

**MIGRAÇÃO DENTÁRIA PATOLÓGICA SEVERA PROVOCADA POR HÁBITO
DELETÉRIO. RELATO DE CASO**
**SEVERE PATHOLOGIC TOOTH MIGRATION CAUSED BY DELETERIOUS
HABIT. CASE REPORT**

¹Ana Regina Cervantes Dias, ²Ana Paula Cunha da Costa, ³Hilda Maria Montes Ribeiro
de Souza, ⁴Katia Regina Hostílio Cervantes Dias

¹Professora Colaboradora da Disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia da
Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

²Doutora em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da UERJ

³Professora Adjunta da Disciplina de Oclusão da Faculdade de Odontologia da UERJ

⁴Professora Associada do Departamento de Clínica Odontológica Faculdade de
Odontologia da UFRJ

RESUMO

O diastema provocado por migração patológica pode gerar problemas oclusais, estéticos e afetar negativamente a auto-estima do paciente. O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de migração dentária patológica provocada pela tentativa frustrada do paciente em fechar um diastema central mediano com uma porção de algodão. Este, ao ser umedecido pela saliva, aumentava de volume, gerando uma força leve, porém contínua, que aliada à perda de inserção provocada pela doença periodontal, gerou uma migração dentária severa. O tratamento proposto incluiu exodontia dos incisivos centrais superiores, reabilitação imediata com uma prótese removível e posterior tratamento periodontal.

PALAVRAS-CHAVE: periodontite, migração de dente, diastema

ABSTRACT

The diastema inflicted by pathologic migration can generate occlusal and esthetic problems, affecting negatively the patient's self esteem. The aim of this article is to describe a clinical case of a pathologic tooth migration caused by a patient attempt to close a maxillary midline diastema with a cotton ball. Once moistened by saliva, the volume of the cotton ball increased, generating a light but constant force with, together with periodontal attachment loss, provoked a severe dental migration. The proposed treatment included extraction of the upper central incisors, immediate rehabilitation with partial removable prosthesis and posterior periodontal treatment.

KEY-WORDS: periodontitis, tooth migration, diastema

INTRODUÇÃO

O diastema mediano central é uma alteração comum de posição e é caracterizado por um espaço entre os incisivos centrais, com conseqüências funcionais e estéticas. O diastema

possui prevalência de 1,6-25,4% na população adulta, sendo mais freqüente na raça negra (GASS *et al.*, 2003).

Existem vários fatores etiológicos relacionados ao diastema, como fatores hereditários e de desenvolvimento, discrepância entre tamanho dos dentes e arcada, inserção baixa do freio labial, hábitos parafuncionais, perda dentária, doença periodontal, dentes supranumerários não erupcionados, sobremordida e patologias tumorais na linha mediana maxilar (GASS *et al.*, 2003).

A presença de diastema afeta negativamente a estética do sorriso e pode ser um problema para a autoestima do paciente (BRUNSVOLD, 2005). Além disto, diastemas exagerados podem comprometer os movimentos funcionais da mandíbula, contribuindo para uma maloclusão.

A odontologia contemporânea dispõe de diversas formas de tratamento para os diastemas. O planejamento do tratamento para corrigi-lo varia de acordo com a largura do diastema e assimetria dentária e pode incluir ortodontia, dentística ou uma combinação de vários tratamentos (CAMPBELL, KINDELAN, 2006; CHAIMATTAYOMPOL, WONG, 2000; FURUSE, FRANCO, MONDELLI, 2008; GOLDSTEIN, 1980).

Espaços interdentais não devem ser fechados sem o estabelecimento de um diagnóstico e remoção do fator etiológico. Tentativas caseiras e frustradas de mascarar o espaço interdental com hábitos tais como interposição de lábio, língua, cera e algodão podem gerar migração dentária, provocando conseqüências desastrosas.

O trabalho apresentado relata um caso clínico de migração dentária provocada pela tentativa caseira do paciente de fechar seu diastema.

REVISÃO DA LITERATURA

A sociedade atual tem valorizado cada vez mais a estética. Dentes claros, alinhados e em harmonia são o desejo da maioria dos pacientes e possuem grande importância na aceitação e autoestima dos indivíduos (CONCEIÇÃO, 2005).

