

Incisivo central superior não erupcionado: alternativa de tratamento

Included upper central incisor: an alternative to the treatment

Oswaldo Vilella*, Cinthia Lisboa**, Natália Valli de Almeida**

RESUMO – O objetivo do presente trabalho consistiu no relato do tratamento ortodôntico de um paciente que apresentava o incisivo central superior esquerdo não erupcionado, além de perfil convexo e discrepância de modelo negativa. O plano de tratamento elaborado incluiu extração seriada, montagem do aparelho ortodôntico fixo, exposição cirúrgica da coroa do dente não erupcionado e tracionamento ortodôntico. Obteve-se, ao final do tratamento, uma correta intercuspidação dos dentes, com trespasses horizontal e vertical adequados, além de perfil harmônico.

Unitermos – Incisivo; Não erupcionado; Extração seriada; Dentição mista.

ABSTRACT – The purpose of this paper was to relate the orthodontic treatment of a patient that had an included upper central incisor, a convex profile and a negative arch discrepancy. The treatment planning consisted of serial extraction therapy, installation of the fixed appliance, surgical crown exposure of the included tooth and orthodontic traction. At the end of the treatment, a suitable profile and a correct occlusion, with appropriate overbite and overjet, were obtained.

Key Words – Incisor; Included; Serial extraction; Mixed dentition.

*Professor do Curso de Especialização em Ortodontia – Universidade Federal Fluminense.

**Alunas do Curso de Especialização em Ortodontia – Universidade Federal Fluminense.

Introdução

A erupção do incisivo central superior acontece entre os seis e oito anos de idade¹. No entanto, quando há um atraso na cronologia de erupção, suspeita-se que o dente esteja retido². Dentes supranumerários, traumas e odontomas são alguns dos fatores etiológicos que podem causar a impacção³.

As alternativas de tratamento são: 1) extração e restauração com prótese ou implante quando o crescimento tiver cessado; 2) extração e fechamento ortodôntico do espaço com a reanatomização do incisivo lateral; 3) exposição cirúrgica, abertura do espaço e tração do incisivo central superior para a sua posição adequada⁴.

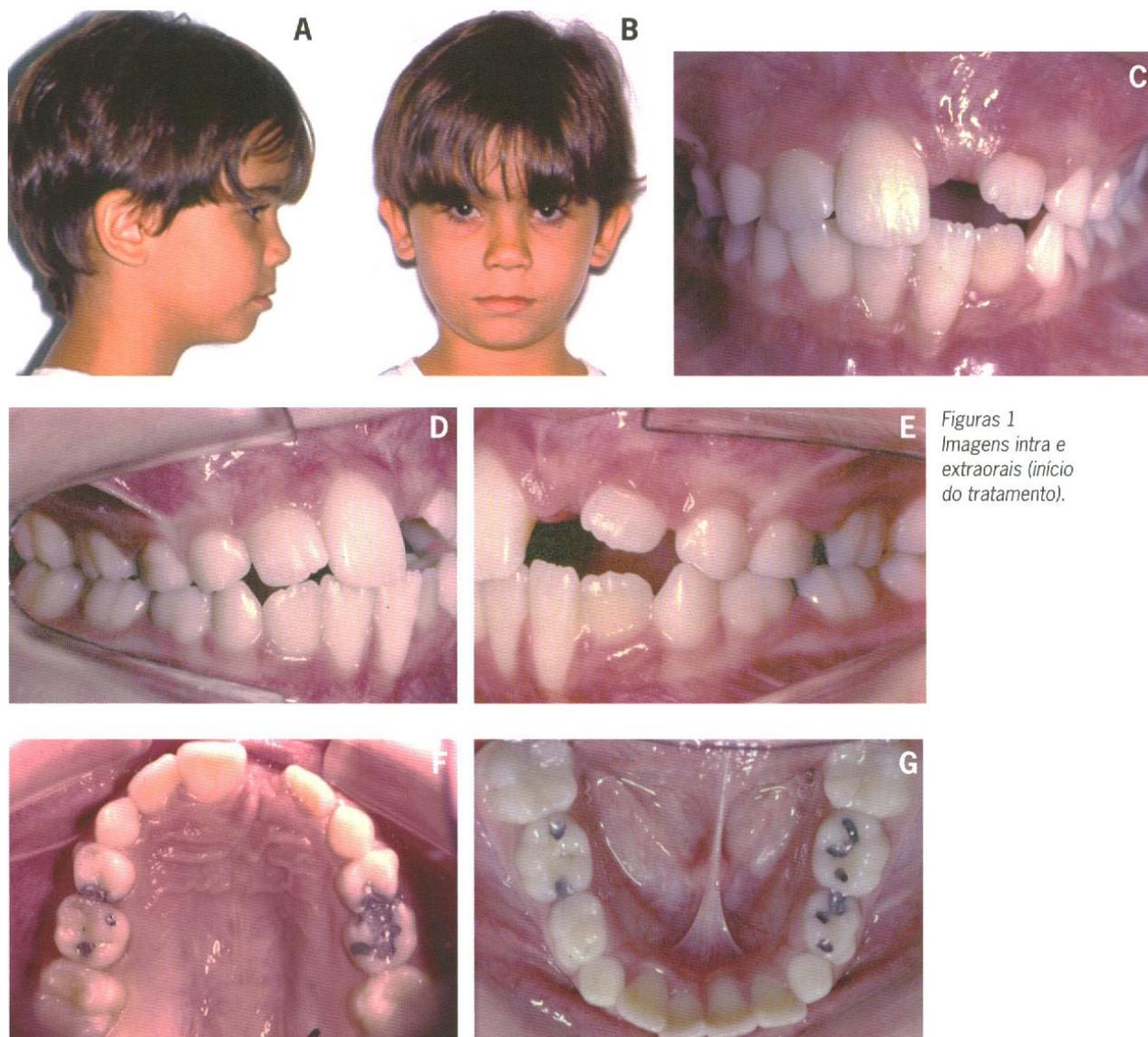
Este artigo relata o caso clínico de um paciente com o incisivo central superior esquerdo não erupcionado, tratado com exposição cirúrgica e tracionamento ortodôntico.

