

O VERDADEIRO DIASTEMA MEDIANO

Elsa Helena Amaral Reis*

RESUMO: Apesar de ser uma situação pouco frequente, o diastema mediano põe, por vezes, certos problemas ao seu tratamento. Sendo assim, tentamos fazer uma revisão desta situação. Focamos neste trabalho as bases anatómicas do diastema através da revisão bibliográfica de vários autores. Seguidamente orientamos para um diagnóstico correcto dos mesmos e concluímos com várias hipóteses de tratamento.

SUMMARY: Although considered a rare situation, the medium diastema creates at times certain problems in its treatment. Being it the case, we tried to make a revision of this situation. Focus will be placed on the anatomical bases of the diastema through bibliographic revision of various authors.

Thereafter a correct and well oriented diagnosis will be effected and well concluded with a series of possible treatments.

Palavras-chave: Diastema Mediano; Freio Tectolabial; Frenectomia.

INTRODUÇÃO

Talvez o maior estímulo para um tratamento ortodôntico seja uma má posição dentária com consequente inestética facial, principalmente quando se trata do bloco dentário anterior. Podemos incluir nestes casos certos diastemas medianos, já que outros, apesar de existirem, até podem dar uma característica "sui generis" a certos rostos.

O diastema mediano é o espaço existente entre os incisivos centrais superiores. As suas causas são várias, mas, quando verdadeiro, o maior responsável parece ser o freio tectolabial. Contudo, as opiniões são divergentes e há uma controvérsia grande: há diastema porque há freio ou há freio porque há diastema?

DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

a) Base anatómica do diastema

O freio tectolabial é uma lâmina fibrosa de tecido conjuntivo de forma triangular que se encontra na linha média.

No recém-nascido prolonga-se desde a papila palatina até ao lábio superior através do processo alveolar interrompendo este.

Segundo a teoria de ANGLE-SICHER, à medida que se faz a erupção dos incisivos e se dá o crescimento vertical da apófise alveolar, a inserção do freio vai-se deslocando progressivamente do palato até à superfície labial do processo alveolar. O freio vai tendo uma inserção cada vez mais alta até atingir a sua posição normal. Esta corresponde à porção mais apical da gengiva nas proximidades do limite mucogengival.

Quando a inserção baixa persiste, o freio vai ser o responsável pela persistência do diastema entre os incisivos centrais superiores.

Segundo Euler, a teoria de ANGLE-SICHER

* Licenciada em Medicina-FMUC
Licenciada em Medicina Dentária-FMDUP
Assistente Convidada de Prótese Removível da Licenciatura em Medicina Dentária-FMUC
Trabalho realizado no âmbito da disciplina de Ortodontia III enquanto aluna do 6.º ano de-FMDUP

não explicaria cerca de 10% dos casos em que o freio, não sendo muito baixo, não teria qualquer relação com o diastema que mesmo assim existe.

Investigações de KETCHAM e de EULER mostram a existência de uma sinartrose ligamentosa da sutura mediana que impediria a ligação dos processos alveolares originando o diastema mediano. Por outro lado esta sinartrose seria fisiológica e necessária ao desenvolvimento crâneo-facial. Teria portanto de haver a actuação de outras forças ainda desconhecidas para explicar a existência deste diastema.

EULER acha que o diastema também poderá surgir pela existência de um buraco incisivo colocado numa posição demasiado anterior, havendo então uma direcção anormal do canal incisivo.

Também esta explicação não parece dar a solução etiológica de todos os diastemas.

Não tendo chegado a conclusões explicativas em relação a todos os diastemas, EULER acaba por afirmar que o diastema está dependente da alteração da sutura mediana. Outros autores explicam a existência do freio e, conseqüentemente, do diastema, pelo facto de os incisivos centrais não erupcionarem juntos não produzindo assim pressão suficiente para que houvesse a sua reabsorção.

Por outras palavras: existe o freio devido ao diastema ou existe o diastema devido ao freio?

Esta é uma questão difícil de resolver. É possível que os dois sejam partes de um padrão geral e que não dependam absolutamente um do outro como diz GRABER.

b) Diagnóstico

Um tratamento correcto só poderá ser feito após um correcto diagnóstico.

Assim sendo, há que fazer uma história clínica criteriosa e detalhada. Através de um interrogatório cuidadoso e observação de pais e irmãos, há que despistar o carácter hereditário não dominante do diastema verdadeiro.

