

Diastemas Interincisais Superiores Associados a Dentes Supranumerários – Considerações Clínicas e Relato de um Caso

Upper Anterior Diastema Associated with Supernumerary Teeth – Clinical Considerations and a Case Report

Julio Orrico de Aragão Pedra e CAL NETO*
Deise Lima CUNHA**

José Augusto Mendes MIGUEL***

CAL NETO, J.O. de A.P. e; CUNHA, D.L.; MIGUEL, J.A.M. Diastemas interincisais superiores associados a dentes supranumerários – considerações clínicas e relato de um caso. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba, v.7, n.39, p.239-244, maio/jun. 2002.

Dentes supranumerários na linha mediana superior costumam estar relacionados a problemas estéticos, bem como a complicações patológicas, que podem ser difíceis de solucionar. Neste trabalho os autores se propõem a apresentar um caso clínico de diastema interincisal superior, associado à presença de dois dentes supranumerários, num menino de 8 anos de idade, fazendo considerações clínicas sobre o diagnóstico, o tratamento cirúrgico-ortodôntico e a contenção desta má-oclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Diastema; Dentes supranumerários; Ortodontia; Relato

***Professor-assistente da Disciplina de Ortodontia da FO/
UERJ; Doutorando em Odontologia – UFRJ

INTRODUÇÃO

O diastema tem sido definido como espaço ou ausência de contato entre dois dentes consecutivos, podendo ser fisiológico ou não (NACIF *et al.*, 1983; CAMARGO *et al.*, 1997; RAVELLI *et al.*, 1998). Este pode estar presente em qualquer local, em ambas as arcadas, sendo uma das queixas estéticas mais comuns dos pacientes quando localizado na linha mediana, embora não reduza a eficiência mastigatória (CANGIALOSSO, 1982; TOMMASI, 1982;

MOYERS, 1988).

Existe uma tendência à diminuição da incidência do diastema com o desenvolvimento normal da oclusão. TAYLOR (1939) relacionou a presença do diastema com a idade, encontrando uma incidência de 97% aos 6 anos, baixando para 49% aos 10 anos e caindo bruscamente para 7% dos 12 anos em diante. Contudo, essa redução representa os casos em que observa-se a correção fisiológica, que ocorre no final da dentição mista com a erupção de caninos superiores.

A literatura descreve fatores etiológi-

de caso.

*Monitor da Disciplina de Ortodontia da FO/UERJ; Membro do Grupo PET/SESu; Rua Almirante Luís Belart, 190/206, Jd. Guanabara – CEP 21941-100, Rio de Janeiro, RJ; e-mail: jcalneto@bol.com.br

**Aluna do Curso de Especialização em Ortodontia da FO/UERJ

cos do diastema interincisal, que surgem com grande frequência, tais como ausência congênita dos incisivos laterais, incisivo lateral de tamanho reduzido (conóide), hábitos parafuncionais, fusão imperfeita da linha média, freio labial anormal ou hipertrófico, macroglossia, patologias de linha média e a presença de dentes supranumerários (BECKER, 1976; CAMARGO *et al.*, 1997; OESTERLE & SHELLHART, 1999). Dentre todos os fatores mencionados, neste estudo serão abordadas algumas considerações sobre a presença do dente supranumerário na linha média ou mesiodente.

Os dentes supranumerários são conhecidos como um ou mais dentes formados em número maior que o normal, podendo ocorrer na mandíbula ou na maxila, de forma uni ou bilateral, estando isolados, em pares ou múltiplos (NACIF *et al.*, 1983; SOLARES, 1990). Apresentam uma prevalência entre 0,3 a 3,8% na população em geral (STAFNE, 1931; SO, 1990). Estes podem erupcionar normalmente, ficar impactados, surgir invertidos ou assumir uma posição ectópica, sendo que uma larga escala dos dentes supranumerários anteriores tendem a permanecer inclusos, cerca de 75% (SOLARES, 1990).

