Ortoclínica

Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Ortodontia

Volume II Número 3
Outubro 2012

ORGANIZAÇÃO
SPO
Sociedade Portuguesa de Ortodontia
XIX
CONGRESSO SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA
Os Paradigmas em Ortodontia: novos conceitos, novas técnicas
MUSEU DO ORIENTE LISBOA
4 A 6 DE OUTUBRO DE 2012
DIAGNÓSTICO E OCLUSÃO
Domingo Martin
INSIGNIA
INCOGNITO
CIRURGIA ORTOGNÁTICA
DAMON
Ramon Perera
APNEIA DO SONO
INVISALIGN
ATM
SUBMISSÃO DE POSTERS ATÉ 31 DE AGOSTO
SUBMISSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES ATÉ 31 DE JULHO
INSCRIÇÕES EM
sp sono
AGÊNCIA OFICIAL
FactorChave

XIX

CONGRESSO SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA

MENSAGEM DA PRESIDENTE

Caros colegas,

Sobre o lema de:

OS PARADIGMAS EM ORTODONTIA: NOVAS TÉCNICAS, NOVOS CONCEITOS

realizar-se-á o XIX CONGRESSO DA SPO.

Neste “novo tempo” de encontros e desencontros, esperanças e desanimos, decorrerá o nosso encontro anual.

Sabemos que nos Congressos aferem-se os conhecimentos, impulsionam-se as ideas, partilha-se know how.

Cada vez mais num mundo globalizador temos contacto com o mundo exterior através da internet, de fóruns de discussão virtuais e de “facebook”.

Mas, é nos Congressos que fisicamente temos oportunidade de ver e sentir os lideres de opinião do mundo profissional em que nos movimentamos. É nos congressos que lidamos com o passar de testemunho da informação, que filtramos sensitivamente o transmitido.

Esse contacto é importante e faz-nos sentir englobados e pertença de grupo.

O XIX Congresso da SPO, quer transmitir essa viagem e esse sentimento.

A SPO Sociedade Portuguesa de Ortodontia iniciou o seu precurso há 18 anos tendo como pilar base a divulgação da Ortodontia e tendo sempre em mente a universalidade do conhecimento.

Na Ortodontia como em muitas áreas do conhecimento científico, a evolução faz-se sobretudo pela capacidade que as novas técnicas proporcionam.

As áreas do conhecimento das patologias mantêm-se e as novas técnicas associadas às novas tecnologias fazem com que haja capacidades de tratamento mais simplificadas com possibilidades quase inesgotáveis.

Os paradigmas da ortodontia parecem estabelecer regras e regulamentos que ditam limites e estabelecem fronteiras mas determinam comportamentos dentro desses limites que são necessários gerir para alcançar o sucesso. E o sucesso é medido pela habilidade de resolver problemas usando regras. As novas técnicas impulsionam o alcançar desse sucesso sempre e quando bem usadas por que se é detentor do conhecimento.

O XIX Congresso da SPO centra-se nestas permissas e por isso é desafiador.

A meu ver é sem duvida uma mais valia para o panorama ortodoncico português.

Técnicas como o Sistema Damon, Incognito, Insignia, Invisalign que abordam os pacientes com as novas tecnologias serão quizá as estrelas deste evento mas também se ouvirá falar e muito, sobre os pilares base da ortodoncia como a oclusão e a ATM. O tratamento multidisciplinares, o tratamento interceptivo, a abordagem cirúrgica não faltarão neste congresso.

Mas as vertentes do conhecimento nas possibilidades do Ortodoncista não se findam nas novas tecnologias, são transversais e abordam e varrem outras patologias como a Apneia do Sono em que o ortodoncista tem um papel determinante em pacientes bem selecionados.

Mas nem aqui se findam as possibilidades de um congresso nos transportar a uma esfera concentrada de conhecimento, a possibilidade de fazer a titulo extraordinário, uma certificação em Invisalign, no dia 7 de Outubro vai coroar de êxito este encontro.

Imagine-se tudo isto a decorrer no Museu do Oriente em plena Lisboa, no principio do Outono, 4,5 e 6 de Outubro. Não poderíamos ter melhor cenário.

Temos, pois, um encontro marcado, um sonho a realizar, uma garantia a cumprir. Será um marco extraordinário este ano de 2012 - XIX Congresso da SPO.

Presidente do Congresso
Teresa Alonso

PROPRIEDADE:

SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ORTODONTIA

DIRECTOR E EDITOR:

MIGUEL DA NÓBREGA

COMISSÃO CIENTÍFICA:

CARLOS MOTA
FRANCISCO FREITAS
MANUEL FERREIRA
MARTINHO PINHEIRO
SÁ DA COSTA

ADMINISTRAÇÃO E PUBLICIDADE:

CARMEN FERREIRA

PRODUÇÃO GRÁFICA:

VIRGÍLIO GOMES

IMPRESSÃO E ACABAMENTO:

Maiadouro, S.A.

