



CARINA CATARINA FAZZOLARI

**TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA CLASSE II ASSIMÉTRICA ASSOCIADA À MORDIDA
ABERTA ANTERIOR.**

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Ortodontia IOPG- Instituto
Odontológico de Pós Graduação, como
requisito para obtenção do título de
especialista em Ortodontia.**

Área de concentração: Ortodontia

Orientador: Prof. Dr. Fabricio P. Valarelli.

Fabricio Pinelli Valarelli

**Bauru
2018**



Relato de caso clínico “***Tratamento compensatório da Classe II assimétrica associado a mordida aberta anterior***” de autoria da aluna Carina Catarina Fazzolari, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores;

Prof. Dr. Fabricio Pinelli Valarelli

Prof. Dra. Mayara Patel

Prof. Dr. Danilo Pinelli Valarelli

Bauru, Agosto de 2018.

**TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA CLASSE II ASSIMÉTRICA ASSOCIADO À MORDIDA
ABERTA ANTERIOR.**

**Instituto Odontológico de Pós-Graduação - IOPG Bauru
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA**

Fabricio Pinelli Valarelli¹
Carina Catarina Fazzolari²

1 – Doutor em Ortodontia pela FOB-USP, professor de Ortodontia pela Faculdade FAISA-CIODONTO.

2 – Aluna do curso de Pós-graduação em Ortodontia IOPG – BAURU.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, aos profissionais da IOPG – Bauru, por ter me proporcionado esta oportunidade.

SUMÁRIO

1-RESUMO.....	06
2-ABSTRACT....	07
3-INTRODUÇÃO.....	08
4-RELATO DO CASO CLÍNICO....	09
5-OPÇÕES DE TRATAMENTO	11
6-EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO	11
7-CONTROLE....	16
8-RESULTADOS.....	17
9-DISCUSSÃO	18
10-CONCLUSÃO.....	20
11- REFERÊNCIAS.....	21

RESUMO

Este trabalho propõe demonstrar o tratamento ortodôntico compensatório em paciente adulto com mordida aberta anterior esquelética, Classe II subdivisão, onde o paciente não aceitou o tratamento cirúrgico no qual seria a primeira opção. Neste caso clínico foram realizadas extrações onde favoreceu o fechamento da mordida aberta e a correção da Classe II subdivisão. Ao final do tratamento houve melhora da convexidade da face, correção da mordida cruzada posterior, alinhamento da linha média, inclinação dos incisivos e melhora da exposição dos incisivos no sorriso. Conclui-se que o tratamento da mordida aberta anterior associada a Classe II assimétrica em pacientes adultos por meio de compensação ortodôntica é possível dando ao paciente uma oclusão favorável e atendendo as expectativas do paciente em relação aos resultados alcançados.

Palavras-chave: Má oclusão. Mordida aberta. Adulto.

ABSTRACT

This paper proposes to demonstrate the orthodontic compensatory treatment in adult patients with anterior open bite, Class II subdivision, where the patient did not accept the surgical treatment in which would be the first option. In this clinical case extractions were performed where it favored the closing of the open bite and the correction of Class II subdivision. At the end of the treatment there was an improvement of face convexity, correction of posterior cross bite, alignment of the midline, inclination of the incisors and improvement of the incisors in the smile. It is concluded that the treatment of anterior open bite associated with Class II asymmetric in adult patients by orthodontic compensation is possible by giving the patient a favorable occlusion and attending the patient's expectations in relation of the results that was achieved.

Keywords: Malocclusion. open bite. Adult.

INTRODUÇÃO

A mordida aberta anterior em adultos possui uma etiologia multifatorial, que quando detectada precocemente apresenta um tratamento para o paciente e para o profissional com menos dificuldades¹¹, já quando o tratamento é realizado em pacientes adultos o grau de dificuldade torna-se maior principalmente quando associado a má oclusão de Classe II. Esta má oclusão é caracterizada pela presença de disto-oclusão de apenas um lado, e representa aproximadamente 50% das más oclusões de Classe II⁹.

