



VALTER CHALUB DIEGUES

**TRATAMENTO DA CLASSE I COM APINHAMENTO SEVERO, PACIENTE
PORTADORA DE SÍNDROME FREEMAN SHELDON – RELATO DE UM CASO
CLÍNICO**

**PORTO VELHO/RO
2022**

VALTER CHALUB DIEGUES

**TRATAMENTO DA CLASSE I COM APINHAMENTO SEVERO, PACIENTE
PORTADORA DE SÍNDROME FREEMAN SHELDON – RELATO DE UM CASO
CLÍNICO**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Fabrício Valarelli

Co-orientador (a): Prof. Me. Juliana Volpato Curi Paccini

**PORTO VELHO/RO
2022**

AGRADECIMENTOS

Ao autor da vida, o nosso Deus, pelas oportunidades disponibilizadas, mostrando o melhor caminho que devo trilhar.

À minha amada esposa, Roberta, por sempre acreditar em mim, no meu potencial, sempre me apoiando em tudo, com palavras de incentivo quando eu mais precisava e quando eu achava que não alcançaria outro nível.
Você é minha grande inspiração, obrigada por tudo.

À minha família, que sempre me serviram de exemplo de bom caráter e honestidade. Meus pais, que deram-me o suporte necessário para que eu pudesse buscar mais uma etapa de minha vida profissional.

Ao Prof. Dr. Fabricio Pinelli Valarelli e à Prof^a Me. Juliana Curi, pelas orientações e ensinamentos dispensados de maneira essencial para minha formação.

Aos professores do curso, por disseminarem conhecimento e motivação para cada dia sermos melhores.

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	07
2 – RELATO DE CASO CLÍNICO	08
2.1 – Possibilidades Terapêuticas	10
2.2 – TRATAMENTO	11
3 – DISCUSSÃO	16
4 – CONCLUSÃO	17
BIBLIOGRAFIA	18

RESUMO

A síndrome Freeman Sheldon, descrita pela primeira vez em 1938, é considerada rara e morfológicamente caracterizada por um quadro dismórfico que associa alterações ósseas, contraturas articulares e uma expressão facial típica, também conhecida como síndrome do assobio. Pode estar associada a um retardo mental ou não. O objetivo deste artigo é demonstrar um tratamento ortodôntico realizado em uma paciente do gênero feminino, portadora desta síndrome, associada com um retardo mental moderado, que teve comprometimento dentário em razão da excessiva contração do músculo orbicular dos lábios.

Descritores: Síndrome Freeman Sheldon, Tratamento, Apinhamento

ABSTRACT

Freeman Sheldon syndrome, first described in 1938, is considered rare and morphologically characterized by a dysmorphic picture that associates bone alterations, joint contractures and a typical facial expression, also known as whistling syndrome. It may or may not be associated with mental retardation. The objective of this article is to demonstrate an orthodontic treatment performed on a female patient, with this syndrome, associated with moderate mental retardation, who had dental impairment due to excessive contraction of the orbicularis oris muscle.

Key Words: Syndrome Freeman Sheldon, Treatment, Crowding

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

Figura 1 – Fotos Extrabucais Iniciais	08
Figura 2 – Fotografias Intrabucais Iniciais	09
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial	09
Figura 4 – Telerradiografia Inicial	10
Figura 5 – Instalação dos acessórios ortodônticos	11
Figura 6 – Alinhamento e Nivelamento	12
Figura 7 – Hiperplasia Gengival	12
Figura 8 – Alinhamento e Nivelamento	12
Figura 9 - Alinhamento e Nivelamento	12
Figura 10 – Protetores de Mucosa	13
Figura 11 – Diastema Interincisivo	13
Figura 12 - Alinhamento e Nivelamento	13
Figura 13 - Elástico em Cadeia	14
Figura 14- Uso de Elástico Intermaxilares	14
Figura 15- Teleradiografia Final	15
Figura 16- Acompanhamento do Caso	15
Figura 17- Fotos Intrabucais Finais	15
Figura 18- Fotos Intrabucais Finais	16

1 INTRODUÇÃO

Considerando a necessidade de muitos pacientes que procuram o tratamento ortodôntico visando melhoria nas questões estéticas, e sabendo da variedade de patologias oclusais encontradas, os desafios para o ortodontista não param de crescer. Quando estamos diante de uma Síndrome rara, para o desenvolvimento de um bom trabalho, a compensação dentária e a necessidade estética facial dependem de um diagnóstico bem feito pelo profissional, a fim de definir o plano de tratamento adequado.

