



RODRIGO LENNON SANTOS SILVA

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM EXTRAÇÃO ATÍPICA DE
INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES**

Joinville

2020

RODRIGO LENNON SANTOS SILVA

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM EXTRAÇÃO ATÍPICA DE
INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES**

Artigo apresentado ao curso de
Especialização *Lato Sensu* da FACSETE,
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Me. Adriano Garcia
Bandeira

Joinville

2020



Artigo intitulado “**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM EXTRAÇÃO ATÍPICA DE INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES**”, de autoria do aluno **Rodrigo Lennon Santos Silva**.

Aprovado em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Danilo Pinelli Valarelli – ICOS/FACSETE Joinville

Prof. Me. Rogério Almeida Penhavel – FOB-USP/HRAC

Prof. Me. Adriano Garcia Bandeca – ICOS/FACSETE Joinville

Joinville 24 de janeiro 2020.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Rua Dr. João Colin, 2079, sala 201, Joinville/SC

Telefone (47) 3029-5620 – www.icosjoinville.com.br

RESUMO

O presente caso descreve o tratamento de uma má oclusão de Classe II completa bilateral com os incisivos centrais vestibularizados e protruídos apresentando sinais de reabsorção e anquilose dentária. O paciente apresentava dentes largos no sentido mesio-distal e as extrações dos incisivos centrais foram indicadas como conduta de tratamento seguido de fechamento de espaço, onde os incisivos laterais ocuparam lugar dos incisivos centrais, e os caninos dos incisivos laterais.

Palavras-chave: Má Oclusão de Angle Classe II; Anquilose; Extrações atípicas.

ABSTRACT

The present case describes the treatment of bilateral complete Class II malocclusion with protruded buccal central incisors showing signs of dental resorption and ankylosis. The patient had broad mesio-distal teeth and central incisor extractions were indicated as a treatment approach followed by space closure, where the lateral incisors took the place of the central incisors, and the lateral incisors canines.

Keywords: Angle Class II Malocclusion; Ankylosis; Atypical extractions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 RELATO DE CASO CLINICO	8
2.1 Objetivo	10
2.2 Alternativa de tratamento	10
2.3 Tratamento	10
3 DISCUSSÃO	14
4 CONCLUSÃO	16
REFERENCIAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão de classe II representa uma das situações mais comuns da prática ortodôntica, devido as suas características antiestéticas, apresenta-se em maior porcentagem dentre os pacientes que buscam tratamento ortodôntico (HENRIQUES, FREITAS et al. 1999)

Sua prevalência chega a 42% da população brasileira e presente em torno de 58% dos consultórios odontológicos(SILVA FILHO, 1989)

A Classe II pode caracterizar-se por prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, protrusão dento-alveolar superior e/ou retrusão dento-alveolar inferior.(J.M. 1975)

Na pratica ortodôntica convencional, o tratamento da má oclusão de Classe II pode envolver extrações de 4 pré-molares quando há discrepância cefalométrica e apinhamento, ou apenas 2 pré-molares quando não há discrepância e ausência de apinhamento no arco inferior.(JANSON, VALARELLI, et al. 2010)

Os pré-molares usualmente são os dentes rotineiramente extraídos, pois situa se na região mediana do arco dental, e há 2 em cada hemiarco.(CHUNG, CHOO et al. 2011) porem em determinadas situações, extrações atípicas tornam se necessárias e oportunas.

Dentre algumas situações atípicas, nos deparamos com dentes apresentando quadro de anquilose, que é a fusão do cimento radicular com o osso alveolar, que ocorre após quadro de luxação e avulsão dentaria. (ISAACSON, STRAUSS et al. 2001) e reabsorção dentaria, onde processos inflamatórios removem os cementoblastos da superfície, como traumatismos dentários acidentais, que podem romper vasos, assim como podem colocar em contato o dente com a superfície óssea alveolar. (A, 2011)

A extração de incisivos centrais superiores ainda é um tema pouco abordado na literatura e visto com resistência por muitos ortodontistas. A prática ortodôntica deve nortear-se sempre pela eficiência e existem diversas formas de tratamento já citadas na literatura para o ortodontista realizá-la de forma segura e eficaz. Neste caso, a extração dos incisivos centrais comprometidos e o fechamento de espaço com a migração dos adjacentes para sua posição poderia ser a solução.