A má oclusão de Classe II assimétrica associada a mordida aberta anterior em pacientes adultos causa um impacto desfavorável na estética do sorriso assim como na oclusão, dificultando a incisão de alimentos e as vezes podendo dificultar também a fonação do paciente, visto que na fase adulta o componente esquelético é presente na maioria dos casos, a abordagem preferencial para tratar os casos mais severos de Classe II, associada a mordida aberta esquelética seria por meio de cirurgia ortognática, eliminando as discrepâncias esqueléticas e corrigindo as compensações dentárias naturais desenvolvidas durante o crescimento^{7,4}.

O tratamento cirúrgico nos casos de mordida aberta anterior em adultos muitas vezes pode ser a melhor opção de tratamento, entretanto muitos pacientes possuem restrições à cirurgia deixando o profissional com a opção do tratamento ortodôntico compensatório, ou seja, realizando uma camuflagem ortodôntica sem intervenção cirúrgica¹¹. Entretanto, alguns pacientes apresentam doenças sistêmicas, outros tem receio devido ao ato cirúrgico, e alguns não apresentam condições financeiras para realizarem a cirurgia ortognática, devido a esses fatores poucas pessoas se apresentam dispostas a se submeterem a esse tipo de procedimento¹³. Assim sendo no presente caso clínico o paciente optou por realizar o tratamento, por compensação dentária ortodôntica.

O objetivo principal deste trabalho é demonstrar que com a camuflagem ortodôntica, pode-se conseguir um resultado satisfatório, devolvendo ao paciente uma oclusão funcional e uma estética satisfatória com isso melhorando também a qualidade de vida do paciente¹².

RELATO DO CASO CLÍNICO:

Paciente R.S, 21 anos, gênero masculino, compareceu na clínica ortodôntica queixando-se de sua má oclusão. Na análise clínica extrabucal observou-se uma face com padrão dolicofacial, perfil convexo, terço inferior da face aumentado em relação aos demais terços, ausência de selamento labial passivo, leve assimetria facial. (Figura 1).

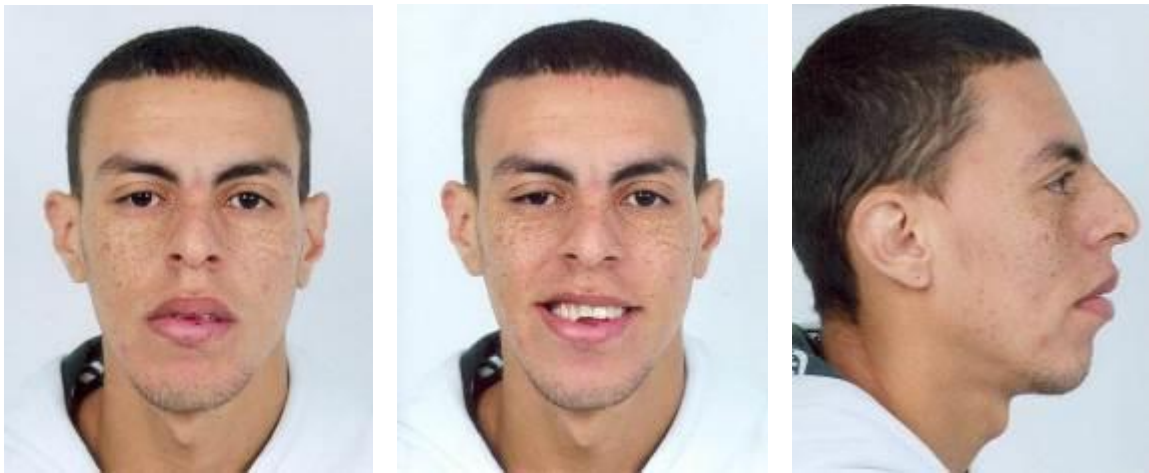


Figura 1. Análise extrabucal ao início do tratamento.

