



KAIO CESAR GREIN

TRACIONAMENTO DE CANINO INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO

**JOINVILLE
2017**

KAIO CESAR GREIN

TRACIONAMENTO DE CANINO INCLUSO – RELATO DE CASO CLÍNICO

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

Área de concentração: Ortodontia

Orientador: Prof. Adriano Garcia Bandeca

**JOINVILLE
2017**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a meus familiares, minha esposa Pâmela Ribeiro, meu orientador Adriano Garcia Bandeca e a todos que de alguma forma contribuíram para meu crescimento profissional.



Artigo intitulado *Tracionamento de canino incluso – Relato de caso clínico*, de autoria do aluno Kaio Cesar Grein, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Joinville, 08 de Fevereiro de 2017

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	04
RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	06
1– Introdução.....	07
2 – Relato do caso clínico.....	09
2.1 - Objetivos do tratamento.....	11
2.2 – Alternativa de tratamento.....	11
2.3 – Tratamento.....	11
3 – Discussão.....	15
4 – Conclusão.....	18
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo demonstrar o caso clínico de um paciente com 12 anos de idade o qual possui impacção bilateral dos caninos. Foi realizado as extrações dos caninos superiores decíduos, seguido do alinhamento do arco dentário superior com aparelho fixo de nivelamento, fazendo com que ocorra a abertura de espaço para o canino ectópico ser tracionado. O tracionamento do canino incluso foi realizado em campo fechado através do acesso cirúrgico e colagem de um acessório no elemento dental, com fio auxiliar posicionado junto ao arco de nivelamento, onde o ortodontista com esforço posiciona o canino ectópico na arcada dentaria.

Palavras-chave: Canino, Dente Impactado, tracionamento.

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the clinical case of the 12 - year - old patient who has bilateral canine impaction. Extraction of the upper deciduous canines was performed, followed by alignment of the upper dental arch with fixed leveling apparatus, causing the opening of space for the ectopic canine to be drawn. The canine track included was performed in the closed field through surgical access and bonding of an accessory on the dental element, with auxiliary wire positioned near the leveling arch, where the orthodontist with effort positions the canine ectopic in the dental arch.

Key words: Canine, Impacted teeth, traction.

INTRODUÇÃO

Os caninos são elementos dentários de suma importância para proteção do sistema estomatognático, harmonização estética do sorriso, atuam como guias para a oclusão mutuamente protegida e auxilia na correta execução da fonação e mastigação. Caninos são elementos que mais apresentam distúrbios do trajeto eruptivo, depois dos terceiros molares; sendo assim a possibilidade de se constatar o canino incluso é comum.(BASS, 1967) Pode-se observar que a impacção de caninos é dez vezes maior na maxila em relação a mandíbula(AIZENBUD, 2003) (MAAHS M, 2004), e são mais frequentes por palatina do que por vestibular(TITO, 2008).

A impacção do canino está presente com maior incidência na faixa etária dos 10 aos 14 anos onde 82% dos casos o elemento dental se encontra por palatino e 91% posicionado por vestibular de forma unilateral, deste modo, o diagnóstico precoce evita que a retenção dos caninos seja de difícil resolução, favorecendo o tratamento e dando mais conforto ao paciente.(CAOVILLA, 2005)

Constata-se a retenção do elemento dental quando parte ou totalidade do elemento está encoberta pela estrutura óssea sem possibilidade de erupção da coroa completa, por meio do exame clínico, radiográfico e tomográfico. (GREGORI C, 1996).

De acordo com CAPPELETTE(CAPPELETTE, 2008) devem ser consideradas as seguintes opções de tratamento: Não tratar o caso se o paciente assim o desejar, no entanto, devemos fazer o acompanhamento para o controle de alguma condição patológica. Exposição cirúrgica e tracionamento ortodôntico. Extração do canino impactado e movimentação do pré-molar para o seu espaço. Extração do canino e osteotomia para movimentar todo o segmento posterior. Restabelecimento da oclusão por meio de prótese; a extração dificilmente é considerada, exceto em raros casos como canino anquilosado, reabsorção externa ou interna, severa impacção ou dilaceração. Autotransplante do canino; se um dente está severamente impactado, o autotransplante é uma possibilidade de tratamento. A reabsorção externa da raiz é a maior causa de fracasso. Aproximadamente 2/3 dos dentes transplantados são funcionais por 5 anos, mas apenas cerca de 1/3 fica retido por 10 anos.

