

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS**

**RODOLFO GUILHERME PEDROLO MASCIOTTI**

**TRATAMENTO ATÍPICO DA BIPROTRUSÃO DENTÁRIA – RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

**JOINVILLE**

**2016**

**RODOLFO GUILHERME PEDROLO MASCIOTTI**

**TRATAMENTO ATÍPICO DA BIPROTRUSÃO DENTÁRIA – RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> MSc. Cristina de Almeida Paschotto Pezzo Marin

JOINVILLE

2016

## FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “**Tratamento atípico da biprotrusão dentária - relato de caso clínico**” de autoria do aluno Rodolfo Guilherme Pedrolo Masciotti, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> MSc.Cristina A Paschotto P Marin - ICOS - Orientadora

---

Prof.

---

Prof.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho para todos aqueles que fizeram parte da trajetória para esta conquista, que me incentivaram a ir atrás dos meus objetivos: família, namorada, professores e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me sustentou e fortaleceu para que eu concluísse mais essa etapa da minha vida.

À Professora Cris, que me orientou com todo seu conhecimento, sabedoria, disponibilizou seu tempo, sempre com muita dedicação e motivação.

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional.

À minha dupla Graziela, que juntos conseguimos alcançar nossos objetivos e metas nesse curso, agradeço sua disposição em me ajudar perante as dificuldades e me incentivar para que me tornasse uma profissional cada vez melhor.

Aos amigos de curso e faculdade que são os responsáveis em aliviar a jornada.

Ao professor Adriano Bandeca, que com sua enorme generosidade, bondade e paciência, me ajudou nas aulas práticas, nos planejamentos dos casos, mais que um professor, um amigo.

À professora Mayara e o professor Danilo que durante as aulas contribuíram para que esse trabalho fosse tomando forma.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conquista dessa etapa de formação

## RESUMO

A biprotrusão dentária é caracterizada pelo posicionamento mais anterior dos incisivos superiores e inferiores, o que trás como consequência, deficiente selamento labial e perfil convexo, comprometendo a estética facial do paciente e fazendo com que este busque no tratamento ortodôntico a sua correção. O plano de tratamento destes casos, na sua maioria, envolve a realização de extrações, porém quando já previamente ao tratamento o paciente apresenta ausências dentárias, o planejamento torna-se facilitado, já que a retração anterior necessária pode ser direcionada para estes espaços sem que haja necessidade de extrações nestas regiões. O objetivo deste trabalho é o de apresentar um caso clínico que promoveu a correção da biprotrusão, e consequentemente da estética do sorriso e facial da paciente de uma maneira atípica, por meio da realização da exodontia de apenas dois primeiros pré-molares superiores e retração anteroinferior redirecionada para os espaços já existentes em consequência da perda do molar inferior esquerdo e devido à agenesia do incisivo lateral inferior direito. Além disso, apresentou uma melhora da funcionalidade e estabilidade das guias, após sete anos da remoção do aparelho.

**Palavras-chaves:** Estética dentária; anodontia, extração dentária; ortodontia corretiva.

## **ABSTRACT**

### **Atypical treatment of dental biprotrusion – Report case**

Dental biprotrusion is characterized by greater buccal tipping of the upper and lower incisors, which is characterized of poor lip closure and convex profile, compromising the patient's facial esthetics and causing it to seek orthodontic treatment to their correction. In these cases the treatment plan, mostly involves performing extractions, but when already prior to treatment the patient has missing teeth, the treatment plan becomes easier, since the anterior retraction required might be directed to these areas with no need to extractions in this area. The goal of this study is to show a case that promoted the correction of biprotrusion and consequently the patient smile and facial esthetics in an atypical way, by performing the extraction of only two first maxillary premolars and anterior retraction redirected for the existing spaces as a result of the mandibular left molar loss and due to agenesis of the lateral incisor right. In addition, we present the improved functionality and stability of the guides, after seven years of appliance removal.