Na análise intrabucal, verificou-se má oclusão de Classe II completa do lado direito e relação de Classe I do lado esquerdo, constatando-se também mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior no lado direito, atresia da maxila, apinhamento, desvio de linha média inferior para direita, dentes superiores e inferiores vestibularizados e higiene bucal deficiente. (Figura 2).





Figura 2 – Aspectos intrabucais ao início do tratamento.

De acordo com a análise radiográfica inicial, a panorâmica mostra normalidade das estruturas e tratamento endodôntico do dente 11. Já a tele radiografia inicial apresenta perfil convexo, Classe II esquelética e padrão de crescimento vertical (figuras 3.1 e 3.2).

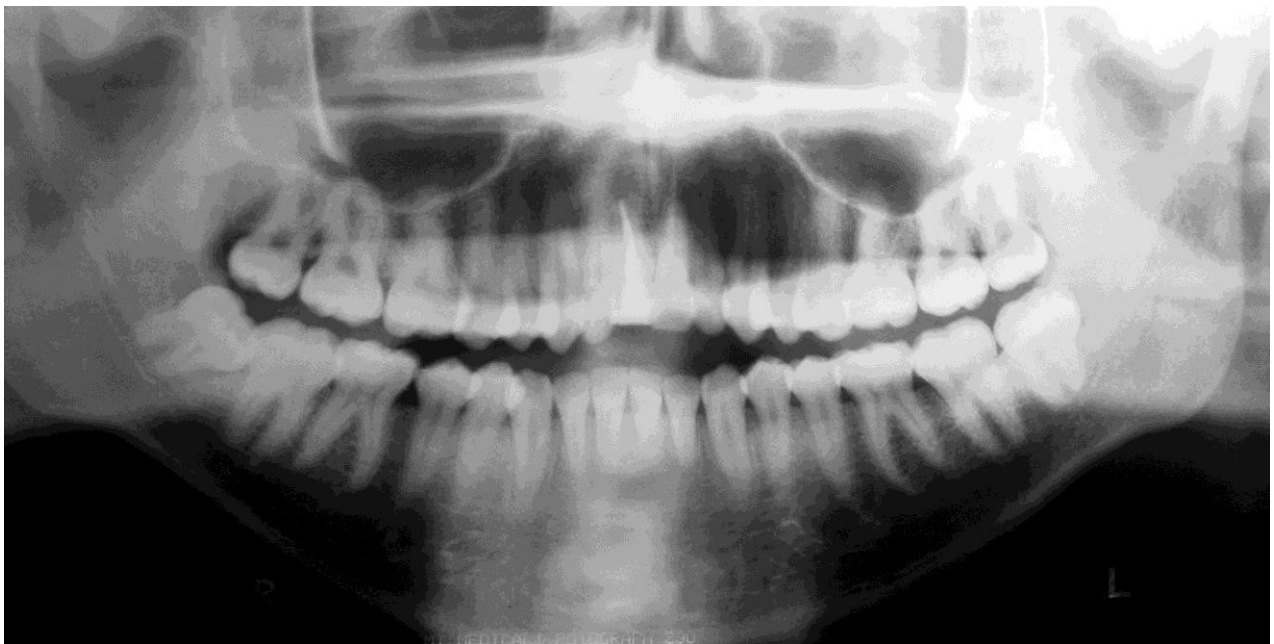


Figura 3.1 - Radiografia panorâmica inicial.



Figura 3.2 –Tele radiografia inicial.

OPÇÕES DE TRATAMENTO:

Visto que a discrepância esquelética do paciente era severa foi oferecido como primeira opção de tratamento o tratamento ortodôntico-cirúrgico, porém não foi aceito pelo paciente, sendo assim foi realizado como segunda opção o tratamento por meio de compensação dentária e extrações assimétricas dos elementos 14,24, e 34 para correção da Classe II subdivisão direita, correção do desvio da linha média inferior e Mordida Aberta Anterior MAA.

