
Extração atípica de incisivos centrais superiores: relato de caso clínico
Atypical extraction of maxillary central incisors: case report

MARCOS VALÉRIO FERRARI¹
JOSÉ RICARDO SCANAVINI²
DANIELA BELISÁRIO BARONI³
MARINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA GALANTE⁴
ANITA OLIVEIRA SCANAVINI⁵

RESUMO: As extrações dentárias são um procedimento corriqueiro em alguns casos tratados ortodonticamente, sendo os dentes mais comumente extraídos os primeiros pré-molares superiores e inferiores. Pode-se também optar pela extração de outro elemento dentário, desde que feito um bom diagnóstico do caso. Neste caso clínico, foram extraídos os incisivos centrais superiores pelo fato de um deles apresentar o comprimento radicular diminuído devido a um forte trauma. Incrementos de resina composta foram inseridos nos incisivos laterais superiores e nos caninos, transformando-os em incisivos centrais e laterais, respectivamente. Os pré-molares superiores assumiram a função dos caninos, mantendo, assim, a relação de classe II em que se encontravam os molares, corrigindo o overjet e overbite. Um posterior aumento de coroa clínica nos incisivos laterais superiores, transformados em centrais, será necessário para melhorar a estética.

Palavras-chave: Má-oclusão, extração dentária, incisivo.

ABSTRACT: Teeth extractions area common procedure in some orthodontic cases and the most comm only extracted are the upper and

¹Especialista em Ortodontia pela UNG/SP; Professor do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade INGÁ, da Universidade São Francisco (USF) e da APCD/Piracicaba/SP.

²Mestre em Ortodontia pela Universidade de São Paulo/SP.Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade INGÁ e da APCD/Piracicaba/SP;

³Mestre em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica pela UNICAMP/Piracicaba/SP; Professora do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade INGÁ e da APCD/Piracicaba/SP. dani_baroni@hotmail.com. Rua das Cravinas, Bairro Portal de São Clemente, Limeira/SP/Brasil. CEP 13481-557

⁴Especialista em Ortodontia pela UNG/SP; Professora do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade INGÁ e da APCD/Piracicaba/SP.

⁵Especialista em Ortodontia pela APCD/Piracicaba/SP; Professora do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade INGÁ e da APCD/Piracicaba/SP.

lower first premolars. Other teeth can also be extracted, since a good diagnostic of the case had been done. In this clinical case, maxillary central incisors were extracted by the fact that one of them presented the root length decreased due to major trauma. Increments of composite resin were inserted in the maxillary lateral incisors and canines, turning them into central and lateral incisors, respectively. The maxillary premolar assumed the function of the canines, maintaining the Class II molar relationship, correcting overbite and overjet. Further increase in clinical crown height of the transformed lateral incisors will be necessary to improve aesthetics.

Key-words: Malocclusion, tooth extraction, incisor.

INTRODUÇÃO

Angle (1907) afirmou que “o melhor balanço, a melhor harmonia e as melhores proporções faciais exigem a totalidade dos elementos dentários e que cada um deles ocupe sua posição normal”, definindo tal oclusão como “oclusão normal”. Atualmente sabe-se que, em muitos casos, para alcançar estética e função adequadas após o tratamento ortodôntico, torna-se imprescindível a extração de elementos dentários. Tweed (1941), após seis anos praticando a filosofia de Angle, revolucionou a ortodontia ao apoiar as extrações dentárias em casos específicos e foi o principal responsável pela popularização da extração de primeiros pré-molares, quebrando o paradigma não-extracionista que vigorou por muitos anos.

A extração de pré-molares tornou-se tão comum, que a eleição de outro elemento dentário para exodontia tem sido designada como extração atípica ou heterodoxa por alguns ortodontistas, principalmente quando são propostas extrações de incisivos superiores. Entretanto, vários trabalhos vêm sendo publicados na literatura com resultados satisfatórios após estas extrações atípicas, constatando que este tipo de extração pode ser utilizado como uma solução clínica para casos específicos, naturalmente, dependendo do diagnóstico.

A extração de um incisivo superior constitui uma alternativa perante certas situações, tais como apinhamento anterior severo acompanhado de um comprometimento estrutural de algum dos incisivos, anquilose, anomalias de forma, presença de um incisivo supranumerário ou erupção ectópica. Nestes casos, a extração de um ou mais incisivos superiores seguida de fechamento do espaço pode ser a solução mais viável (JANSON et al., 2010).

