EXODONTIA DE INCISIVO INFERIOR

Lower incisor extraction

Michelle Rodrigues Teixeira[1]
Diogo Kamoda[2]
Edson Ramos Souza[3]
Ronaldo Henrique Shibuya[4]

Resumo

Nos casos de apinhamento inferior, sugere-se que a extração de um incisivo inferior apresente menor recidiva, com a vantagem de reduzir o tempo de tratamento ortodôntico. O objetivo deste trabalho é descrever o tratamento para corrigir o posicionamento dos dentes inferiores, e na qual foi realizada a extração de um incisivo inferior. Paciente do sexo feminino, 28 anos e 4 meses de idade, com apinhamento dos incisivos inferiores, dente 31 lingualizado, relação de canino e molares de classe I bilateral. O plano de tratamento proposto foi uma extração atípica, e o aparelho utilizado foi a prescrição MBT. Com a progressão dos fios de alinhamento e nivelamento a obtenção desse tratamento realizou-se em aproximadamente quatro meses. A exodontia atípica de um incisivo inferior mostrou ser uma excelente opção de correção de apinhamento na região anteroinferior, sem alterar a linha média superior, relação interarcos, e no perfil, utilizando uma mecânica simplificada e redução no tempo de tratamento.

Palavras-chave: Incisivo. Extração Dentária. Técnicas de Movimentação Dentária.

[1] Especialista em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.
[2] Especialista em Ortodontia pelo Centro de Atendimento Odontológico (CEAO).
[3] Especialista em Ortodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD).
[4] Mestre em Radiologia Odontológica – Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

Abstract

In cases of lower crowding, it is suggested that the extraction of a lower incisor presents less recurrence, with the advantage of reducing orthodontic treatment time. The objective of this work is to describe the treatment to correct the positioning of the lower teeth, and in which the extraction of a lower incisor was performed. Female patient, 28 years and 4 months old, with lower incisor crowding, lingualized tooth 31, bilateral Class I canine and molar relationship. The proposed treatment plan was an atypical extraction, and the device used was the MBT prescription. With the progression of the alignment and leveling threads, this treatment took approximately four months. The atypical extraction of a lower incisor proved to be an excellent option for correcting crowding in the anteroinferior region, without altering the upper midline, interarch relationship, and in the profile, using simplified mechanics and reduced treatment time.

Keywords: Incisor. Tooth Extraction. Tooth Movement Techniques.

Introdução

Um dos maiores desafios da Ortodontia é a estabilidade em longo prazo do tratamento final. Nos casos de apinhamento inferior, sugere-se que a extração de um incisivo inferior apresente menor recidiva, pois esse dente está no espaço onde a maloclusão se encontra, exigindo menos esforço para correção (MATSUMOTO *et al*., 2010).

A melhor indicação para a extração de um incisivo inferior é a presença de discrepância igual ou superior 4,5 mm (MATSUMOTO *et al*., 2010). A principal vantagem é reduzir o tempo de tratamento, permitindo ao ortodontista a melhora da oclusão dentária e estética por meio de uma ação ortodôntica mínima, posicionando os dentes anteriores superiores com inclinações axiais aceitáveis (MATSUMOTO *et al*., 2010; RIZZATTO *et al*., 2004). Além disso, a estabilidade pode ser maior que nos casos tratados com extração de pré-molares (MATSUMOTO *et al*., 2010).

O objetivo deste trabalho é descrever o tratamento de uma paciente do sexo feminino, que procurou um tratamento ortodôntico visando a estética para corrigir o

posicionamento dos dentes inferiores, e na qual foi realizada a extração de um incisivo inferior.

Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 28 anos e 4 meses de idade, procurou tratamento odontológico na Clínica de Especialização em Ortodontia da Esfera Centro de Ensino Odontológico, apresentando como queixa principal de “dentes tortos embaixo” (sic). Na análise extrabucal, observou-se selamento labial passivo, e perfil convexo, e referiu respiração bucal.

Ao exame intrabucal, notou-se presença de todos os dentes, inclusive dos terceiros molares superiores, apinhamento dos incisivos inferiores, dente 31 lingualizado, relação de caninos e de molares de classe I bilateral; a higienização foi considerada boa (Figuras 1 a 5).