Relato de Caso Clínico

Paciente do gênero masculino, oito anos de idade, apresentou-se para tratamento ortodôntico na Clínica de Ortodontia da Universidade Federal Fluminense (Niterói/RJ).

Na análise facial frontal, verificou-se a proporcionalidade entre os terços faciais, tipo facial mesocéfalo e suave assimetria facial. Na análise de perfil, observou-se perfil convexo, boa relação entre o lábio inferior e o mento, e selamento labial.

Ao exame clínico, e na avaliação de modelos, constatou-se a presença de má-oclusão Classe I, dentição mista, ausência de espaço para a irrupção do incisivo central superior esquerdo, discrepância de modelo negativa inferior, sobressaliência de 3 mm e sobremordida de 2 mm. A linha média superior encontrava-se 2 mm desviada para o lado esquerdo e havia retração gengival nos dentes 31 e 41 (Figuras 1). O paciente relatou extração prévia de um mesiodente.



Figuras 1
Imagens intra e
extraorais (início
do tratamento).

Por meio da análise da radiografia cefalométrica de perfil, observou-se uma boa relação entre as bases ósseas, padrão de crescimento vertical (eixo Y = 61°), biprotrusão dentária, sendo esta mais acentuada nos incisivos inferiores (1.NA = 24°, 1-NA = 6 mm, 1.NB = 30°, 1-NB = 7 mm e IMPA = 100°) e perfil convexo (LS-LS = 4 mm e LS-LI = 6 mm).

Nas radiografias panorâmica e periapical, verificou-se a presença dos germes dos dentes não irrompidos, ausência de cáries ou periapicopatias. Havia perda óssea na região dos dentes 41 e 31.

O plano de tratamento foi elaborado com base na necessidade de obtenção de espaço para o alinhamento e nivelamento dos dentes, e para a irrupção do 21, objetivando a melhora do perfil facial e a correta intercuspidação dos dentes.

Foi realizada a extração seriada, como forma de diminuir o apinhamento e conseguir espaço no arco, juntamente com o aparelho fixo *Edgewise Standart*, *slot* 0.022" x 0.028" instalado em ambos os arcos.

O primeiro passo foi a solicitação das extrações dos seguintes dentes: caninos e primeiros molares decíduos, superiores e inferiores. Para o arco superior foi confeccionado o aparelho extraoral de tração cervical. Em sequência, foi utilizada mecânica 4 x 2 superior e inferior, com arcos redondos de aço 0.014", 0.016", 0.018" e 0.020", com mola ortodôntica aberta de NiTi entre os dentes 11 e 22, para a obtenção de espaço para a erupção do 21.