Frente a um canino impactado que não se movimenta ortodonticamente, deve-se considerar a extração e o espaço será preenchido pelo pré-molar ou por um implante/prótese.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico do tracionamento de canino incluso seguindo os preceitos de efetividade, devolvendo ao paciente um correto posicionamento dos caninos, conseqüentemente melhorando a estética, fonética, função e ao mesmo tempo proporcionando conforto ao paciente.

1. RELATO DE CASO CLÍNICO

O paciente R.E.M. 12 anos de idade, do gênero feminino, leucoderma, procurou o tratamento ortodôntico com queixa de dentes tortos. Na avaliação facial observou-se terço inferior da face aumentado, padrão dolicofacial, selamento labial forçado e perfil convexo.



Figura 1: Fotografias extrabucais iniciais frontal, perfil e sorrindo (A-B-C)

No exame clínico intrabucal observou-se a presença de má oclusão de $\frac{1}{4}$ Classe II subdivisão direita, linha média superior levemente desviada para esquerda, linha média inferior coincidente com a linha mediana da face e presença de apinhamento ânterossuperior e anteroinferior.



Figura 2: Fotografias intrabucais iniciais (A-B-C-D-E).

Na radiografia panorâmica confirmou-se a presença dos caninos permanentes inclusos, onde ambos estão mesioangulados.



Figura 3: Radiografia panorâmica e telerradiografia inicial (A-B).

2 - Objetivos do tratamento

O tratamento ortodôntico objetivou corrigir a má oclusão de ¼ Classe II subdivisão direita, o desvio da linha média superior para esquerda e o tracionamento e posicionamento dos caninos superiores permanentes.

2.2 - Alternativas de tratamento

Dentre as alternativas de tratamento temos a exodontia dos caninos inclusos e posterior perda de ancoragem total bilateral para fechamento do espaço edentulo, fazendo com que os primeiros pré-molares superiores ocupem a posição dos caninos; porém como a paciente é jovem, os caninos estão bem posicionados fazendo com que o tracionamento tenha um prognóstico com alta taxa de sucesso, foi optado pela realização desta.

A opção pelo tracionamento foi norteado pelo fato da paciente possuir má oclusão de ¼ Classe II subdivisão direita.

2.3 – Tratamento

Inicialmente o plano de tratamento definiu como prioridade as exodontias dos dentes 53 e 63 sendo as mesmas executadas. Posteriormente foi realizada a montagem do aparelho fixo de nivelamento, de prescrição Roth slot .022 x .028”, o fio inicial utilizado foi 0.14 NITI (níquel titânio) com mola fechada entre os elementos dentais 22 e 24. Com a evolução do fio para 0.16 NITI e uso de molas abertas temos concomitantemente a abertura do espaço para adequar o espaço que os elementos dentais 13 e 23 necessitam. Foi acesso e colagem de botão acessório no elemento dental 13 e fio de amarrilho 0.12 aço. O elemento 23 não necessitou a colagem do acessório, pois estava melhor posicionado e após a abertura de espaço e exodontia do 63 o elemento irrompeu.



Figura 4: Fotografias intrabucais (A-B-C).

Acesso cirúrgico e colagem do botão para tracionamento no elemento 13, tracionamento com a ajuda de arco auxiliar 0.12 NITI sobreposto ao arco retangular.

O tratamento foi realizado com a seguinte seqüência de fios: 0.14”(Niti); 0.18”(Niti); .019x.025” (Niti); fio de aço retangular 0.19”x0.25”; Com o arco auxiliar 0.12 (Niti); sobreposto ao arco retangular com dobra para não travar a movimentação do 23.



Figura 5: Tracionamento mostrando a dobra no fio retangular 0.19”x0.25” na região do 23 para que o fio não trave a movimentação (A-B-C).

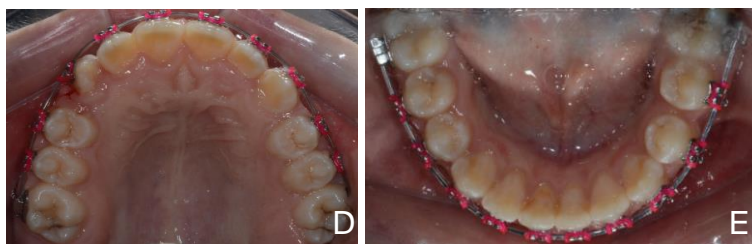


Figura 6: Inclusão do 13 no fio 0.12 (Niti) do arco superior (A-B-C-D-E).

