

## A estabilidade do tratamento ortodôntico e as extrações dentárias

David Normando<sup>1</sup>, Guilherme Janson<sup>2</sup>

O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder entusiasmo.  
*Winston Churchill, político e escritor britânico.*

A cada dia, a Ortodontia vem reduzindo a necessidade de exodontias para o tratamento ortodôntico. Um dos motivos para essa mudança de conduta baseia-se nos achados de estudos publicados no início dos anos 80 por pesquisadores da *University of Washington*, reportando taxas de recidiva do alinhamento dentário semelhantes em casos tratados com ou sem exodontias dos pré-molares<sup>1,2</sup>. Assim, divulgou-se que a decisão de extrair dentes não aumentaria as chances de uma maior estabilidade do tratamento ortodôntico em longo prazo. Entretanto, o cerne dos estudos de Little et al.<sup>1,2</sup> foram as alterações no alinhamento dentário. Se considerarmos além do apinhamento, uma análise da literatura revela que esse pressuposto pode ser um equívoco, e o estopim reverberado poderá, no futuro, danificar os nossos ouvidos e, nos pacientes, os dentes.

No tocante à estabilidade da correção sagital, mais especificamente sobre o tratamento da Classe II, havia um dogma, ainda recorrente na Ortodontia, de que os molares deveriam terminar em relação de Classe I, sob risco de uma maior recidiva do tratamento<sup>3</sup>. Entretanto, essas assertivas não se sustentam quando a estabilidade do tratamento é analisada com-

parativamente entre os protocolos com extrações de dois pré-molares superiores e aqueles sem extrações<sup>4</sup>. Uma revisão sistemática recente apontou como inconclusiva a estabilidade, se maior ou menor, do tratamento da Classe II quando realizado com ou sem extrações<sup>5</sup>. Por outro lado, parece haver uma evidência, embora relativamente fraca, de que os casos com má oclusão de Classe III tratados compensatoriamente com extrações de dentes inferiores são mais estáveis do que aqueles tratados sem extrações<sup>6,7</sup>.

Se as extrações parecem reduzir o risco de recidiva do tratamento ortodôntico compensatório da má oclusão de Classe III, o mesmo caminho tem sido traçado pelos resultados dos estudos examinando a estabilidade do tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior. Estudos clínicos têm apontado que a estabilidade parece maior quando o tratamento na dentição permanente é realizado com extrações, seja em adolescentes<sup>8</sup> ou em adultos<sup>9</sup>. Especula-se que a estabilidade seja maior no tratamento com extrações justamente porque são utilizados dois mecanismos que auxiliam no fechamento da mordida aberta anterior: o “princípio de ponte levadiça” e a mesialização dos dentes posteriores<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> Professor adjunto, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Coordenador do programa de pós-graduação em Odontologia da UFPA e do Curso de Especialização em Ortodontia da ABO-Pará.

<sup>2</sup> Professor titular, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP).

Mas por que retornamos a esse tema? Graças ao advento e popularização da ancoragem esquelética, percebe-se um aumento significativo na divulgação de propostas de tratamento em que erros esqueléticos sagitais são compensados por meio da distalização em bloco dos dentes superiores, nos casos de Classe II; ou dos inferiores, nos casos de Classe III. Também, ganha corpo a opção de intrusão dos dentes posteriores nos casos de mordida aberta anterior, com auxílio de recursos de ancoragem esquelética. Esses protocolos de tratamento apresentam a grande vantagem de reduzir a indicação de exodontias; porém, se for verdadeira a perspectiva

de uma menor chance de recidiva das alterações sagitais e verticais (mordida aberta anterior) nos casos tratados com extrações, é provável que estejamos aumentando o risco de recidiva com o auxílio da ancoragem esquelética, sem extrações.

Nesse momento, ao optar por tal protocolo de tratamento, seria prudente informar ao paciente sobre a possibilidade de estarmos fazendo a opção por um tratamento com maior risco de recidiva. Pelo menos, enquanto aguardamos uma resposta da ciência.

David Normando, Guilherme Janson

## REFERÊNCIAS

1. Little RM, Wallen TR, Riedel RA. Stability and relapse of mandibular anterior alignment-first premolar extraction cases treated by traditional edgewise orthodontics. *Am J Orthod*. 1981 Oct;80(4):349-65.
2. Little RM, Riedel RA, Artun J. An evaluation of changes in mandibular anterior alignment from 10 to 20 years postretention. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1988 May;93(5):423-8.
3. Mailankody J. Enigma of Class II molar finishing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004 Dec;126(6):A15-6; author reply A16-7.
4. Janson G, Camardella LT, Araki JD, de Freitas MR, Pinzan A. Treatment stability in patients with Class II malocclusion treated with 2 maxillary premolar extractions or without extractions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010 July;138(1):16-22.
5. Maniewicz Wins S, Antonarakis GS, Kiliaridis S. Predictive factors of sagittal stability after treatment of Class II malocclusion. *Angle Orthod*. 2016 Nov;86(6):1033-41.
6. Yoshizumi J, Sueishi K. Post-treatment stability in Angle Class III cases. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2016;57(1):29-35.
7. Zimmer B, Schenk-Kazan S. Dental compensation for skeletal Class III malocclusion by isolated extraction of mandibular teeth. Part 1: Occlusal situation 12 years after completion of active treatment. *J Orofac Orthop*. 2015 May;76(3):251-64.
8. Janson G, Valarelli FP, Beltrão RT, de Freitas MR, Henriques JF. Stability of anterior open-bite extraction and nonextraction treatment in the permanent dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006 June;129(6):768-74.
9. Medeiros RB, Araújo LFC, Mucha JN, Motta AT. Stability of open-bite treatment in adult patients: A systematic review. *J World Fed Orthod*. 2012;1(3):e97-101.