Com base na precisão do diagnóstico da má oclusão, a escolha correta do tratamento deve ser bem analisada em face da necessidade da harmonia facial, o perfil do paciente, a discrepância, entre outros. As cefalometrias, avaliadas clínica e funcionalmente, têm grande relevância para o diagnóstico, sabendo que a partir de então o paciente será avaliado em oclusão habitual e em relação cêntrica, trabalhando a maneira mais acertada da prática exigida.

Esse trabalho objetiva relatar a um tratamento de uma paciente Classe I da Síndrome de Freeman - Sheldon com apinhamento severo, evitando sequelas indesejáveis nas estruturas dentoalveolares e as reações adversas, e chegando o mais próximo possível à satisfação do paciente, dentro dos limites que impostos pelo caso em questão. Trata-se de uma síndrome genética, inicialmente considerada rara, mas a literatura¹⁰ relata 65 casos até 1990, a qual traz desordem nos ossos, músculos, boca, face, etc, fazendo com que a pessoa tenha anormalidades no tocante à área odontológica com dentes mal alinhados (má oclusão), apinhamento dos dentes entre outros que necessitam de acompanhamento de cirurgiões especializados.

A síndrome de Freeman-Sheldon traz muitos desafios para o profissional ortodontista, uma vez que requer a participação de outros profissionais para um bom resultado no tratamento. Pacientes do sexo feminino quanto do masculino são afetados de igual forma, ocorrendo de forma esporádica, mesmo sem ter uma história familiar, embora os acontecimentos sejam ligados por um padrão de dominância.

Portanto, a Síndrome de Freeman-Sheldon exige envolvimento e comprometimento com cuidados especiais num prolongado tratamento ortodôntico e ortopédico, entre outros que se fazem necessário ao conjunto.

2 RELATO DE CASO

A paciente M.E.P.A, 12 anos e 6 meses, leucoderma, gênero feminino, apresentou-se à clínica de especialização para tratamento ortodôntico, considerando a complexidade do caso, sendo a mesma portadora de síndrome de Freeman-Sheldon e, até então, nenhum profissional tinha se habilitado a tratá-la

As características crânio faciais, suficientemente típicas, costuma conferir a clássica aparência de um indivíduo assobiando, olhos introjetados com telecanto primário, bochechas permanentemente insufladas com projeções para fora (posição) assobio, filtro alongado, cartilagem nasal pouco desenvolvida com narinas estreitas e uma microstomia acompanhada de microglossia.

Durante a avaliação extrabucal, observou-se assimetria frontal facial, selamento labial passivo, musculatura facial extremamente rígida e hipertrófica, gerando a posição se assobio característico da síndrome, perfil reto, sem exposição dentária ao sorrir, ilustrado em Figura 1.



Figura 1 – Fotos extrabuciais iniciais

Ao avaliar intraoralmente, observa-se padrão I e arco com formato triangular devido à ação dessa musculatura que gerou a falta de espaço, ocasionando apinhamentos e dentes fora do arco canino superior direito (13), primeiro pré-molar superior esquerdo (24) em liguoversão e segundo pré-molar superior esquerdo (25) em infra oclusão e para vestibular do arco; e 31 está com giroverção acentuada, próxima a 180 graus. A linha média dentária superior estava coincidente com plano sagital mediano (Figura 2).

Vale ressaltar que as fotos não estão com o padrão adequado devido às dificuldades de realizá-las. Considerando a musculatura rígida e pouca abertura bucal.



Figura 2 – Fotos intrabucais iniciais

Na radiografia panorâmica inicial, observamos as características de normalidades das estruturas dentoalveolares, bem como a ausência do segundo pré-molar inferior esquerdo (35). Verificou-se, ainda, a presença dos terceiros molares superiores e inferiores (18, 28, 38 e 48) no início da fase da rizogênese. (Figura 3).



Figura 3 - Radiografia panorâmica inicial

Na telerradiografia inicial, identificou-se um padrão facial dólico, perfil reto, com plano oclusal rodado no sentido horário, característica de pacientes portadores de mordidas topo a topo ou aberta. Trata-se de um diagnóstico necessário para a correção da má-clusão, e de fundamental importância, sabendo que é a correta identificação dos aspectos morfodiferenciais, caracterizando o biótipo facial da paciente para a promoção de movimentação dentária e remodelação dos ossos. (Figura 4).



