

Tracionamento dentário em dente com dilaceração radicular: relato de caso abordando os aspectos clínicos e tomográficos

Traction dental tooth with root tear: case report addressing the clinical and tomographic findings

Bruno Cesar Ladeira VIDIGAL^I
Bruno Salvador de Mello ROCHA^{II}
Pedro Augusto XAMBRE^{III}
Saulo Gonçalves ABREU^{IV}
Flávio Ricardo MANZI^V

Correspondência para/Correspondence to:
Bruno Cesar Ladeira VIDIGAL
butvidigal@gmail.com

RESUMO

A dilaceração radicular em incisivos superiores é uma anomalia de forma, geralmente associada a fatores etiológicos traumáticos na primeira infância, na qual há uma mudança brusca de direção da raiz. Objetivo: O presente estudo objetiva demonstrar um tratamento conservador e estético com a realização do tracionamento ortodôntico em caso de dilaceração radicular. Relato: Paciente de 7 anos de idade foi encaminhado para o ortodontista devido a ausência da irrupção do dente 21. No exame clínico foi constatado que a criança se apresentava na dentadura mista, e ausência do dente em questão. Na história pregressa, foi relatado trauma na primeira infância com intrusão do dente 61, sendo o mesmo removido posteriormente. Na tomografia computadorizada da região anterior da maxila o dente 21, incluso em rizogênese incompleta, apresentava curva acentuada entre a raiz e a coroa dentária com o bordo incisal por vestibular, concluindo a existência da dilaceração radicular. Foi indicado um tratamento conservador: o tracionamento dentário. Conclusão: O tratamento conservador e estético com tracionamento ortodôntico apresentou-se eficaz em caso de dilaceração radicular.

Palavras-chave: Dente impactado. Tomografia computadorizada. Odontopediatria.

ABSTRACT

The root disruption in upper incisors is an anomaly so often associated with traumatic etiological factors in early childhood, in which there is a sudden change in direction of the root. Objective: The aim of this study is to demonstrate a conservative and esthetic treatment with orthodontic traction in case of root disruption. Case Report: A 07 year-old patient was send to the orthodontist due to the absence of tooth eruption 21. Clinical examination revealed that the child had the mixed dentition, and the absence of the tooth in question.. In the past history it was reported early childhood trauma with intrusion of the tooth 61 and the same being subsequently removed. Computed tomography of the anterior maxillary tooth 21, included in incomplete root formation, presented sharply turn between the root and crown with labial incisal edge by concluding the existence of root disruption. A conservative treatment was indicated: dental traction. Conclusion: Conservative treatment and esthetic orthodontic traction was presented effectively in case of root disruption.

Keywords: Impacted tooth. Computed tomography. Pediatric Dentistry.

^I Prof. Adjunto de Odontologia Newton Paiva. Doutorando em Clínicas Odontológicas PUC Minas. ^{II} Cirurgião Dentista. Especialista em Ortodontia CIODONTO-MG. ^{III} Especialista em Radiologia Odontológica CEO IPSEMG. Mestre em Clínicas Odontológicas PUC Minas. ^{IV} Especialista em Radiologia Odontológica CEO IPSEMG. Mestrando em Clínicas Odontológicas PUC Minas. ^V Professor adjunto da Radiologia da PUC Minas. Coordenador do Curso de Mestrado Acadêmico em Clínicas Odontológicas – ênfase em Radiologia Odontológica e Imaginologia da PUC Minas. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Odontologia da PUC Minas

INTRODUÇÃO

A dilaceração radicular pode ser definida como uma curvatura anormal da raiz de um dente permanente, sendo essa atribuída a um distúrbio de formação. O trauma dos dentes decíduos, que por sua proximidade com o germe permanente pode provocar seu deslocamento durante a odontogênese, deslocando a parte já calcificada do restante não calcificado, do dente em formação^{1,2}. A posição da dilaceração mais frequente é da coroa inclinada para superior e vestibular. Os incisivos centrais superiores são os dentes mais acometidos (70,6%), seguido dos laterais (20,6%) e dos incisivos inferiores (8,8%)³.

