IRRUPÇÃO PASSIVA DE PRÉ-MOLAR INCLUSO APÓS ABERTURA DE ESPAÇO

Milena Viana Santos[1]

Ronaldo Henrique Shibuya[2]

Resumo

A prevalência da impactação de pré-molares é de 0,1% a 0,3% na maxila e 0,2% a 0,3% na mandíbula, sendo os segundos pré-molares inferiores mais comumente impactados, depois dos terceiros molares e caninos superiores permanentes. O objetivo desse trabalho foi descrever o tracionamento de um pré-molar inferior impactado após a irrupção passiva pelo ganho de espaço. Paciente do sexo masculino, 12 anos e 4 meses de idade, apresentou bom selamento labial, perfil convexo, linha média desviada para a direita, apinhamento ântero-posterior, ausência dos dentes 13 e 45, relação de canino de classe III do lado esquerdo e relação molares classe II bilateral. A análise cefalométrica revelou padrão braquifacial, maxila bem posicionada e mandíbula retruída em relação à base do crânio, incisivos superiores vestibularizados e retruídos, incisivos inferiores vestibularizados e protruídos. O objetivo do tratamento foi abrir espaço e depois realizar o tracionamento para o alinhamento e nivelamento do dente 45 impactado. Após colagem de braquetes, fios de níquel-titânio e mola aberta, houve abertura do espaço, mas, durante a pandemia, usou-se fio de aço 0,018” para manutenção. Com a irrupção parcial e fechamento do ápice, o braquete foi colado, permitindo alinhamento gradual. Após oito meses, o pré-molar estava com alinhamento e nivelamento corretos e o tratamento ortodôntico prosseguiu para a correção de outras maloclusões presentes. A abertura de espaço por meio de uma mola aberta permitiu a irrupção passiva do pré-molar molar inferior impactado, sendo considerado um tratamento não invasivo e eficaz.

Palavras-chave: Dente Pré-Molar. Dente Impactado. Técnicas de Movimentação Dentária.

1. Introdução

A prevalência da impactação de pré-molares é de 0,1% a 0,3% na maxila e 0,2% a 0,3% na mandíbula (OIKARINEN; JULKU, 1974; THILANDER; MYRBERG, 1973), sendo os segundos pré-molares inferiores mais comumente impactados, depois dos terceiros molares e caninos superiores permanentes (ALLING; CATONE, 1993).

[1] Aluna do curso de Especialização em Ortodontia – Centro Esfera de Ensino Odontológico; milenars__@hotmail.com

[2] Mestre em Radiologia Odontológica – Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico; contato@esferaodonto.com.br

Diferente dos primeiros pré-molares inferiores, que raramente apresentam dificuldade na sua erupção, os segundos mostram uma extrema variação em sua calcificação e na direção de desenvolvimento, o que pode dificultar a época exata da sua irrupção (MOYERS, 1991).

A causa mais comum de impactação do segundo pré-molar é a perda prematura do antecessor decíduo (MACLAUGHLIN; FOGELS; SHIERE, 1967), ou do primeiro molar permanente (SUTTON, 1969). Quando a raiz distal de um segundo molar decíduo é reabsorvida e o primeiro molar permanente extraído, o segundo pré-molar pode migrar e irromper distalmente ao seu antecessor (SHAPIRA et al., 1996).

O objetivo desse trabalho foi descrever o tracionamento de um pré-molar inferior impactado após a irrupção passiva pelo ganho de espaço.

2. Descrição do Caso

Paciente do sexo masculino, 12 anos e 4 meses de idade, compareceu à Clínica de Especialização em Ortodontia da Esfera Centro de Ensino Odontológico, com a principal queixa de que quando ele sorria “o dente aparecia” (sic). A saúde geral do paciente foi considerada boa.

No exame extrabucal apresentou bom selamento labial e perfil convexo. No exame intrabucal, verificou-se dentição permanente, com ausência dos dentes 13, 45, e dos segundos molares, canino superior esquerdo supra-oclusal, notou-se linhas médias coincidentes, apinhamento ântero-superior, relação de molares de classe II bilateral (Figura 1).

No exame radiográfico, os dentes 13 e 45 estavam impactados, havia uma imagem radiopaca sugestiva de tratamento endodôntico e restaurador no dente 36, e presença dos germes dos terceiros molares. Na análise cefalométrica, a maxila estava bem posicionada e a mandíbula retruída em relação à base do crânio (SNA = 81,68°; SNB = 73,85°; ANB = 7,83°), incisivos superiores vestibularizados e retruídos (1/.NA = 28,70°; 1/-NA = 2,73 mm); incisivos inferiores vestibularizados e protruídos (1/.NB = 28,49°; 1/-NB = 6,74 mm), padrão braquifacial (FMA = 23,18°; IMPA = 97,57°), com diagnóstico de maloclusão de Classe II esquelética.

3. Técnica

O objetivo do tratamento foi abrir espaço e depois realizar o tracionamento para o alinhamento e nivelamento do dente 45 impactado.

No arco inferior, foi feita colagem de braquetes MBT do dente 35 ao 44 e instalação do fio de níquel-titânio termoativado 0,012” (Morelli, Sorocaba/SP, Brasil). Na consulta seguinte, foram cimentadas as bandas inferiores com tubo duplo e evolução para o fio 0,014”, e instalação de mola aberta com travamento distal no tubo molar a fim de aumentar o espaço para o dente incluso 45.