As opiniões expressas na Revista " Ortoclínica" da Sociedade Portuguesa de Ortodontia, são da inteira responsabilidade dos respectivos Autores

Ortoclínica
Publicação da Sociedade
Portuguesa de Ortodontia
Volume II Número3
Outubro 2012

Sociedade Portuguesa de Ortodontia

MESA ASSEMBLEIA-GERAL

MANUEL FERREIRA
CARLOS SÁ DA COSTA
JORGE JOÃO

DIRECÇÃO

RUI PINTO
MARTINHO PINHEIRO
MIGUEL DA NÓBREGA
JOÃO LOPES FONSECA
FRANCISCO FREITAS

CONSELHO FISCAL

FERNANDO MARTINS
PEDRO SOUSA PINTO
ANTÓNIO CARLOS COSTA

COMISSÃO CIÊNTIFICA

FRANCISCO FREITAS
MIGUEL DA NÓBREGA
MANUEL FERREIRA
CARLOS SÁ DA COSTA
CARLOS MOTA
JOAQUIM MORGADO
MARTINHO PINHEIRO
TERESA PINHO

SUMÁRIO

TERESA ALONSO
MENSAGEM DA PRESIDENTE 136

MIGUEL DA NÓBREGA
EDITORIAL 143

TERESA PINHO
EXTRAÇÃO ASSIMÉTRICA DE UM PREMOLAR SUPERIOR NUM CASO DE CLASSE II SUB-DIVISÃO E MORDIDA PROFUNDA 145

EUNICE CARRILHO
ORTODONTIA E REABILITAÇÃO ESTÉTICA:
O CONTRIBUTO DA DENTISTERIA OPERATÓRIA 164

MIGUEL MOURA GONÇALVES
TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM PERIODONTITE AGRESSIVA.....173

NIMET GUIGA
CLASSE II, DIVISÃO 1
CORREÇÃO COM APARELHO FORSUS 181

MIGUEL DA NÓBREGA
TRATAMENTO DE UM CASO CLÍNICO DE CLASSE II DIVISÃO 1 COM ENDOGNATIA
MAXILAR BILATERAL 195

SÓCIOS FUNDADORES

- Aelson Machado Caldeira
- Ana Paula Gomes Torres
- Ana Paula Monteiro B. Magalhães Pinto Ferreira
- Anabela Cruz Henrique Leal
- António Joaquim Teixeira Faria
- António Jorge Carneiro Alves
- António Manuel Rocha Pina
- António Nuno Portela M. P. Lopes
- Carlos Alberto Mota Duarte
- Carlos Alberto Oliveira Santos Pinto
- Carlos Alberto Sá da Costa
- Carlos Orlando Barbosa Queirós
- Eduardo Jorge Pereira Santos Almeida
- Francisco José Pinheiro Freitas
- Ilídio de Oliveira Santos
- Isabel Maria Martins Xavier Fernandes Mariz
- Joaquim Carlos Maciel Morgado
- Jorge Manuel Alves Miranda Bandeira Duarte
- Jorge Manuel Gonçalves Pacheco
- Jorge Manuel Pereira Catarino
- Jorge Manuel Sousa Crespo
- José Carlos de Carvalho Ramos Pereira
- José Carlos Pernes Silva Fernandes
- José Luís Barbosa Queirós
- Luís Filipe Delgado Tomás
- Luís Manuel Marques
- Luís Sousa Pinto
- Manuel Marques Ferreira
- Manuel Martins Lopes
- Maria Filomena Henriques Pintelos Pais Aguiar
- Martinho Luís Ramos Moreno Pinheiro
- Miguel José da Silva Nóbrega
- Norberto Gameiro Malho
- Paulo Rubens Sodré Júnior
- Rogério da Rocha Pereira
- Sérgio Augusto Sousa Gonçalves
- Silvestre João Santos Agostinho
- Rui Alexandre da Cruz Domingues

EDITORIAL

Naturalmente apreensivos, aliás a exemplo da maioria dos vários sectores da Sociedade portuguesa, vamos, dentro em breve, iniciar mais um ano de muitas dificuldades e grandes incertezas.

Os pacientes, da área dentária em geral e mais especificamente os de ortodontia, têm cada vez mais limitações económicas para acederem aos tratamentos disponibilizados pela nossa especialidade.

O esforço para contornar a situação por parte das clínicas, é notório mas, infelizmente, não poderemos dizer o mesmo das casas comerciais. Embora as ditas casas não sofram a mesma pressão por terem as suas sedes fora do país, seria de bom tom um rápido e eficaz ajustamento à actual realidade portuguesa.

Os pacientes recorrem aos nossos serviços por razões várias. Obviamente, muitas vezes, por motivos de ordem estética/psicológica, mas não é de descurar as muitas outras razões, nomeadamente, de ordem patológica e/ou funcional. A todos eles temos a obrigatoriedade de responder de forma o mais acessível e equitativa possíveis e, para tal, toda a cadeia de nascente a jusante tem o dever de contribuir. A divisão dos sacrifícios passa por todos e as casas comerciais, com honrosas excepções, não podem auto excluir-se.

O paradigma alterou-se substancialmente e os comportamentos dos intervenientes, naturalmente têm de adaptar-se aos novos circunstancialismos.

A hora é a da criação de uma Federação Portuguesa das Sociedades de Ortodontia, que representará o sentir das Sociedades Nacionais de Ortodontia e assim, não só terá mais hipóteses de influenciar e controlar positivamente os intervenientes mercantilistas que apoiam toda a actividade ortodontica, como também obterá vantagens em outras vertentes.

Tudo indica que os tempos são de profunda mudança. Oxalá que mudemos para melhor e, seguramente, a ortodontia sairá mais dignificada.

Saudações ortodônticas.

Miguel da Nóbrega

Teresa Pinho

Professora Auxiliar de Ortodontia e Odontopediatria do Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte.

Doutorada em Ortodontia e Odontopediatria pela UP, em 2004.

Prática exclusiva em ortodontia desde 2000.

Certificado de excelência na prática clínica ortodôntica, Board Francês de Ortodontia.

Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte/CESPU

Rua Central de Gandra, 1317

4585-116 Gandra,PRD

Portugal

terpinho@netcabo.pt

teresa.pinho@iscsn.cespu.pt

Extração assimétrica de um premolar superior num caso de Classe II sub-divisão e mordida profunda

Resumo:

No presente caso descreve-se o tratamento intercetivo de uma menina com 8 anos de idade, que apesar de apresentar uma disposição dentária típica de Classe II divisão 2, tinha uma proinclinação do incisivo central superior esquerdo, com interposição do lábio inferior. Devido a esse problema funcional, foi necessário uma intervenção precoce com a utilização de um aparelho removível, durante 8 meses.

Quatro anos após, foi efetuado um tratamento ortodôntico fixo bimaxilar. Devido ao desvio da linha média dentária superior no sentido oposto à relação de Classe II molar (por mesialização do molar superior), foi extraído um premolar superior do mesmo lado da relação de Classe II.

No sentido de corrigir a inclinação mesial do segundo molar inferior direito, que se encontrava impactado, foi necessário proceder à extração do terceiro molar para corrigir a discrepância posterior.

Introdução

A inclinação lingual excessiva dos incisivos centrais superiores e inclinação labial dos incisivos laterais superiores são características típicas da Classe II divisão 2, sendo frequentemente acompanhada por uma sobremordida profunda e um *overjet* mínimo. Nos casos com grande sobremordida, os bordos incisais dos incisivos inferiores podem contatar o tecido mole no palato (1,2). Em alguns casos, ambos os incisivos centrais e laterais estão inclinados para lingual (3).

A correção da mordida profunda pode ser efetuada através do tratamento ortodôntico pela intrusão dos incisivos maxilares, intrusão dos incisivos mandibulares, pro-inclinação dos incisivos mandibulares, extrusão dos dentes maxilares posteriores ou extrusão dos dentes mandibulares posteriores (4). Contudo, o tratamento ortodôntico e a cirurgia ortognática estão indicados quando a discrepância não pode ser corrigida somente pelo mecanismo ortodôntico e quando a estética facial está comprometida (3).

Devido à extrusão dos incisivos inferiores, a curva de Spee torna-se exagerada (1-6), sendo que o plano oclusal, pode estar representado por dois níveis distintos, um tendo como referência a supra-oclusão dos dentes anteriores e outro a infra-oclusão relativa dos segmentos posteriores. Nas Classes II divisão 1 ou divisão 2, a relação molar pode ser unilateral ou bilateral, sendo que os casos unilaterais são classificados como “subdivisão” do lado afectado (3,6).

Alguns problemas de Classes II (tipo 1) são devido ao posicionamento distal do primeiro molar inferior do lado da Classe II. Uma contribuição secundária pode ser o posicionamento mesial do primeiro molar superior no lado da Classe II (tipo 2) (7). Tendo em conta o possível componente esquelético, há uma tendência para o tipo 1 ter mais assimetrias que o tipo 2 (8).

CASO CLÍNICO

Data de nascimento: 16-12- 1989, sexo feminino.

Documentos pré-tratamento interceptivo, 06-11-1997 (8A)

Diagnóstico:

Classe II molar com sub-divisão direita, Classe II canina bilateral, mordida profunda pronunciada ao nível do incisivo central superior direito e proinclinação do contralateral com interposição do lábio inferior, agravando a referida pro-inclinação (Fig 1).

Desarmonia dento-maxilar negativa na arcada mandibular e maxilar (Fig 1), com canino superior esquerdo com tendência a inclusão (Fig 2).

Linhas médias dentárias praticamente centradas entre si, mas ambas desviadas para a esquerda, sendo o desvio inferior devido à inclinação das coroas dos incisivos inferiores para o lado esquerdo.

Objectivo do tratamento intercetivo:

Esta 1ª fase, teve como objectivo retro-inclinar o incisivo superior esquerdo para eliminar a interposição do lábio inferior e pro-inclinar o incisivo central superior direito.

Tratamento intercetivo (8 meses):

Aparelho removível com arco vestibular para retro-inclinar o incisivo central superior esquerdo e mola de protrusão para protruir o incisivo central superior direito (Fig 3).

Fig 1. Fotografias intra-orais antes do tratamento intercetivo.