Até hoje a etiologia dos dentes supranumerários é desconhecida, entretanto inúmeras teorias têm sido formuladas, dentre elas estão o atavismo (reaparecimento de dentes presentes em antepassados), o hiperdesenvolvimento da lâmina dental, a hereditariedade, as fissuras de lábio e palato, as síndromes, além de outras alterações da embriogênese (FOLEY & DEL RIO, 1970; SHUSTERMAN, 1978; CANGIALOSSO, 1982; SHAFER, 1983; PROFFIT, 1991).

Existem dois tipos morfológicos de dentes supranumerários: suplementar e rudimentar. Suplementar se refere a dentes de forma e tamanho normais, ao passo que rudimentares incluem tipos cônicos, tuberculados ou molariformes. Deste último grupo, o mais comum é conhecido como mesiodente, tendo a forma cônica, apresentando-se entre os incisivos centrais superiores (LUTEN, 1967; WEBER, 1980; PRIMOSCH, 1981).

No que se refere à localização, diversos trabalhos têm demonstrado uma predileção por um posicionamento na maxila, entre 90 a 98% dos casos, principalmente no segmento anterior. Estão presentes tanto na dentição decídua quanto na permanente, sendo mais frequentes nesta última (STAFNE, 1932; SO, 1990). Considerando o sexo, há uma preva-

lência duas vezes maior em pacientes do sexo masculino quando comparados com os do feminino (SO, 1990; SOLARES, 1990).

O diagnóstico clínico de um dente supranumerário erupcionado é um procedimento relativamente fácil devido ao tamanho e forma irregular. Porém, a radiografia panorâmica tem sido especialmente útil como método complementar para o diagnóstico inicial de elementos inclusos (ALMEIDA *et al.*, 1997).

Além de diastemas, a presença do mesiodente pode estar relacionada a complicações, tais como atraso na erupção dos dentes normais, erupção ectópica, giroversões e reabsorções radiculares de dentes adjacentes (LUTEN, 1967; WEBER, 1980; FOLIO *et al.*, 1985). Quando o supranumerário não erupciona, outro problema que pode ocorrer é a formação de cisto dentígeno. STAFNE (1932) observou que, em 5,5% dos casos de supranumerários, havia formação cística.

O tratamento a ser proposto pode consistir de várias condutas, de acordo com a posição e número dos elementos e da época do diagnóstico (ALMEIDA *et al.*, 1997). Tendo em vista as complicações relacionadas com a sua presença, quase sempre é indicada a remoção cirúrgica. Porém, o momento ideal para a intervenção cirúrgica é controverso (SOLARES, 1990). Muitos pregam a extração imediata, que consiste na intervenção realizada logo após o diagnóstico. Esta é justificada para prevenir interferências na irrupção ou formação dos dentes adjacentes, zelando pelo desenvolvimento normal da oclusão (WEBER, 1980; NACIF *et al.*, 1983; Mc DONALD, 1991).

Por outro lado, quando não existem indícios de complicações, o acompanhamento e a observação periódica são recomendados, sendo aguardado o término da rizogênese dos dentes adjacentes e o momento em que o paciente tenha uma idade que lhe permita aceitar melhor tal procedimento invasivo (FREITAS *et al.*, 1993; ALMEIDA *et al.*, 1997). Segundo PRIMOSCH (1981), a época mais oportuna para a intervenção seria entre 8 e 10 anos de idade.

Quando possível, a intervenção precoce é preferida, pois induz erupção espontânea dos permanentes, previne perda de espaço anterior, deslocamento da linha média e evita tratamento cirúrgico/ortodôntico mais complexo (CANGIALOSSO, 1982; SOLARES, 1990; FREITAS *et al.*, 1993).

Na maioria das vezes, quando relacionado com a presença de diastema interincisal, a

intervenção cirúrgica não é o bastante para a resolução do problema, sendo necessária uma abordagem cirúrgico-ortodôntica. O objetivo deste estudo é apresentar um caso de diastema interincisal superior, ocasionado pela presença de um par de dentes supranumerários, e descrever o tratamento instituído.