**Keywords:** Esthetics, Dental ; anodontia; Tooth Extraction ; Orthodontics, Corrective.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fotografias extrabucais iniciais: frontal, perfil e frontal sorrindo.....	10
Figura 2: Fotografias intrabucais iniciais.....	11
Figura 3: Radiografia Panorâmica inicial.....	11
Figura 4: Telerradiografia em norma lateral inicial.....	12
Figura 5: Fase de alinhamento e nivelamento.....	14
Figura 6: Mecânica de fechamento de espaços e utilização do elástico intermaxilar de Classe II como reforço de ancoragem.....	15
Figura 7: Fotos extra e intrabucais finais.....	16
Figura 8: Fotos extra e intrabucais de 7 anos de controle.....	17



## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivos do tratamento.....	12
2.2 Alternativas do tratamento.....	13
2.3 Sequência do tratamento.....	13
<b>3- DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>4- CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A biprotrusão dentária é caracterizada pela posição mais anterior dos dentes superiores e inferiores, resultando em um perfil facial mais convexo, desfavorecendo o selamento labial passivo e comprometendo a estética facial do paciente(SILVA, I. T. P., 2010). Em vista disso, para obtermos uma melhora da harmonia da face, o restabelecimento do equilíbrio muscular e a melhora na posição dos incisivos, o tratamento normalmente ocorre com a realização de extrações dentárias(MARQUEZAN, 2008).

As extrações dentárias permitem a retração dos incisivos, o que favorece a correção da protrusão destes elementos dentários, e uma redução da projeção dos lábios superiores e inferiores, tendo assim, a melhora do perfil facial e uma estética facial e oclusal mais satisfatória (ALMEIDA, F. M. N., I. S.; PEREIRA, T. J.; SIQUEIRA, V. C. V., 2008; FILHO, A. P., 2011; MASSAHUD, 2004; MORAES, 2001)

Normalmente, os pré-molares são dentes de escolha para extração devido à sua localização na arcada e por proporcionar uma fase de retração mais curta(MOREIRA, 1997; SILVA, I. T. P., 2010; VALARELLI, 2014), porém quando já há a ausência de dentes previamente ao tratamento ortodôntico e há a possibilidade de fechar estes espaços por meio da retração anterior, pode-se lançar mão destes espaços, evitando assim a extração de dentes hígidos e satisfazendo o desejo de muitos pacientes de não se submeter a procedimentos reabilitadores.

O presente trabalho, tem o objetivo de apresentar o tratamento da biprotrusão dentária, por meio de exodontias de pré-molares superiores associado à retração anteroinferior direcionada para espaço resultante da ausência de dentes inferiores.

## 2- APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A paciente D. G. C., do gênero feminino, leucoderma, 25 anos e 10 meses, procurou tratamento ortodôntico insatisfeita com o alinhamento dos dentes superiores, convexidade do perfil e questionou sobre a possibilidade de fechar o espaço do dente inferior ausente. Na avaliação extrabucal, observou-se biprotrusão labial, boa proporção dos terços faciais, padrão mesocefálico, ângulo nasolabial fechado, sulco mentolabial marcado, desfavorável selamento labial e perfil convexo (Figura 1).



Figura 1: Fotografias extrabucais iniciais: frontal, perfil e frontal sorrindo.

No exame clínico intrabucal diagnosticou-se a presença de má oclusão de  $\frac{1}{2}$  Classe II subdivisão esquerda, desvio de linha média inferior para direita em relação ao plano sagital mediano, presença de apinhamento anterossuperior, trespasse vertical de 1,5mm e horizontal de 4mm, ausência do dente 36 e de um incisivo inferior (Figura 2).



Figura 2: Fotografias intrabucais iniciais.

Na radiografia panorâmica, confirmou-se a agenesia do incisivo lateral inferior e a ausência do primeiro molar inferior esquerdo (Figura 3).



Figura 3: Radiografia Panorâmica inicial

Na telerradiografia em norma lateral, observou-se harmonia entre as bases ósseas, vestibularização dos incisivos superiores e inferiores e perfil convexo (Figura 4).



Figura 4: Telerradiografia em norma lateral inicial.

## 2.1 Objetivos do tratamento

O objetivo do tratamento foi corrigir a má oclusão de Classe II, reduzir a protrusão dos incisivos superiores e inferiores e fechar o espaço existente pela perda do primeiro molar inferior esquerdo.