Alguns autores afirmaram que a extração de incisivos laterais conóides e a posterior transformação dos caninos superiores em laterais, em um paciente com uma maloclusão Classe II de Angle, são uma alternativa ortodôntica favorável (TAUSCHE; HARZER, 2008). Em casos que apresentam uma relação de molar Classe II topo a topo, é desejável a movimentação dos dentes superiores para mesial, utilizando o espaço oriundo da extração dos incisivos laterais ou até mesmo dos incisivos centrais superiores, a fim de promover um melhor encaixe entre as arcadas. Desta forma, o tratamento será finalizado com as cúspides dos pré-molares e a cúspide mesial dos primeiros molares superiores ocluindo nas interproximais dos antagonistas (MCNEILL; JOONDEPH, 1973).

É importante salientar que em alguns casos com extração de dois incisivos laterais ou centrais superiores, seguida de fechamento de espaço, deve-se considerar a possibilidade de extração no arco mandibular. Estas extrações podem ser indicadas a fim de reduzir a discrepância de modelo negativa inferior, quando presente, de minimizar a protrusão dentoalveolar mandibular e/ou de compensar uma relação de molar Classe II (MCNEILL; JOONDEPH, 1973).

Demais autores Janson et al. (2010) relataram o tratamento de um paciente com maloclusão Classe I de Angle, apinhamento anterior superior e inferior, anquiose do elemento 21 e falta de selamento labial passivo. Optou-se pela extração dos incisivos centrais superiores, seguida pelo fechamento de espaço, transformando laterais em centrais. Também foi necessária a extração dos primeiros pré-molares inferiores para dissipar o apinhamento sem causar protrusão dos incisivos inferiores. Os resultados foram satisfatórios tanto do ponto de vista funcional quanto estético.

A extração de incisivos centrais superiores ainda é um tema pouco abordado na literatura e visto com resistência por muitos ortodontistas ortodoxos. Entretanto, em casos específicos e se bem planejada, este tipo de extração é extremamente admissível, podendo trazer benefícios ao paciente sem prejudicar estética, função e saúde periodontal (JANSON et al., 2010). Com base nesses fatores, o propósito deste trabalho foi apresentar um caso clínico sobre extração dos incisivos centrais superiores, em virtude da reabsorção radicular expressiva encontrada no elemento 11 em decorrência de um forte trauma. A lacuna de estudos na literatura sobre a extração de incisivos centrais superiores torna relevante a divulgação do presente trabalho, pela contribuição que o mesmo trará para a quebra dos paradigmas envolvendo este tipo de extração atípica.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Diagnóstico e etiologia

A paciente, gênero feminino, foi levada ao consultório ortodôntico para tratamento, com 10 anos de idade, no final do segundo período transitório da dentição mista. No exame extrabucal foi observado perfil facial levemente convexo e leve assimetria facial (Figuras 1 e 2). A responsável pela criança relatou que, aos oito anos, ela sofreu um forte trauma na região dos incisivos centrais superiores. Em decorrência de tal trauma, o elemento 11 sofreu necrose pulpar e precisou de tratamento endodôntico. Porém, através de acompanhamento radiográfico, notou-se uma extensa reabsorção externa da raiz deste elemento dentário (Figuras 3 e 4).



Figuras 1 e 2.

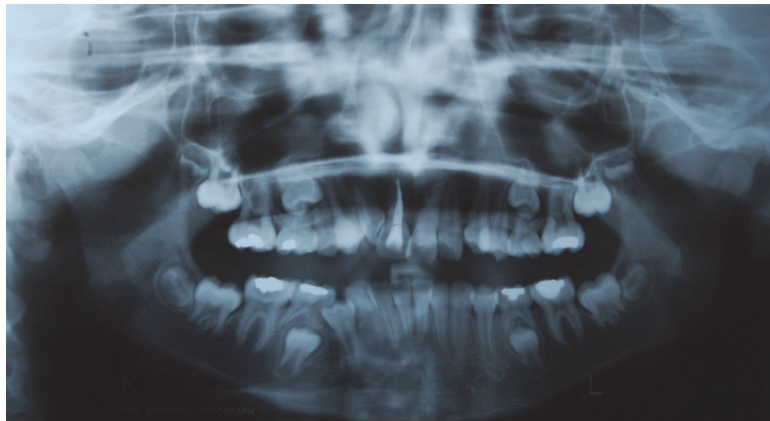


Figura 3.



Figura 4.

No exame intrabucal foi observada má-oclusão com relação de Classe II de Angle, sobressaliência e sobremordida aumentadas em relação aos padrões de normalidade, apinhamento severo do elemento 13 ao 23, leve apinhamento do 33 ao 43 e desvio da linha média superior para direita (Figuras 5 a 9).



Figuras 5 a 9.