RELATO DO CASO

O paciente M.B.S, de 7 anos e 11 meses de idade, procurou a clínica de Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UERJ, queixando-se de possuir “dentes de vampiro” (Figura 1). Foi constatada clinicamente a existência de dois dentes supranumerários conóides localizados na linha média (mesiodentes), erupcionados entre os incisivos centrais superiores (Figura 2). A presença desses supranumerários fez com que os incisivos centrais superiores erupcionassem ambos girovertidos mesialmente e com inclinação distal acentuada, havendo



FIGURA 1: Fotografia inicial da face (frontal), sorrindo, demonstrando o comprometimento estético dos supranumerários.



FIGURA 2A: Fotografia inicial intrabucal com a presença dos supranumerários (mesiodente).



FIGURA 2B: Vista radiográfica periapical da região afetada.

conseqüentemente um distanciamento entre esses dentes e espaço insuficiente para um correto posicionamento dos incisivos laterais e caninos, comprometendo tanto a função quanto a estética.

Após a realização de adequada anamnese e exame clínico, foi solicitada documentação ortodôntica (radiografia cefalométrica, modelos de estudo e fotos de frente e perfil). Mediante sua análise, diagnosticou-se que o paciente era portador de má-oclusão classe II esquelética e dentária, padrão de crescimento da face mesocefálico, sobressaliência de 5mm e perfil convexo, sendo ainda observada perda precoce dos elementos 74, 75 e 84.

Para esta fase, o plano de tratamento proposto para a arcada superior foi a exodontia imediata dos dois mesiodentes, o fechamento do diastema remanescente, bem como o alinhamento e nivelamento dos dentes anteriores. Já para a arcada inferior, o planejamento foi a manutenção de espaço, tendo em vista a perda precoce mencionada.

Após a remoção cirúrgica dos elementos já referidos, foram aguardados aproximadamente 60 dias para que houvesse uma cicatrização adequada e neoformação óssea da região. Neste momento, foi montada a aparelhagem fixa parcial e iniciada a movimentação ortodôntica dos incisivos centrais. Para isso, foram

colados bráquetes nos elementos 11 e 21, e foi utilizado um arco segmentado que promoveria o fechamento do diastema existente, tendo sido confeccionado com fio retangular de 0,019" x 0,025", em aço inoxidável, com uma alça me-



FIGURA 3: Fotografia intrabucal, ilustrando o arco segmentado em fio retangular (0,019"x 0,025", em aço inoxidável, com uma alça mediana e helicóides), com objetivo de fechar o espaço após extração dos supranumerários.

diana para aumentar a resiliência e permitir a ativação do mesmo (Figura 3). Nesta mesma época, foi cimentado um arco lingual com bandas nos dentes 36 e 46, para manter o espaço existente.

Em três meses, foi fechado o diastema, melhorando bastante o posicionamento dos incisivos centrais. Neste momento, o arco segmentado foi removido, sendo preconizado o uso de arcos contínuos, com a finalidade de melhorar o alinhamento e o nivelamento dos incisivos centrais e laterais. Sendo assim, colocaram-se bráquetes nos incisivos e foram cimentadas bandas ortodônticas com tubos soldados nos primeiros molares superiores. Foram

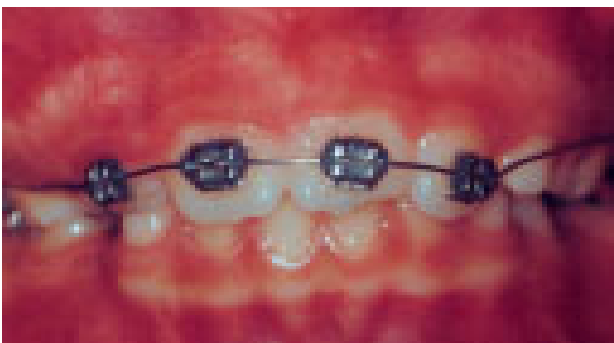


FIGURA 4: Fotografia intrabucal, ilustrando o nivelamento e o alinhamento dos incisivos superiores com arco contínuo.

utilizados arcos em *twist-flex* 0,015", seguido por 0,014", 0,016" e 0,018", de seção redonda, todos feitos de aço inoxidável (Figura 4). Para o fechamento do espaço remanescente, foram utilizados elásticos em cadeia.