Há autores que consideram o diastema como uma característica hereditária e a existência de freio como accidental.

Ao tentar fazer o correcto diagnóstico do verdadeiro diastema mediano há que excluir situações como:

- anodontia, principalmente a agenesia de incisivos laterais superiores

- dentes supranumerários, nomeadamente mesiodens
- microdontia, principalmente incisivos laterais conóides
- microdontia generalizada, especialmente da arcada superior
- macrognatia
- macroglossia
- hábitos de pressão anormal (língua, lábios ou dedos)
- protrusão dos incisivos superiores
- quistos da linha média
- alterações do overbite e overjet (oclusão forte entre incisivos superiores e inferiores)
- perda dentária por extracção ou trauma e conseqüente migração de peças dentárias restantes
- alterações endócrinas (acromegalia p.ex.)

Todas estas situações levam ou podem levar à presença de um diastema a que chamamos falso diastema.

Os diastemas na dentição decídua não são raros. Em crianças pequenas estes espaços podem ser fisiológicos.

Pode ser considerado fisiológico um diastema interincisivo superior que existe aquando da erupção dos incisivos permanentes mas que se vai fechando à medida que estes vão erupcionando. Nestes casos, apesar de persistir o freio este não é a causa do diastema. Assim sendo, logo que haja o fecho espontâneo do diastema o freio desaparece.

Para considerar um freio labial como causa do diastema mediano há que ter em atenção:

1. existência de um freio de inserção baixa, grosso e carnoso
2. despiste de outras possíveis causas que levam à persistência do diastema-falsos diastemas
3. realização do teste de GRABER ou prova do branqueamento (ao fazer tracção do lábio superior, levantando-o, ver se há isquémia a nível da papila palatina; se o teste é positivo o freio será a causa do diastema)
4. análise radiográfica da sutura intermaxilar: segundo POPOVICH e THOMPSON ao estudarem a imagem radiográfica e interrelacionando o diastema mediano superior, o freio labial de inserção baixa e a sutura intermaxilar diferenciaram quatro tipos de terminação de sutura intermaxilar:

- tipo I — terminação de sutura em V
- tipo II — terminação em V mas com chan-

fradura a nível do seu vértice com um comprimento de 1 a 2 mm

tipo III — terminação plana em forma de U
tipo IV — terminação em W ou dupla sutura

Foi então observado que a imagem radiográfica tipo III e tipo IV de terminação de sutura intermaxilar estava relacionada com a presença de um freio patológico e de um diastema mediano.

c) Tratamento

Antes do tratamento do diastema mediano, há que ter em atenção que é normal a existência de um pequeno diastema mediano antes da erupção dos caninos permanentes. Esta má oclusão temporária do desenvolvimento dentário é designada como "face do patinho feio". Ao erupcionarem os caninos permanentes há uma pressão que provoca a verticalização dos incisivos laterais, vai reduzir o diastema mediano e reabsorver o freio. Devemos contudo tomar uma atitude terapêutica quando estamos perante uma das seguintes situações:

1. Diastema que persiste após os caninos permanentes terem erupcionado
2. Antes da erupção dos caninos permanentes o diastema é superior a 2mm.

Quando as medidas são tomadas precocemente pode correr-se o risco de reabsorção radiculares dos incisivos ou desvio distal dos caninos do seu trajecto normal de erupção e até nem ter havido necessidade de tratamento.

TAYLOR apresenta um estudo em que apenas 7% dos diastemas necessitarão de tratamento já que eles vão sendo corrigidos gradualmente com a idade:

Idade (anos)	Frequência do Diastema
6	97%
6-7	88% (erupção dos incisivos laterais)
10-11	48% (erupção dos caninos)
12-18	7%

Uma vez feito um correcto diagnóstico e tendo chegado à conclusão que é necessária uma intervenção ortodôntica e/ou cirúrgica, as opiniões dos diferentes autores divergem.

Há autores que preconizam apenas um tratamento ortodôntico lento e cuidadoso mas parece que este conduz frequentemente a recidivas mesmo após longo período de contenção.

ESCHLER explica estas recidivas por dois factores:

1. Há comunicação entre o freio labial e os músculos labiais
2. Há fibras que penetram profundamente na sutura mediana do maxilar

Assim sendo, ao haver movimentos dos lábios estes transmitem-se ao tecido ósseo levando à formação de tecido que impedirá a correcção do diastema.