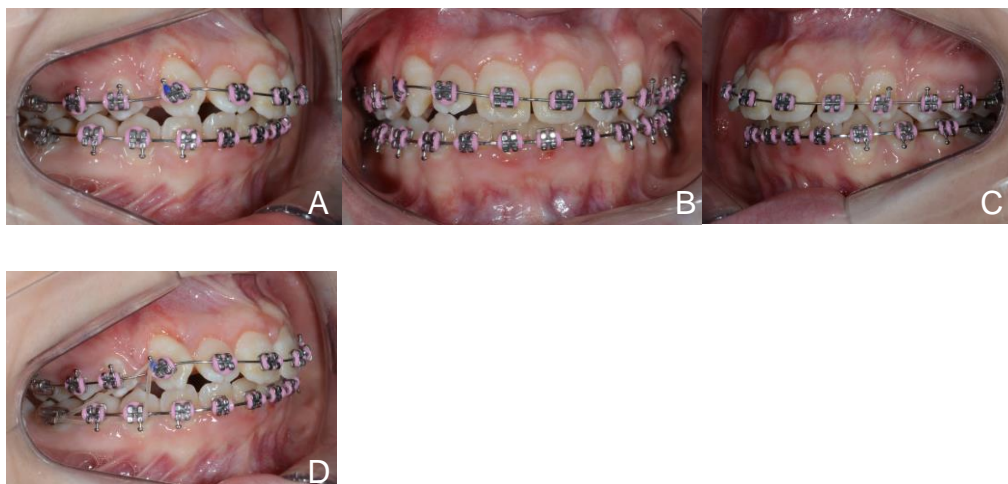


Figura 7: Tracionamento apresentando sucesso, utilização de elástico intermaxilar para engrenamento do 13. (A-B-C-D).

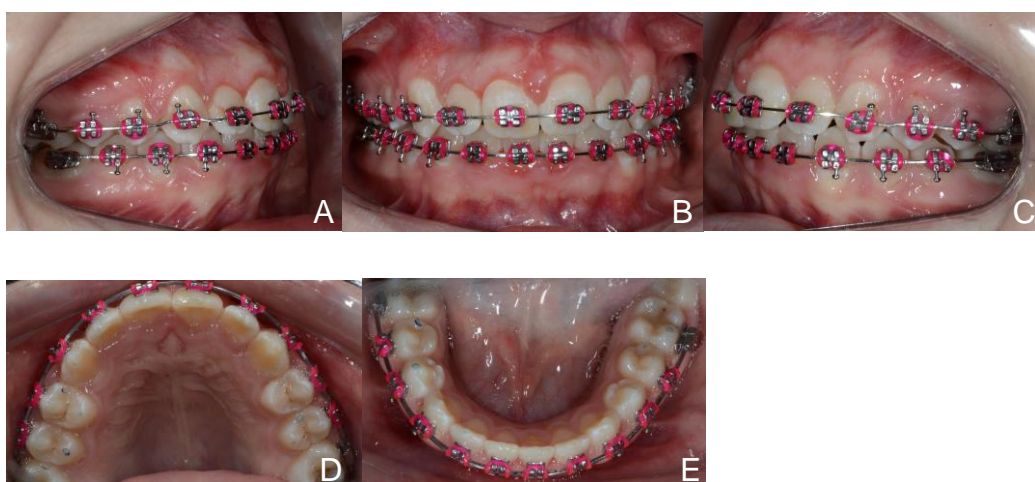


Figura 8: Canino com relação Classe I (A-B-C-D-E).



Figura 9: Finalização do engrenamento com elástico Classe II bilateral e elásticos em triângulo 13-43-44, 23-33-34. (A-B-C).