Após a obtenção do espaço necessário para a irrupção do dente 21, foi realizada a exposição cirúrgica da coroa e a colagem do acessório ortodôntico. O incisivo central superior esquerdo foi tracionado com arco leve de NiTi 0.014" até completar a erupção. Primeiramente, o arco de NiTi 0.014" foi amarrado por fora do *slot* do braquete do dente 21. No momento em que o dente 21 completou a erupção, o arco de

NiTi foi inserido no *slot* para que houvesse um correto alinhamento/nivelamento (Figuras 2 e 3).

As extrações dos segundos molares decíduos e primeiros pré-molares foram solicitadas, e os acessórios dos segundos pré-molares foram colados assim que os dentes irromperam. A evolução dos arcos de aço redondos ocorreu na seguinte sequência, sendo que todos os arcos apresentavam dobras de primeira ordem: 0.016", 0.018" e 0.020". Após esta sequência, arcos de aço retangulares 0.019" x 0,025" foram confeccionados com alça em T para a realização da retração em massa superior e inferior; não houve necessidade de ancoragem inferior. Com a finalização da retração, um novo arco de aço retangular 0.019" x 0.026" individualizado foi confeccionado, permitindo a correta finalização do caso.

Após a remoção do aparelho, uma contenção com fio 0.028" foi colada nos caninos e um aparelho removível superior com grampo circunferencial (*wraparound*) foi instalado.

Resultados

O tratamento permitiu a melhora da estética facial, tornando o perfil harmônico. Houve redução da biprotrusão dentária e a chave de oclusão foi alcançada, assim como um bom alinhamento e uma boa intercuspidação, com trespases horizontal e vertical adequados. O sorriso tornou-se agradável (Figuras 4 a 6).

Discussão

A partir de um rigoroso exame clínico, análise de modelos e de radiografias, decidiu-se adotar o programa de extração seriada clássico⁵, realizando as extrações dos caninos decíduos, superiores e inferiores. O objetivo foi facilitar a erupção do dente 21 e permitir o alinhamento dos incisivos inferiores. A remoção dos caninos permitiu o alinhamento dos incisivos e minimizou a perda óssea ao longo das superfícies vestibulares dos incisivos inferiores apinhados⁶.