Do ponto de vista ortodôntico, a ausência dos dentes anteriores proveria espaço suficiente para lingualizar e reduzir a projeção dos dentes adjacentes e

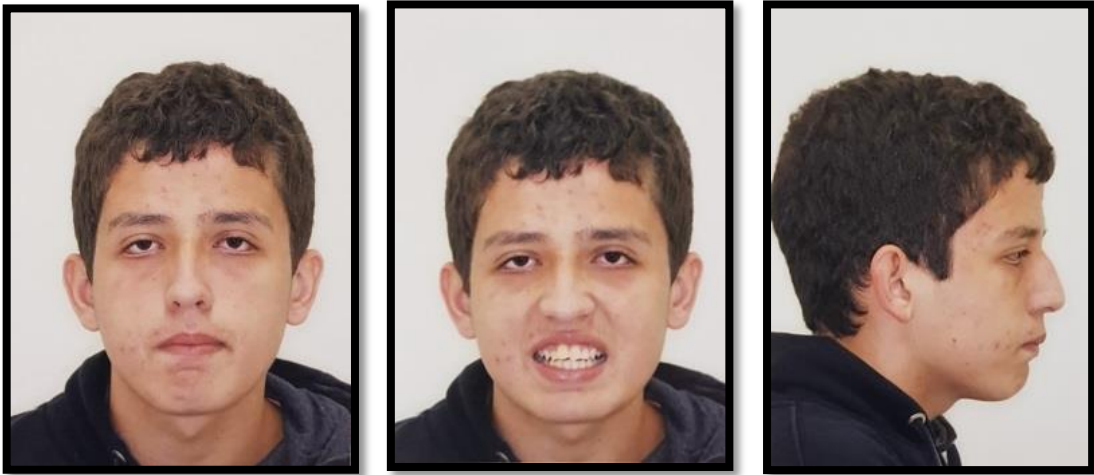
consequentemente melhora no trespasse horizontal sem termos a necessidade da extração de outros dentes sem comprometimento.(JANSON, VALARELLI et. al. 2010)

Essa conduta nos leva a posicionar os incisivos laterais superiores assumindo a função e estética dos incisivos centrais superiores, bem como caninos assumindo o papel dos incisivos laterais e pré-molares tomando posição dos caninos. A decisão desse tipo de conduta de tratamento depende de outros fatores como o tipo de má oclusão, tamanho mesio-distal dos dentes adjacentes e comprimento radicular (ZACHRISSON, 1978)

O objetivo deste artigo é apresentar uma alternativa de tratamento com extrações atípicas de incisivos centrais superiores anquilosados e reabsorvidos para correção da má oclusão de Classe II.

2 RELATO DE CASO CLINICO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 15 anos, procurou tratamento ortodôntico com queixa dos dentes “para frente”. Na avaliação facial constatou-se simetria facial, padrão mesocefálico, selamento labial ativo com enrugamento do músculo mental e perfil convexo.



No exame intrabucal foi constatado a presença de má oclusão de 3/4 classe II, com apinhamento ântero-superior, contenção fixa nos elementos 11 e 21. Relatou ter sofrido trauma na região anterior, avulsão total dos incisivos centrais superiores. O reimplante e tratamento endodôntico foram feitos, seguido de contenção fixa.



