

A exodontia de primeiros molares – a propósito de um caso clínico.

INTRODUÇÃO

Atualmente o número de pacientes adultos representa uma parcela significativa do universo ortodôntico. No caso dos adultos é comum encontrar nesses pacientes algum grau de comprometimento, ou mesmo a ausência, de um ou mais molares¹. Em casos que apresentam falta de espaço para o alinhamento dos dentes, protrusão dentária, assimetrias intra-arcadas, molares extruídos, com cáries e/ou restaurações extensas nos quais a exodontia pode tornar-se a primeira opção no planeamento do tratamento^{2,3}.

O tratamento ortodôntico com a exodontia de primeiros molares é tecnicamente mais complexo porque o espaço é maior, a ancoragem é por vezes crítica e, em alguns casos, há simultaneamente comprometimento periodontal.

Nos casos de exodontia de primeiros molares, é importante a presença dos terceiros molares nas arcadas, em contrapartida, que apresentem condições eruptivas

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino com 19,5 anos, uma estética facial harmoniosa, mesofacial e Classe I esquelética. Apresenta ausência dos dentes 16, 36 e 46, extrusão do dente 26 e Classe II canina de meio pré-molar à esquerda. A caracterização do problema dentário segundo a análise de *Ricketts* registam valores dentro da norma clínica e em termos de formação dentária, os terceiros molares encontram-se numa fase pós-formação da furca.



RESULTADOS/DISCUSSÃO

A extrusão do 26, a ausência de restantes primeiros molares, apinhamento e presença dos terceiros molares com potencial eruptivo, tornou a opção terapêutica de exodontia de primeiros molares lógica.

A perda de ancoragem na arcada superior ocorre mais facilmente e, por isso, quando é necessário devem instituir-se mecanismos de ancoragem apropriados.

Nos casos com apinhamento, a inclusão de todos os dentes no alinhamento vai resultar na projeção dos dentes anteriores². Se essa não for a intenção, a distalização dos pré-molares e caninos para a distal deve ser implementada nas fases iniciais do tratamento, facilitando o alinhamento dos dentes anteriores. No presente caso a distalização do dente 25 foi iniciada com uma alça de retração (fig.1).



Fig.1 - efeito da distalização de 15 com alça de retração

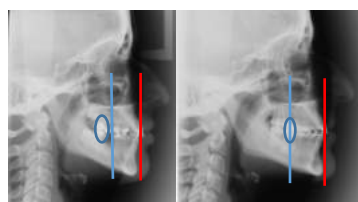
Durante o fechamento dos espaços, procura-se deslocar as peças dentárias em corpo, evitando os efeitos colaterais durante a movimentação, como a inclinação e a rotação descontrolada dos molares. A utilização de arcos com alças (fig.2) permitiu o fechamento dos espaços com controle da inclinação para mesial dos segundos e terceiros molares (fig.3), resultante num movimento em corpo.

A manutenção da harmonia facial foi preservada pelas mecânicas com perda de ancoragem e consequente diminuição da retração incisiva (fig.4).



Fig. 2 - alça em L com ação intrusiva e tip-back

Fig. 3 - radiografia panorâmica de final de tratamento



Final do tratamento

Fig 4.

- Vertical 1 sobre a apofise piramidal do maxilar (Key-Ridge) no início e final do tratamento, permite a comparação da posição molar.
- Vertical 2 em pogonion, permite comparar a posição dos incisivos antes e no final do tratamento