

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

DÉBORAH LIMA DE SOUZA

**CORREÇÃO DE CLASSE III DENTÁRIA PRODUZIDA POR
IATROGENIA EM PACIENTE CLASSE I - 4 EXTRAÇÕES**

SETE LAGOAS

2018

CORREÇÃO DE CLASSE III DENTÁRIA PRODUZIDA POR IATROGENIA EM PACIENTE CLASSE I - 4 EXTRAÇÕES

Déborah Lima de Souza*
Letícia Augusta Alves**
Prof Sidnei Maurílio Prando***
Profa Vera Aparecida Parelli****
Profa Maria Helena Martins Venutto*****

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar o procedimento utilizado para correção de uma Classe III dentária que surgiu devido a um tratamento inicial sem controle do profissional e também às faltas do paciente em questão. Ao exame clínico inicial observa-se que a primeira proposta de tratamento foi a exodontia de quatro primeiros pré-molares, porém houve apenas a retração dos dentes anteriores superiores, apresentando assim uma "pseudo" Classe III.

Palavras-chave: Classe III dentária. Pseudo Classe III. Controle de retração anterior.

ABSTRACT

The objective of this study is to present the procedure used to correct a dental Class III that arose due to an initial treatment without control of the professional and also to the faults of the patient in question. Initial clinical examination revealed that the first treatment proposal was the extraction of four first premolars, but there was only retraction of the upper anterior teeth, thus presenting a "false" Class III.

Key words: Class III dental. Pseudo Class III. Anterior retraction control.

*Pós - Graduanda em Ortodontia pela Facsete. Três Marias. deborah.lima_ci@yahoo.com.br

**Pós - Graduada em Ortodontia pela Facsete. leticia_a.alves@hotmail.com

*** Professor do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia da Facsete. São Paulo. smp@globo.com

****Professora Cordenadora do Curso de Pós-Graduação da Facsete. São Paulo. verapare@yahoo.com.br

*****Professora do Curso de Pós-Graduação em Ortodontia da Facsete. Sete Lagoas. dramariahelena@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O tratamento da Classe I de Angle já foi bastante discutido e polemizado devido às extrações no tratamento ortodôntico, como mencionado por Marchiori (2012). O “Extraction Debate of 1911” apresentou uma série de artigos que foram publicados nesta época, onde os autores mostravam suas opiniões sobre as extrações dentárias com finalidade ortodôntica, onde alguns eram a favor das extrações e outros já seguiam a filosofia de Angle, que segundo Borges et al. (2009), tinha como conceito manter todos os dentes da boca para melhor corrigir as más oclusões, e as biprotrusões maxilares não eram consideradas como má oclusões, não devendo portanto serem tratadas se a relação sagital dentária era normal, ou seja, em Classe I.

Para os seguidores de Case (1957), as extrações dentárias poderiam ser empregadas para a correção da Classe I de Angle com biprotrusão, afim de se conseguir um melhor perfil e a correção de grandes apinhamentos anteriores. Este tratamento se baseia na retração dos dentes anteriores pela mecânica de deslize, deslizando os arcos pelos bráquetes, ou a mecânica sem atrito, onde se utiliza alças para o fechamento dos espaços.

DESENVOLVIMENTO

Relato de caso clínico

O paciente FSL, 17 anos, compareceu a clinica da Faculdade de Sete Lagoas para avaliação ortodôntica já utilizando aparelhagem fixa e apresentando uma mordida cruzada anterior apenas dentária, ou também chamada de pseudo classe III, que é descrita por Moreno de Souza (2017) por envolvimento de um ou conjunto de dentes, onde os incisivos superiores encontram-se palatinizados e os inferiores vestibularizados ou mesmo ambos, mas mantendo um bom posicionamento das bases apicais em relação a base do crânio. Essa mordida cruzada anterior foi instituída devido à perda de controle da mecânica utilizada para correção de biprotrusão em Classe I com extrações dos quatro primeiros pré-molares, onde a retração superior estava praticamente finalizada, e a inferior não apresentava início.

Além da Classe III dentária que surgiu devido a esse erro, o paciente também estava com a linha media sagital superior desviada. Não se sabe ao certo se esse desvio foi provocado pelo tratamento ao utilizar a mecânica de deslize sem controle

horizontal, ou se já estava pré estabelecida, pois os dentistas que o trataram não tiveram acesso a sua documentação inicial.

Figura 1: Fotos lado direito e lado



intrabucais frente, esquerdo.