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO:

Na fase de alinhamento e nivelamento foi realizada a colagem diferenciada, afim de realizar o fechamento da mordida aberta, onde os incisivos superiores e inferiores são colados para a cervical dos dentes. Nesta fase foi feita a extração dos dentes 14,24, e 34. Foi utilizado Braquetes Morelli prescrição Roth canaleta 022"x 030". Evolução dos fios na seguinte sequência: 0.014" NiTi, 0.016" NiTi, 0.018" NiTi; 0.016" x 0.022" NiTi, 0.019" x 0.025" NiTi, 0.017x0.025" de aço e 0.019x0.025" aço (Figuras 4).



Figura 4. Visão intrabucal do aparelho fixo.

Na evolução do tratamento foi instalado um arco auxiliar de expansão realizado com o fio 0,8mm TMA para a correção da mordida cruzada posterior e elástico corrente médio para realizar a retração da bateria anterior e fechar os espaços das extrações no qual foi realizada com fio 0.019x0.025 de aço. (Figuras 5)



Figura 5. Visão oclusal inferior e superior instalação do arco auxiliar de expansão

Foi utilizado elástico de Classe II diâmetro 3/16 força média com troca diária dos mesmos por 6 meses do lado direito, para correção Anteroposterior e retração da bateria anterior, juntamente foi instalada uma mola aberta entre os incisivos centrais superiores para reanatomização do elemento 11. (Figuras 6)



Figura 6. Visão intrabucal e oclusal superior e inferior

Uma vez em que a correção de Classe II do lado direito foi corrigida e os espaços das extrações foram devidamente fechados, na fase de finalização, o paciente utilizou elástico de intercúspidação e elástico para correção de linha média ambos com o diâmetro 3/16 com força média por 6 meses realizando troca diária dos mesmos. Foi aberto espaços entre os incisivos para realizar estética de anatomização. (Figura 7)



Figura 7. Visão intrabucal e Oclusal superior e inferior

Após 24 meses remoção do aparelho. A contenção utilizada foi a fixa de canino à canino inferior e removível superior (hawley). As linhas médias dentárias superior e inferior ficaram coincidentes entre si e com o plano sagital mediano, chave molar: lado direito: Classe II; Lado esquerdo: Classe I, Chave canino bilateral, correção da mordida cruzada posterior e da mordida aberta anterior. (Figura 8). Foi realizada restauração do dente 11.





Figura 8. Visão Final extrabucal e intrabucal

Panorâmica final mostrando as raízes sem qualquer tipo de alteração. (Figura 9)



Figura 9. Panorâmica final.

Tele radiografia final com o perfil suavemente mais convexo em comparação com a tele radiografia inicial, raízes dos incisivos inferiores bem posicionadas na base óssea e coroa dos superiores apresentando inclinação mais adequada tanto estética quanto funcional (Figura 10).



Figura 10. Tele radiografia final.

Controle

Após 1 ano, o paciente apresenta uma boa estabilidade oclusal com a manutenção dos resultados obtidos. (Figura 11).



Figura 11. Visão intraoral e oclusal superior e inferior

RESULTADOS:

No presente caso clínico os principais objetivos do tratamento foram alcançados, obteve-se inclinação dos incisivos para lingual no qual promoveu o fechamento da mordida resultando em uma oclusão favorável. Linhas médias coincidentes, correção da atresia dentária e da mordida cruzada posterior, correção da relação de Classe II no qual se encontrava do lado direito, obteve-se uma suavidade no perfil do paciente onde o selamento labial encontra-se menos forçado e melhora da exposição dos incisivos no sorriso.

DISCUSSÃO:

Em casos de pacientes com má oclusão de Classe II assimétrica associado à mordida aberta anterior tratado com extrações dentárias, o fechamento dos espaços causados pelas extrações nos causa um efeito chamado "drawbridge"¹², esse efeito no qual é citado por alguns autores, nos propicia a verticalização e lingualização dos incisivos e mesialização dos dentes posteriores que nos ajuda a rotacionar a mandíbula no sentido anti-horário favorecendo o fechamento da mordida aberta anterior e auxiliando a correção anteroposterior do paciente^{12,5}.