Observa-se a retenção dos segundos molares superiores

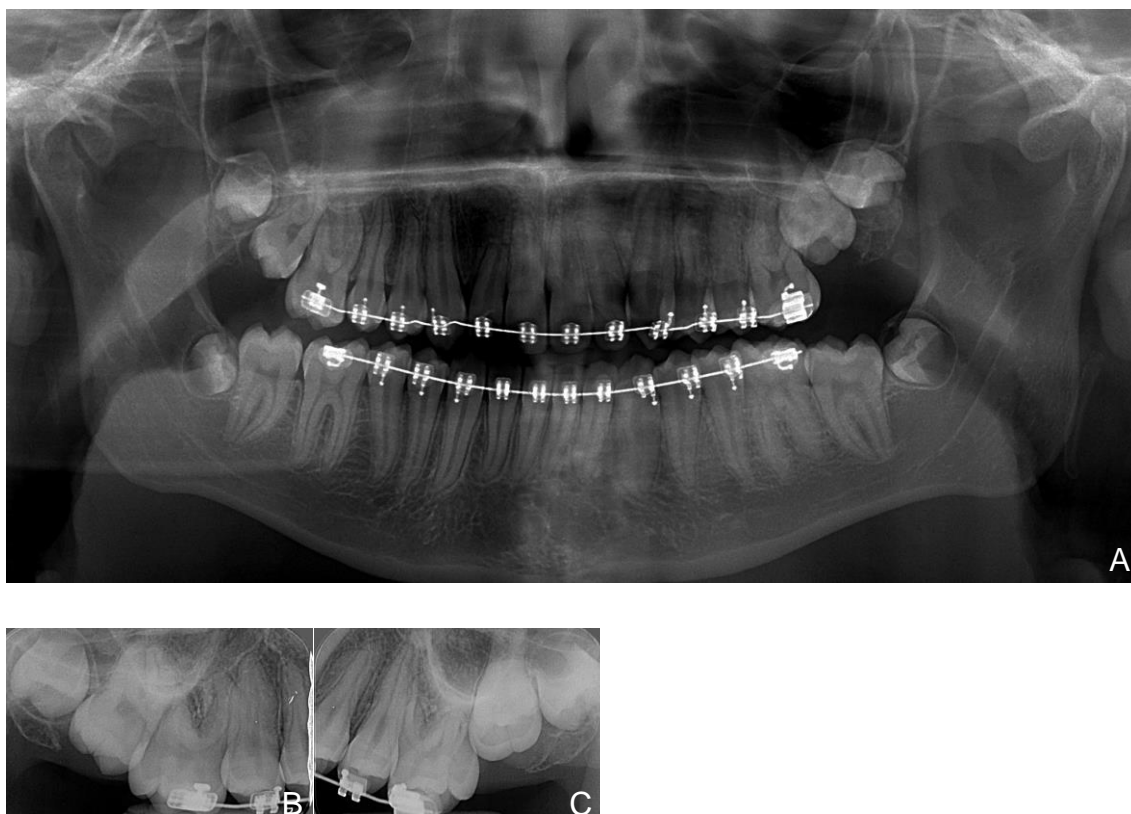


Figura 10: Radiografia panorâmica e periapicais (A-B-C).

Remoção dos terceiros molares superiores; Aguardando a erupção dos segundos molares superiores para a remoção do aparelho.



Figura 11: Radiografia panorâmica (A).

3 – DISCUSSÃO

O canino enfrenta um grande desafio de irrupção, pois geralmente o mesmo possui um caminho de irrupção tortuoso e se encontra em uma posição alta no processo alveolar, fazendo com que a chance deste dente fique impactado aumente.(DEWEL, 1949; GARIB, 1999; KUFTINEC; SHAPIRA, 1995)

Existem alguns pontos importantes a serem considerados quando identifica-se a existência da problemática de canino incluso, são eles: eleição do modos operatório (área de exposição da coroa do dente vestibular ou palatina com auxílio de exames complementares e palpação digital)(MARTINS, 1998; TANAKA, 2000) ;Método de fixação do acessório no dente e mecânica ortodôntica com maior eficiência para o caso (PROFIT,2007).