Foi solicitado o exame de tomografia e os mesmos apresentavam reabsorção externa devido ao reimplante dentário ocasionado pelo trauma



2.1 Objetivo

O objetivo do tratamento era reduzir a projeção dos incisivos e harmonia facial corrigindo a má oclusão de classe II com a exodontia dos incisivos centrais superiores e mesialização dos dentes adjacentes, bem como o correto posicionamento dos incisivos laterais que receberão tratamento estético e periodontal após a ortodontia.

2.2 Alternativa de tratamento

- Correção da má oclusão de classe II com propulsor mandibular, juntamente com a exodontia dos dentes lesionados e posterior reabilitação implante/prótese, porém, teríamos uma piora no perfil do paciente.

- Correção da má oclusão de classe II com a exodontia dos pre molares 14/24 e dos incisivos centrais lesionados. Finalizando em relação molar de classe II e caninos em classe I e posterior reabilitação implante/prótese na região dos incisivos centrais.

2.3 Tratamento

Na primeira fase do tratamento, foi realizada a colagem dos acessórios do aparelho fixo corretivo da marca comercial morelli™ prescrição Roth com slot 0,022"x0.028".



Inicialmente, foi dada a sequência para o alinhamento e nivelamento com os arcos de nitinol 0,014" e 0,016" , 0,018" e 0,020" aço inoxidável para planificação dos arcos, realizada a acentuação e reversão da curva de Spee. Posteriormente

evolução para arcos 0,016"x0,022" , 0,017"x0,025" e 0,019"x0,025" de aço inoxidável.



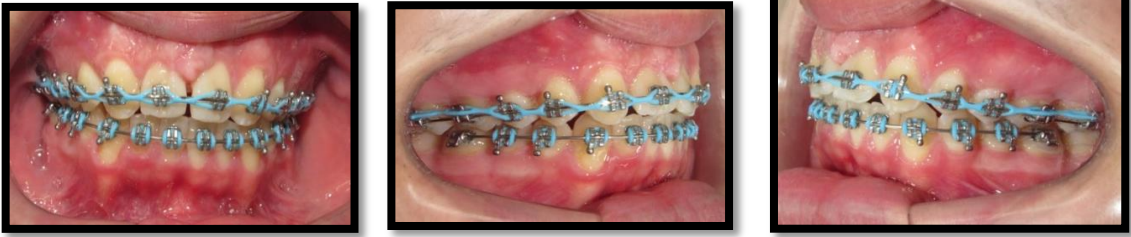
Foi realizado a exodontia dos dentes 11 e 21 utilizando a coroas dos dentes como provisórios e iniciado o fechamento dos espaços com elástico corrente @morelli força média segundo molar 17 até primeiro pre molar 24, e elástico intermaxilar de classe III 3/16 força media por volta de 250g para mesialização dos elementos superiores do lado direito.



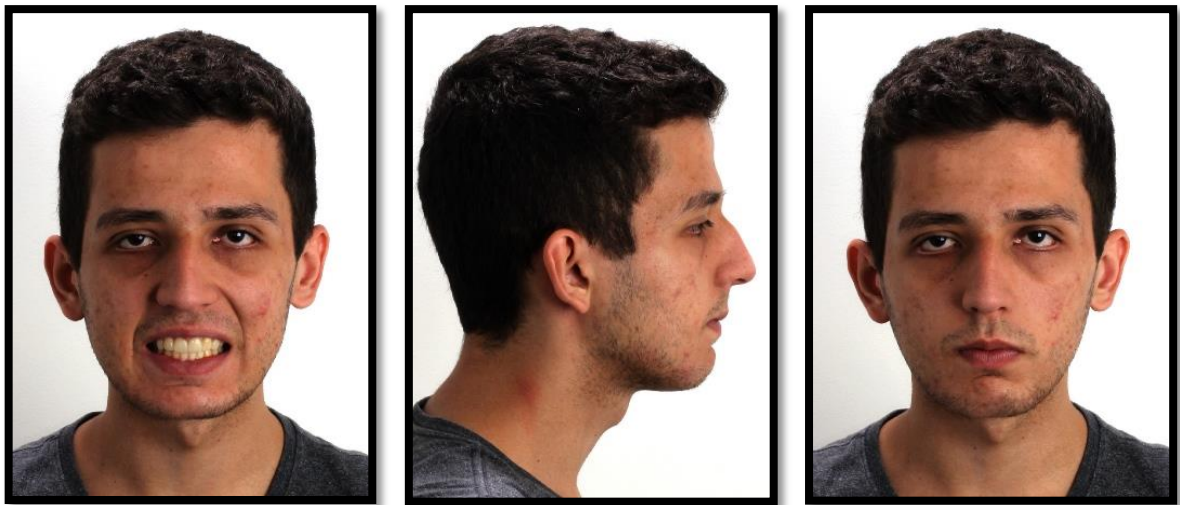
Após um ano de tratamento os incisivos laterais superiores foram aumentados e um dente de estoque foi removido.



