



**DANIELA PATRÍCIA BARRETO GOMES LIMA**

**ERUPÇÃO ECTÓPICA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES INDUZIDA PELA  
PRESENÇA DE MESIODENS NA DENTADURA MISTA**

**PORTO VELHO/RO  
2020**

**DANIELA PATRICIA BARRETO GOMES LIMA**

**ERUPÇÃO ECTÓPICA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES INDUZIDA PELA  
PRESENÇA DE MESIODENS NA DENTADURA MISTA**

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

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof.Dr. Fabricio Pinelli Valarelli

Co-orientador (a): Prof. Roberta Francisca M. de Castro

**PORTO VELHO/RO  
2020**



Artigo intitulado “ERUPÇÃO ECTÓPICA DE INCISIVOS LATERAIS SUPERIORES INDUZIDA PELA PRESENÇA DE MESIODENS NA DENTADURA MISTA” de autoria da aluna Daniela Patrícia Barreto Gomes Lima, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

**Prof. Dr. Dino Lopes de Almeida**  
**Centro Universitário São Lucas – PVH/RO**

---

**Prof. Dr. Fabrício Valarelli**  
**FACSET- SOEP- PVH/RO**

---

**Prof. Me. Carolina Nazif Rasul**  
**FACSET- SOEP- PVH/RO**

**Porto Velho/RO, 24 de Janeiro de 2020.**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao nosso Senhor Deus, o criador de tudo, por sempre está ao meu lado me abençoando.

Ao meu amado esposo, Rodrigo, por acreditar sempre em mim, no meu potencial. Aos meus filhos Anna Cláudia e Rodrigo Júnior, de apenas 9 meses e quem chegou durante o curso de especialização, perdão pelo tempo que não pude está presente.

Aos meus pais, que me criaram com humildade e honestidade sempre me incentivando para que eu possa estar concluindo mais uma etapa da minha vida.

Aos meus queridos irmãos, sobrinhas, cunhados, sogro e sogra, por sempre estarem torcendo pelo meu sucesso.

Ao Prof. Dr. Fabricio Pinelli Valarelli e à Prof<sup>a</sup> Me. Juliana Curi, pelas orientações e ensinamentos dispensados ao longo desses anos que foram essenciais para minha formação profissional.

A minha co-orientadora Prof<sup>a</sup>. Roberta Francisca M. de Castro, pelas orientações e atenção dedicada para que este artigo fosse concluído.

A todos os professores do curso, por semearem conhecimento, vocês nos motivaram a sermos cada dia melhores.

Aos meus colegas de turma, é uma imensa felicidade poder compartilhar esse tempo com vocês, tornamo-nos grandes amigos.

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, gratidão!.

## **RESUMO**

O mesiodens pode ser determinado como o supranumerário mais frequente na arcada dentária, localizado na região anterior da maxila entre os incisivos centrais superiores tem predileção pelo gênero masculino. O diagnóstico pode ser realizado através de exame clínico e radiográfico e o tratamento geralmente inclui uma exodontia e posteriormente o uso de aparelho ortodôntico. O presente trabalho descreve o tratamento clínico ortodôntico de uma paciente de 12 anos que apresentava um mesiodens na dentadura mista e má oclusão de Classe I com presença de apinhamento dentário, diastema e erupção ectópica de incisivos laterais superiores na região anterior do palato. O resultado do tratamento foi satisfatório, a má oclusão estabelecida inicialmente foi corrigida e a paciente alcançou um ótimo alinhamento dos dentes erupcionados ectopicamente, desta forma a harmonia do sorriso e a estética facial foram recuperados.

Descritores: Dente Supranumerário. Erupção Ectópica de Dente. Máoclusão.

## **ABSTRACT**

Mesiodens can be determined as the most frequent supernumerary in the dental arch, located in the anterior maxilla between the maxillary central incisors. Diagnosis can be made by clinical and radiographic examination and treatment usually includes tooth extraction and later use of orthodontic braces. The present study describes the orthodontic clinical treatment of a 12-year-old female patient with mixed dentition mesiodens and class I malocclusion with dental crowding, diastema and ectopic eruption of upper lateral incisors in the anterior palate. The outcome of the treatment was satisfactory, the initially established malocclusion was corrected and the patient achieved optimal alignment of the ectopically erupted teeth, thus the smile and facial aesthetics were recovered.