## 2.2 Alternativas de tratamento

A paciente apresentava ao início do tratamento má oclusão de ½ Classe II subdivisão esquerda devido à distalização do canino e pré-molares inferiores esquerdos em consequência da ausência do elemento dentário 36. Diante dessa premissa, a paciente foi tratada baseada em um tratamento de má oclusão de Classe I com biprotrusão.

Quando diante de uma má oclusão semelhante, algumas alternativas de tratamento podem ser avaliadas; casos clínicos semelhantes também poderiam ser tratados por meio de desgastes interproximais generalizados na arcada superior e inferior seguido de reabilitação protética do dente 36 ou mesialização do molar inferior esquerdo ancorado em mini-implante com o objetivo de fechar o espaço do dente ausente, entretanto a realização dos desgastes por si só, não corrigiria adequadamente a biprotrusão existente na paciente, e a substituição do molar ausente por implante não supriria a vontade da paciente em fechar o espaço presente pela ausência do molar.

Diante disso, o plano de tratamento escolhido foi a extração dos primeiros pré-molares superiores, reanatomização do dente 43 em 42 e do dente 44 em 43 e fechamento do espaço do dente 36 ausente por meio da retração anteroinferior. O que levou a escolha dessa mecânica, foi a necessidade de mudança de perfil da paciente, corrigindo a biprotrusão, além de ter sido facilitada pela ausência de dois dentes inferiores o que permitiu a abordagem sem a necessidade de realizarmos extrações no arco inferior.

## 2.3 Sequência do tratamento

Inicialmente foi solicitada a exodontia dos 2 primeiros pré-molares superiores e em seguida foi realizado a colagem direta do aparelho fixo pré-ajustado de prescrição Roth 0,022" x 0,030" da marca Morelli nos dentes superiores e inferiores.

Iniciou-se o alinhamento e nivelamento com evolução dos arcos ortodônticos (0,014" e 0,016" de NITI; 0,018" e 0,020" de aço inoxidável, 0,017" x 0,025" NITI, 0,017" x 0,025" e 0,019" x 0,025" aço) utilizando acentuação e reversão da curva de Spee. Para auxiliar na correção da giroversão do elemento dentário 35, foi utilizado elástico corrente entre os dentes 35 e 37 (Figura 5). Quando o arco 0,019" x 0,025" de aço apresentou-se passivo, iniciou a retração da bateria anterossuperior e anteroinferior por meio de elástico corrente de molar a molar e elástico de Classe II 3/16 médio como reforço de ancoragem (Figura 6). Além disso, no arco inferior, foi necessário desgastes interproximais anteroinferiores, seguido da utilização de elástico corrente, no intuito de verticalizar os dentes anteroinferiores e finalizar a retração anterossuperior, alcançando assim um overjet e overbite adequados, e uma relação de Classe I de canino bilateralmente.



Figura 5: Fase de alinhamento e nivelamento.



Figura 6: Mecânica de fechamento de espaços e utilização do elástico intermaxilar de Classe II como reforço de ancoragem.

Quando alcançou-se os objetivos traçados para o tratamento, foi realizada a remoção do aparelho fixo e instalado a contenção inferior 3x3 e placa de Hawley superior.

Ao final do tratamento ortodôntico observou-se no lado direito a manutenção da relação de Classe I de canino e molar, já no lado esquerdo alcançou-se a relação de Classe I de canino e Classe II de molar devido a perda do dente 36, reanatomização do canino inferior direito (43) em incisivo lateral inferior direito (42) e fechamento do espaço devido ausência do primeiro molar inferior esquerdo (36), obtendo-se assim uma satisfação tanto no perfil facial quanto no sorriso da paciente, e permitiu que a paciente não precisasse realizar reabilitação protética do dente 36, como era de sua vontade (Figura 7).





Figura 7: Fotos extra e intrabuciais finais.

7 anos após o término do tratamento, a paciente apresentou ótima estabilidade oclusal (Figura 8).



Figura 8: Fotos extra e intrabucais de 7 anos de controle.

