



rsilva@edu.uflisboa.pt

CAROLINA SANTOS¹, CATARINA REIS DE SOUSA², DIOGO SIMAS RODRIGUES³, JOANA GODINHO⁴, RUI PEREIRA⁵, LUÍS JARDIM⁶

¹ Médica Dentista Especialista em Ortodontia, Assistente Convidada de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
² Médica Dentista, Pós Graduada em Ortodontia pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

³ Médico Dentista, Clínica Lambert

⁴ Médica Dentista Especialista em Ortodontia, Professora Auxiliar com Agregação de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

⁵ Médico Dentista Especialista em Ortodontia, Professor Auxiliar de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

⁶ Médico Dentista Especialista em Ortodontia, Professor Catedrático de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO: O tratamento ortodôntico com exodontia de ambos os incisivos centrais superiores é raro.^{1,2} Todavia, esta opção terapêutica é considerada uma alternativa aceitável quando o prognóstico destes dentes é muito reservado.^{1,2,3,4}

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO: Menino de 13 anos e 10 meses foi referenciado por "falta de espaço". História progressiva de traumatismo do 11 e 21 com avulsão e reimplante, seguido de tratamento endodôntico.

Exame extra-oral frontal: arco do sorriso não consonante, desvio da linha média superior para a esquerda e ausência de exposição gengival no sorriso. Perfil cutâneo reto, lábios grossos e progenia. **Exame intra-oral:** dentes 11 e 21 com alteração de cor, mas sem sinais de anquilose, 12 e 22 com coroas clínicas grandes, Classe II molar bilateral, sobremordida horizontal e vertical aumentadas, mordida em tesoura no 17, discrepância dentomaxilar negativa, mais severa na maxila do que na mandíbula.

Ortopantomografia ilustra uma dentição permanente completa (23 incluso e gérmen de 3^os molares), 11 e 21 com raízes endodenciadas e reabsorvidas severamente e 12 e 22 com raízes integras. Na **cefalometria** há uma relação intermaxilar neutra por normoposição bimaxilar, hipodivergência por rotação anti-horária da maxila e mandíbula e retroinclinação dos incisivos superiores.

O tratamento ortodôntico foi feito com aparelhos fixos Roth, slot .018, técnica de arco reto e mecânica de deslizamento. Depois da remoção de braquetes, seguiu-se o tratamento periodontal e protodôntico, após o qual se colocou a contenção definitiva.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: Incisivos centrais maxilares permanentes inviáveis num doente em crescimento representam um desafio clínico para qualquer médico dentista. Das hipóteses possíveis (implantes, próteses parciais removíveis, fixas ou autotransplantes) a mais plausível foi fechar os espaços ortodônticamente, mesializando os laterais e deixando os dentes em posição favorável para posterior reanatomização.^{1,2,3,4} As vantagens foram solucionar o apinhamento, preservar dentes naturais e prevenir a necessidade futura de implantes.⁵ O desafio foi garantir que laterais, caninos e 1^os pré-molares superiores espelhassem, estética e funcionalmente, os centrais, laterais e caninos, respetivamente.¹ Para o sucesso do tratamento foi fundamental um diagnóstico, planeamento e tratamento em equipa multidisciplinar. Apesar do *follow-up* ser ainda a 6 meses, a literatura reporta um prognóstico favorável a longo prazo em casos de extrações atípicas.⁵



Figuras 1A- 1J: Exames complementares iniciais.

Figuras 2A- 2F Exames complementares de progresso.

Figuras 3A- 3J Exames complementares finais.

Figuras 4A- 4H Exames complementares pós-reabilitação.

RESUMO

1. Santos C, Reis de Sousa C, Rodrigues D, Godinho J, Pereira R, Jardim L. Ortodontic management of a case involving extraction of maxillary central incisors: A new approach. *J Case Rep Images Dent.* 2016; 2(1): 1-8.

2. Healdsøe F, Zaki W, Bakstrom F. Extraction of a maxillary central incisor: an orthodontic-restorative treatment. *Case Rep Dent.* 2014; 2(5): 50-57.

3. Jansen JA, van't Hof-Grootenboer EA, van't Hof-Grootenboer EA, van't Hof-Grootenboer EA. Alveolar resorption of a maxillary central incisor. *Int J Orthodontic Clin.* 2010; 13(4): 150-157.

4. Lima A, Anderson Paulo Barbosa et al. Atypical Extraction of Maxillary Central Incisor for the Correction of Angle Class II Malocclusion. *Int J Orthodontic.* 2019; 19(13): 292-298.

5. Santos C, Reis de Sousa C, Rodrigues D, Godinho J, Pereira R, Jardim L. Exatões atípicas em Ortodontia. *Ortodontia.* 2016; 24(4): 28-44.

Fonte de financiamento ou apoio (não aplicável)

Conflicto de interesse (não aplicável)

Consentimento do paciente. Declaramos que obtivemos autorização do paciente ou do seu tutor legal para a publicação dos dados numa revista open access.