Key Words: Tooth, Supernumerary. Tooth Eruption, Ectopic. Malocclusion.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Figuras Extrabucais Iniciais	10
Figura 2 – Figuras Intrabucais Iniciais	11
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial	11
Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral Inicial	12
Figura 5 – Figuras Intrabucais após a instalação dos acessórios ortodônticos	13
Figura 6 – Figuras Intrabucais mostrando o reposicionamento do dente 12	14
Figura 7 – Figuras Intrabucais mostrando o reposicionamento do dente 22	14
Figura 8 – Figuras Intrabucais mostrando o uso de elásticos intermaxilares	15
Figura 9 – Figuras intrabucais finais	15
Figura 10 – Radiografia Panorâmica Final	16
Figura 11 – Telerradiografia em norma lateral Final	17
Figura 12 - Figuras Extrabucais finais após o término do tratamento	17
Figura 13 - Sobreposições Craniofaciais dos traçados inicial e final	20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Variáveis Cefalométricas

19

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	08
2 – DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	10
2.1 – Possibilidades Terapêuticas	12
2.2 – Tratamento	13
2.3 – Resultados	18
3 – DISCUSSÃO	21
4 – CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	25



## 1 - INTRODUÇÃO

Hiperdontia é um termo que se refere ao desenvolvimento de dentes supranumerários, anomalias que excedem o número normal, ocorrem raramente na dentadura decídua e predominantemente na permanente. De todas as regiões da arcada dentária a região superior anterior é a considerada de maior incidência em aproximadamente 90%, essa anomalia tem predileção pelo gênero masculino, na proporção de 2:1 aproximadamente (1-5).

O mesiodens é o tipo mais freqüente de supranumerário, a prevalência em geral varia entre 0,15% e 1,9% na dentadura definitiva, localizado entre os incisivos centrais superiores, sua forma mais comum é conóide com raiz curta e na maioria dos casos estão impactados, podem ser únicos ou múltiplos, unilateral ou bilateral. O surgimento dessa anomalia pode gerar várias complicações na cavidade bucal, como má oclusão, atraso na erupção, apinhamento dentário, espaçamento, erupção ectópica, impacção dos incisivos permanentes, rotações, inclinações, deslocamento dental, diastemas, cistos, tumores odontogênicos, infecção intra-oral, reabsorção da raiz de dentes adjacentes, entre outros que afetam e compromete a função e a estética (2, 5-11).

A etiologia desta anormalidade não está ainda claramente estabelecida sendo muito discutida em várias teorias, existem autores que acreditam no processo filogenético do atavismo no qual os dentes em excesso seriam uma recuperação dos dentes suprimidos no processo da evolução do ser humano (1). Outra teoria atualmente a mais aceitável refere-se à hiperatividade da lâmina dental, que é um aumento na lâmina dental, entretanto existem alguns autores que citam a hereditariedade como outro fator etiológico devido à presença de mesiodens em membros da mesma família (2).

Quanto mais cedo realizado o diagnóstico melhor será o prognóstico, o que auxilia na resolução de problemas complexos e de difícil solução para o desenvolvimento correto da oclusão na dentadura permanente (2). O diagnóstico pode ser realizado através de exame clínico e radiográfico sendo a radiografia panorâmica o exame de escolha para a avaliação da presença, localização e quantidade de dentes supranumerários. Geralmente o tratamento é cirúrgico, no entanto existem opiniões divergentes em relação ao momento ideal da intervenção

cirúrgica, portanto, esta intervenção vai depender do tipo, da posição e do dano possivelmente causado em um dente adjacente. Sendo assim a exodontia é indicada em situações em que a erupção de outro dente é impedida pela presença do supranumerário, associado com patologias, reabsorções em raízes adjacentes ou ainda quando ele interfere na estética ou no tratamento ortodôntico (1, 4).

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico ortodôntico do tratamento realizado de má oclusão de classe I com erupção ectópica de incisivos laterais superiores induzida pela presença de mesiodens na dentadura mista. Será descrito uma forma de tratar essa má oclusão apresentada por um arco dentário desequilibrado em função e estética devido à presença de um mesiodens, no qual o mesmo foi removido a fim de corrigir a má oclusão, assim como possibilitar o reposicionamento correto dos incisivos laterais superiores que se encontravam na região anterior palatina.