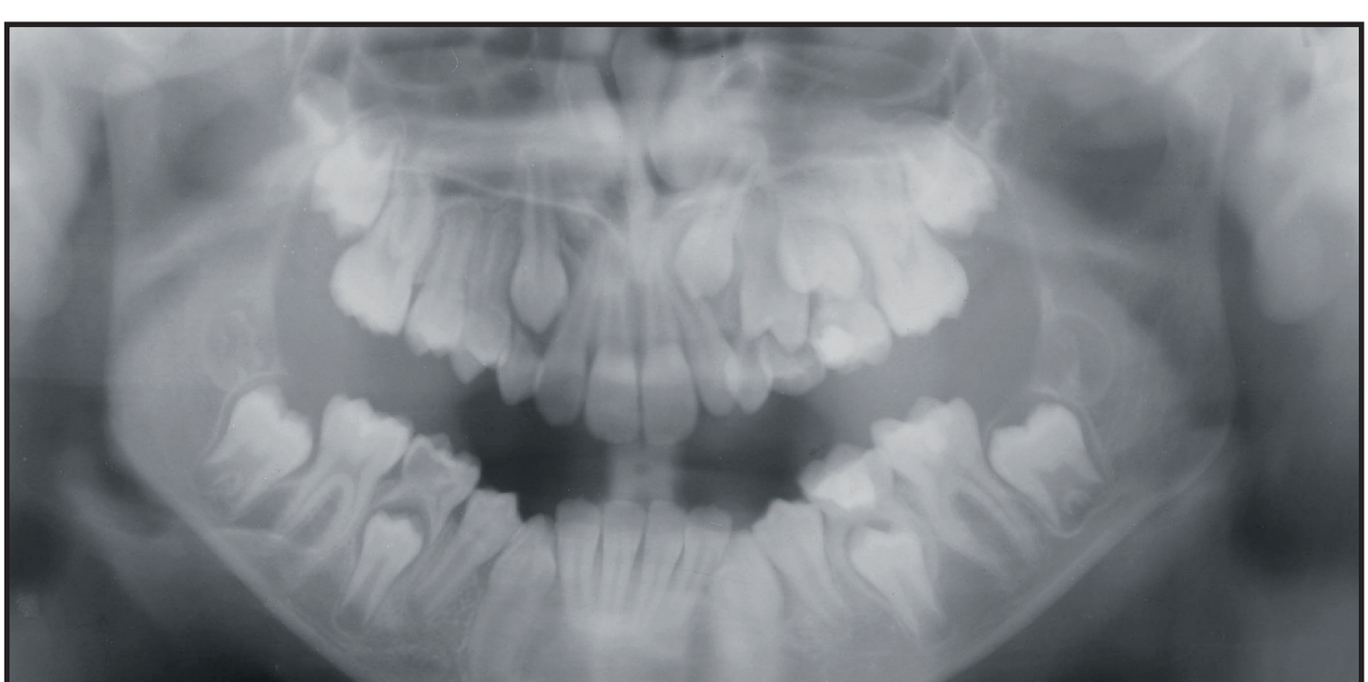


Fig 2. Radiografia panorâmica antes do tratamento intercetivo.

Fig. 3- a) Colocação de aparelho removível superior com arco vestibular para retruir o 21 e mola de protrusão no 11; b) 8 meses após.

Documentos pré-tratamento , 07-11-2002 (12A11M)

Diagnóstico (Fig 4):

Exame extra-oral: perfil côncavo, ângulo naso-labial normal, linha do sorriso normal.

Exame intra-oral e análise de modelos (Fig 4 e 5): Todos os dentes excepto o 23 e os segundos molares estavam presentes na arcada. O paciente apresentava uma relação de Classe II molar do lado direito e uma relação de Classe I molar do lado esquerdo, com mordida profunda (overbite de 8mm) e inclinação lingual dos incisivos superiores. Desvio de 2 mm da linha média dentária superior para a esquerda e linha média dentária inferior centrada. Desarmonia dento-maxilar de -6mm no arco inferior e -5mm no arco superior,

incisivo lateral superior esquerdo rodado e canino superior esquerdo vestibularizado.

Exame funcional: Sem parafunções ou disfunções. O exame e história clínica não revelaram problemas da ATM.

Análise cefalométrica (Fig 6, 7 e Tabela 1): Classe II esquelética devido a uma promaxilia com normomandibula (ANB= 7,5º, SNA= 87,1º e SNB= 79,6º) com Ao-Bo (2,6mm). A dimensão vertical exibia uma normodivergência (FMA= 22,1º), com tendência a hipodivergência. Compensação dos incisivos superiores para o padrão esquelético com retro inclinação superior muito acentuada (UI/NA= -2,1º) e pró inclinação dos incisivos inferiores (IMPA= 93.4º). Ângulo interincisal muito aumentado (I/I = 152,8º).

O indicador de sobremordida profunda (ODI) consiste de dois ângulos, um entre FH e PP e outra entre AB e MP. Neste caso, o valor ODI estava muito aumentado, revelando uma mordida esquelética profunda (Tabela 2).

O indicador de displasia antero-posterior (APDI) consiste de três medidas angulares (FH-PP, AB-NPG, FH-NPG), mas corresponde ao ângulo PP-AB, revelando neste caso, uma Classe II esquelética (Tabela 3).

Etiologia: Provavelmente hereditária, face a vários elementos da família apresentarem o mesmo tipo de má oclusão (1,2).

Objectivos de tratamento:

Esta 2ª fase teve como objetivo dar torque positivo nos dentes ântero-superiores, correção do overbite, alinhamento das linhas médias dentárias, correção das discrepância dento-maxilares, posicionamento na arcada do 23 e correção da inclinação do 22, melhorando a papila dentária.

Plano de tratamento:

Alinhamento e nivelamento dentário;

Correção do torque dos incisivos superiores e do overbite;

Extração do primeiro premolar superior direito, no sentido de corrigir a linha média dentária superior;

Extração do 18,28,38,48 no sentido de corrigir a discrepância posterior;

Correção da inclinação mesial do 47.

Tratamento: 04-12-2002 (13A)

Bandas e braquetes de arco recto versão Roth com slot 0,022 x 0,028;

Alinhamento e nivelamento dentário (com exceção do 23), pro-inclinação dos incisivos superiores; os 7os superiores foram também nivelados nesta etapa, após erupção.