Segundo o autor ALMEIDA, arcos de extrusão confeccionados com uma liga de Titânio-Molybdenium (TMA), auxiliam também na extrusão dos dentes anteriores promovendo o fechamento da mordida aberta anterior². Porém, neste caso clínico podemos observar que os incisivos superiores e inferiores tiveram um efeito de extrusão causado pela colagem diferenciada realizada no momento de instalação do aparelho, onde os acessórios devem ser posicionados mais para cervical nos dentes anteriores e angulados para mesial nos dentes posteriores permitindo que os dentes posteriores apresentem maior verticalização em relação ao plano oclusal. Segundo VALARELLI, esta colagem favorece o fechamento da mordida aberta anterior⁵.

Segundo SIMONETTI e colaboradores⁸, muitas vezes se faz necessário extrações para viabilizar as várias compensações ortodônticas e muitos especialistas da área ficam em dúvida quanto as extrações, por esta questão se faz necessário elaborar um planejamento ortodôntico ideal para o paciente. O princípio do efeito "Drawbridge" descrito por VALARELLI¹², neste caso clínico favoreceu a inclinação dos incisivos para lingual, retração e fechamento de espaços e proporcionando o fechamento da mordida aberta anterior.

É possível observar também no presente caso clínico que houve a correção da atresia maxilar e da mordida cruzada posterior por meio do uso do arco auxiliar de expansão onde promoveu uma compensação dento-alveolar para o paciente. Segundo Almeida¹, quando essa má oclusão não é corrigida durante as fases de crescimento, pode ocorrer uma assimetria estrutural. De acordo com PATEL e colaboradores⁶, o arco auxiliar de expansão é um aparelho onde não necessita da colaboração do paciente sendo um aparelho simples e versátil no qual pode-se ser confeccionado no consultório dispensando a fase laboratorial utilizando um fio de TMA 0,8mm, o arco auxiliar de expansão é utilizado simultaneamente ao aparelho fixo convencional, sobrepõe-se ao arco retangular de aço 0,019x 0,025", o arco auxiliar de expansão promove uma compensação por meio de angulações dentárias para vestibular podendo ser

utilizado para correção transversal e anteroposterior ao mesmo tempo com o uso de elásticos intermaxilares⁶.

Sendo assim podemos observar ainda que durante o tratamento houve a correção da Classe II do lado direito e correção da linha média, pelo uso de elásticos intermaxilares para Classe II e para linha média, ambos com força média, diâmetro 3/16 polegadas utilizados 24 horas por 6 meses contínuos realizando a troca diária dos mesmos pelo paciente, com o intuito de manter aplicadas aos dentes forças semelhantes desde o início de sua utilização.

Segundo HENRIQUES e colaboradores ⁴, os elásticos ortodônticos constituem em uma mecânica auxiliar no qual sendo bem conduzido pelo ortodontista e principalmente pelo paciente promovem uma movimentação dentária no qual nos resulta em um tratamento satisfatório da discrepância a ser corrigida.

Neste caso o paciente apresenta um padrão dolicofacial, face longa e estreita onde a altura da face é maior do que a largura⁸. Obteve-se uma melhora no perfil e uma leve diminuição da convexidade da face pelo giro anti-horário da mandíbula¹². O paciente apresenta ao final do tratamento um selamento labial menos forçado e uma melhora na exposição dos incisivos no sorriso no qual favorece a estética da linha do sorriso promovendo para o paciente uma satisfação estética.