Na análise cefalométrica a partir da telerradiografia lateral (Figura 10), observou-se um padrão esquelético de Classe II, com um A-N.B de $5,0^\circ$ (norma = $2,0^\circ$) e um perfil convexo, com N-A.Pg de $6,0^\circ$ (norma = 0°) e convexidade do ponto A de $4,0^\circ$ (norma = $1,18^\circ$). Apresenta, no sentido vertical, um padrão esquelético equilibrado, com N-S.PLO de $12,0^\circ$ e N-S.GoMe de $35,0^\circ$. Com relação à posição dos incisivos superiores nos seus respectivos ossos basais, apresentavam grande inclinação vestibular, com I/NA de 33° (norma = 22°). Já os incisivos inferiores encontravam-se levemente lingualizados, com I/NB = 33° (norma = 25°). Essa discrepância cefalométrica, associada à discrepância de modelo de $-10,0\text{mm}$, não deixa dúvidas quanto à falta de espaço para obtenção de corretos alinhamento, nivelamento e inclinações dos dentes.



Figura 10.

Objetivos do tratamento

Corrigir a sobressaliência e a sobremordida aumentadas em relação aos padrões de normalidade, dissipar o apinhamento anterior superior e inferior e corrigir o desvio da linha média superior para direita.

Alternativas de tratamento

Para dissipar o apinhamento superior e corrigir a sobressaliência, comumente indicava-se a exodontia dos primeiros pré-molares seguida de retração da bateria anterior; entretanto, em decorrência da severa

reabsorção radicular externa do elemento 11, foi solicitada exodontia dos elementos 11 e 21 e posterior fechamento do espaço através da mesialização dos demais elementos. Não seria oportuno manter um dente comprometido em detrimento de outro em perfeitas condições periodontais.

Progresso do tratamento

Primeiramente, solicitou-se a exodontia apenas do elemento 11, por razões estéticas. Previamente à exodontia deste elemento, foi realizada bandagem dos elementos 16 e 26, instalação de barra transpalatina para ancoragem e colagem de braquetes do elemento 14 ao 24 (exceto no elemento 11). Após a extração do elemento 11, a coroa do mesmo foi seccionada e presa no fio ortodôntico através de um braquete colado em sua face vestibular. Foi utilizada a técnica *Straight-Wire* prescrição *Roth*. No arco inferior foi realizada bandagem dos elementos 36 e 46 e instalação de placa lábio ativa previamente à colagem dos braquetes.

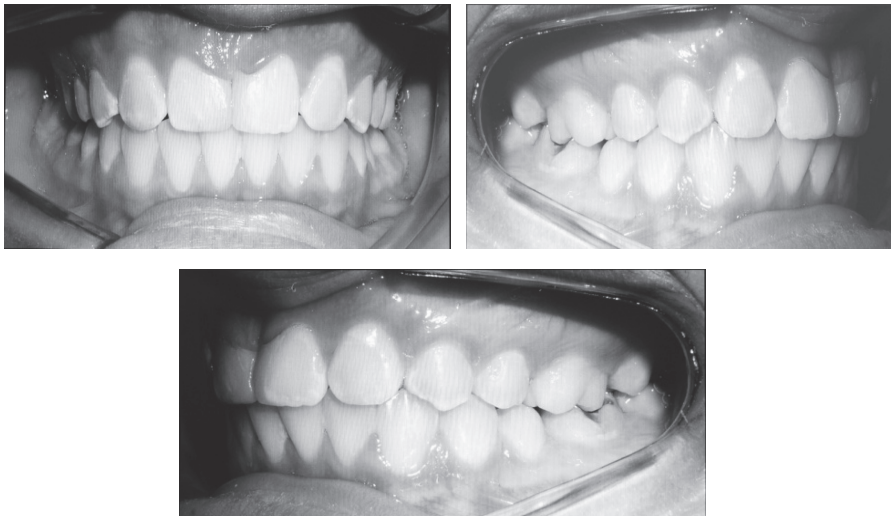
A seguinte sequência de arcos foi utilizada: 0,12 níquel-titânio, 0,14 níquel-titânio, 0,16 aço, 0,18 aço, 0,20 aço e 0,19x0,25 aço. O alinhamento e nivelamento com fios leves, associados a desgastes interproximais na coroa do elemento 11 extraído, foram responsáveis pela mesialização do elemento 12. Ao chegar ao fio 0,18 aço, o elemento 21 foi extraído e cadeias elastoméricas foram instaladas do elemento 13 ao 23 para completar o fechamento de espaço anterior. Ao finalizar a mesialização, os elementos 12 e 22 foram transformados em incisivos centrais através de procedimentos de dentística restauradora. Os caninos superiores, por sua vez, foram transformados em incisivos laterais e os primeiros pré-molares assumiram a posição dos caninos.

Resultados do tratamento

Nas fotos finais (Figuras 11 a 16), nota-se que foram corrigidas a sobremordida, a sobressaliência e o apinhamento, mantendo o equilíbrio e harmonia do sorriso. Um posterior aumento de coroa clínica nos incisivos laterais superiores, transformados em centrais, será necessário para melhorar a estética.



Figuras 11 a 13.



Figuras 14 a 16.

