabilitação oral, o tratamento protético de escolha geralmente é a instalação de próteses parciais removíveis temporárias. Este tipo de prótese permite a restauração da função e estética dos dentes ausentes e não interfere no desenvolvimento ósseo. A prótese removível temporária é usada até que o plano de tratamento final possa ser realizado após o crescimento ósseo da face (GONÇALVES et al., 2013). Porém para Othman e Sockalingam (2014), crianças e adolescentes costumam ter problemas para se adaptar à prótese e podem desenvolver desconforto bucal, sendo indicada na maioria das vezes para adultos.

O tratamento ortodôntico para alinhar os dentes em desarmonia oclusal e para a criação de espaços adequados para a restauração dos dentes também é outra opção de tratamento possível a considerar, desde que o paciente possua comprimento adequado da raiz dos dentes e possua boa estrutura óssea alveolar (OTHMAN; SOCKALINGAM, 2014).

O tratamento ortodôntico melhora a redistribuição espacial da área edêntula, fazendo um rearranjo dos dentes, além de corrigir o eixo do dente. Fatores tais como a configuração residual do rebordo e o resto do osso podem representar problemas para esse tipo de intervenção (KANG et al., 2016).

O tratamento protético representa a fase final de reabilitação oral. Existem vários tratamentos disponíveis para restaurar a função e a estética do paciente, que podem ser próteses fixas, próteses removíveis e alternativas restauradoras com ou sem a utilização de dispositivos de retenção. O uso de próteses sobre implantes é um dos tratamentos mais eficazes, porém por ser caro e em alguns casos o paciente apresenta uma reabsorção óssea bem significativa, a escolha pela prótese acaba sendo a única alternativa. Na escolha por próteses como tratamento reabilitador, alguns critérios fundamentais deverão ser analisados como a idade do paciente, a sua estrutura esquelética bem como o remanescente ósseo alveolar (NHAM et al., 2014).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisar a literatura, verificou-se que a oligodontia é uma forma grave de agenesia dentária, onde mais de seis dentes estão ausentes, pode ocorrer como parte de uma síndrome ou pode ser uma característica isolada, sem nenhum envolvimento sídrômico. É uma condição que causa problemas funcionais e estéticos, ocasionando muitos danos ao portador devido aos padrões estéticos preconizados.

O diagnóstico deve ser realizado o mais precoce possível para que a intervenção seja adequada, as técnicas mais utilizadas são o exame físico, exame clínico e a técnica radiográfica, na qual se destaca a radiografia panorâmica, por mostrar o arco inferior e superior em uma única tomada radiográfica. O tratamento mais indicado é o uso de implantes, desde que o paciente possua estrutura óssea adequada, porém por ser uma técnica cara e invasiva, a terapêutica mais utilizada são as próteses parciais removíveis ou próteses fixas, que devolvem a estética e função, além de impedir a reabsorção óssea.

## REFERÊNCIAS

AROSSI, G. A. et al. A estética como instrumento de promoção de saúde: relato de caso. **Rev. Odontol. Bras. Central.**, v. 25, n. 74, p.107-111, 2016.

BARBOSA, D. F. M. et al. Agenesias múltiplas, planejamento e hereditariedade. **Rev. Faipe**, v. 6, n. 2, p. 14-27, 2016.

BARROSO, I. V. R.; MEI, R. M. S. Reabilitação de agenesias dentárias e dente conóide—relato de um caso clínico. **Interbio.**, v.8, n.2, p. 60-67, 2014.

BOEIRA JÚNIOR BR. **Associação de polimorfismos nos genes MSX1 e PAX9 com agenesia dentária**. 2011.126f. Tese de Doutorado (Doutorado em Biotecnologia)-Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2011.

BURAL, C. et al. Multidisciplinary treatment of non-syndromic oligodontia. **Eur. J. Dent.**, v. 6, p. 218-226, 2012.

COELHO NETO, O. L. et al. Clinical and genetic analysis of a nonsyndromic oligodontia in a child. **Case Rep. Dent.**, v.2014, p. 1-5, 2014.

CORREIA, M. F. et al. Aesthetic rehabilitation of oligodontia in primary dentition with adhesive partial denture. **Hindawi Publishing Corp.**, p.1-4, 2013.

CURY, S. E. V. et al. Hipodontia de dentes permanentes: prevalência e distribuição numa População Brasileira. **Cadernos UniFOA.**, n. 29, p. 137-147, 2015.

FERREIRA, R. F.; FRANZIN, L. C. S. Agenesia dentária: importância deste conceito pelo cirurgião-dentista. **Rev. Uningá Review**, v. 19, n. 3, p. 61-65, 2014.