Através da análise radiográfica foi possível verificar a presença de terceiros molares inferiores inclusos (Figura 6). A análise cefalométrica revelou padrão dolicofacial, maxila protruída e mandíbula retruída em relação à base do crânio, incisivos superiores retruídos e palatinizados, e inferiores protruídos e vestibularizados (Tabela 1 e Figura 7). Havia uma pequena discrepância de Bolton na região anteriorsuperior, D12 = +9,34 e D6 = +0,72, com maior excesso na região posterior.

O plano de tratamento correto seria o preparo ortodôntico para a cirurgia ortognática com retrusão da maxila e avanço da mandíbula, mas por opção da paciente, optou-se pela extração de um incisivo inferior para dissolução do apinhamento e alinhamento da região anteroinferior.

Inicialmente, foi colado o aparelho prescrição MBT (Morelli, Sorocaba/SP, Brasil) na arcada superior, junto com o fio de níquel-titânio termoativado 0,014” (Morelli, Sorocaba/SP, Brasil). Após a instalação das bandas nos primeiros molares superiores, com tubo duplo, manteve-se o fio que depois evoluiu para 0,016” (Figura 8).

Foi realizada a exodontia do elemento 31, colagem do aparelho inferior, juntamente com o fio 0,014”, e amarrilho à distância do incisivo central inferior do lado direito (Figura 9). Realizou-se a progressão para o fio 0,016” aço na arcada

superior e inferior, e o *by pass* com o fio 0,012” de níquel-titânio no dente 41, com conjugação posterior (Figura 10). Em seguida foi feita a instalação de bandas com tubo duplo nos primeiros molares inferiores, e colagem de tubos simples nos segundos molares, dando sequência ao tratamento ortodôntico (Figura 11).

A finalização do alinhamento e nivelamento ocorreu em aproximadamente 4 meses de tratamento, onde foi concluído o fechamento do espaço e o completo alinhamento e nivelamento da região anteroinferior (Figuras 12 a 16).

Discussão

É recurso comum, a extração de dentes permanentes como solução para determinados problemas ortodônticos quando corretamente indicada. Os dentes mais selecionados para essa finalidade geralmente são os primeiros pré-molares, devido sua localização estratégica entre o seguimento anterior e posterior, permitindo eliminar tanto a existência de apinhamento dentário, como também as relações interincisais indesejáveis (RIZZATTO *et al*., 2004).

Com o avanço nas técnicas de controle da movimentação dentária e melhor entendimento das mudanças durante o crescimento facial, as opções de extração diversificaram, cuja decisão é tomada de forma individualizada (BELMAR *et al*., 2016; RIZZATTO *et al.*, 2004). A decisão de extrair outros dentes deve levar em consideração o tipo de maloclusão, a magnitude da discrepância cefalométrica, a relação sagital entre arcos dentários, o padrão de crescimento ou idade, perfil facial, as condições dos dentes, como existência de reabsorções radiculares ou agenesias, a saúde dos tecidos de suporte, e o comprometimento em potencial da estética facial (BELMAR *et al*., 2016; RIZZATTO *et al*., 2004; RUELLAS *et al*., 2010).

A exodontia de um incisivo inferior diminui a quantidade de movimentação dentária, sem necessidade de expandir os arcos ou de retração anterior e, portanto, reduz o tempo de tratamento, preservando as estruturas de suporte e o perfil (BELMAR *et al*., 2016; BEYCAN; ACAR, 2016; HEGARTY; HEGARTY, 2018; RIZZATTO *et al*., 2004), A decisão de extrair apenas um incisivo inferior deve se basear em alguns aspectos como o tipo de maloclusão, proporção entre dentes superiores e inferiores, condição dentária e periodontal, trespasse vertical e horizontal mínimo ou moderado, discrepância de modelo, cefalométrica, e de curva

de Spee, perfil mole equilibrado, relação sagital das bases ósseas e padrão facial (LIMA; LACET; MARQUES, 2005; MATSUMOTO *et al*., 2010; PINTO *et al*., 2006).

No presente caso, os incisivos superiores apresentavam boa proporção entre si, e pelo fato de o excesso estar presente na região posterior, isto permitiu a exodontia do incisivo inferior, favorecendo a manutenção dos trespasses já existentes e, portanto, do perfil facial.