A literatura científica relata que para a movimentação dentária, a duração da força parece ser mais importante que sua magnitude (LEAR, MOORREES, 1969; PROFFIT, 1978).

As forças promovidas pela língua, bochechas e lábios são capazes de movimentar dentes, especialmente se houve perda de suporte ósseo periodontal (PROFFIT, 1978). Os

hábitos orais também podem afetar a posição dos dentes provocando migração dentária patológica. Hábitos viciosos como onicofagia, fumar cachimbo, bruxismo e tocar alguns instrumentos de sopro são capazes de movimentar dentes.

De acordo com Brunsvold (2005) a migração dentária patológica é comum em pacientes periodontais, e costuma ser observada pelo aparecimento ou aumento de um diastema entre os incisivos centrais.

De acordo com Goldstein (1980) o planejamento de fechamento de diastemas deve estar em acordo com o paciente, no que diz respeito às alternativas de tratamento, prognóstico e honorários apropriados. O tratamento ainda deve estar de acordo com o grau de cooperação do paciente, sua motivação para manutenção dos dentes naturais e saúde sistêmica. Brunsvold (2005) relata que o tratamento para migração patológica dentária severa inclui terapia periodontal cirúrgica e não cirúrgica, ortodontia, e reabilitação protética. Ainda de acordo com o autor, em casos de migração severa o tratamento pode incluir extração do elemento e recolocação protética.

A doença periodontal contribui para a presença e evolução de diastemas. De acordo com Goldstein (1980) a doença aguda deve ser tratada primeiro.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade compareceu à clínica privada situada no Rio de Janeiro apresentando migração dentária provocada pela tentativa de mascarar um diastema central superior com algodão. (Figura 1)



Figura 1: caso inicial

A paciente possuía um diastema de aproximadamente de 20 mm entre os incisivos centrais superiores. Foi relatado pela mesma que inicialmente o diastema era de aproximadamente 2 mm, e que ela o mascarava colocando uma porção de algodão seco entre os elementos 11 e 21. (Figura 2). Porém, uma vez umedecido pela saliva, o algodão sofria expansão que provocava uma força leve contínua que foi capaz de gerar uma desastrosa migração dentária. Devido a esta movimentação havia necessidade de aumentar o volume de algodão a cada troca, gerando com isso um aumento do diastema e alterações periodontais que comprometeram a estética e função.



Figura 2: algodão interposto entre os incisivos centrais superiores

A paciente relatou que para chegar ao estado atual foram transcorridos cinco anos de uso contínuo do algodão. As justificativas dadas pela paciente para ter realizado esta manobra foram: vergonha do diastema, medo de ir ao dentista, desconhecimento das técnicas disponíveis na odontologia estética para solução de seu problema e falta de condições financeiras.

Após anamnese, exame clínico e radiográfico, optou-se pelo seguinte plano de tratamento:

- Extração dos elementos em questão, pois foi diagnosticado prognóstico desfavorável devido ao comprometimento das estruturas de suporte; (Figuras 3 e 4)



Figura 3: RX evidenciando perda completa de inserção periodontal



Figura 4: após a extração dos incisivos centrais superiores e sutura.

- Reabilitação com uma prótese imediata de resina termopolimerizável tendo em vista as condições econômicas da paciente e a tentativa de solucionar seu problema estético e preservar os incisivos laterais superiores até que a ela pudesse receber o tratamento definitivo. (Figuras 5 e 6)

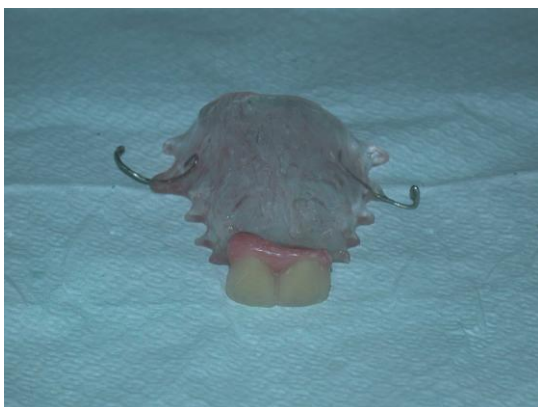


Figura 5: prótese removível provisória imediata



Figura 6: prótese instalada na boca

Para a realização do plano de tratamento proposto foram confeccionados modelos de estudo de ambas as arcadas, obtido registro oclusal e tomada de cor.