## 2 - DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.T.S.S, 12 anos, leucoderma, gênero feminino, apresentou-se para tratamento na clínica ortodôntica com queixa principal “Dentes tortos”. No exame extrabucal, observou-se boa harmonia dos terços faciais, perfil reto e selamento labial passivo. (Fig. 1A-C)



FIGURA 1 (A-C) – Fotos Extrabucais Iniciais

Na análise intrabucal verificou-se que a paciente encontrava-se na dentadura mista e diagnosticou-se uma má oclusão de chave de molar em Classe I, trespasse vertical de 3 mm, trespasse horizontal de 2 mm, tecidos bucais em condições de normalidade, presença de mesiodens e mordida cruzada anterior na região do canino inferior esquerdo. Observou-se que os incisivos laterais superiores sofreram uma erupção ectópica e se encontravam na região palatina em relação aos incisivos centrais superiores, assim como um apinhamento suave ântero-inferior. A linha média dentária superior não era coincidente com o plano sagital mediano devido à presença do mesiodens, já a linha média dentária inferior coincida com o plano sagital mediano. (Fig. 2 A-E)



Figura 2A

Figura 2B

Figura 2C



Figura 2D

Figura 2E

FIGURA 2 (A-E) – Fotos Intrabucais Iniciais

Na radiografia panorâmica inicial características de normalidades das estruturas dentoalveolares foram observadas, a paciente encontrava-se na dentadura mista em transição para a permanente e foi possível confirmar o posicionamento do mesiodens. Verificou-se, ainda, lesão de cárie nos elementos 36 e 46 e a presença dos terceiros molares em desenvolvimento. (Fig.3)



FIGURA 3 - Radiografia Panorâmica Inicial

Na telerradiografia inicial, identificou-se um padrão facial mesocefálico, perfil reto e condição de normalidade das vias aéreas superiores. (Fig. 4)



FIGURA 4 –Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento.

Após as avaliações clínicas e radiográficas, obtiveram-se informações necessárias para a definição do diagnóstico e possível tratamento apresentado a seguir.

## **2.1 - POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Diante ao quadro clínico apresentado as possibilidades terapêuticas a serem seguidas para tratar o paciente foram às seguintes:

a) Tratamento com aparelho ortodôntico fixo e exodontias dos dentes decíduos e mesiodens, reposicionamento dos incisivos laterais superiores que se encontravam palatinizados.

b) Exodontia do mesiodens e expansão Rápida de Maxila com aparelho ortopédico disjuntor Hyrax e posteriormente instalação de aparelho ortodôntico fixo.

Descartou-se a segunda possibilidade terapêutica com o uso do disjuntor Hyrax tanto pelo custo do aparelho ortopédico quanto pelo tempo de tratamento e resultado final semelhante.

Após analisar as duas opções sugeridas, os responsáveis pela paciente concordaram com o primeiro plano de tratamento proposto, no qual o prognóstico seria favorável.

## 2.2 - TRATAMENTO

Inicialmente foi realizada a exodontia do mesiodens e instalados no arco superior os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot .022"x.030". Nas fases de alinhamento e nivelamento, foram utilizadas a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .012", .014", .016", .018", 016"x.022", 019"x.025". Instalou-se uma mola aberta entre os elementos 11 e 13 a fim de iniciar a abertura de um espaço necessário para o reposicionamento do dente 12 e uma mola fechada entre os elementos 21 e 24. (Fig. 5A-C)



Figura 5A

Figura 5B

Figura 5C

FIGURA 5 (A-C) – Fotos Intrabucais após a instalação dos acessórios ortodônticos.

Posteriormente, foram instalados os acessórios ortodônticos no arco inferior, colagem dos braquetes em posição invertida nos dentes 12 e 22, e após a obtenção do espaço necessário deu-se o início o reposicionamento do elemento 12 realizado

com a mecânica fio sobre fio, 0,16" niti e 0.12" niti em conjunto com a mola fechada para manter o espaço adquirido até o correto posicionamento do dente 12 no arco dentário superior. (Fig. 6A-C)



Figura 6A

Figura 6B

Figura 6C

FIGURA 6 (A-C) – Fotos Intrabucais mostrando o reposicionamento do elemento 12 com a mecânica fio sobre fio.