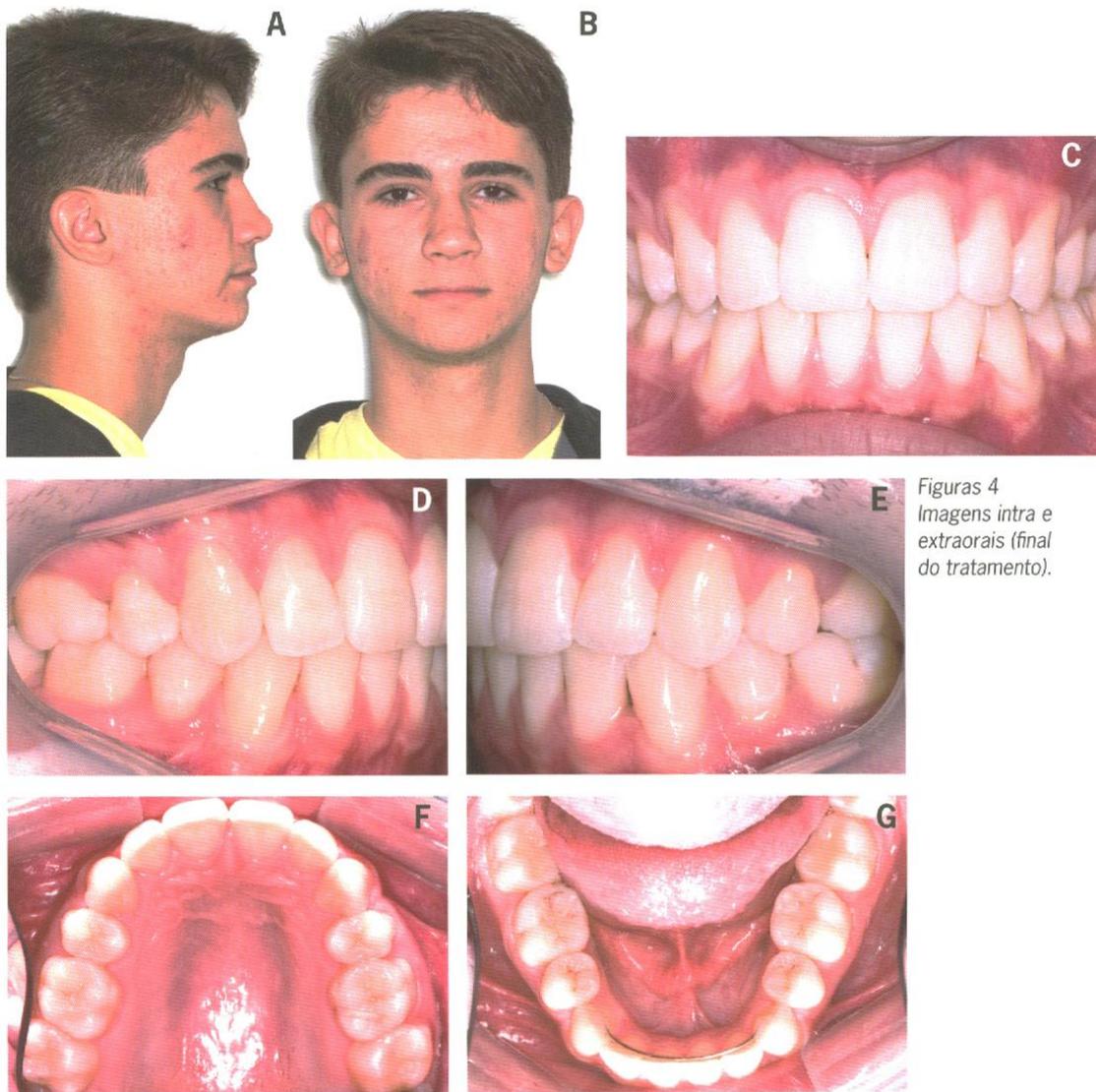
A extração de dentes decíduos adjacentes a dentes com dificuldade de erupção é capaz de guiar o dente permanente para uma melhor posição na



Figura 2
Radiografia periapical. Mecânica de abertura de espaço com a mola NiTi aberta de 0.014\"/>



Figura 3
Radiografia panorâmica mostrando a abertura de espaço.



Figuras 4
Imagens intra e
extraorais (final
do tratamento).

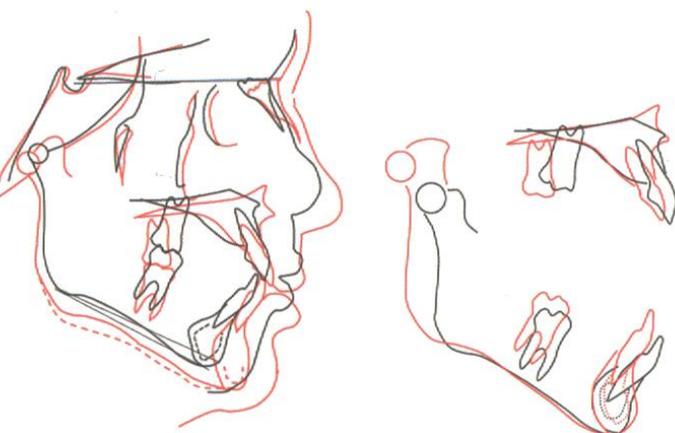
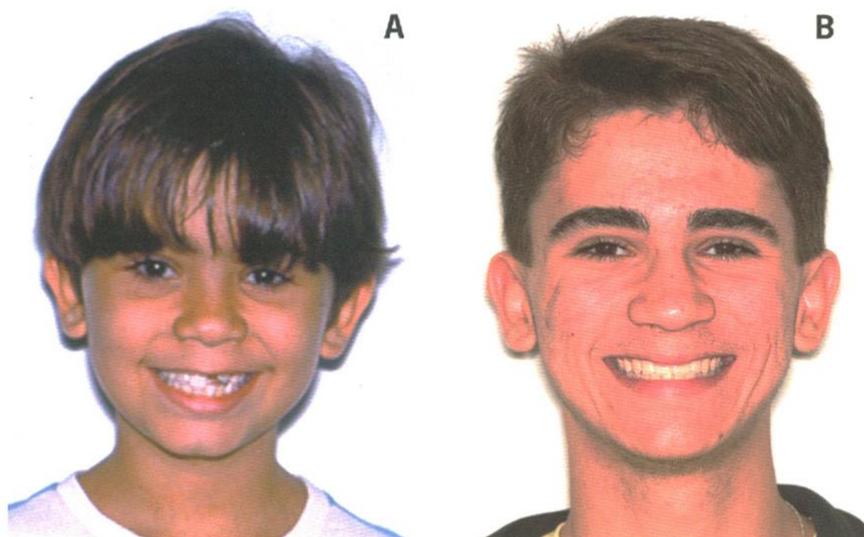