Ao exame inicial das cefalometrias de Unicamp e Ricketts realizadas na data de 25 de setembro de 2014, o paciente FSL do sexo masculino com 16 anos e 8 meses apresentava Classe I de molar e Cl III de canino, mordida cruzada anterior com um trespasse horizontal de -4,7mm e trespasse vertical de 2mm. O incisivo superior encontrava-se retruído ($1/.NA=14,92^\circ$), o incisivo inferior protruído ($1/.NB=34,86^\circ$) e o ângulo interincisivos diminuído com valor de $127,61^\circ$.

Em relação às bases ósseas, o paciente era biprotruso com $SNA=87,75^\circ$ e $SNB=85,15^\circ$. Apresenta Classe I esquelética com ANB de $2,61^\circ$, perfil convexo com $N-A.Pog$ de $5,53^\circ$ e padrão dolicofacial ($FMA=29,95^\circ$).

Os primeiros pré-molares superiores e inferiores direito e esquerdo estão ausentes, os quatro terceiros molares estão inclusos e o primeiro molar inferior direito é tratado endodonticamente e o tratamento se encontra insatisfatório, porém não há nenhum queixa de dor por parte do paciente.

De forma geral, o tratamento ortodôntico tem como objetivo atender à queixa principal do paciente proporcionando uma oclusão funcional e uma estética aceitável visando a proteção de todo o aparelho estomatognático e estabilidade.

Neste tratamento em particular, os principais objetivos eram melhorar a estética e função mastigatória do paciente que foram perdidas devido à perda do controle da retração superior/inferior do tratamento de Classe I com quatro extrações, onde na arcada inferior ainda não havia se iniciado a mecânica de retração, porém já quase não havia espaço na superior, e assim ocasionou a mordida cruzada anterior, a Classe III de canino e a verticalização do 33 por perda de ancoragem dos anteriores inferiores.

Além da queixa principal do paciente, é necessário o cuidado nas forças utilizadas para se evitar que as reabsorções radiculares, já presentes, ultrapassem o limite aceitável. Segundo Tibola (2007), a intrusão e a retração são movimentos ortodônticos intensamente relacionados à reabsorção por causarem grande agressão ao periodonto, e os incisivos superiores são os dentes mais susceptíveis à reabsorção radicular no movimento de retração.

O primeiro passo do tratamento foi trocar o aparelho utilizado, um Edgewise, para a prescrição Roth, a utilizada na clínica da Faculdade Sete Lagoas – Facsete.

A arcada inferior foi montada em janeiro de 2015 e colocado um fio 0,14 Niti. No mês de março, houve a troca do fio 0,16x0,22 Niti Thermo e colocado um amarrilho do dente 35 ao molar e mini implante para evitar a perda de ancoragem. No mês seguinte foi mantida essa mecânica e receitado ao paciente a pomada Peroxidín-gel e orientado que o mesmo fizesse massagem na região do mini implante que se encontrava inflamada. Também foram colocados batentes posteriores em ambos os lados para permitir a colagem dos bráquetes superiores, porém não foi realizado neste mesmo mês.



Figura 2: Fotos intrabucais frente, lado direito e lado esquerdo.

A arcada superior, que estava sem nenhum aparelho desde a retirada do Edgewise em janeiro de 2015, foi montada em maio do mesmo ano e colocado o fio 0,14 Niti e na arcada inferior mante-se o fio 0,16x0,22 Niti Thermo. Foram mantidos os batentes e a ancoragem no mini implante.

No mês de Julho de 2015, o paciente retornou com a inflamação no mini implante, porém o mesmo ainda foi mantido.

Em agosto foram colados tubos nos segundos molares superiores e inferiores, e em setembro os mini implantes foram removidos; a intenção de se manter os mini implantes foi a de realizar a retração nos mesmos, porém devido ao quadro inflamatório que não cessava, optou-se pela remoção dos mesmos. Nota-se que o paciente veio com os mesmos do tratamento anterior. Neste mês também foi trocado o fio superior para o 0,16x0,22 Niti Thermo e no inferior foi colocado um 0,14 Niti devido a colagem dos segundos molares.

No próximo mês, a arcada inferior voltou a ter o fio retangular com o 0,16x0,22 Niti e iniciou-se a retração dos caninos, utilizando elástico corrente do dente canino a molar com forças de 120g para o lado esquerdo e 150g para o lado direito.

Para solucionar o trespasse horizontal, em novembro foi realizado no fio 0,18 inferior uma virola entre canino e lateral e utilizado elástico de Classe III, 3/8 médio

com força de 100g. Desse modo o movimento foi direcionado para região desejada e também proporcionou um maior controle de ancoragem dos posteriores, contando que, como citado por Thiesen (2005), Rego (2005) e Shimizu (2005), os dentes por si só já apresentam certa resistência ao movimento devido a mecanismos biológicos do sistema periodontal. Nos próximos dois meses, foram mantidos os fios superior e inferior e o elástico de Classe III, porém evoluiu-se para o 3/8 pesado e utilizada a força de 140g.