No controle após 1 ano de finalização do tratamento podemos observar estabilidade da oclusão e manutenção dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO:

A mordida aberta anterior em pacientes adultos associado a Classe II assimétrica apresenta um grande desafio para o ortodontista e o para o paciente, porém quando o tratamento é bem diagnosticado e planejado é possível devolver ao paciente a oclusão desejada. Os resultados obtidos ao final do tratamento corresponderam às expectativas do paciente, fechando a mordida aberta anterior e corrigindo a má oclusão de Classe II assimétrica pelo meio de compensação ortodôntica. Portanto, deve-se levar em consideração a queixa principal do paciente para se obter o sucesso desejado no final do tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. Almeida, M.A.O.; Quintão, C.C.A.; Brunaho, I.H.V.P.; Koo, D.; Coutinho, B.R. A correção da mordida cruzada posterior unilateral com desvio funcional melhora a assimetria facial. *Revista Dental Press Ortop. Facial, Maringá*, v.14, n.2, p.89-94, mar.abr.2009.
2. Almeida, M. Valarelli, F. Os desafios da mordida aberta. *Implant News Perio*, Agosto-2014.
3. Henriques, J.F.C.; Janson, G. Almeida, R.R.; Dainesi, E.A.; Hayasaki, S.M. Mordida Aberta Anterior: A importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. *Revista Dental Press Ortop. Facial, Maringá*, v.5, n.3, p-29-36 – Maio.Jun-2000.
4. Henriques, J.F.C.; Hayasaki, S.M.; Henriques, R.P. Elásticos ortodônticos: Como Selecioná-los e Utilizá-los de Maneira Eficaz. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 8 (48): 471-5; 2003.
5. Janson, G. Valarelli, F. *Mordida Aberta - Tratamento e Estabilidade*. Maringá: Ed. Dental Press. 2016.
6. Patel, M.P. Nunes, I.M.; Gurgel, J.A. Valarelli, F.P. Tratamento Compensatório da mordida cruzada dentoalveolar em adultos utilizando o arco auxiliar de expansão. *Orthod. Sci. Pract.* 8(29): 16-24.; 2015.
7. Proffit WR. *Ortodontia Contemporânea*. São Paulo: Pancast, 1991.
8. Ruellas, A.C.O.; Ruellas, R.M.O.; Romano, F.L.; Pithon, M.M.; Santos, R.L. Extrações dentárias em Ortodontia: avaliação de elementos de diagnóstico. *Dental Press J Orthod*. Vol.15 n.03. Maringá, p 134-57; 2010.
9. Silveira, G.S.; Oliveira, J.M.M. Tratamento ortodôntico corretivo de má oclusão de Classe II de Angle, subdivisão, com extraçõesassimétricas. *Rev Clín Ortod Dental Press*. 10(6):74-82; 2011 Dez- Jan 2012.
10. Simonetti, R.; Siqueira, D.F.; Maltagliati, L. Extração de primeiros molares para solução da mordida aberta anterior em pacientes adultos. Relato de um caso clínico. *Rev. Clín. Ortodont. Dental Press, Maringá*, v.8,n.3 – jun-jul.2009.
11. Valarelli, F. Freitas, K.M.S. Cançado, R.H. Tratamento Compensatório da Mordida Aberta Anterior no paciente adulto. *PRO-ODONTO ORTODONTIA*. 5 (1): 77-139; 2011.

12. Valarelli, F.P.; Janson, G. O tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior no paciente adulto. *Ortho Sci. Pract.*; 7(27):252-270. 2014.

13. Valarelli, F.P.; Silva, D.C.R.; Patel, M.P.; Silva, C.C.; Cançado, R.H.; Freitas, K.M.S. Tratamento da mordida aberta anterior em paciente padrão III – Relato de caso clínico. *Revista Uningá*, Vol. 42,n.1; pp.70-75, (Out- Dez 2014).

14. Valarelli, F.P.; Oliveira, J.A.; Silva, C.C.; Silva, M.F.A.; Grec, R.H.C. Utilização da prescrição Biofuncional para a Classe III e do arco auxiliar de expansão no tratamento da mordida cruzada total no paciente adulto. *Ortho Science*. 8(31):316-323; 2015.