No decorrer do tratamento foi necessário desocluir a mordida da paciente sendo confeccionado levantes oclusais em resina nos dentes 36 e 46, após 3 meses o elemento 12 já estava bem posicionado no arco dentário superior e então foi iniciado o reposicionamento do dente 22 utilizando a mesma mecânica descrita anteriormente. (Fig.7A-C)



Figura 7A

Figura 7B

Figura 7C

FIGURA 7 (A-C) – Fotos Intrabucais mostrando o reposicionamento do elemento 22 com a mecânica fio sobre fio.

Após o correto posicionamento dos incisivos laterais superiores foram removidos os levantes oclusais dando continuidade ao alinhamento e nivelamento dos arcos dentários e quando finalizado iniciou-se o fechamento dos espaços. Nesta fase do tratamento foi necessário utilizar o elástico de classe II do lado direito e de intercuspidação do lado esquerdo.



Figura 8A

Figura 8B

Figura 8C

FIGURA 8 (A-C) - Fotos Intrabucais mostrando o fechamento dos espaços e uso de elásticos intermaxilares.

O tempo total de tratamento ortodôntico foram 26 meses. Após a correção da má oclusão, foi realizada a remoção do aparelho ortodôntico e instaladas as contenções, a placa de Hawley no arco superior e a 3X3 no arco inferior. Recomendou-se, também, a utilização da placa de contenção superior 24 horas por dia, durante 12 meses, e uso noturno após esse período, totalizando 24 meses de uso, já a contenção inferior foi recomendada o uso por tempo indeterminado. (Fig. 9A-E)



Figura 9A

Figura 9B

Figura 9C



Figura 9D

Figura 9E

FIGURA 9 (A-E) - Fotos Intrabucais Finais.



Finalizado o tratamento, pôde-se observar através da panorâmica final que as raízes não sofreram grande reabsorção radicular, também, verificou-se a presença dos terceiros molares em desenvolvimento sem espaço para erupção, assim como uma extensa lesão de origem endodôntica no elemento 46 decorrente da lesão cariiosa existente no início do tratamento. Durante o tratamento ortodôntico a paciente apresentou uma fístula neste dente sendo então encaminhada para realizar um tratamento endodôntico, entretanto, como pode ser visto nesta radiografia esse tratamento não foi realizado, atualmente o responsável da paciente encontra-se ciente que se deve tratar essa lesão apical instalada. (Fig. 10)



FIGURA 10 – Radiografia Panorâmica Final

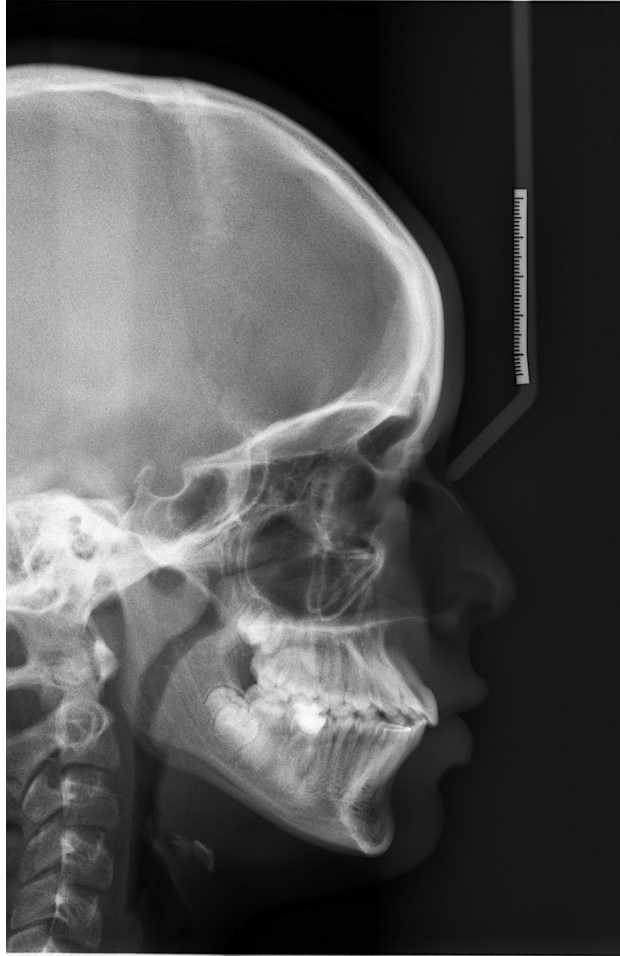


FIGURA 11 – Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento.