A maloclusão de Classe I provavelmente é a mais indicada para se extrair um incisivo inferior, devido à relação das bases dentro dos limites de normalidade, apinhamento dentário superior pequeno ou moderado, apinhamento dentário inferior de 3 a 6 mm, incisivos inferiores com inclinação normal ou ligeiramente protuberantes, principalmente na presença de discrepância de modelo maior que 4,5 mm, estética facial aceitável (CHAQUÉS ASENSI, 2012; LIMA *et al*., 2005; MATSUMOTO *et al*., 2010).

Nesses casos, a metade da distância mésio-distal da borda do incisivo central inferior poderá coincidir ou não com a linha média superior, sem haver comprometimento estético (LIMA *et al*., 2005). Dentre as possíveis desvantagens, há a perda da papila interdental, formando um triângulo preto, comprometimento do trespasse horizontal e vertical, e pequeno risco de recidiva do apinhamento em comparação às extrações de pré-molares, pois a manutenção ou redução da distância intercaninos não garante estabilidade total em longo prazo (LIMA *et al*., 2005; PINTO *et al*., 2006). Assim, a extração de um incisivo inferior está contraindicada nos casos de mordida profunda severa, padrão de crescimento horizontal, apinhamento em ambos os arcos, trespasse horizontal excessivo ou se a possibilidade de a extração de apenas um incisivo causar esse excesso (MATSUMOTO *et al*., 2010).

Conclusão

A exodontia atípica de um incisivo inferior mostrou ser uma excelente opção de correção de apinhamento na região anteroinferior, sem alterar a linha média superior, relação interarcos, e no perfil, utilizando uma mecânica simplificada e redução no tempo de tratamento.

Referências

1. BELMAR, Paula Isabel Sandoval; GUIMARÃES, Erika Josgrilberg; LONG, Sucena Matuk; FERREIRA, Maria Cristina Duarte; JÓIAS, Renato Morales; JÓIAS, Renata Pilli. Extrações atípicas em Ortodontia. **Odonto**, São Bernardo do Campo, v. 24, n. 48, p. 39-44, 2016.

2. BEYCAN, Kadir; ACAR, Ahu. Mandibular incisor extraction: a 5-year follow-up. **Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry**, Istanbul, v. 50, n. 3, p. 62-66, 2016.

3. CHAQUÉS ASENSI, José. La extracción de un incisivo inferior en ortodoncia: indicaciones, planificación del tartamiento y manejo clínico en las distintas maloclusiones. **Ortodoncia Española**, Madrid, v. 49, n. 1, p. 3-18, Ene.-Mar. 2009.

4. HEGARTY, David J.; HEGARTY, Mary. Is lower incisor extraction treatment a compromise? **Dental Update**, Guildford, v. 26, n. 3, p. 117-122, Apr. 1999.

5. LIMA, Camilo Massa Ferreira; LACET, Eduardo; MARQUES, Candice Ramos. Extração de incisivo inferior: uma opção terapêutica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 47-59, jul./ago. 2005.

6. MATSUMOTO, Mírian Aiko Nakane; ROMANO, Fábio Lourenço; FERREIRA, José Tarcísio Lima; TANAKA, Silvia; MORIZONO, Elizabeth Norie. Lower incisor extraction: an orthodontic treatment option. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 15, n. 6, p. 143-161, Nov.-Dec., 2010.

7. PINTO, Mardônio Rodrigues; MOTTIN, Leandro Pereira; DERECH, Carla D'Agostini; ARAÚJO, Mônica Tirre de Souza. Extração de incisivo inferior: uma opção de tratamento. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 114-121, jan./fev. 2006.

8. RIZZATTO, Susana Maria Deon; THIESEN, Guilherme; REGO, Marcus Vinicius Neiva Nunes do; MARCHIORO, Ernani Menezes. A extração de incisivos permanentes com finalidade ortodôntica. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 73-87, abr./maio 2004.

9. RUELLAS, Antônio Carlos de Oliveira; RUELLAS, Ricardo Martins de Oliveira; ROMANO, Fábio Lourenço; PITHON, Matheus Melo; SANTOS, Rogério Lacerda dos. Extrações dentárias em Ortodontia: avaliação de elementos de diagnóstico.

