

INCISIVO CENTRAL DILACERADO

Dr. Cléber Bidegain Pereira (*)
Dra. Edela Puricelli (**)

Os autores relatam um caso clínico de dilaceração do incisivo central superior, apresentando a técnica de recuperação ortodôntica do mesmo.

INTRODUÇÃO

A dilaceração do incisivo central superior permanente pode ter origem traumática ou ser causada pelo desenvolvimento do germe dentário em situação ectópica (7). Dilaceração foi definida por TIECKE et al. (8) como um desvio na relação linear da coroa dentária com sua raiz. Não há prejuízo na calcificação. Segundo HOWELL e EDLER (4, 2), a deformidade mais comum no incisivo central superior é a coroa angulada para cima e para vestibular. É importante distinguir dilaceração de flexão, pois este último termo é aplicado para qualquer dente com curvaturas radiculares. Também distingue-se a dilaceração em sua gravidade, aumentando na proporção em que a relação linear apresenta desvio angular maior e mais próximo do colo anatômico do dente. O tratamento habitualmente indicado para estes dentes dilacerados que se mantêm retidos é a extração (1, 2, 3, 7). Entretanto, com um diagnóstico precoce e uma boa orientação cirúrgica e ortodôntica, pode-se provocar a erupção mecânica destes dentes.

CASO CLÍNICO

A erupção do incisivo central superior direito, sem acontecimento semelhante de seu homólogo, levou à pesquisa radiográfica da região. Foi constatado que o 21 estava retido e apresentava 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 vizinhos. A rizogênese não era completa, pouco menos do que se poderia esperar para a média de sua idade - sete anos e meio - e, também, pouco menos que os demais dentes, considerando-se a cronologia. A história clínica assinalou traumatismo violento, aos três anos e meio, com intrusão do decíduo correspondente. Por não ser o incisivo central superior substituível pela transposição ortodôntica de um dente vizinho, sua perda levaria, necessariamente, a uma prótese prematura, o que motiva a tentativa de seu aproveitamento. Optou-se por tracionar imediatamente o incisivo para a sua posição, na expectativa de que a rizogênese se completasse em situação mais favorável em relação à coroa dentada. O dente exposto cirurgicamente sofreu aplicação de dois aportes metálicos: um no bordo incisivo - através de perfuração - e outro no colo anatômico. O primeiro, mais justo e fixo, permitiu aplicação direta das forças de tração ortodôntica em todas as direções necessárias. Já o segundo braço metálico, no colo anatômico do dente, favoreceu a tração vertical moderada. O incisivo foi sendo tracionado, lentamente, com auxílio de Placa Móvel, que servia de ancoragem, e da ação de elásticos que o próprio paciente manipulava. A erupção se deu por vestibular, em posição elevada, avolumando o lábio superior e ferindo a mucosa. Confeccionou-se Placa de acrílico que se interpôs entre o lábio e o segmento anterior da arcada dentária superior. Protegeu-se, assim, o lábio e a força da musculatura impulsionou favoravelmente o dente. Com a verticalização da coroa dentária, a rizogênese, que sempre continuou na direção normal, passou a ter o mesmo longo eixo da coroa. A raiz do dente adquiriu a forma de baioneta. Bandas com aditivos de "edgewise" em 46, 42, 41, 11, 12 e 16 concluíram o posicionamento desejado.

DISCUSSÃO

A consulta à literatura demonstra grande porcentagem de casos semelhantes - dilaceração do incisivo central superior - cujo tratamento é a extração. O diagnóstico precoce deste tipo de deformidade favorece a conduta clínica, permitindo um tratamento cirúrgico-ortodôntico oportuno, com conservação e erupção do dente afetado. O germe dentário do incisivo permanente, que tinha formado pouco mais do que a coroa, sofreu deslocamento pela ação traumática. Mas a rizogênese continuou em sua direção normal, com o longo eixo quase na vertical, resultando o desvio na relação linear entre a raiz e a coroa dentária.



Figura 1: aspecto clínico inicial do caso



Figura 2: retirada dos apoios metálicos



Figura 3: nivelamento de fechamento de espaços



Figura 4: aspecto final do caso



Radiografia inicial. A coroa, pela injúria, tomou a posição horizontal, porém a rizogênese continua na vertical. É necessário iniciar a verticalização da coroa imediatamente.



Foram colocados dois aportes metálicos, um no colo anatômico do dente e outro na borda incisal.



A tração foi iniciada pelo aporte metálico da borda incisal. Depois, tracionou-se pelo outro aporte etálico.



Retirados os aportes metálicos, a rizogênese continuou, dando à raiz a forma de “baioneta”.



Quase concluída a rizogênese



Aspecto radiográfico em janeiro de 1997, 16 anos após a conclusão do tratamento

NOTA DO EDITOR: reportando-me ao excelente Caso Clínico da **Dilaceração Radicular**, da Dra Nelma Maria Freitas, publicado na [edição anterior da RV AcBO](#) é oportuno transcrever caso semelhante, publicado em 1981, o qual foi exitoso graças ao diagnóstico prematuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BECKER, A. et al. Utilization of a dilacerated incisor tooth as its own space maintainer. J. Dentist. 4. 6. 263 264, 1976.
- 2) EDLER, R. Dilaceration of upper central and lateral incisors: a case report. Br. Dent. U. I 35, 331-332, 1975.
- 3) EDMONDSON, H. D. and CRABB, J. J. Dilaceration of both upper central incisor teeth: a case report. J. Dent. 3, 223-224, 1975.
- 4) HOWE, G. L. Minar Oral Surgery, 2nd ed. 135-137. Wright Bristol.
- 5) ROSE, J. S. Treatment of central incisors: two case reports. Dent. Practit. 20, 153-1 57, 1969.
- 6) SANCHEZ. M. F. Comunicação pessoal.
- 7) STEWART, D. J. Dilacerate unerupted maxillary central incisor. Brt. Cent. J. 145, 229,1978. 8 - TI-ECKE, R. W- et al. Pathological physiology of oral disease. Mosby, St. Louis, 1959.

(*) Especialista em Ortodontia pelo C.F.O.

(**) Prof. Adjunta do Depto. de Cirurgia e Ortopedia da FO-UFRGS, Porto Alegre, RS