Ao final do tratamento, com uso dos recursos ortodônticos, alcançou-se a correção da má oclusão e a recuperação da estética e da harmonia do sorriso da paciente. (Fig. 12A-C)



Figura 12A

Figura 12B

Figura 12C

FIGURA 12(A-C) – Fotos Extrabucais Finais

## 2.3 - RESULTADOS

Para obtenção dos resultados, utilizou-se o programa Dolphin® comparando as telerradiografias inicial e final. (Tabela 1).

Observou-se através das análises cefalométricas inicial e final que ocorreram significativos efeitos esqueléticos constatados na tabela 1 como o crescimento ósseo tanto da maxila (4.7mm) quanto o da mandíbula (8.2mm).

Na análise das alterações (Tabela 1), foi possível constatar, que houve uma protrusão maxilar e retrusão mandibular o que fez zerar o grau de discrepância que havia inicialmente entre a maxila e mandíbula ANB° de (-2.2° para 0°), assim como um aumento na AFAI em 5.4mm. (Tabela 1)

Em relação ao componente dentoalveolar superior averiguou-se que ocorreu suave vestibularização dos incisivos superiores (1.9°) associada a uma suave extrusão (2.6mm), já, no molar superior, foi observada uma mesioinclinação com extrusão (2.0mm). Conforme observado na Tabela 1.

Já no componente dentoalveolar inferior, os incisivos inferiores sofreram uma acentuada protrusão (5,9°) associada a uma suave extrusão (2.4mm) e o molar inferior sofreu uma significativa mesioangulação (7.3°).

Nas modificações dentárias, pôde-se perceber que ocorreu uma pequena diminuição na sobressaliência de apenas (0,5mm), e uma maior diferença na sobremordida (1.8mm) inicialmente de (3.2mm) para (1.4mm). (Tabela 1)

No componente perfil tegumentar as alterações foram insignificativas o que conseqüentemente não modificou as características clínicas iniciais da paciente. (Figura 12)

<b>Componente Maxilar</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
SNA (°)	73.2	75.1
Co-A (mm)	64.9	69.6
<b>Componente Mandibular</b>		
SNB (°)	75.4	75.1
Co-Gn (mm)	90.6	98.8
<b>Relação entre Maxila e Mandíbula</b>		
ANB (°)	-2.2	0.0
Wits (mm)	-3.4	-2.5
<b>Componente Vertical</b>		
FMA (°)	25.7	25.2
SN.GoGn (°)	33.7	34.3
SN.ocl (°)	15.1	19.9
AFAI (mm)	54.8	60.2
<b>Componente Dentoalveolar Superior</b>		
IS.PP (°)	34.3	35.4
IS - NA (mm)	9.3	9.8
IS - PP (mm)	24.5	27.1
MS - PT Vertical (mm)	11.7	15.1
MS - PP (mm)	16.6	18.6
MS- SN (°)	62.1	69.4
<b>Componente Dentoalveolar Inferior</b>		
II - NB (mm)	2.4	8.3
II- GoMe (mm)	33.4	35.8
MI - Sínfise (mm)	16.4	16.3
MI - GoMe (mm)	23.9	26.8
MI. GoMe (°)	62.1	69.4
<b>Relação Dentária</b>		
Sobressaliência (mm)	3.5	3.0
Sobremordida (mm)	3.2	1.4
<b>Perfil Tegumentar</b>		
LI- Linha E (mm)	0.8	1.5
LS- Linha E (mm)	0.5	0.7
ANL = Ângulo Nasolabial (°)	107.8	108.3

Tabela 1– Variáveis Cefalométricas.