Figura 4 – Telerradiografia inicial

2.1 - Possibilidades Terapêuticas

Frente ao quadro clínico apresentado, algumas dúvidas surgiram e pensamos em soluções possíveis para as mesmas:

a) Pensando em uma musculatura muito rígida que dificultaria a movimentação dentária, consideramos a toxina botulínica a fim de relaxar essa musculatura, facilitando a movimentação.

b) Será que a síndrome traria uma pré-disposição à reabsorção? Não há evidência literária por isso optamos pelo tratamento mais conservador possível – alinhar, e nivelar os dentes, incluindo no arco aqueles elementos que não estavam no arco.

c) Como dar estabilidade ao arco diante de uma musculatura tão poderosa? Pensamos em contenção fixa 3x3 em ambos os arcos.

Diante disso, o plano de tratamento concentrou-se em torno de:

- Alinhamento e nivelamento;
- Utilização de mola aberta entre 12 e 14; 23 e 25; 31 e 41, a fim de abrir espaço necessário;
- Botox para relaxar a musculatura e facilitar a movimentação.

2.2 - Tratamento

No dia 20 de agosto de 2017, foi instalado acessórios ortodônticos superiores e passado noções de higienização e cuidados com o aparelho. Em seguida, foi instalado acessórios inferiores (Figura 5).

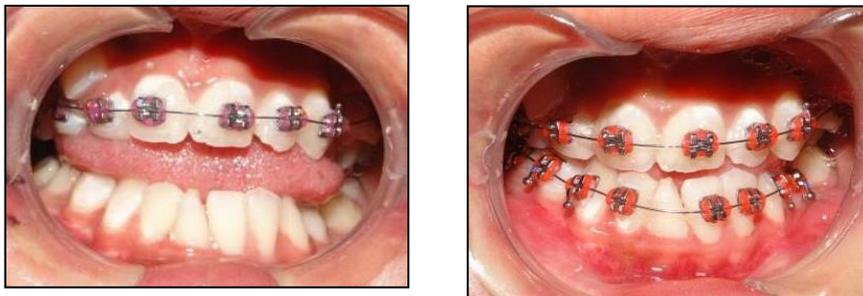


Figura 5 – Instalação dos acessórios ortodônticos

No mês de outubro, interagimos com profissionais de outras áreas, e que conheciam casos como este, a fim de realizar toxina botulínica no tratamento, considerando a rigidez da musculatura, pois o desenvolvimento das fibras musculares tem uma má formação. Esses, por sua vez, contraindicaram o uso de tal substância devido ao risco de alergia e outras reações adversas. Portadores de síndrome de Freeman-Sheldon costumam demonstrar reações severas a alguns medicamentos, portanto, evita-se procedimentos invasivos, como sendo testativos, podendo, inclusive, apresentar resultado contrário ao que se espera entre outras complicações ao paciente.

Decidimos então seguir o tratamento sem a utilização da toxina, iniciando, então, a climatização de modo aberto entre 32 e 41, 12 e 14, 23 e 25, com o intuito de abrir os espaços necessários (Figura 6).



Figura 6 – Alinhamento e nivelamento

Com o passar dos dias e o acompanhamento eficaz da paciente, em que foi trabalhado o aprimoramento em conhecer o caso, ficando evidente que a formação de hiperplasia na mucosa gengival seria devido à musculatura bastante enrijecida, conforme apresentação dos fatos (Figura 7).



Figura 7 – Hiperplasia gengival

No mês seguinte, o tratamento escolhido já demonstrava seus primeiros efeitos, sendo surpreendente quando percebemos que a abertura de espaço estava acontecendo de modo rápido entre 41 e 32. Diante disso, iniciamos, portanto, a mecânica de fio sobre fio para realizar giroverção do elemento 31 (Figura 8).