Extração do primeiro premolar superior direito;

Nos arcos de aço, foram colocadas: uma mola de nitinol fechada no lado direito, estirada para fechar o espaço da extração do 14 (para corrigir a linha média dentária superior) e uma mola de nitinol aberta, comprimida no lado esquerdo, entre o 22 e 24, para posicionar na arcada o 23 (Fig 8);

Após efetuar uma radiografia panorâmica de controlo (Fig 8), procedeu-se à extração do 18,28,38,48 para corrigir a discrepância posterior e permitir a correção da inclinação mesial do 47. Foi utilizada uma mola de nitinol num arco seccional também de nitinol, com aumento gradual da secção (entre o tubo acessório da banda do 36 e braquete do 37), com arco de aço 0,018 x 0,025 como arco principal, inserido do 47 ao 36 (Figs 9 e10). Após a melhoria da posição do 37, os arcos foram inseridos de forma contínua.

Apesar da dilaceração radicular do 22 (Fig 9), foi reposicionado o braquete, no sentido de distalizar a raiz, melhorar o posicionamento da coroa e da papila dentária (Fig 8 e 10).

Duração do tratamento:

Tratamento com aparelho fixo bimaxilar: 30 meses

Retenção:

Aparelho removível superior para ser usado durante a noite e retentor lingual fixo colocado nos incisivos e caninos inferiores (Fig 11).

Fig 4 Fotografias pré-tratamento, frontal, perfil facial e sorriso

Fig 4. Fotografias intra-orais.

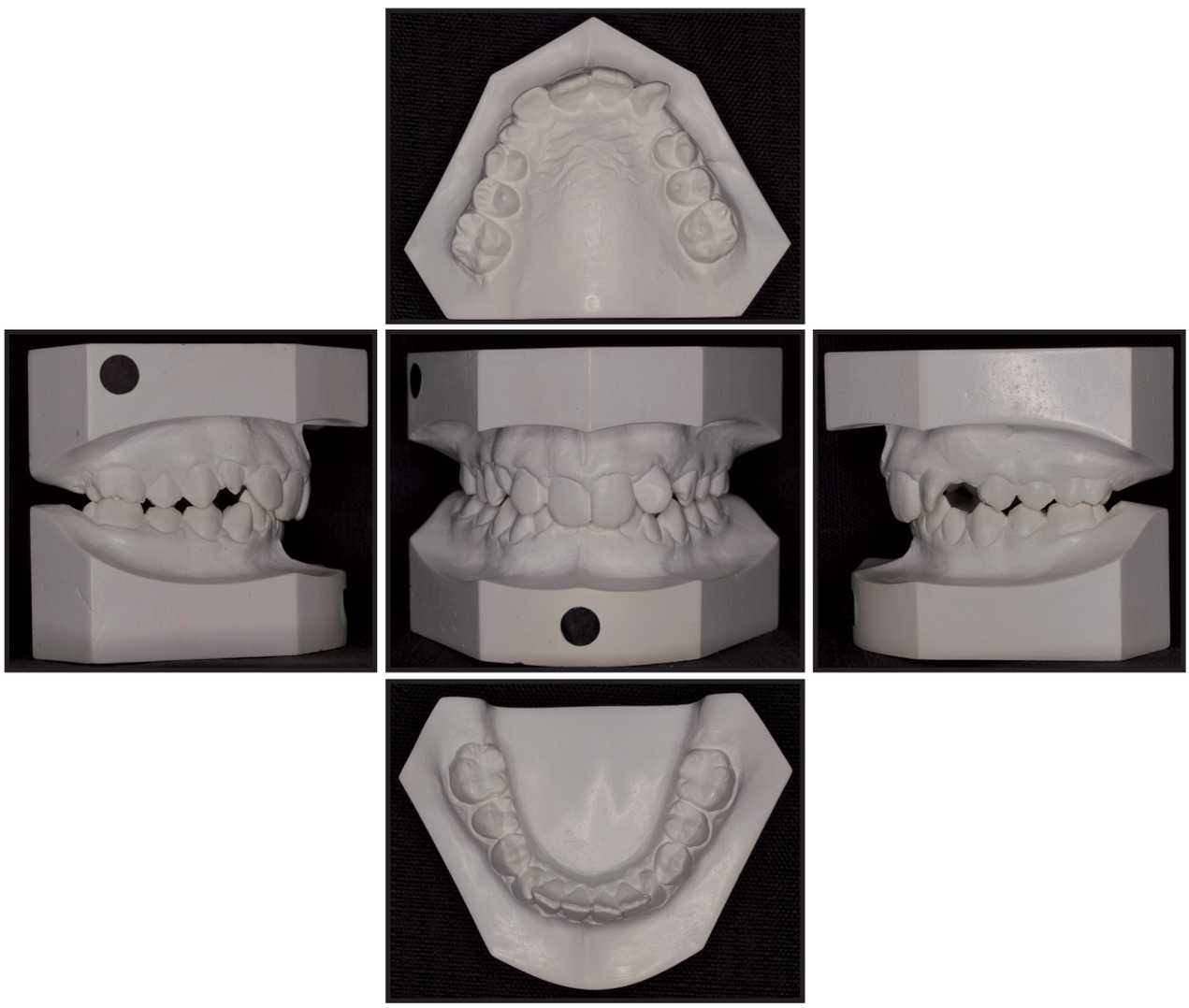


Fig 5. Fotografias dos modelos iniciais.