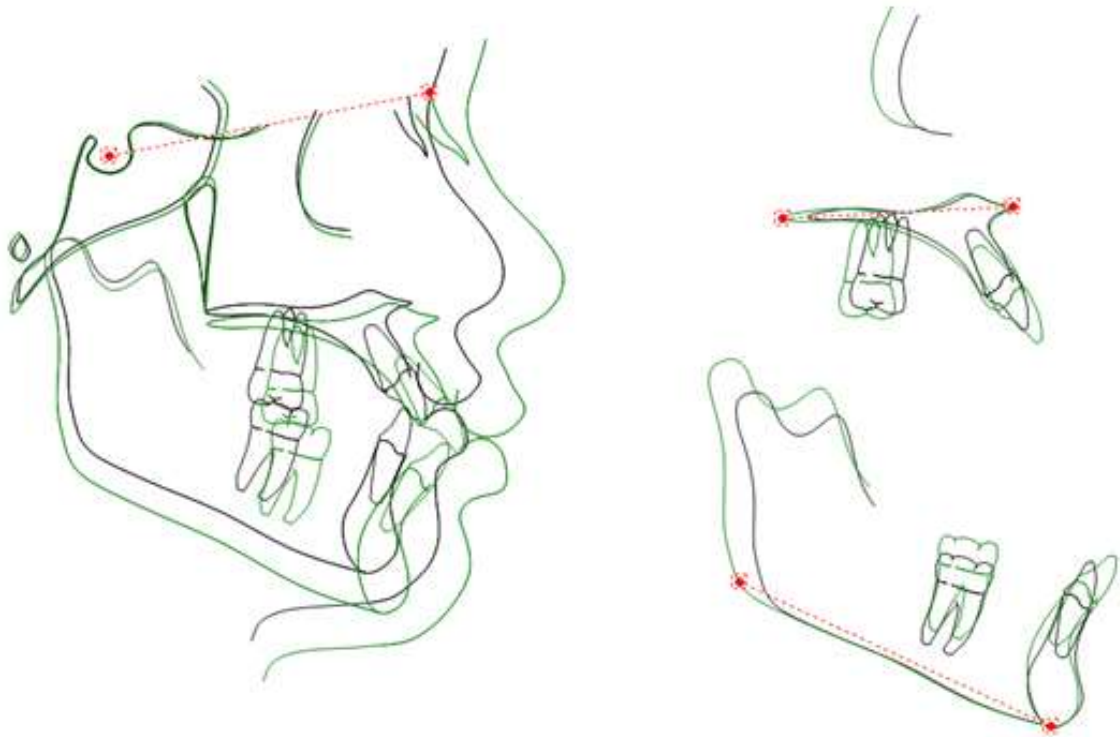


Figura 13 – (A) Sobreposições Craniofaciais dos traçados inicial e final.

### 3 - DISCUSSÃO

Evidenciando as consequências que a presença de um supranumerário pode gerar na cavidade bucal, neste presente caso clínico foi possível constatar a presença de um mesiodens na região anterior da maxila o que ocasionou nesta paciente um diastema interincisivo entre os elementos 11 e 21, apinhamento dentário, mordida cruzada anterior na região do canino inferior esquerdo, estética comprometida e conseqüentemente a erupção ectópica dos incisivos laterais superiores na região palatina. Alguns autores enfatizam que a presença de dentes supranumerários pode causar reabsorções radiculares em dentes adjacentes, retenção de dentes permanentes, mordidas cruzadas, apinhamentos dentários, diastemas, erupção na cavidade nasal e até formação de cisto primordial ou folicular (12). Em outro artigo citam que os supranumerários estão localizados na maioria dos casos na região da anterior da maxila e podem causar várias consequências como apinhamentos dentários, retardo na erupção de dentes, diastemas, estabelecerem disfunção oclusais o que prejudica a função e a estética (9).

Foi possível observar neste caso clínico a presença de apenas um mesiodens já erupcionado de forma semelhante a um incisivo central em tamanho reduzido. De acordo com as características anatômicas relatadas nos artigos citados os autores pesquisados descrevem que o mesiodens apresenta variação de forma e tamanho, geralmente se apresentam micro-dônticos, desde a semelhante incisivo central até um pequeno dente conóide, podendo ser único ou em par e quando o mesmo se encontra impactado pode estar invertido com a raiz voltada para a maxila (13, 14).

No presente trabalho o mesiodens acometeu uma paciente do gênero feminino, o mesmo já se encontrava erupcionado e foi diagnosticado em um exame clínico. Sendo assim este caso clínico diverge da maioria dos estudos em relação ao gênero, em que o mesiodens ocorre com mais frequência no masculino do que no feminino em uma taxa de proporção aproximadamente 2:1 e quando não irrompidos e assintomáticos podem ser diagnosticados em um exame radiográfico de rotina (15).