A dilaceração dos incisivos centrais superiores permanentes pode ter origem traumática ou ser causada pelo desenvolvimento do germe dentário em situação ectópica geralmente ocorrendo a impatcação do mesmo¹. A impatcação do incisivo central superior permanente é uma das más oclusões que mais preocupam os pais e as crianças durante a fase de dentadura mista, visto que afeta a estética^{2,3}, sendo de fundamental importância que o odontopediatra assim como o ortodontista esteja capacitado para realizar um tratamento multidisciplinar.

De maneira geral, o tracionamento de incisivos centrais superiores retidos é uma opção utilizada com frequência, devido à importância da função destes dentes, além da grande importância estética no sorriso do paciente. Entretanto, nos incisivos superiores que se apresentam com dilaceração radicular, nem sempre é possível o tracionamento devido à sua posição desfavorável na região anterior da maxila. O uso de radiografias convencionais sempre foi um exame complementar muito utilizado em odontologia. Entretanto, as imagens fornecidas por essa técnica são em formato bidimensional, com sobreposição das estruturas faciais. A tomografia computadorizada acrescentou a avaliação das estruturas craniofaciais em formato bi e tridimensional (3D), sem sobreposição de imagens, tornando-se cada vez mais usada para diagnóstico e planejamento^{4,5} de procedimentos cirúrgicos na odontologia^{2,6,7,8,9}.

As imagens em três dimensões que são possíveis pela

tomografia computadorizada, obtidas por meio de radiação X, possibilitam a reprodução de uma seção do corpo em qualquer um dos três planos do espaço; acrescentam informações mais realistas, contrastes dos tecidos, eliminando sobreposições; por isso, apresentam grande uso em diagnóstico^{10,11}.

RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, 7 anos de idade foi encaminhado para tratamento odontológico devido a não irrupção do incisivo central superior esquerdo. Na anamnese, o responsável pelo paciente relatou que o a criança havia sofrido um trauma na primeira infância na região anterior da maxila (queda da própria altura) com consequente intrusão do dente 6¹. Posteriormente este dente decíduo foi removido, e o dente 21 não erupcionou. No exame clínico, foi constatada a ausência do dente 21 e a presença de um mantenedor de espaço móvel. Para melhor avaliação, foi solicitada a tomografia computadorizada, na qual foi diagnosticado que o dente 21, em rizogênese incompleta, apresentava-se incluso com curva acentuada entre a raiz e a coroa dentária, posicionando-se com o bordo incisal para o lado vestibular, na altura do terço apical das raízes dos dentes adjacentes, ou seja, dilaceração radicular (FIGURA 1-A).

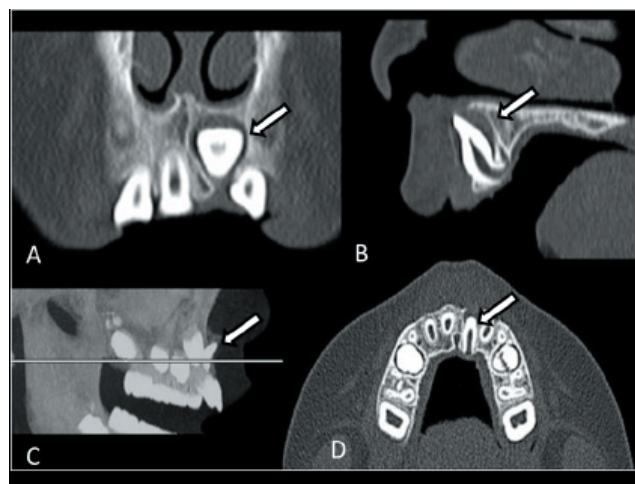


Figura 1 – Tomografia Computadorizada. (A) Corte Coronal, (B) Corte Sagital, (C) Reconstrução tridimensional e (D) Corte Axial, demonstrando a dilaceração radicular no dente 21 com a coroa voltada para superior e vestibular (setas).

Como este dente apresentava-se em rizogênese incompleta, optou-se pelo tracionamento ortodôntico imediatamente deste incisivo para a sua posição, na expectativa de que a rizogênese se completasse em situação mais favorável em relação à coroa. Assim, foi realizada exposição cirúrgica do dente 21 e colagem do braquete ortodôntico para o tracionamento (FIGURA 2). Decorridos 8 meses, o dente irrompeu e então foi realizado seu alinhamento no arco (FIGURA 2). Ao final de 21 meses, o dente já se encontrava bem posicionado no arco dentário.