### 3- DISCUSSÃO

A biprotrusão dentária é queixa constante de muitos pacientes na clínica ortodôntica, pois gera comprometimento na estética do sorriso e facial, em consequência do desfavorável selamento labial, posição mais anterior dos dentes anteriores e aumento da convexidade do perfil (FILHO, A. P., 2011; MARQUEZAN, 2008; SILVA, I. T. P., 2010)

Para tratar esse tipo de má oclusão, existe basicamente dois tipos de tratamento: desgastes interproximais generalizados na arcada superior e inferior ou a realização de extrações em ambas as arcadas (CUOGHI, 2007; MARQUEZAN, 2008; SILVA, K. F. D., 2010). No caso clínico apresentado, a escolha sobrecaiu pela realização de exodontias, pois a realização apenas dos desgastes interproximais não trariam a retração anterior adequada para a melhora da protrusão dentária e do perfil da paciente (CUOGHI, 2007; MARQUEZAN, 2008), e junto a isso a presença da agenesia de um incisivo inferior e ausência do elemento 36 com intenção da paciente em não querer se submeter a um tratamento reabilitador, favoreceu a abordagem (SCHROEDER, 2009; SILVA, I. T. P., 2010)

Em muitos casos a presença de agenesia e perda dentária tornam o planejamento ortodôntico um desafio, (ALMEIDA, R. R. A.-P., R. R.; ALMEIDA, M. R.; INSABRALDE, C. M. B., 2002) no entanto, no caso apresentado a agenesia de um incisivo lateral e ausência de um molar, ambos no arco inferior, facilitaram o plano de tratamento, pois com essas ausências houve a possibilidade de retrair os dentes anteriores para a região do dente ausente sem a necessidade de exodontia de dois pré-molares inferiores o que permitiu a melhora no perfil da paciente, a correção da Classe II de canino esquerda e supriu a vontade da paciente de não se submeter a tratamentos reabilitadores (SCHROEDER, 2009; SILVA, I. T. P., 2010).

Ainda se observa que a retração trouxe benefícios para a paciente, como a correção da protrusão dos incisivos e consequente melhora do selamento labial, perfil facial mais agradável, diminuição da convexidade, aumento do ANL e lábio mental (MARQUEZAN, 2008; MORAES, 2001; SCHROEDER, 2009), que eram queixas da paciente.

Ao final do tratamento, devido à agenesia do incisivo lateral inferior esquerdo e necessidade de reanatomização do canino em incisivo lateral e do 1º pré-molar em canino, foi necessário o ajuste oclusal da cúspide do canino para transferir durante os movimentos laterais da mandíbula a função de canino para o pré-molar, o que de acordo com (FILHO, O. G. S. C., P. M.; FILHO, L. C.; CARVALHO, R. M., 2006) não causa problemas periodontais e de oclusão para o paciente.

A estabilidade é de extrema importância no tratamento, pois tanto a funcionalidade quanto a estética seriam afetados se caso esta não fosse mantida (JANSON, 2009; SCHROEDER, 2009). Nesse caso, após 7 anos, a paciente encontrava um perfil e oclusão adequados, selamento labial e guias de finalização corretas.

#### 4- CONCLUSÃO

Um tratamento ortodôntico bem realizado é resultado de um diagnóstico criterioso e minucioso plano de tratamento, onde deve-se almejar tratar a má oclusão do paciente e devolver a harmonia facial a este; porém só podemos afirmar que um tratamento ortodôntico foi bem sucedido quando ele associa estes critérios e supre as queixas e anseios relatadas ao início pelo paciente.

Muitos pacientes quando questionados relatam como queixa principal a insatisfatória estética facial e a preferência pelo fechamento dos espaços de dentes ausentes ao invés de se submeter a um tratamento reabilitador. No caso clínico demonstrado, a paciente possuía como queixa principal seu perfil facial convexo e a vontade de fechar o espaço do molar ausente, tudo isso em conjunto favoreceu nosso plano de tratamento, pois permitiu a realização do tratamento com a exodontia de apenas 2 pré-molares superiores seguido pela retração anterior para estas regiões, e também para o espaço do dente 36 ausente .