GEIRDAL, A. O. et al. Living with orofacial conditions: psychological distress and quality of life in adults affected with treacher collins syndrome, cherubism, or oligodontia/ectodermal dysplasia—a comparative study. **Qual. Life Res.**, v.2015, n. 24, p. 927-935, 2015.

GONÇALVES, T. M. S. V. et al. Multidisciplinary therapy of extensive oligodontia: a case report. **Braz. Dental J.**, v.24, n. 2, p.174-178, 2013.

IRIA, J. O. et al. Oligodontia em paciente não sindrômico relato de caso clínico. **Braz. J. Surg. Clin. Res. – BJSCR.**, v.17, n. 2, p.64-67, 2016.

KANG, H. G. et al. Rehabilitation of a patient with non-syndromic partial oligodontia. **J. Adv. Prosthodont.**, v. 2016, n. 8, p. 241-250, 2016.

LIU, H. et al. A novel AXIN2 missense mutation is associated with non-syndromic oligodontia. **Plos. one.**, v. 10, p. 1-10, 2015.

MANU, R. et al. Rehabilitation of non-syndromic oligodontia of primary and permanent dentition in young patient-a rare case report. **J. Interdiscipl. Med. Dent. Sci.**, v.2, n. 2, p. 2-4, 2014.

MU, Y. D. et al. Mutational analysis of AXIN2, MSX1, and PAX9 in two mexican oligodontia families. **Genet. Mol. Res.**, v.12, n. 4, p. 4446-4458, 2014.

NHAM, K. et al. Orthodontia-implantologyprosthodontics in rare diseases: the oligodontia example. **Rev. Orthop. Dento Faciale.**, v.17, n. 204, p. 1-11, 2014.

NOAL, F. C. **Oligodontia severa em paciente não sindrômico: relato de caso clínico.** 2015. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em odontologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

OTHMAN, N. A. A.; SOCKALINGAM, S. N. M. P. Oligodontia: challenges in dental rehabilitation. **Arch. Orofac. Sci.**, v. 9, n. 2, p. 96-100, 2014.

PANNU, P. et al. Non-syndromic oligodontia in permanent dentition: a case report. **Ghana Med. J.**, v. 48, n. 3, p. 173- 176, 2014.

QIN, H.; CAI, J. Axis inhibition protein 2 polymorphisms may be a risk factor for families with isolated oligodontia. **Mol. Med. Rep.**, v.11, p. 1899-1904, 2015.

QUIRÓZ, J. et al. Manejo multidisciplinario de oligodoncia no asociada a síndrome. Reporte de caso. **Odontol. Pediatr.**, v.12, n. 2, p. 146-153, 2013.

SALVI, A. et al. Mutation analysis by direct and whole exome sequencing in familial and sporadic tooth agenesis. **Int. J. Mol. Med.**, v.38, p. 1338-1348, 2016.

STARLING, C. R. et al. Early treatment of nonsyndromic oligodontia: a clinical case report. **Biosci. J.**, v. 33, n. 1, p. 232-237, 2017.

TANGADE, P.; BATRA, M. Non syndromic oligodontia: case report. **Ethiop. J. Health Sci.**, v.22, n. 2, p. 219-221, 2012.

THIMMEGOWDA, U. et al. A nonsyndromic autosomal dominant oligodontia with a novel mutation of pax9-a clinical and genetic report. **J. Clin. Diagn. Res.**, v. 9, n. 6, p. 8-10, 2015.

TOMO, S.; SIMONATO, L. E. Oligodontia não síndrômica: relato de caso clínico. **Arch. Health Invest.**, v. 4, n. 2, p. 189-194, 2015.

VASANTHAKUMARI, A. et al. The management of patient with oligodontia associated with attention deficit hyperactive disorder –a rare case report. **Int. J. Clin. Dent. Science**, v.3, n. 1, p. 49-54, 2012.

VICENTIN, C.; ZEULI, C. E. R. Anomalia dentária de número: agenesia dentária. **Interbio** v.9, n.1, p.11-20, 2015.

VINUTH, D. P. et al. Nonsyndromic familial oligodontia with multiple dens invaginatus: a case report of an unusual case. **Case Rep. Dent.**, v. 2013, p. 1-6, 2013.

YU, P. et al. Mutations in wnt10b are identified in individuals with oligodontia. **The Am. J. Human Gen.**, v.99, p. 195-201, 2016.

YADAV, M. N. et al. A simplified approach for prosthodontic management of syndromic oligodontia. **Med. J. Armed Forces India.**, v. 71, p. s466-s468, 2015.