O paciente foi encaminhado para a periodontia, para que fosse submetido a uma plastia gengival na região anterior de maxila. Em seguida para finalização foi aplicado torque vestibular de coroa nos elementos 23 e 13, para uma melhora na estética do paciente, em uma posterior reanatomização.



Na remoção foi usado contenção fixa 3x3 inferior e hawley superior e o paciente foi encaminhado para a reanatomização dos elementos anteriores.





3 DISCUSSÃO

Na prática ortodôntica convencional, o tratamento da má oclusão de Classe II pode envolver extrações de 4 pré molares quando há discrepância cefalométrica e apinhamento, ou apenas 2 pré molares quando não há discrepância e ausência de apinhamento no arco inferior (JANSON; VALARELLI, et al. 2010)

Os pré molares usualmente são os dentes rotineiramente extraídos, pois situa-se na região mediana do arco dental, e há 2 em cada hemiarco.(CHUNG, CHOO et al. 2011)

Contudo, este paciente apresentava os incisivos centrais anquilosados e com reabsorção externa detectadas em tomografia. O ideal para movimentação dos incisivos laterais tomarem a posição dos incisivos centrais é que os mesmos possuam a largura mesio-distal maior que 6,5mm que é a média habitual e bom comprimento radicular.(MCNEILL; JOONDEPH 1973)

A maior dificuldade em relação a exodontia de dentes anquilosados é o possível defeito ósseo e gengival que pode ser gerado posterior ao procedimento.(MALMGREN, CVEK et al. 1984)

A movimentação dentária para o sítio de extração pode ser favorável a neoformação óssea. Ocorrera aposição óssea quando forças suaves a serem exercidas durante a mecânica de fechamento dos espaços para região onde foi realizada a exodontia (SPEAR, MATHEWS et al. 1997)

Quando o pré-molar substitui o canino, eles devem parecer e fazer a função de canino. A função guia canina não é obtida tão facilmente quando colocamos o pré-molar no seu lugar. O resultado das forças geradas pelo movimento de lateralidade é deslocado sobre o primeiro pré-molar ou distribuído por função em grupo (TUVERSON. 1970; MCNEILL; JOONDEPH. 1973; NORDQUIST; MCNEILL, 1975)

Essas características e a necessidade de estética anterior nos levaram a opção de extração dos incisivos centrais, fechando os espaços, substituindo os incisivos centrais pelos incisivos laterais. Essa opção mantém assim o paciente com os dentes naturais reanatomizados. Levando em consideração outro agravante que ao utilizar implantes na região das agenesias de incisivos laterais em pacientes jovens, há maior risco de ocorrer uma infra oclusão progressiva, em virtude da irrupção contínua dos dentes adjacentes. Mesmo em adultos, observa-se um

diferente comportamento da prótese sobre implante, pois a coroa protética se tornará mais infra ocluída e protruída quando comparada aos dentes adjacentes.(THILANDER, 2008; ROSA; ZACHRISSON, 2010)

Nesse caso a extração dos incisivos centrais e o fechamento dos espaços foram realizados uma gengivectomia para correção ao máximo do contorno gengival e reconstrução coronária restabelecendo boa parte da estética e função da oclusão, podendo assim manter os dentes na arcada dando uma sobrevida maior para o paciente, evitando assim que o mesmo necessite de reabilitação após a finalização da ortodontia.(SPEAR, MATHEWS, et al. 1997)

O foco do tratamento foi restabelecer a estética e função mastigatória sem a necessidade de reabilitação com implantes no final do tratamento ortodôntico.