No fio 0,016” a face vestibular do dente 45 se expôs, no entanto, como o ápice do dente ainda estava aberto, não seria possível a colagem de dispositivo ortodôntico, e optou-se por manter a mola aberta de níquel-titânio. Devido ao período de pandemia, durante 10 meses utilizou-se o fio de aço 0,018” com troca regular da mola por uma maior, aumentando o espaço para o dente 45 irromper.

Com a irrupção parcial da coroa do dente 45, uma nova radiografia panorâmica revelou que o ápice da raiz estava em processo do fechamento, permitindo a colagem do braquete e passagem do fio de níquel-titânio 0,014”, para o alinhamento e nivelamento. Depois de três meses, e com maior exposição da coroa, o braquete foi recolado na posição correta e fez-se a evolução para o fio de níquel-titânio 0,016”.

Após oito meses, o pré-molar estava com alinhamento e nivelamento corretos e o tratamento ortodôntico prosseguiu para a correção de outras maloclusões presentes.

4. Resultados e Discussão

O tratamento ortodôntico de dentes inclusos geralmente envolve a exposição cirúrgica e a aplicação de forças de tracionamento (GAETTI-JARDIM et al., 2012; MACHADO, 2011). Para o tracionamento de um dente impactado, podem ser utilizados outros acessórios além dos braquetes, como botões (RIGO et al., 2020), e tubos (REIS et al., 2011).

Em relação à duração do tratamento, varia em média 11 meses. (COLUMBANO et al., 2014), similar ao presente caso que durou um período de 10 meses, desde a abertura de espaço com consequente irrupção passiva, colagem do braquete e até o completo alinhamento do segundo pré-molar.

Para realizar o tracionamento, as forças utilizadas devem ser de baixa intensidade, não ultrapassando 60 g e contrárias às raízes dos dentes vizinhos, para

não ocasionar traumas e reabsorções externas. Além disse, deve-se obter o máximo de espaço suficiente para o dente impactado no arco antes de iniciar o seu tracionamento (GARIB et al., 1999).

5. Conclusão

A abertura de espaço por meio de uma mola aberta permitiu a irrupção passiva do pré-molar molar inferior impactado, sendo considerado um tratamento não invasivo e eficaz.

Referências

ALLING, C. C. 3rd; CATONE, G. A. Management of impacted teeth. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 51, n. 1, p. 3-6, 1993. Supplement 1.

COLUMBANO, V.; CRUZ, C. M.; CREPALDI, M. V.; DAINESI, E. Á.; SOUZA, J. E. P. Tracionamento de canino: relato de caso. Revista FAIPE, v. 4, n. 2, p. 1-8, 2014.

GAETTI-JARDIM, E. C.; FARIA, K. M.; SANTIAGO JUNIOR, J. F.; JARDIM JÚNIOR, E. G.; SAAD NETO, M.; ARANEGA, A. M.; PONZONI, D. Condutas terapêuticas para caninos inclusos. UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde, v. 14, n. 1, p. 51-56, 2012.

GARIB, D. G.; HENRIQUES, J. F. C.; FREITAS, M. R. de; JANSON, G. dos R. P. Caninos superiores retidos: preceitos clínicos e radiográficos. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar, v. 4, n. 4, p. 14-20, jul.-ago. 1999.

MACLAUGHLIN, J. A.; FOGELS, H. R.; SHIERE, F. R. The influence of premature primary molar extraction on bicuspid eruption. Journal of Dentistry for Children, v. 34, n. 5, p. 399-405, 1967.

MOYERS, R. E. Ortodontia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 483p.

OIKARINEN, V. J.; JULKU, M. Impacted premolars: an analysis of 10 000 orthopantomograms. Proceedings of the Finnish Dental Society, v. 70, n. 3, p. 95-98, 1974.

REIS, J.; TODERO, S. B.; SEBASTIANI, A. M.; SCARIOT, R.; REBELLATO, N. Dispositivo ortodôntico utilizado para tracionamento de dente incluso em posição desfavorável. DENS. Revista do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, v. 19, n. 2, p. 73, 2011.

RIGO, B. D.; FIGUEIREDO, F. T.; SILVA, J. C. L. da; GAETTI-JARDIM, E. C. Tracionamento cirúrgico de dente incluso: relato de caso. Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES), v. 6, n. 1, p. 16, jul. 2020. Edição especial.

SHAPIRA, Y.; BORELL, G.; KUFTINEC, M. M.; STOM, D.; NAHLIELI, O. Bringing impacted mandibular second premolars into occlusion. Journal of the American Dental Association, v. 127, n. 7, p. 1075-1078, 1996.

SUTTON, P. R. Migration and eruption of non-erupted teeth: a suggested mechanism. Australian Dental Journal, v. 14, n. 4, p. 269-270, 1969.

THILANDER, B.; MYRBERG, N. The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren. Scandinavian Journal of Dental Research, v. 81, n. 1, p. 12-21, 1973.



Figura 1. Vista inicial frontal, lateral direita e oclusal inferior.



Figura 2. À esquerda, após instalação da mola e início de abertura de espaço, observou-se a irrupção passiva; ao centro, três meses depois; à direita, pré-molar com alinhamento e nivelamento corretos depois de oito meses.