Após oito meses, esta primeira fase do tratamento foi finalizada, sendo obtido um resultado razoavelmente bom, com melhora na disposição dos dentes anteriores, o que facilitou um melhor posicionamento lateral, proporcionando função e estética, que até então eram bastante deficientes. Com a remoção da apa-

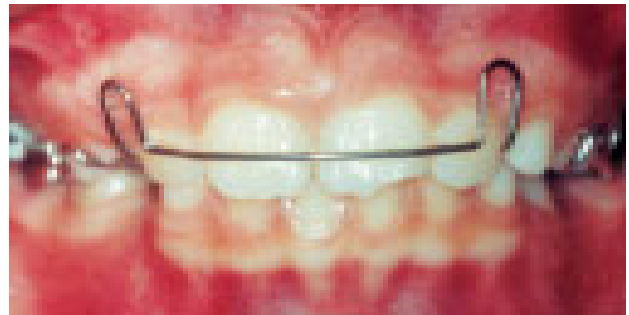


FIGURA 5: Fotografia intrabucal, ilustrando o resultado final, utilizando placa de Hawley para contenção do movimento realizado.

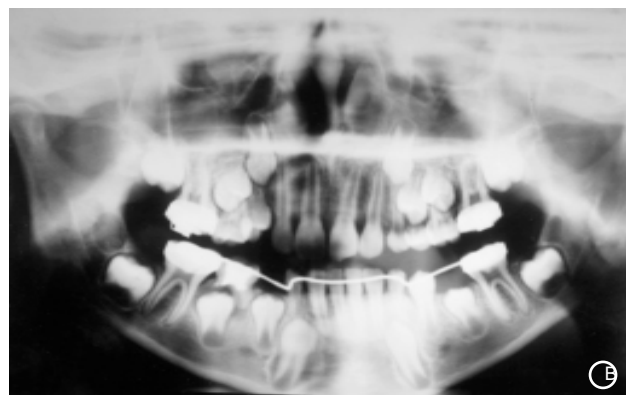
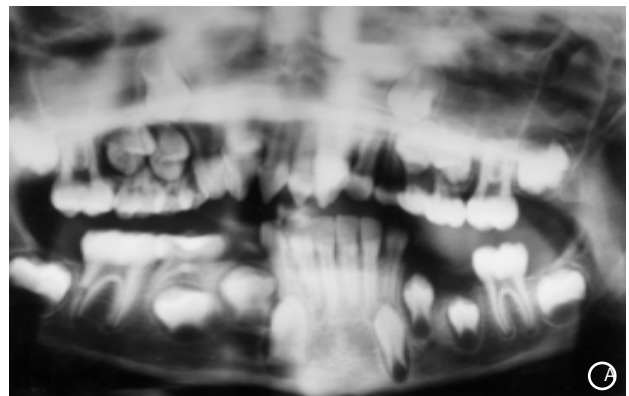


FIGURA 6: As radiografias panorâmicas mostram o caso antes (A) e após o tratamento (B).

relhagem fixa, fez-se necessária a contenção, que foi realizada através da tradicional Placa de Hawley, durante o período de 8 meses (Figura 5). Os aspectos radiográficos pré e pós-tratamento são apresentados na Figura 6.

Tendo em vista a má-oclusão existente, será realizado um controle periódico através de radiografias de mão e punho, visando aguardar o início do surto de crescimento puberal, para que possa ser iniciada uma segunda fase do tratamento, na qual será instalado um aparelho extrabucal, para a correção da classe II, associada ao uso de aparelhagem ortodôntica fixa.