Figura 5
Superposições total e parcial (maxila e mandíbula).

base osséa⁷. No entanto, a retenção prolongada (presença do mesiodente no trajeto eruptivo) provocou atraso na cronologia de erupção e perda de espaço. Foi necessário, então, recuperar espaço com mola aberta de NiTi⁸, realizar a exposição cirúrgica da coroa do dente não erupcionado e guiar a sua erupção com fio NiTi 0.014".

Os primeiros molares decíduos foram extraídos para acelerar a erupção dos primeiros pré-molares, que seriam extraídos posteriormente. A sequência das extrações deve adaptar-se às características da má-oclusão e à individualidade do caso, respeitando-se o momento exato de extração do dente decíduo, com base no estágio de desenvolvimento do sucessor permanente. Os primeiros pré-molares são selecionados frequentemente para extração por causa do seu diâmetro



Figuras 6
Imagens frontais da face.
A. Início do tratamento.
B. Final do tratamento.

adequado e pela sua localização mediana no arco, permitindo a correção de problemas de apinhamento, protrusão dentária e desvio de linha média⁹⁻¹⁰.

Após as extrações necessárias, o tratamento ortodôntico prosseguiu até que se pudesse amarrar um arco retangular 0.019" x 0.026", para que fossem obtidas as inclinações axiais adequadas em todos os planos do espaço.

Conclusão

A presença de dentes supranumerários na linha média anterior da maxila pode levar a complicações, como retardo na erupção ou retenção dos dentes sucessores. A possibilidade de obtenção de espaços através da recuperação de espaço com aparelho ortodôntico, associada ao programa de extrações seriadas, foi uma alternativa de tratamento eficaz, permitindo a erupção do dente retido.

O sucesso do tratamento envolve vários aspectos: rigoroso exame clínico, análise de modelos e de radiografias, e adoção do programa de extrações mais adequado às peculiaridades do tratamento. No caso apresentado, buscou-se elaborar um planejamento mais racional, aliando-se o aspecto biológico à parte mecânica do tratamento ortodôntico.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou *royalties*, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência:

Oswaldo Vilella
Rua Mário Santos Braga, 30 – 2º andar – Sala 214 – Campus do Valonguinho
24020-140 – Niterói – RJ
ovilella@gmail.com

Referências

- Moyers RE. Desenvolvimento da dentição e da oclusão. In: Moyers RE. Ortodontia. Guanabara Koogan, 1988. p.86-126.
- Real MF, Santini F, Sá ACD, Coelho U. Tratamento ortodôntico-cirúrgico dos incisivos centrais superiores retidos – caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facial 2002;7(38):127-31.
- Pinho T, Neves M, Alves C. Impacted maxillary central incisor: surgical exposure and orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011;140:256-65.
- Lin YJT. Treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;115(4):406-9.
- Dale JG. Direcionamento Interceptivo da Oclusão com Ênfase no Diagnóstico. In: Graber TM, Vanarsdall RL. Ortodontia Princípios e Técnicas Atuais. Guanabara Koogan, 1996. p.264-345.
- Kjellgren B. Serial extraction as a corrective procedure an dental orthopedic therapy. European Orthodontic Society 1948;24:134-60.
- Radhika C. Serial extraction: is it a panacea for crowded arches? Review article Annals and Essences of Dentistry 2010;2(2):100-5.
- Pinho T, Neves M, Alves C. Impacted maxillary central incisor: Surgical exposure and orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011;140:256-65.
- Menezes LM, Rosenbach G. Extração seriada: uma alternativa para casos de apinhamento severo. Ortodontia Gaucha 1997;1(2):132-40.
- O'Shaughnessy KW, Koroluk LD, Phillips C, Kennedy DB. Efficiency of serial extraction and late premolar extraction cases treated with fixed appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011;139:510-6.