Dental Press Journal of Orthodontics, Maringá, v. 15, n. 3, p. 134-157, May-June 2010.

10. SILVA FILHO, Omar Gabriel da; ZINSLY, Sabrina dos Reis; CAVASSAN, Arlete de Oliveira; CAPELOZZA FILHO, Leopoldino. Apinhamento: a extração no segmento de incisivos inferiores como opção de tratamento. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 29-45, abr./maio 2002.

Tabela 1. Medidas cefalométricas iniciais.

Grandezas	Valor	Norma
SNA(°)	83,61	82,00
SNB(°)	74,74	80,00
ANB(°)	8,88	2,00
1/.NA(°)	19,56	22,00
1/-NA(mm)	3,08	4,00
/1.NB(°)	35,98	25,00
/1-NB(mm)	9,42	4,00
FMA(°)	36,39	25,00
IMPA(°)	100,69	87,00



Figura 1 - Vista frontal inicial.



Figura 2 - Vista lateral direta inicial.



Figura 3 - Vista lateral esquerda inicial.



Figura 4 - Vista oclusal superior inicial.



Figura 5 - Vista oclusal inferior inicial.



Figura 6 - Radiografia panorâmica.



Figura 7 - Telerradiografia.

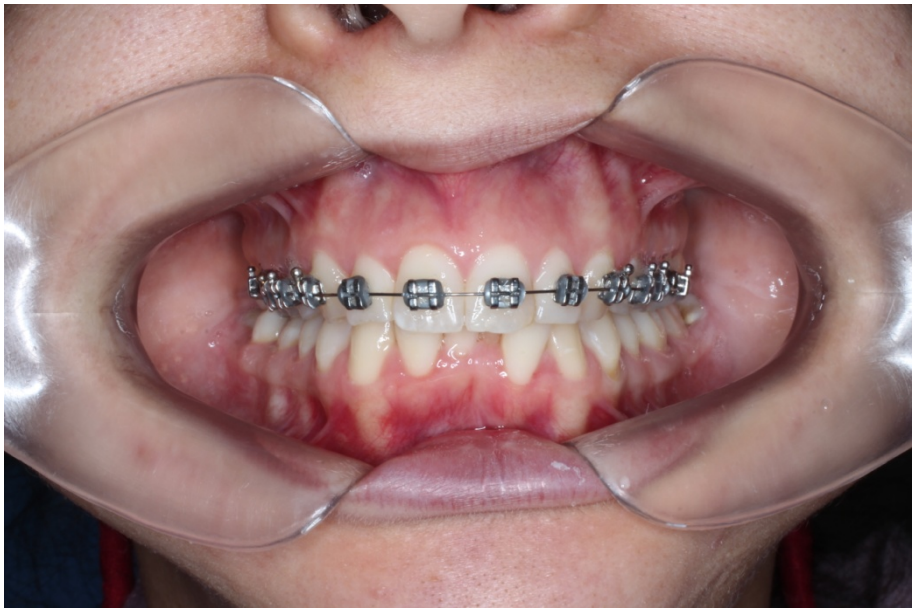


Figura 8 - Vista frontal, montagem do aparelho superior.



Figura 9 - Vista oclusal, amarrilho à distância.



Figura 10 - Vista oclusal, *by pass*.



Figura 11 - Vista oclusal, evolução do alinhamento.



Figura 12 - Vista oclusal, finalização.