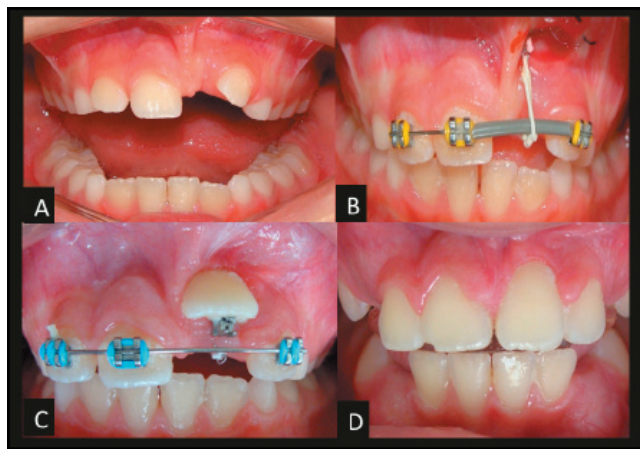


Figura 2 – (A) Foto inicial do paciente, (B) Início do tracionamento ortodôntico, (C) Durante o tracionamento ortodôntico, (D) Finalização do tracionamento ortodôntico (Note recessão gengival como sequela do tratamento)

DISCUSSÃO

A alta prevalência de sequela em dente decíduo e sucessores permanentes, após trauma dental é observada quando ocorre o trauma na primeira infância, uma vez que as crianças apresentam maior tendência a quedas sem reflexo de autoproteção com os braços^{6,12}. Algumas injúrias ao órgão dentário e/ou à estruturas de suporte podem ocorrer, como neste caso relatado, onde o trauma contribuiu para a retenção e impactação do incisivo permanente⁷, devido à dilaceração radicular^{1,6}.

No diagnóstico por imagem, as radiografias periapicais não são suficientes para a avaliação do posicionamento dos dentes não irrupcionados, raízes e corpos adjacentes, principalmente no sentido vestibulo-palatino. Em busca da avaliação vestibulo-palatina pode-se realizar uma

No final do tracionamento ortodôntico realizou-se tomografia computadorizada para avaliação da raiz e ápice radicular para confirmação do posicionamento satisfatório do dente 21 (FIGURA 3). Como consequência do tratamento, ocorreu recessão gengival e solução de continuidade da cortical vestibular sem maiores comprometimentos no dente tracionado (FIGURA 2-D). O paciente se encontra em acompanhamento.

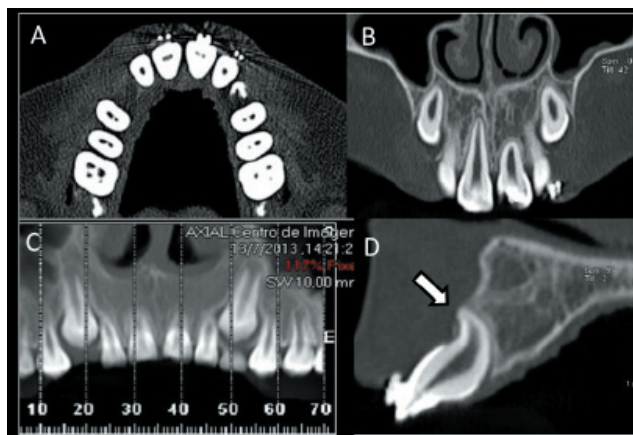


Figura 3 – Tomografia Computadorizada. (A) Corte Axial, (B) Corte Coronal, (C) Corte Panorâmico e (D) Corte Sagital, demonstrando o posicionamento satisfatório do dente 21 com solução de continuidade da cortical vestibular (bem visualizado no corte sagital – seta).

radiografia oclusal¹³. A tomografia computadorizada permite análises de estruturas anatômicas em todos os três planos do espaço⁵, sendo útil para identificar e localizar dentes impactados e/ou dilacerações radiculares⁴. Neste caso clínico relatado, as imagens tomográficas iniciais tornaram possível observar que a raiz do incisivo central superior apresentava dilaceração radicular e ao exame final após tratamento ortodôntico realizado, a possibilidade de analisar a íntima relação da raiz com a cortical vestibular, na qual observou-se o não rompimento da mesma.