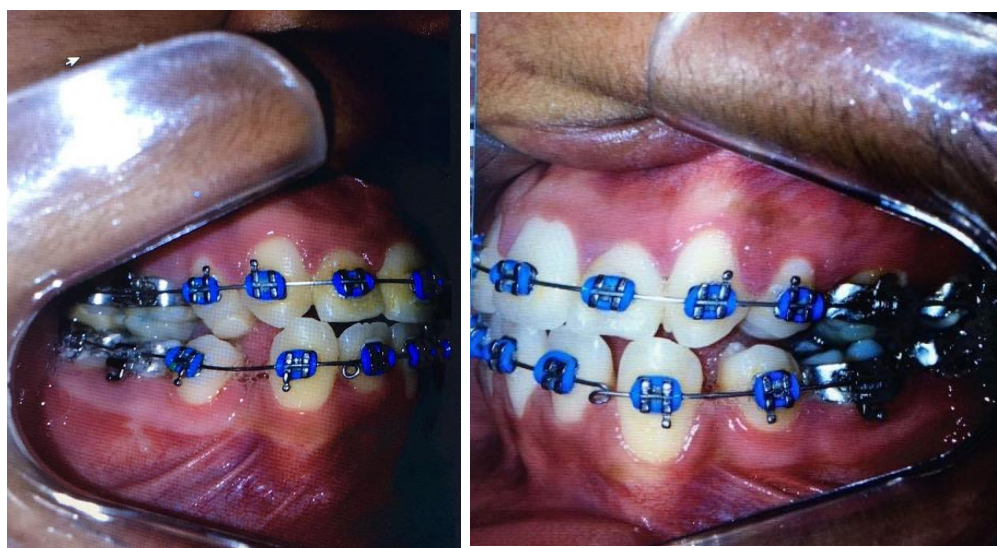


Figura 3: Fotos intrabucais frente, lado direito e lado esquerdo.

A confecção das virolas teve o intuito de provocar o movimento de retrusão dos incisivos inferiores. A resolução do trespasse foi solucionada nessa fase devido ao fio ainda ser redondo, o que proporciona um atrito quase zero e também um movimento de pêndulo dos incisivos inferiores; e também por ser fio de aço, onde, de

acordo com Ferreira (2008), Borges (2008) e Luersen (2008), a movimentação dos dentes foi resultante de uma liberação de energia elástica que está diretamente relacionada com a forma e as dimensões da secção transversal do fio e a sua liga metálica como mencionado por Quintão (2009) e Brunharo (2009), bem como o uso de forças auxiliares, como a de elásticos intermaxilares que devem se manter entre 100g a 300g considerando que parte dessa força é perdida pelo atrito de acordo com Cotrim-Ferreira (2013), Siqueira (2009) e Fuziy (2009).

Como foi dito por Ferreira (2010), esta movimentação dos dentes no alvéolo devido à elasticidade do fio e a força dos elásticos deve respeitar o sistema periodontal do paciente. As manutenções devem ser feitas a cada 30 dias para que se possa acompanhar de perto o movimento. Segundo Machado (2008), as forças geradas no fio tem a duração de 45 dias (algumas ligas metálicas até 60 dias), assim o ortodontista pode intervir com maior tranquilidade e a tempo caso ocorra algum problema.

O tratamento, ainda não finalizado, seguiu a evolução dos fios até o 0,19x0,25 aço superior e 0,18x0,25 aço inferior e a mecânica de retração por deslize.



Figura 4: Fotos intrabucais frente, lado direito e lado esquerdo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ortodontista deve sempre executar um tratamento que busca a correção das más oclusões objetivando uma oclusão funcional e protegida associada a uma harmonia facial, como citado por Schoroeder (2009). A queixa principal do paciente deve ser levada em consideração a todo o momento, pois o plano de tratamento será baseado nessa queixa para o desejo do paciente ser alcançado até a finalização do tratamento.

Em pacientes Classe I que possuem um apinhamento anterior de médio a severo e/ou em pacientes com queixa de biprotrusão, a extração dos quatro primeiros pré-molares é o tratamento indicado. Porém, apesar de parecer um procedimento simples, tal tratamento requer uma observação criteriosa do profissional a cada manutenção para obter o controle de movimentos de mesma intensidade e, e também que o paciente mantenha seu compromisso nas consultas mensais.