Portanto, o melhor será a combinação de um tratamento ortodôntico e cirúrgico.

Há autores que consideram que primeiro deverá eliminar-se a causa do diastema quer seja o freio inserido demasiado baixo, quer seja a sinartrose fibrosa da sutura mediana. Outros consideram que primeiro deve reduzir-se o diastema e só depois fazer a frenectomia. Uma boa regra a tomar parece ser tentar numa primeira etapa reduzir o diastema antes da frenectomia. Se em cerca de três semanas não tiver havido reabsorção do freio, tentar então a frenectomia.

Se se tentar fazer a frenectomia antes de se reduzir o diastema o tecido de cicatrização que se forma como resultado da cirurgia será mais resistente que o freio original o que dificultará a redução do espaço.

Ao fazer a frenectomia não bastará cortar o freio pois nestes casos haveria recidiva. Segundo ZIELINSKJ deve realizar-se a electrocirurgia e fazer a remoção ampla de todo o freio e tecido fibroso além de uma osteotomia do tecido ósseo livre de sutura mediana.

Como já referimos, antes da frenectomia há necessidade de colocação de um aparelho mecânico para reduzir o diastema. Este poderá ser removível ou fixo. Há várias modalidades, quer de uns quer de outros. Há vantagens dos aparelhos fixos em relação aos removíveis já que os primeiros permitem o controle radicular e posicionam os dentes em bloco. Além disso ainda têm a vantagem de impedir a reincidência e os problemas periodontais. As recidivas são muito frequentes predispondo à doença periodontal. Assim sendo, após a redução do diastema há necessidade de uma longa contenção principalmente ao tratar-se de adultos.

CONCLUSÃO

O diastema mediano pode ser uma fase normal

do desenvolvimento, uma característica familiar ou uma alteração patológica.

Uma boa regra a tomar será fazer um correcto diagnóstico, despitando todas as causas de falsos diastemas.

O tratamento deverá ser adiado até à erupção dos incisivos laterais ou dos caninos permanentes pois as medidas tomadas demasiado cedo podem levar a certos riscos e até poderá nem haver necessidade de tratamento. Apenas 7% dos diastemas existentes necessitam intervenção ortodôntico-cirúrgica pois todos os outros têm redução espontânea. A situação expectante é a mais aceitável.

Nos casos em que há que actuar a melhor solução parece ser em dois passos:

- 1.º Actuação ortodôntica: redução do diastema
- 2.º Actuação cirúrgica: frenectomia

Preconiza-se também um período longo de contenção já que as recidivas são frequentes evitando-se também desta maneira a predisposição a doenças periodontais.

BIBLIOGRAFIA

1. BRUSOLA, J.A.C. Ortodontia Clínica 1986; 219-221.
2. CHACONAS, S.J. Ortodontia 1987; 2; 216-237.
3. COHEN, M.M. Ortodontia Pediátrica Preventiva 1977; 10-11; 61-66 100-107.

4. Foster, T.D. A Textbook Of Orthodontics 1982; 75; 145-154; 166-176.
5. GRABER, L.W. Orthodontics 1986; 180-183.
6. GRABER, T.M. Ortodoncia Teoria y Práctina 3.ª edição; 336-342; 628-629; 638-640; 715; 809-816.
7. HOUSTON, W.Y.B. Orthodontic Diagnosis 1975; 6-8; 22-23.
8. INTERLANDI, S. Ortodontia. Bases para a iniciação 1977; 231-245 267-313.
9. LANGLADE, M. Diagnostic Ortodontique; 134
10. MARKS, H.C.H. Atlas of Adult Orthodontics. Functional and Esthetic Enhancement 1989; 122; 128-129; 167; 176-177; 193-195 268-269; 316-317; 480-481; 486-489; 490; 640.
11. MOYERS, R.E. Orthodontics 1988; 152-160; 543-551; 474-480.
12. MUIR, J.D. Tooth Movements with Removable Appliance 1979; 160.
13. REICHENBACK, E. Clínica y Terapêutica Ortopédica-maxilar 1.ª ed. 207-210.
14. SHAYE, R.B.A. Removable Appliance Fabrication 1988; 173.
15. SIM, J.M. Minor Tooth Movements in Children 1977; 11; 179-182.

N.E. As referências bibliográficas não estão segundo as normas de publicação internacionais, pelo que o artigo foi aceite atendendo a situação profissional (aluna) da autora.