Esta abordagem adotada em nosso caso clínico, pode ser definida como um tratamento bem sucedido, pois promoveu com excelente estabilidade a correção da má oclusão presente e devolveu o equilíbrio muscular à paciente, resultando desta maneira numa melhora do perfil facial e da estética do sorriso, além de suprir o anseio da paciente em fechar o espaço do dente ausente sem se submeter a um procedimento reabilitador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, F. M. N., I. S.; PEREIRA, T. J.; SIQUEIRA, V. C. V. Avaliação do ângulo nasolabial após o tratamento ortodôntico com e sem extração dos primeiros pré-molares. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 6, p. 51-58, 2008.
- ALMEIDA, R. R. PEDRIN., R. R. A.; ALMEIDA, M. R.; INSABRALDE, C. M. B. . Tratamento Ortodôntico em Pacientes com Agenesia dos Incisivos Laterais Superiores **J Bras Ortodon Ortop Facial**, v. 7, n. 40, p. 280-290, 2002.
- CUOGHI, O. A. S., R. C.; MACEDO, F. A.; MENDONÇA, M. R. Desgaste interproximal e suas implicações clínicas. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 12, n. 3, p. 32-46, 2007.
- FILHO, A. P. Má oclusão de Classe I com biprotrusão e ausência dos primeiros molares inferiores. **Dental Press J Orthod** v. 16, n. 6, p. 119-129, 2011.
- FILHO, O. G. S. C., P. M.; FILHO, L. C.; CARVALHO, R. M. Função canino desempenhada pelo pré-molar. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 11, n. 3, p. 32-40, 2006.
- JANSON, G. S., V. L.; SALAZAR, R. L.; JANSON, M.; FREITAS, M. R. . Long-term stability of Class II malocclusion treated with 2- and 4-premolar extraction protocols. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 136, n. 2, p. 154-164, 2009.
- MARQUEZAN, M. D., A. C.; FONSECA, V. A. O.; NOJIMA, L. I.; NOJIMA, M. C. G. . Análise do efeito da retração de incisivos permanentes no perfil facial de indivíduos portadores de malocclusão Classe I biprotrusão. . **Revista Ortodontia Gaúcha** v. 12, n. 2, p. 48-54, 2008.
- MASSAHUD, N. V. T., J. I. S. . Estudo Cefalométrico Comparativo das Alterações no Perfi I Mole Facial Pré e Pós-tratamento Ortodôntico com Extrações de Pré-molares. **J Bras Ortodon Ortop Facial** . , v. 9, n. 50, p. 109-119, 2004.
- MORAES, L. C. S., J. A. P; CASTILHO, J. C.M.; MORAES, M. E. L. . Análise do ângulo nasolabial, em pacientes tratados ortodonticamente, com ou sem extrações dos pré-molares. . **Rev Fac Odontol São José dos Campos**, v. 4, n. 3, p. 21-28, 2001.
- MOREIRA, T. C. M., J. N. . A frequência de exodontias em tratamentos ortodônticos realizados na Clínica do Curso de Mestrado em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UFRJ. **Ortodontia Gaúcha**, v. 1, n. 2, p. 121-130, 1997.
- SCHROEDER, M. A. Má oclusão Classe I de Angle, com acentuada biprotrusão, tratada com extrações de dentes permanentes. . **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** v. 14, n. 4, p. 137-148, 2009.
- SILVA, I. T. P. Má oclusão Classe I de Angle tratada com extrações de primeiros molares permanentes. **Dental Press J Orthod** . , v. 15, n. 4, p. 113-143, 2010.
- SILVA, K. F. D. **Tratamento ortodôntico sem extrações através da redução de esmalte interproximal**. 2010. (Especialização). Ortodontia, Instituto de Ciências da Saúde, Belém.

VALARELLI, F. P. P.; PATEL, M. P. ; MENDES, T. S. S.; SILVA, C. C.; CARVALHO, D. O. F. . Extração de primeiros molares permanentes no tratamento ortodôntico: relato de caso. **Rev clín ortod dental press.** , v. 12, n. 6, p. 62-71, 2014.