O tratamento do paciente FSL na clínica da Faculdade Sete Lagoas foi uma opção de correção do trespasse horizontal provocado por um tratamento anterior. Como resultado de uma mordida cruzada anterior, pode haver um desgaste irregular e excessivo da superfície dental, perda óssea em alguns dentes, e contribuir para uma Disfunção Temporomandibular, de acordo com Caumo (2017). E ainda, a aparência facial provocada pela pseudo classe III, provoca um comprometimento social ao paciente, como mencionado por Pavani (2017), Costa (2017) e Oliveira (2017).

Assim, conclui-se que alguns protocolos de tratamento podem parecer simples frente a outros, como tratar uma mordida aberta ou uma classe III por exemplo, porém qualquer procedimento executado deve ser criteriosamente estudado e individualizado para cada caso, pois adiantar algum movimento e/ou não escolher/observar a ancoragem do sistema, pode trazer problemas mais sérios do que o inicial.

REFERÊNCIAS

BORGES, CR et al. Mecânicas de retração para o fechamento de espaços de extrações realizadas com finalidade ortodôntica: revisão de literatura. Rev Uningá, Maringá, v. 23 n. 1, Nov. 2009.

CASE, CS. The Question of Extraction in Orthodontia. Journal Orthodontics 43: 210, March 1957.

CAUMO – Robson Caumo – Mordida Cruzada: Como ela prejudica a Saúde Bucal – 2017. Disponível em: http://www.sorrisologia.com.br/noticia/mordida-cruzada-como-ela-prejudica-a-saude-bucal_a5432/1 - acesso em: 02 out 2018.

COTRIM-FERREIRA, FA; SIQUEIRA, DF; FUZIY, A. Ortodontia Clínica – Tratamento com Aparelhos Fixos: Fechamento de espaços. 1 ed. Artes Médicas: São Paulo. 2013. Pp 24-34. Volume 1.

FERREIRA, MA; BORGES, PC; LUERSEN, MA. Alguns aspectos da mecânica das alças de retração ortodôntica. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 13, n. 3, p. 112-123, maio/jun. 2008.

FERREIRA, MA. *Efeito da distância interbraquetes sobre o sistema de forças em alças de retração ortodôntica com geometria delta: estudo numérico experimental*. 2010. 164. Tese ao programa de pós-graduação em Engenharia Elétrica e Informática Industrial – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MACHADO, CVBB. *Estudo biomecânico das tensões exercidas pelas molas ortodônticas sobre as estruturas dentárias*. 2008. 109. Tese de Mestrado em

Engenharia Biomédica – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Porto, 2008.

MARCHIORI, GE. Avaliação dento-esquelética e tegumentar da retração anterior em duas fases. 2012. 90. Tese de Mestrado na área de Concentração em Ortodontia – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2012.

MORENO DE SOUZA, LF. *Tratamento da mordida cruzada anterior com o arco progênico modificado: um enfoque clínico*. 2017. 44. Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2017.

PAVANI, CHB; COSTA, JV; OLIVEIRA, RCG; OLIVEIRA RCG. A utilização do arco progênico no tratamento da mordida cruzada anterior – pseudo classe III: relato de caso. Rev Uningá, Maringá, v. 51 n. 2, pp.21-26, Jan 2017.

QUINTÃO, CCA. BRUNHARO, IHVP. Fios ortodônticos: conhecer para otimizar a aplicação clínica. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 14, n. 6, p. 144-157, nov./dez. 2009.

SCHROEDER, MA. Má oclusão de Classe I de Angle, com acentuada biprotrusão, tratada com extrações permanentes. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 14, n. 4, p. 137-148, jul./ago. 2009.

TIBOLA, D. *Influência da intrusão combinada à retração anterior sobre o grau de reabsorção apical consequente à movimentação dentária induzida*. 2007. 139. Dissertação para Título de Mestre em Ortodontia – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauro, 2007.

THIESEN, G; NUNES DO REGO, VN; SHIMIZU, RH. Maximizando o controle de ancoragem durante o fechamento ortodôntico de espaços. Rev Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v. 4, n. 2, pp. 67-74, abr./maio 2005.

Aos que de mim não desistiram às mudanças repentinas, e comigo mantiveram e insistiram às mudanças árduas, longas e complicadas: Anísio, Marilza, Júnior e Thiago.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu querido professor e orientador Sidnei Maurílio Prando pelos ensinamentos, compreensão e amizade. O senhor é para mim exemplo de caráter, profissionalismo e empenho. Obrigada por tudo! Nunca me esquecerei.

Às professoras Vera Parelli e Maria Helena Martins agradeço por cada aula, cada momento de descontração, pela incansável ajuda e dedicação. O que levo de vocês é o mais puro significado de “amor pelo que se faz”. Obrigada!

Agradeço à minha querida Mara Parpinelli pela devoção a todos nós alunos.
Você é sensacional!