Em relação à etiologia do mesiodens neste caso apresentado foi descartada a hipótese de hereditariedade, pois, durante a anamnese não foi informado pelo seu

responsável nenhum caso de supranumerário na família nem algum problema sistêmico relatado nesta paciente. Na literatura diversas teorias são descritas em relação à etiologia dos dentes supranumerários, alguns autores sintetizaram as teorias em regressão filogenética, como hiperatividade da lâmina dental, ocorrência de trauma sobre o folículo dental, enfermidades sistêmicas e anomalias de desenvolvimento (16). Existe pouca informação sobre a genética da hiperdontia, entretanto vários casos indicam um padrão de herança autossômico dominante com penetração incompleta, podendo haver ainda a influência de fatores ambientais (17, 18).

Neste caso clínico não foi possível realizar um tratamento precoce visto que, o atendimento a esta paciente se deu apenas quando a mesma já se encontrava com o supranumerário erupcionado, o que estabeleceu a sua má oclusão. Em outros artigos os autores afirmam que o melhor tratamento para as más oclusões é aquele que se realiza precocemente a fim de propiciar um ambiente dentofacial mais favorável, guiando e controlando a erupção dos dentes para posições normais nas arcadas dentárias, reduzindo bastante as discrepâncias esqueléticas por meio do redirecionamento do crescimento facial, minimizando ou até mesmo eliminando a necessidade de tratamentos complexos da dentadura permanente. Em relação ao tratamento do mesiodens quando o mesmo encontra-se em erupção ou erupcionado o tratamento é a remoção cirúrgica, portanto, é indicado que quanto mais cedo o dente supranumerário ofensivo for extraído, melhor será o prognóstico (19).

Semelhante a outros estudos, este caso exposto comprova que o mesiodens que já havia erupcionado causou uma série de problemas na cavidade bucal desta paciente, como a erupção ectópica dos incisivos laterais superiores, diastema interincisal, mordida cruzada anterior na região do canino inferior esquerdo, apinhamento dental, deslocamento dos dentes adjacentes, função e estética comprometida. Diante disso, foi necessário a exodontia desse supranumerário seguido por tratamento ortodôntico, aparelho fixo prescrição (Roth, Slot.0.22"x.0,30"), afim de realizar o alinhamento e nivelamento dos dentes assim como o correto reposicionamento dos incisivos laterais superiores que erupcionaram ectopicamente na região do palato. Em concordância com outro estudo em que foi realizada uma pesquisa que envolveu 55 crianças abaixo de 14 anos os pesquisadores realizaram o diagnóstico de forma clínica e radiográfica com posterior remoção cirúrgica (7).

Em casos que apresentam os incisivos laterais palatinizados pode ser difícil alcançar uma correção radicular com estabilidade, pois, há um risco em movimentar apenas a coroa para vestibular deixando a raiz palatinizada. Com o intuito de realizar um torque vestibular na raiz dos dentes 12 e 22, foram realizadas colagens diferenciadas, que consistiram na inversão dos braquetes de prescrição (Roth, Slot.0.22"x.0,30"). Essa manobra ortodôntica mantém a angulação e modifica o torque de coroa do incisivo lateral superior de  $+8^\circ$  para  $-8^\circ$  nesta prescrição, já no aparelho pré-ajustado MBT o torque é alterado de  $+10^\circ$  para  $-10^\circ$ . A finalidade dessa manobra é de movimentar a raiz para vestibular sem a necessidade de realizar torques nos arcos para a finalização do tratamento, com isso se estabelecerá uma posição do elemento dentário estável anatomicamente o que evitará possível recidiva. (1, 20).

Com objetivo de avaliar os resultados, utilizando o programa Dolphin®, foram realizadas análises comparativas cefalométricas inicial e final, observou-se que a paciente se encontrava na fase do surto de crescimento, pois iniciou o tratamento ortodôntico aos 12 anos. Sendo assim foi possível constatar que ocorreram significativos efeitos esqueléticos como o crescimento ósseo da maxila (4.7mm) como também da mandíbula (8.2mm), diante disso o uso do aparelho ortodôntico pode ter auxiliado no direcionamento desse crescimento.

Em decorrência do crescimento da paciente também foi constatado que os incisivos inferiores sofreram uma acentuada protrusão ( $5,9^\circ$ ) associada a uma suave extrusão (2.4mm) e o molar inferior sofreu uma significativa mesioangulação ( $7.3^\circ$ ).