DISCUSSÃO

O diastema interincisal superior pode ser causado por diversos fatores, sendo portanto importante um correto diagnóstico do mesmo, antes de qualquer procedimento tera-pêutico. Desta forma, torna-se relevante um minucioso exame clínico, associado a fotografias, exames radiográficos e modelo de estudo, para que não haja riscos de erro ou insucesso no tratamento. Neste caso, o fator etiológico foi a presença de dois dentes supranumerários na linha média, representando um impedimento físico ao contato dos incisivos centrais.

No intuito de prevenir o desenvolvimento de problemas relacionados à presença dos supranumerários, o tratamento indicado quase sempre consiste na remoção cirúrgica desses elementos. Todavia, deve-se ter cuidado para que uma cirurgia não seja indicada precocemente, a não ser que haja algum tipo de transtorno ao desenvolvimento da dentição. Desta forma, torna-se possível selecionar o momento mais adequado para a realização do ato cirúrgico. Em nossa abordagem, a escolha de tal procedimento não foi tão problemática, pois o paciente buscou ajuda de forma relativamente tardia, estando com cerca de 8 anos, havendo maturidade emocional suficiente para aceitar a cirurgia, além dos dentes adjacentes já possuírem estágios de formação radicular e erupção avançados.

Outro fator que facilitou o caso foi o fato de os elementos extranumerários já estarem irrompidos, ao contrário do que acontece na maioria dos casos envolvendo mesiodentes (SOLARES, 1990). Uma cirurgia de dentes inclusos é mais complicada, requerendo uma

maior cooperação do paciente. Quando o supranumerário não está erupcionado, o auxílio de exames radiográficos de rotina se torna fundamental, sendo considerado indispensável até em procedimentos mais simples, evitando assim maiores complicações (ALMEIDA *et al.*, 1997).

Apesar da autocorreção, após a extração dos dentes supranumerários, ser uma alternativa mais conservadora, especialmente em casos menos severos, optou-se pela intervenção imediata, pelo fato de que a grande distância radicular presente iria proporcionar apenas a convergência das coroas. Embora atualmente também sejam indicadas outras opções para o fechamento de diastemas, tais como o uso de facetas ou de resina composta (VIEIRA *et al.*, 1990), o tratamento ortodôntico foi preconizado por zelar pela preservação de estrutura dentária, além de permitir uma otimização dos resultados estéticos e funcionais, sobretudo para pacientes jovens, como no caso considerado.

É preciso dar especial atenção à fase de contenção, que neste caso foi realizada com aparelho de Hawley. O fechamento de diastemas anteriores constitui um dos movimentos mais instáveis em ortodontia e, muitas vezes, deve ser contido por tempo indeterminado, principalmente nos casos em que o freio labial tem inserção baixa. Nestes casos, mesmo quando está indicada a frenectomia, podem estar presentes, após a cirurgia, restos de fibras elásticas e tecido de granulação, que atuam como fator recidivante. Assim, recomenda-se a contenção colada entre os incisivos, que garantem um resultado mais estável a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce do mesiodente é vital para uma intervenção preventiva, evitando ao máximo distúrbios na erupção e, conseqüentemente, más-oclusões. Nas situações em que já existem alterações no desenvolvimento da oclusão, como os diastemas, o objetivo deve ser a realização de um diagnóstico preciso e adequado plano de tratamento, para que seja possível atuar de forma simples, evitando remoções cirúrgicas delicadas, bem como tratamentos ortodônticos extensos para fechamento de espaço. É de suma importância que o tipo

de contenção seja planejado desde o início do tratamento, para garantir estabilidade na correção desta má-oclusão.

CAL NETO, J.O. de A.P. e; CUNHA, D.L.; Miguel J.A.M. Upper anterior diastema associated with supernumerary teeth – clinical considerations and a case report. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, Curitiba, v.7, n.39, p.239-244, maio/jun. 2002.