Diversas técnicas são utilizadas para fixar o fio de tracionamento no canino tanto procedimentos nocivos ou não a estrutura dental. Procedimentos tais como perfuração do canino, fixação de pino rosqueavel e perfuração são considerados não conservadores ao dente e estruturas adjacentes; Já a colagem do acessório através da adesão de resina composta se mostra com um ótimo desempenho e preservação de estruturas sendo assim conservador.(BISHARA, 1992; BISHARA et al., 1976; FOURNIER; TURCOTTE; BERNARD, 1982; KORNHAUSER et al., 1996; ORTON; GARVEY; PEARSON, 1995)

O prognóstico do tracionamento do canino incluso norteia através de algumas especificações como: sua posição em relação aos dentes vizinhos, a existencia anquilose ou dilaceração radicular, a angulação do seu longo eixo e o percurso que o dente fará. (MARTINS, 1998)

Em 1988 foi preconizada a classificação para a impacção de caninos. A classificação refere-se à posição do canino impactado em relação à linha média do arco dentário e à posição do incisivo lateral, por meio da radiografia panorâmica; sendo assim foram criados os setores para análise: Setor I – a coroa

do canino está posicionada na área distal à raiz do incisivo lateral; Setor II – a coroa do canino está localizada na área mesial do Setor I, mas distal à linha mediana da raiz do incisivo lateral; setor III – a coroa do canino encontra-se posicionada na linha mesial do Setor II, mas distal à mesial do esboço externo da raiz do incisivo lateral; setor IV – a coroa do canino encontra-se posicionada na área mesial do Setor III. (ERICSON, 1988)

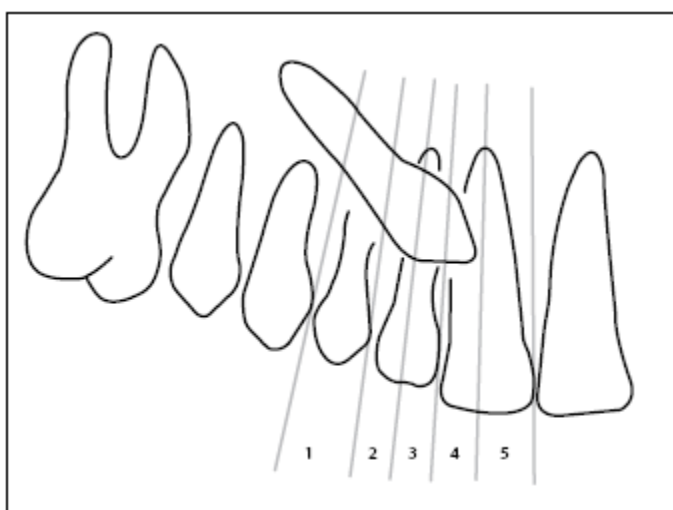


Ilustração esquemática da projeção do canino superior na radiografia panorâmica e setores (1 a 5), considerando a posição mais mesial da coroa do canino. Fonte: Martins, 2005.

Quando é observado que mais da metade da raiz do incisivo lateral sofreu a sobreposição, indica que existe uma possibilidade de 64% dos casos de caninos em posição ectópica para a palatina se normalizarem; porém dos casos em que menos da metade da raiz do incisivo lateral é sobreposta pelos caninos, 91% tendem a se normalizar. (ERICSON, 1988)

Para a ativação pode ser feita utilizando-se de um fio de níquel titânio sobreposto a um arco de aço, sendo o espaço para o canino mantido através de uma mola aberta durante todo o tracionamento. (REINER, 1996)

Esta ativação deve ser realizada respeitando a quantidade de força a ser aplicada; na literatura temos um consenso de que a força máxima seja de

aproximadamente 100g(CRESCINI et al., 1994); mas fica estabelecido que a quantidade de força pode variar de 24 a 100g.(TANAKA, 2000)

Neste caso clínico foi utilizado um acesso cirúrgico conservador minimizando danos aos tecidos e o tracionamento feito em campo fechado usando amarrilho conectado ao acessório colado no elemento dental. Utilizou-se a mecânica ortodôntica de “sobre fio” pra tracionar o canino no arco superior realizando a evolução dos fio de .012” a .016”, permitindo um gradativo aumento da força, respeitando os padrões consolidados na literatura acima citada.

Sempre deve-se oferecer ao paciente as, melhores técnicas com custo benefício de excelência, máximo conforto e resolubilidade da problemática; respeitando os preceitos firmados na literatura bem como sua perfeita execução.

4 – CONCLUSÃO

Para que se obtenha sucesso no tracionamento de caninos, deve-se realizar um diagnóstico preciso, a interceptação precoce do problema ajuda na sua resolução, as escolhas da técnica a ser empregada que possua o melhor custo benefício para as estruturas dentárias, ósseas e para o paciente.