#### **4 - CONCLUSÃO**

O tratamento com o aparelho ortodôntico fixo para correção da má oclusão de classe I com erupção ectópica de incisivos laterais superiores induzida pela presença de mesiodens na dentadura mista obteve um resultado final satisfatório, a má oclusão estabelecida inicialmente foi corrigida e a paciente alcançou um ótimo alinhamento dos dentes erupcionados ectopicamente, desta forma a harmonia do sorriso e a estética facial foram recuperados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pereira CA, Almeida DL, Paccini JVC, Cançado RH, Freitas KMS, Valarelli FP. Tratamento Ortodôntico com extração do Mesiodens - Relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*. 2016; 15(3):57-62.
2. Marchetti G, Oliveira RV. Mesiodens-dentes supranumerários: diagnóstico, causas e tratamento. *Revista UNINGÁ Review*. 2015;24(1):19-23.
3. Cunha TdMA, Ikuta SN, Giublin LGS, Guariza-Filho O, Tanaka O. Aspectos singulares no tratamento ortodôntico do mesiodens. *Rev clín ortodon Dental Press*. 2009;8(4):77-83.
4. Bezerra PKM, Bezerra PM, Cavalcanti AL. Dentes supranumerários: revisão da literatura e relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2007;6(3):349-56.
5. Dias FA, dos Santos LL, de Almeida MR, Conti ACdCF, Oltramari PVP, Fernandes TMF, et al. Supranumerário: a Importância do Tratamento Ortodôntico Precoce. *Journal of Health Sciences*. 2019;21(2):112-4.
6. Castilho JB, Guirado CG, de Araújo Magnani MBB. Dentes supranumerários: revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 1997;2(2).
7. Ramesh K, Venkataraghavan K, Kunjappan S, Ramesh M. Mesiodens: A clinical and radiographic study of 82 teeth in 55 children below 14 years. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*. 2013;5(Suppl 1):S60.
8. Rocha SdCC, Vidigal BL, Pereira AC, Fonseca MS, Manzi FR. Etiologia, Diagnóstico e Tratamento do Mesiodens—Relato de Caso Clínico Atípico. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*. 2012;8(2):49-54.
9. Rosa RF, de Lucena Lacerda MC, de Oliveira LA, de Almeida AVV, da Costa Hidalgo LR, da Conceição LS. Propedêutica cirúrgica de mesiodens em paciente odontopediátrico/Surgical propedeutics of mesiodens in a pediatric dental patient. *Brazilian Journal of Health Review*. 2019;2(5):3957-68.
10. Soares KdS, Correia Neto IJ, Oliveira JCd, Monezi LLdL, Macêdo LFCd. Mesiodentes na dentição mista: relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba (Impr)*. 2017;38(1):27-9.
11. Proffit WR, Fields Jr HW, Sarver DM. *Contemporary orthodontics*: Elsevier Health Sciences; 2006.
12. Negrete D, Carvalho PEG, Fuziy AA, Torres FC, Triviño T, Flaiban E. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes de Ortodontia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2017;27(1):6-13.
13. Almeida RRd, Isbralde CMB, Ramos AL, Terada HH, Ribeiro R, Carreiro LS. Supranumerários: implicações e procedimentos clínicos. *Rev dent press ortodon ortop maxilar*. 1997;2(6):91-108.
14. De Carvalho FG, de Paula Bolzan A, Diniz MB, de Cássia Cordeiro RL. Dentes supranumerários e suas implicações: relato de casos clínicos. *Journal of Health Sciences*. 2015;9(1).
15. Tavares MG, Miyoshi KR, de SOUZA TBP, de Lima BEZERRIL DD, Xavier SP. Mesiodentes em gêmeos monozigóticos. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*. 2004;52(4).

16. Cachapuz PF, de Souza Siqueira F, Prietsch JR. Tratamento ortodôntico interceptativo de maloclusão causada por mesiodente: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. 2002;43(1):18-22.
17. Allen C, Bouquot J, Damm D, Neville B. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
18. Rocha AML, Columbano Neto J, Souza Md. Hiperdontia na região de incisivos superiores. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2002;7(41):389-96.
19. Nagaveni NB, Umashankara KV, Reddy BP, Radhika NB, Satisha TS. Multi-lobed mesiodens with a palatal talon cusp: a rare case report. Brazilian dental journal. 2010;21(4):375-8.
20. Zanelato RC, Mandetta S, de Alcântara Gil CT. Aplicação da versatilidade do aparelho pré-ajustado MBT™, nos casos que apresentam os incisivos laterais superiores em linguoversão. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2005;4(5):1-12.