Fig 6.
Telerradiografia em incidência lateral antes do tratamento

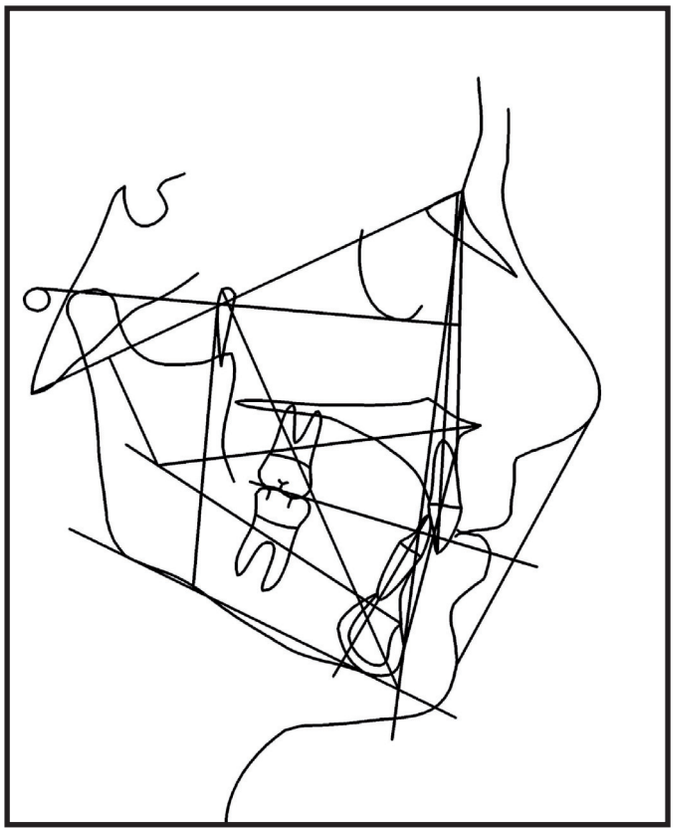


Fig 7.
Traçado cefalométrico antes do tratamento

Fig. 8. Fase da correção ortodôntica com mola de nitinol fechada no lado direito e aberta do lado esquerdo.

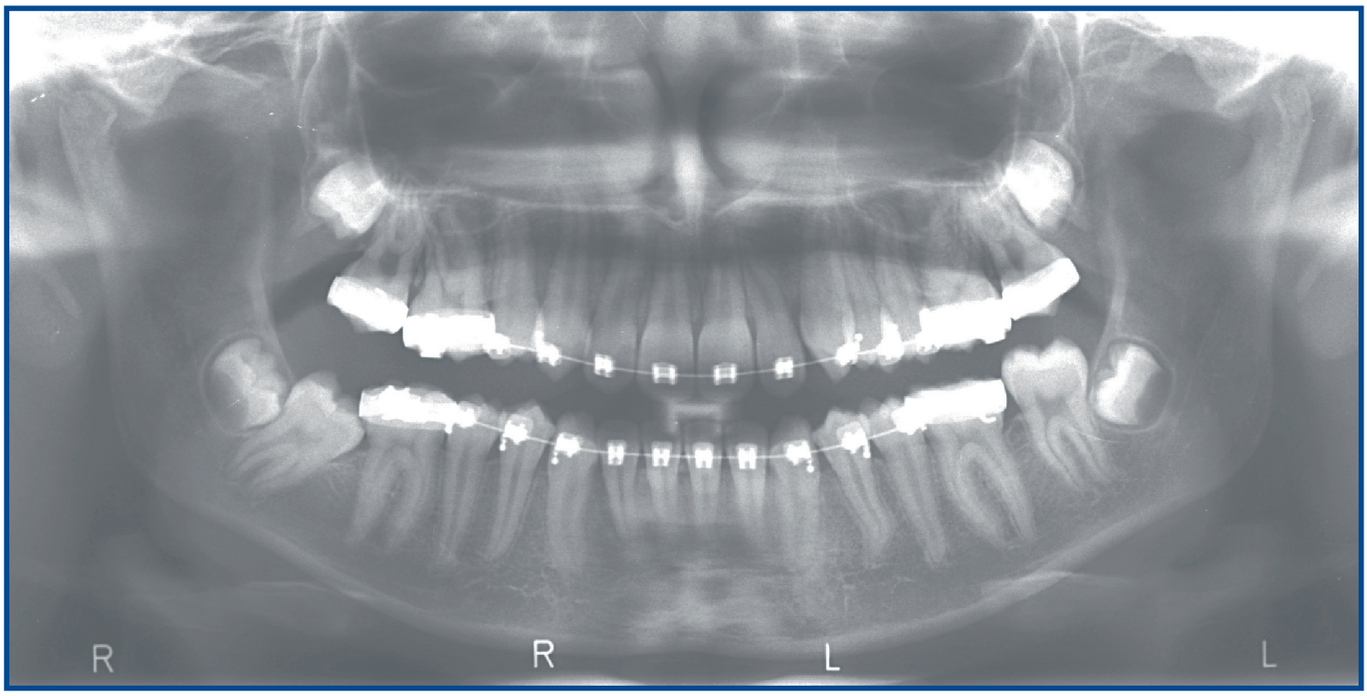


Fig 9. Radiografia panorâmica após o fecho do espaço da extração do 14, presença dos terceiros molares com impactação do 47 e inclinação mesial da raiz dilacerada do 22.