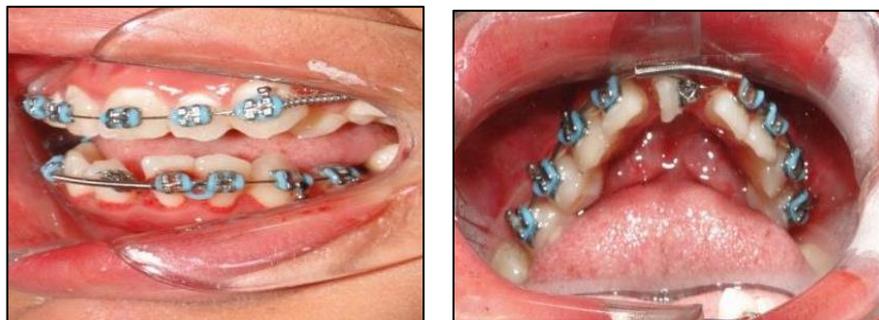


Figura 8 – Alinhamento e nivelamento

Diante das descobertas e a nova fase do tratamento, a paciente passou a se queixar muito que o aparelho estava machucando, pois tratava-se de uma metodologia bastante exigente para chegar em um bom resultado. Procuramos uma forma de lidar com isso, e continuamos abrindo espaço entre o 12 e 14, 23 e 25 com modo aberto (Figura 9).

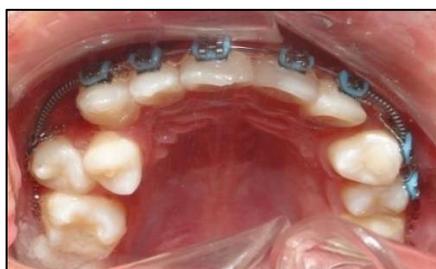


Figura 9 – Alinhamento e nivelamento

Em janeiro de 2018, instalamos protetores de mucosa no aparelho, objetivando a proteção da mucosa oral da paciente em contato direto com os bráquetes, e melhorar no aspecto de ferimentos e demais lesões cotidianas durante o tratamento (Figura 10).



Figura 10 – Protetores de mucosas

No mês de março, o dente 31 já estava em sua posição correta, porém restou diastema (Figura 11).



Figura 11 – Diastema interincisivo

Para corrigir o espaço restado entre os dentes (diastema), colocamos, então, acessórios nos dentes 13 e 24, iniciando mecânica de fio sobre fio (Figura 12).



Figura 12 – Alinhamento e nivelamento

Foram mais dois meses de trabalho intensivo, verificando a evolução e, no mês de maio, o dente 13 já estava no arco (Figura 13)

No mês de agosto, introduzimos corrente total inferior para fechamento do diastema, agora já com fio retangular .



Figura 13 – Elástico em cadeia

No mês de outubro, o diastema já estava fechado, e utilizamos elástico intercuspidação na região de pré-molar, procedimento com intuito de melhorar a relação dos dentes, viabilizando o movimento de extrusão dentária.



Figura 14 – Uso de elásticos intermaxilares

No mês de fevereiro de 2019, nos preparávamos para os toques e ajustes finais do tratamento .



Figura 14 – Com a mãe, também portadora da síndrome

Para melhor acompanhamento do progresso ao longo dos meses de tratamento, pedimos, então, as radiografias finais .



Figura 15 – Teleradiografia Final



Figura 16 – Acompanhamento do caso
Fonte: Dados da pesquisa

No mês de abril de 2019, retiramos o aparelho e colocamos a contenção conforme o planejamento



Figura17 – Fotos intrabucais Finais



Figura 18 – Fotos intrabucais Finais

3 - DISCUSSÃO

Para escolha correta do Plano de Tratamento a ser seguido é necessário criteriosa avaliação do caso clínico onde associamos análise clínica e funcional (oclusão habitual e relação cêntrica), é importante para evitar falsos diagnósticos de classe I, porém após manipulação em cêntrica, percebe-se que ele é classe II na verdade. Sendo assim, a avaliação clínica deve ser soberana em relação às demais que servem de auxiliares no diagnóstico.

Existem fatores que determina a eficácia do tratamento ortodôntico, tais como: estética, saúde periodontal, função oclusal e estabilidade pós-tratamento. No presente caso clínico a paciente é classe I bilateral com apinhamentos severos. Para tratar seguindo a literatura podemos:

- Fazer 4 extrações, o que não afetaria muito o perfil devido ao apinhamento severo;
- Tratar sem extrações, por vestibularização do arco.

Como se tratava de um arco artrésico e os dentes anteriores estavam retos ou ligeiramente palatimizados optamos por vestibularizar, deixando assim um suporte labial melhor.

Para colocar os dentes no arco. mais uma vez recorremos à literatura, que diz que o padrão ouro para fazê-los seria a mecânica de fio sobre fio conforme utilizamos na paciente em questão.