DISCUSSÃO

O sucesso de um tratamento ortodôntico está diretamente ligado a quatro fatores primordiais: estética, saúde periodontal, função oclusal e, finalmente, estabilidade em longo prazo. Em inúmeras ocasiões, torna-se necessária a extração de elementos dentários para alcançar esses quatro requisitos essenciais para uma finalização ortodôntica ideal (SILVA FILHO et al., 2006). Entretanto, quando são propostas extrações de dentes que não sejam os “convencionais” primeiros pré-molares, o tema torna-se polêmico e dogmático. Por outro lado, essas extrações consideradas “atípicas” podem ser soluções clínicas para determinados casos em particular.

O presente artigo exemplifica a correção de uma má oclusão Classe II, acompanhada de apinhamento anterior superior severo e conduzida com extrações atípicas dos incisivos centrais superiores. A opção pela extração dos elementos 11 e 21 e posterior fechamento de espaço através da mesialização dos demais elementos baseou-se na extensa reabsorção radicular externa diagnosticada no elemento 11. Não seria conveniente optar pela extração de um dente hígido e manutenção de outro comprometido periodontalmente.

Outros fatores que também devem ser considerados em casos de extração dos incisivos centrais superiores e posterior fechamento de espaço são a largura dos incisivos laterais e seu comprimento radicular McNeill; Joondeph (1973) e Zachrisson (1978), para que não haja nenhum problema periodontal após sua transformação em incisivos centrais. No caso descrito neste trabalho, os incisivos laterais apresentavam uma boa largura e um bom comprimento radicular, de modo que não seria arriscada, do ponto de vista estético e funcional, sua transformação em incisivos centrais. Ainda no que concerne à eleição dos incisivos centrais superiores para extração, os respectivos elementos encontravam-se mais próximos ao problema: apinhamento severo da bateria anterior superior e sobressaliência.

Quando os caninos ocupam a posição dos incisivos laterais, sua grande dimensão vestibulo-lingual pode criar uma interferência oclusal com os incisivos inferiores. Em função disto, foram necessários desgastes na face palatina dos caninos, ao longo do tratamento, quando detectadas interferências oclusais nos incisivos inferiores, a fim de prevenir uma vestibularização dos caninos ou então uma reabsorção radicular nos incisivos inferiores. Quanto à função canino ser substituída pelo primeiro pré-molar, isso parece não acarretar problema periodontal em longo prazo

(NORDQUIST; MCNEILL, 1975). Além da estética do sorriso observada na figura 12, a substituição do canino pelo pré-molar, com cúspide vestibular menos pronunciada, termina por devolver a desocclusão lateral em grupo.

Assim como previamente descrito por McNeill e Joondeph (1973), a extração dos incisivos centrais superiores, em casos Classe II de Angle, seguida do fechamento de espaço através da mesialização dos dentes superiores, favoreceu o encaixe entre as arcadas, com as cúspides dos pré-molares e a cúspide mesial dos primeiros molares superiores ocluindo nas interproximais dos antagonistas (Figuras 14 e 15).

CONCLUSÃO

Com base nos resultados finais, conclui-se que extrações atípicas de incisivos centrais superiores podem ser uma solução clínica para casos específicos, dependendo do diagnóstico, levando a resultados extremamente satisfatórios.

REFERÊNCIAS

ANGLE, E.H. **Malocclusion of the teeth**. 7. ed. Philadelphia: SS White Mfg. Co., 1907. p. 12.

JANSON, J. et al. Atypical extraction of maxillary central incisors. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** v.138, n.4, p.510-7, 2010.

MCNEILL, R.W.; JOONDEPH, D.R. Congenitally absent maxillary lateral incisors: treatment planning considerations. **AngleOrthod**, v.43, p.24-9, 1973.

NORDQUIST, G.G.; MCNEILL, R.W. Orthodontics vs. restorative treatment of congenitally absent lateral incisors: long term periodontal and occlusal evaluation. **J Periodontol**, v.46, n.3, p.139-43, 1975.

SILVA FILHO, O.G. et al. Função canino desempenhada pelo pré-molar. **R Dental Press Ortodon Ortoped Facial**. v.11, n.3, p.32-40, 2006.

TAUSCHE, E.; HARZER, W. Treatment of a patient with class II malocclusion, impacted maxillary canine with a dilacerated root, and peg-shaped lateral incisors. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.133, n.5, p.762-70, 2008.

TWEED, C.H. The application of the principles of the Edwise arch in the treatment of class II, division 1 malocclusion: part II. **Angle Orthod** v.11, n.1, p.12-67, 1941.

ZACHRISSON, B.U. Improving orthodontic results in cases with maxillary incisors missing. **Am J Orthod**, v.73, p.274- 89, 1978.

Enviado em: abril de 2013.

Revisado e Aceito: maio de 2013.