No caso apresentado observa-se a eficiência da técnica do sobre fio associada à colagem de botão no elemento dental 13 e tracionamento em campo fechado; houve um correto engrenamento dos caninos 13 e 23 devolvendo harmonia do sorriso, função, estética e fonética ao sistema estomatognático.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIZENBUD, D. Bilateral maxillary impacted canines: a challenge for the lingual orthodontic technique. *Lingual News*, v. 11, p. 5, 2003.

BASS, T. B. Observations on the misplaced upper canine tooth. *Dent Pract Dent Rec*, v. 18, n. 1, p. 25-33, Sep 1967.

BISHARA, S. E. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 101, n. 2, p. 159-71, Feb 1992.

BISHARA, S. E. et al. Management of impacted canines. *Am J Orthod*, v. 69, n. 4, p. 371-87, Apr 1976.

CAOVILLA. Avaliação radiográfica da prevalência, localização e posicionamento de caninos superiores retidos. *S.A.O*, p. 37, 2005.

CAPPELLETTE, M., CAPPELLETTE M. J., CAPPELLETTE L.M.F., OLIVEIRA A.P., YAMAMOTO L.H., SHIDO F.T., OLIVEIRA W.C. Caninos permanentes retidos por palatino: diagnóstico e terapêutica – uma sugestão técnica de tratamento. *Dental Press Ortodon Ortop Facia*, v. 13, n. 1, p. 60-73, 2008.

CRESCINI, A. et al. Tunnel traction of infraosseous impacted maxillary canines. A three-year periodontal follow-up. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 105, n. 1, p. 61-72, Jan 1994.

DEWEL, B. F. Clinical observations on the axial inclination of teeth. *Am J Orthod*, v. 35, n. 2, p. 98-115, Feb 1949.

ERICSON, S. K., J. CT. diagnosis of ectopically erupting maxillary canines – a case report. *Eur J Orthod*, v. v.10, p. 283-295, 1988 1988.

FOURNIER, A.; TURCOTTE, J. Y.; BERNARD, C. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. *Am J Orthod*, v. 81, n. 3, p. 236-9, Mar 1982.

GARIB, D. G. H., J. F. C.; FREITAS, M. R.; JANSON, G. R. P. Caninos superiores retidos: preceitos clínicos e radiográficos. *Dental Press Ortodon Ortop Facial*, v. 4, n. 4, p. 14-20, ago 1999.

GREGORI C, B. N. Dentes inclusos. São Paulo: Savier, v. Gregori C. *Cirurgia buco-dento-alveolar*, n. 13, p. 138-56, 1996.

KORNHAUSER, S. et al. The resolution of palatally impacted canines using palatal-occlusal force from a buccal auxiliary. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 110, n. 5, p. 528-34, Nov 1996.

KUFTINEC, M. M.; SHAPIRA, Y. The impacted maxillary canine: I. Review of concepts. *ASDC J Dent Child*, v. 62, n. 5, p. 317-24, Sep-Oct 1995.

MAAHS M, B. T. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. . *Rev Cienc Med Biol*. 3: 130-8 p. 2004.

MARTINS, D. R. Impacção dentária: condutas clínicas. Apresentação de caso clínico. *Dental Press Ortodon Orthop*, v. 3, n. 1, p. 12-22,, 1998.

ORTON, H. S.; GARVEY, M. T.; PEARSON, M. H. Extrusion of the ectopic maxillary canine using a lower removable appliance. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 107, n. 4, p. 349-59, Apr 1995.

PROFFIT, W. R. *Ortodontia Contemporânea*. Livro, v. 4, p. 540, 2007.

REINER, T. R. A technique for placing traction on impacted anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 110, n. 6, p. 573-4, Dec 1996.

TANAKA, O. D., R.F.; VIEIRA, S.W. O dilema dos caninos superiores impactados. *Ortodontia Gaúcha*, v. 4, n. 2, p. 121-128, 2000.

TITO, M. A. R., R.M.P; GUIMARÃES, J.P; GUIMARÃES, K.A.G. Caninos superiores impactados bilateralmente. *RGO, Porto Alegre*, v. 56, n. 2, p. 1519, abr./jun. 2008 2008.