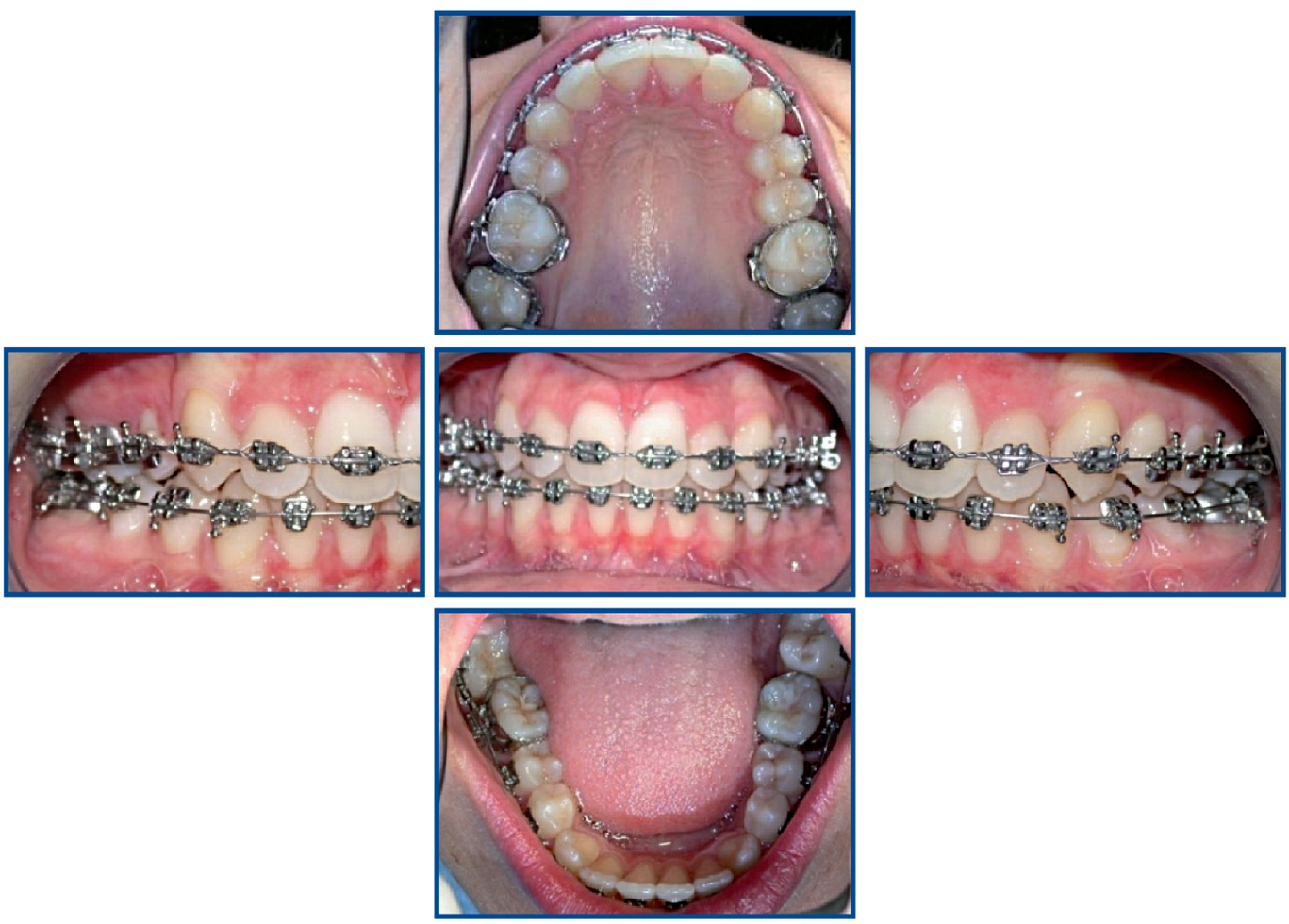


Fig. 10. Fase final da correção ortodôntica com as linhas médias dentárias centradas, correção da inclinação mesial do 47 (após a extração do 48) e do 22 (após reposicionamento do braquete).

Documentos pós-tratamento : 06-07-2005 (15A 5M)

Analise extra-oral :

O perfil passou a reto com uma melhoria indiscutível na estética facial, com o sorriso muito harmonioso (Fig 11).

Exame intra-oral (Fig 11) **e análise de modelos** (Fig 12): Relação bilateral de Classe I canina, Classe II molar direita e I esquerda.

A mordida profunda foi corrigida e ambas as linhas médias ficaram centradas entre si e com a linha média facial. O *overjet* e *overbite* foram corrigidos.

Observa-se uma melhoria significativa na papila dentária entre o 21 e 22, devido à correção da inclinação radicular do 22 (apesar da dilaceração existente).

Articulação estável com uma oclusão dentária balanceada, com harmonia no movimento protrusivo (Fig 13) e com guias caninas nos movimentos de lateralidade (Fig 14).

Radiografia panorâmica (Fig 15):

Bom posicionamento radicular, verificando-se a extração dos terceiros molares, melhoria do posicionamento do 47 e do 22.

Análise cefalométrica (Figs 16, 17 e Tabela 1):

Melhoria da relação esquelética de Classe II (ANB reduziu de 7,5 para 5,1), devido a uma diminuição do SNA de 87,1 º para 84,2º , com manutenção do SNB com valores normais. Na dimensão vertical, o padrão esquelético de FMA permaneceu normodivergente mas aumentando ligeiramente (FMA passou de 22,1º para 23,8º).

Compensações dento-alveolar: Inclinação do incisivo superior (UI / NA) aumentou muito significativamente de -2,1º para 17,3º. IMPA aumentou de 93,4º para 102,3º, redução do *overbite* de 8 mm para 4,2 mm, com fecho do ângulo interincisal de 152,8º para 125,7º permitindo melhor correção da mordida profunda. Rotação do plano oclusal no sentido anti-horário.

O indicador de sobremordida profunda (ODI) melhorou passando para uma relação de mordida esquelética muito próxima dos parâmetros normais, apesar de permanecer a tendência a mordida profunda (Tabela 2).

O indicador de displasia antero-posterior (APDI), sofreu uma melhoria significativa, tornando-se uma Classe I esquelética (Tabela 3).