4 CONCLUSÃO

A extração de incisivos centrais no tratamento ortodôntico não é um protocolo usado corriqueiramente na ortodontia. Porém, o paciente em questão, apresentava anquilose e reabsorção externa dos incisivos centrais superiores, levando a extração dos mesmos. E a correção do overjet, em decorrência da classe II, com as extrações anteriores preservou estrutura dentária própria do paciente evitando futura reabilitação com implantes.

REFERENCIAS

CHUNG, Kyu-Rhim et al. Atypical orthodontic extraction pattern managed by differential en-masse retraction against a temporary skeletal anchorage device in the treatment of bimaxillary protrusion. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics**, v. 140, n. 3, p. 423-432, 2011.

CONSOLARO, Alberto. O conceito de reabsorções dentárias ou As reabsorções dentárias não são multifatoriais, nem complexas, controvertidas ou polêmicas! **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 16, n. 4, p. 19-24, 2011.

HENRIQUES, José Fernando Castanha; FREITAS, Marcos Roberto de; HAYASAKI, Sandra Márcia. Principais indicações e efeitos da ancoragem extrabucal occipital (IHG) no tratamento de jovens com má oclusão de Classe II, 1a. divisão de Angle: apresentação de um caso clínico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 4, n. 2, p. 33-37, 1999.

ISAACSON, Robert J. et al. Moving an ankylosed central incisor using orthodontics, surgery and distraction osteogenesis. **The Angle Orthodontist**, v. 71, n. 5, p. 411-418, 2001.

JANSON, Guilherme et al. Atypical extraction of maxillary central incisors. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics**, v. 138, n. 4, p. 510-517, 2010.

MALMGREN, BARBRO et al. Surgical treatment of ankylosed and infrapositioned reimplemented incisors in adolescents. **European Journal of Oral Sciences**, v. 92, n. 5, p. 391-399, 1984.

MCNEILL, R. William; JOONDEPH, DONALD R. Congenitally absent maxillary lateral incisors: treatment planning considerations. **The Angle Orthodontist**, v. 43, n. 1, p. 24-29, 1973.

NORDQUIST, Gary G.; MCNEILL, R. William. Orthodontic vs. restorative treatment of the congenitally absent lateral incisor—long term periodontal and occlusal evaluation. **Journal of Periodontology**, v. 46, n. 3, p. 139-143, 1975.

ROSA, Marco; ZACHRISSON, Björn U. The space-closure alternative for missing maxillary lateral incisors: an update. **Journal of clinical orthodontics: JCO**, v. 44, n. 9, p. 540-9; quiz 561, 2010.

SILVA FILHO, Omar Gabriel da; FREITAS, Simone Fonseca de; CAVASSAN, Arlete de Oliveira. Oclusão: escolares de Bauru-prevalência de oclusão normal e má oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 43, n. 6, p. 287-90, 1989.

SPEAR, Frank M.; MATHEZUS, David M.; KOKICH, Vincent G. Interdisciplinary management of single-tooth implants. In: **Seminars in Orthodontics**. WB Saunders, 1997. p. 45-72.

THILANDER, B. Orthodontic space closure versus implant placement in subjects with missing teeth. **Journal of oral rehabilitation**, v. 35, p. 64-71, 2008.

ZACHRISSON, Björn U. Improving orthodontic results in cases with maxillary incisors missing. **American journal of orthodontics**, v. 73, n. 3, p. 274-289, 1978.