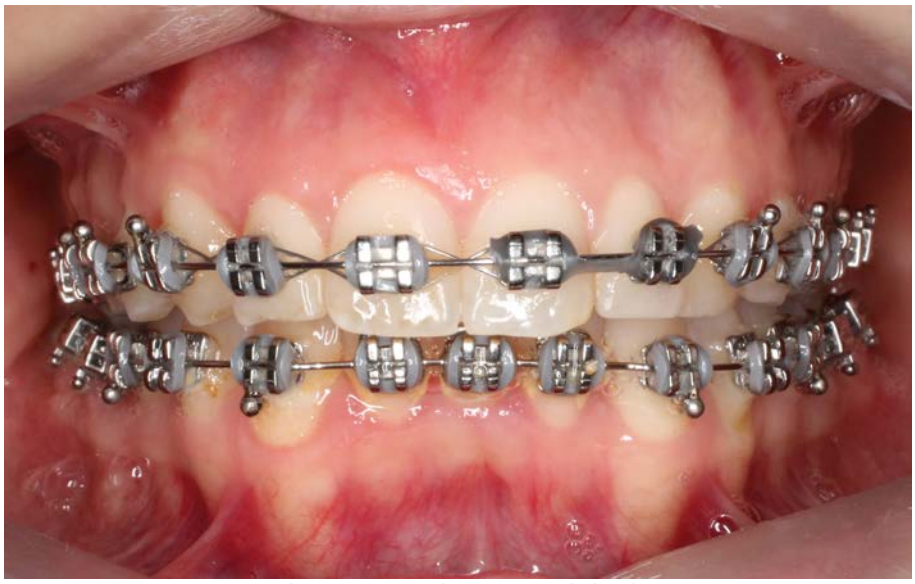


Figura 13 - Vista frontal final.

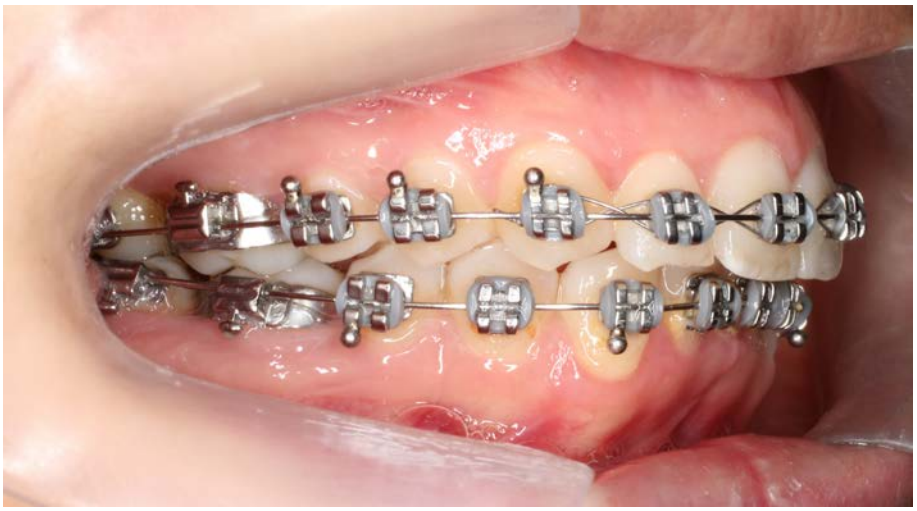


Figura 14 - Vista lateral direita final.

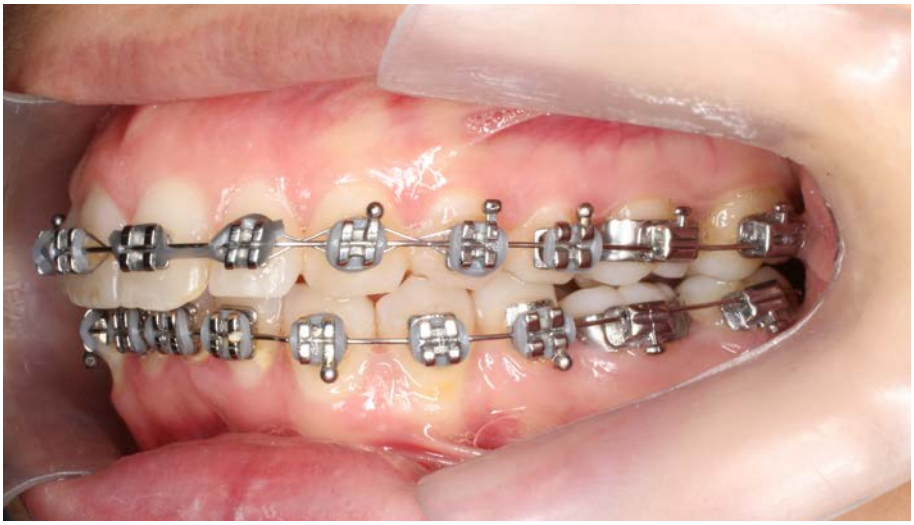


Figura 15 - Vista lateral esquerda final.



Figura 16 – Vista oclusal final.