Supernumerary teeth in the upper midline can present both esthetic and pathologic concerns that can be difficult to solve. In this study, the authors present a case of upper anterior diastema, with the presence of two supernumerary teeth in a 8-year old boy, presenting some considerations about diagnosis, surgical-orthodontic therapy, and retention of this malocclusion.

KEYWORDS: Diastema; Tooth supernumerary;

Orthodontics; Case report.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.R. *et al.* Supranumerários – Implicações e procedimentos clínicos. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Fac**, v.2, n.6, p.91-108, 1997.
- BECKER, A. The median diastema. **Dent Clin North Am**, v.22, n.4, p.685-710, 1976.
- CAMARGO, E.S. *et al.* Mesiodens: apresentação de um caso. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v.2, n.9, p.53-56, 1997.
- CANGIALOSSO, T.J. Management of maxillary central incisor impacted by a supernumerary tooth. **J Am Dent Assoc**, v.105, n.5, p.812-814, 1982.
- FOLEY, M.F.; DEL RIO, C.E. Supernumerary teeth. Report of case. **Oral Surg**, v.30, p.60-63, 1970.
- FOLIO, J. *et al.* Clinical management of multiple maxillary anterior supernumerary teeth. Report of case. **J Dent Child**, v.52, n.5, p.370-373, 1985.
- FREITAS, M.R. *et al.* Dentes supranumerários. Relato de um caso acompanhado durante dez anos. **Ortodontia**, v.26, n.1, p.92-97, 1993.
- LUTEN, J.R. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentitions. **J Dent Child**, v.34, n.5, p.346-353, 1967.
- MC DONALD, R.E. **Odontopediatria**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.76-109.
- MOYERS, R. **Ortodontia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p.212-237.
- NACIF, M. *et al.* Impacted supernumerary teeth. A survey of 50 cases. **J Am Dent Assoc**, v.106, n.2, p.201-204, 1983.
- OESTERLE, L.J.; SHELLHART, W.C. Diastemas superiores na linha mediana: uma revisão de suas causas. **J Am Dent Assoc**, Brasil, v.2, n.2, p.60-69, 1999.
- PROFFIT, E. W. **Ortodontia Contemporânea**. [S.l.]: Pancast, 1991. p.340-343.
- PRIMOSCH, R.E. Anterior supernumerary teeth – assesment and surgical intervention in children. **Pediatr Dent**, v.3, p.204-214, 1981.
- RAVELLI, D.B. *et al.* Diastema interincisal. Fatores etiológicos. Relato de casos clínicos. **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v.3, n.18, p.36-42, 1998.
- SHAFFER, W.G. **A textbook of oral pathology**. 4.ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1983. p.43-46.
- SHUSTERMAN, S. Multiple supernumerary teeth. Report of two cases. **J Dent Child**, v.45, n.6, p.469-472, 1978.
- SO, L.L.Y. Unusual supernumerary teeth. **Angle Orthod**, v.60, n.4, p.289-292, 1990.
- SOLARES, R.J. The consequences of late diagnosis of anterior supernumerary teeth, case report. **J Dent Child**, v.57, n.3, p.209-211, 1990.
- STAFNE, E.C. Supernumerary teeth. **Dent Cosmos**, v.74, p.653-659, 1932.
- STAFNE, E.C. Supernumerary upper central incisor. **Dent Cosmos**, v.73, p.776-780, 1931.
- TAYLOR, J. E. Clinical observations relating to the normal and abnormal frenum labial superians. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.25, p.646-658, 1939.
- TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1982. p.87.
- WEBER, F.N. Dientes supermerários. **Dent Clin North Am**, v.23, p.302-311, 1980.
- VIEIRA, L.C.C. *et al.* Fechamento de diastemas. **Rev Odont Univ São Paulo**, v.4, n.2, p.169-171, 1990.

Recebido para publicação em: 07/01/02

Enviado para análise em: 31/01/02

Aceito para publicação em: 10/04/02