O tratamento transcorreu com os mais determinantes fatores. Acompanhamos o passo-a-passo com bastante cautela, sempre consultando a literatura, bem como outros profissionais experientes nos casos em comum.

Quando procurados para o tratamento em questão, ocorreu que não seria simples alcançar o objetivo sem o apoio de determinantes de outras áreas de conhecimento. As dificuldades ortodônticas se manifestavam devido a outras anomalias, como por exemplo, a questão da musculatura (fisioterapia), a óssea (ortopedia), entre outras.

Um exemplo da nossa recorrência sucedeu-se na ocasião de cogitar introdução do botox, devido à rigidez facial da paciente, o qual fomos prontamente atendidos pelos profissionais e sanadas as dúvidas quanto ao cuidado que se deve ter nesses casos.

4 - CONCLUSÃO

Quando nos deparamos com um caso pouco descrito na literatura como a Síndrome de Freeman Sheldon, ficamos um pouco intrigados, deixando-nos com dúvidas e muitos receios. Em especial, pelo fato de ser uma experiência totalmente nova para ser realizada, o trabalho ocorreu de modo a se tornar um grande aprendizado e exemplo de possibilidades e superação de expectativas.

Para esse caso, nos planejamos bem, escolhemos com sabedoria o caminho a ser seguido e trabalhamos as fontes e orientações para um tratamento de qualidade e com resultado positivo, sabendo que o objetivo era melhorar a oclusão da paciente, e conseqüentemente, sua feição estética.

Ainda resta algumas dúvidas, principalmente em relação à estabilidade a longo prazo. A síndrome de Freeman-Sheldon traz em seu histórico o conceito de tratamento contínuo e a longo prazo, considerando que há outros segmentos a serem trabalhados, independente da ortodontia. A paciente mostrou-se satisfeita, considerando suas dificuldades pessoais que antecederiam o tratamento. Mas esperamos que o tempo nos mostre que o sucesso foi garantido.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldinger G; Eulert J – **The freeman – Sheldon syndrome** – Z Orthop.1983, 121, 630-3.
2. Andrews, LF. **Straight wire: o conceito e o aparelho**. Califórnia: LA. Wells, 1989.
3. Andrews, LF. **The six Keys to normal occlusion**. Am J Orthod. 1972; 62: 296-309.
4. Krakowiak PA, Bohnsack JF, Carey JC, Bamshad M. **Clinical analysis of a variant of Freeman-Sheldon syndrome (DA2B)**. Am J Med Genet 1998; 76:93-8.
5. Lindhe J. **Placa dental e o cálculo dental**. In: tratamento de periodontologia clínica. Guanabara Koogan. 1992; 3:58-98.
6. Marasovich william A., Mazaheri Mohammad; Stool Sylvan E: **Otolaryngologic Findings in Whistling Face Syndrome**- Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989, 115, 1373-380.
7. MARTINS, Décio Rodrigues; JANSON, Guilherme dos Reis Pereira; ALMEIDA, Renato Rodrigues de; *et al.* Atlas de crescimento craniofacial. [S.l: s.n.], 1998.
8. Robbins-Furman P, Hecht JT, Rocklin M, Maklad N, Greenhaw G, Wilkins I. **Prenatal diagnosis of Freeman-Sheldon syndrome (Whistling face)**. Pren Diagn 1995; 15:179-82.
9. Sanches, J.M Na Aná; Kaminker, C P; **new evidence for Genetic Heterogeneity of the freeman-sheldon syndrome** - Am J Med genet 1986, 25, 507-511.
10. Sedano HO. **Cranio-Carpo-Tarsal dysplasia, whistling face type**. In: Buyse ML, ed. Birth Defects Encyclopedia, 1st ed. Cambridge, Massachusetts, Blackwell Scientific Publications; 1990. p.456-7.



Artigo intitulado "TRATAMENTO DE CLASSE I COM APINHAMENTO SEVERO EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE FREEMAN SHELDON – RELATO DE CASO CLÍNICO" de autoria do aluno Valter Chalub Diegues, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Me. Roberta Francisca Martins de Castro
FACSET- SOEP- PVH/RO

Prof. Dr. Fabrício Valarelli
FACSET- SOEP- PVH/RO

Prof. Me. Juliana Volpato Curi Paccini
FACSET- SOEP- PVH/RO

Porto Velho/RO, 19 de março de 2022.