Os modelos de trabalho foram enviados para o laboratório de prótese. O protesista removeu os elementos 11 e 21 do modelo de gesso e confeccionou uma prótese de resina acrílica termopolimerizável com palato incolor associada a grampos com fio ortodôntico em “C”, interproximal e dentes de estoque substituindo as ausências.

O ato cirúrgico foi realizado com anestesia local de Cloridrato de Lidocaína 1:100 000 com adrenalina. Após a extração, efetuou-se sutura com fio de seda 3-0. (Figura 4) A prótese foi ajustada imediatamente. A paciente recebeu instruções de higiene oral. Após uma semana, a paciente retornou para remoção da sutura e revisão, sendo então encaminhada ao especialista em periodontia. (Figuras 7 e 8)



Figura 7: uma semana pós-cirúrgico



Figura 8: resultado estético imediato

DISCUSSÃO

Hábitos orais deletérios associados à perda de inserção provocada pela doença periodontal podem provocar migração dentária patológica, acarretando no aparecimento ou agravamento de diastemas.

Migrações severas possuem um importante e negativo impacto psicológico e seu tratamento é oneroso e demorado.

A exigência estética da sociedade atual gera um grande impacto na autoestima dos pacientes com algum problema estético, entretanto a odontologia contemporânea dispõe de diversas alternativas para resolução dos principais problemas estéticos e funcionais. As condições sócio-econômica e psicológica do paciente devem ser levadas em consideração no momento da escolha do plano de tratamento mais adequado.

O tratamento com extrações e instalação de prótese imediata foi indicado para a paciente deste relato, pois ela estava psicologicamente muito abalada por seu problema estético, mas não possuía condições financeiras para tratamentos mais onerosos.

Apesar de o tratamento escolhido ser menos oneroso, deve-se ressaltar que é necessária uma futura solução definitiva para o caso.

CONCLUSÃO

A melhor alternativa restauradora deve levar em consideração a idade do paciente, suas expectativas quanto ao resultado estético e longevidade do tratamento, suas condições financeiras, fatores psicológicos e hábitos sociais/culturais, além do padrão sócio-econômico. Tentativas caseiras de resolver um problema odontológico podem gerar conseqüências desastrosas.

REFERÊNCIAS

1. BRUNSVOLD, M. I Pathologic tooth migration. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 76, no. 6, p. 859-866, 2005.
2. CAMPBELL, A.; KINDELAN, J. Maxillary Midline Diastema: a case report involving a combined orthodontic/maxillofacial approach. **J. Orthod.**, Leeds, v. 33, p. 22-27, 2006.
3. CHAIMATTAYOMPOL, N.; WONG, S. X. Diagnostic management of interdental spacing. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 84, p.467-469, 2000.
4. CONCEIÇÃO, E. N. **Restaurações estéticas compósitos, cerâmicas e implantes**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
5. FURUSE, A. Y.; FRANCO, E. J.; MONDELLI, J. Esthetic and functional restoration for an anterior open occlusal relationship with multiple diastemata: A multidisciplinary approach. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 99, p. 91-94, 2008.
6. GASS, J. R.; VALIATHAN, M.; TIWARI, H. K.; HANS, M. G. H.; ELSTON, R. C. Familial correlations and heritability of maxillary midline diastema. **Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.**, St. Louis, v. 123, no. 1, p. 35-39, 2003.
7. GOLDSTEIN, R. E. **Estética em Odontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
8. LEAR, C.; MOORREES, C. Buccolingual muscle force and dental arch form. **Am. J. Orthod.**, St. Luis, v. 56, p. 379-393, 1969.

9. PROFFIT, W. Equilibrium theory revisited: factors influencing position of the teeth. **Angle Orthod.**, Appleton, v. 48, p. 75-186, 1978.