Ainda neste caso clínico, o incisivo central superior exibiu uma suave recessão gengival, resultando em uma coroa clínica aumentada quando comparada ao incisivo central adjacente.

Entretanto, nenhum problema periodontal, tal como perda de osso de suporte e reabsorção radicular, foi encontrado. O resultado do tratamento foi aceitável, a despeito da suave recessão gengival no incisivo central superior. Dentre as soluções com resultados mais favoráveis do ponto de vista estético e funcional para retenções de dentes anteriores estão os tratamentos conservadores.¹

Algumas das vantagens do tracionamento do dente impactado são: melhora na estética e no comportamento psicológico do paciente, além de manter o comprimento do arco dental, evitando a instalação de hábitos deletérios e maloclusões. Por outro lado, o tracionamento ortodôntico de um dente impactado poderá envolver riscos, como por exemplo, a anquilose dental, reabsorção radicular, descoloração coronária, desvitalização pulpar, perda cervical do osso e aumento da coroa clínica com falta de gengiva inserida, problemas periodontais, com efeitos antiestéticos¹⁴.

O diagnóstico precoce da dilaceração é de extrema importância para reposicionar o dente permanente,

principalmente se for diagnosticado em fase de formação radicular. O tracionamento lento contribui para a retificação da raiz, podendo a porção calcificada alinhar-se com a porção em calcificação do dente⁹. Para os incisivos centrais superiores, a opção de tracionamento é utilizada com frequência, devido à importância da função destes dentes na estética.^{1,2,9}

CONCLUSÃO

O tratamento conservador e estético com tracionamento ortodôntico em pacientes infantis com história de trauma dentário e consequentemente dilaceração radicular com impactação do elemento dentário apresentou-se eficaz em caso de dilaceração radicular. O diagnóstico precoce deste tipo de deformidade favorece a conduta clínica, permitindo um tratamento cirúrgico-ortodôntico oportuno, com conservação e erupção do dente afetado. Para o correto diagnóstico dessa alteração dentária, torna-se essencial o exame de tomografia computadorizada para melhor avaliação do elemento dentário.

REFERÊNCIAS

1. Puricelli E. Retenção dentária: novos conceitos no tratamento ortocirúrgico. In: Gonçalves EAN, Feller C. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p.1-28
2. Noronha MP, Stuari MBS, Stuari AS, Sant'anna EF. Tracionamento ortodôntico do incisivo central superior: relato de caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(40): 339-43.
3. Silva Filho OG, Garib DG, Lara TS. Ortodontia Interceptiva: Protocolo de tratamento em duas fases. São Paulo: Artes Médicas; 2013.
4. Primo BT, Andrade MGS, Oliveira MW, Oliveira MG. Dentes retidos: novas perspectivas de localização. RFO, Passo Fundo. 2011; 16(1): 95-9.
5. Qureshy FA, Savell TA, Palomo JM. Applications of cone beam computed tomography in the practice of oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66(4):791-6.
6. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria clínica. Série EAP-APCD. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
7. Jesus MA, Antunes LAA, Risso PA, Freire MV, Maia LC. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro. Brazil. Braz Oral Res. 2010; 24(1): 89-94.

REFERÊNCIAS

8. Maverna R, Gracco A. Different diagnostic tools for the localization of impacted maxillary canines: clinical considerations. *Prog Orthod*. 2007; 8(1): 28-44.
 9. Stuani AS, Souza AHF, Stuani AS, Stuani MBS. Solução alternativa para incisivo superior impactado. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(38): 335-40.
 10. Cappellette M, Fernandes LCM, Muniz RFL, Lino AP. Tração de canino para posição do incisivo central que foi extraído por dilaceração – acompanhamento por longo tempo. *Rev Paul Odontol*. 1999; 21(5): 4-12.
 11. Santos-Pinto A, Pansani CA, Melo ACM, Paulin RF, Oshiro L. Tracionamento de incisivos centrais inclusos com aparelho ortodôntico removível: caso clínico. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 1999; 4(23): 406-13.
 12. Andreasen JO, Andreasen FM. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. Copenhagen: Munksgaard, 1994.
 13. Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1992; 101(2): 159-71.
 14. Shapira Y, Kuftinec MM. Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129(10): 1450-4.
-