Análise das sobreposições (Figs 18 e 19):

Ligeiro crescimento da face no sentido vertical, com significativa retrusão do ponto A (devido à melhoria do torque dos incisivos superiores).

Fig 11. Fotografias frontal, perfil facial e sorriso e intra-orais no final do tratamento ortodontico.

Fig 12. Fotografias dos modelos finais

Fig 13. Fotografias intra-orais, lateral direita, frontal e lateral esquerda no movimento de protrusão.

Fig 14. Fotografias intra-orais, lateral direita e esquerda, com as respetivas guias caninas.

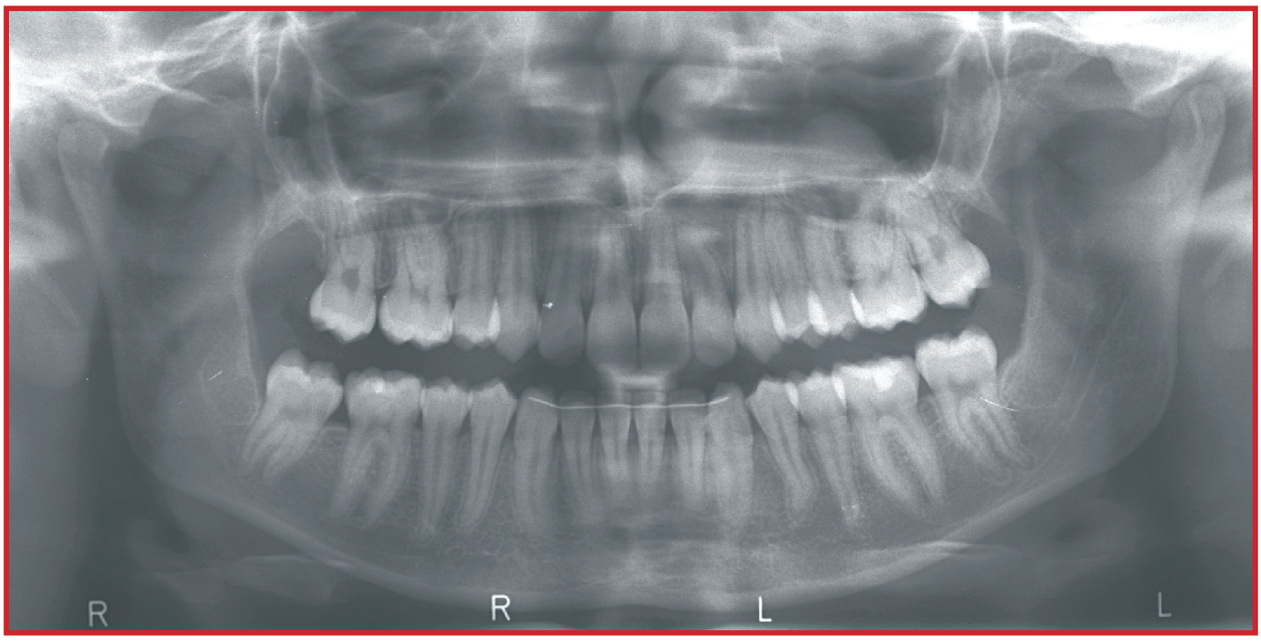


Fig 15. Radiografia panorâmica no final do tratamento

Fig 16. Telerradiografia em incidência lateral no final do tratamento.

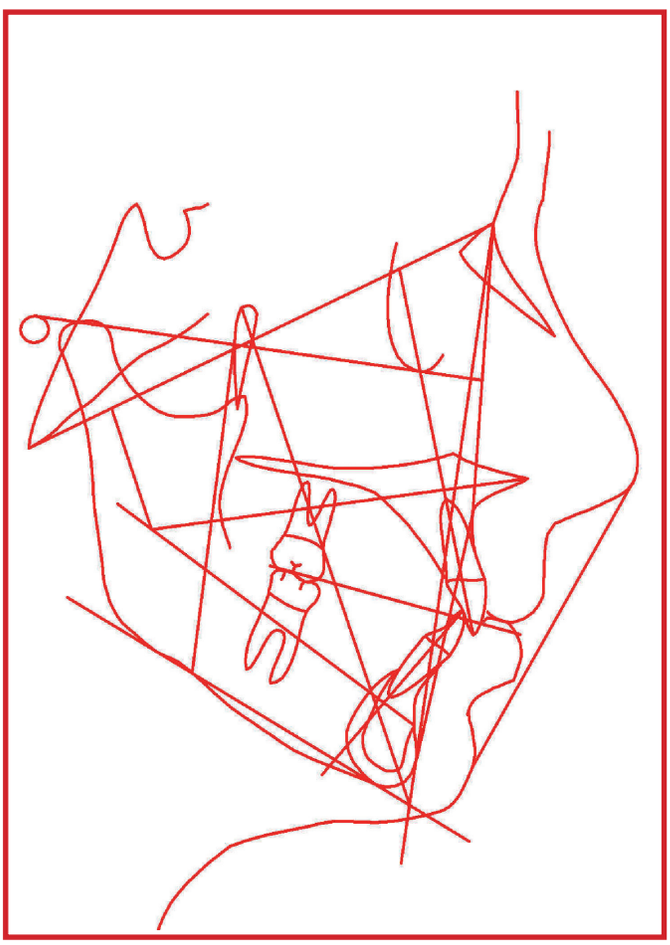


Fig 17. Traçado cefalométrico no final do tratamento.

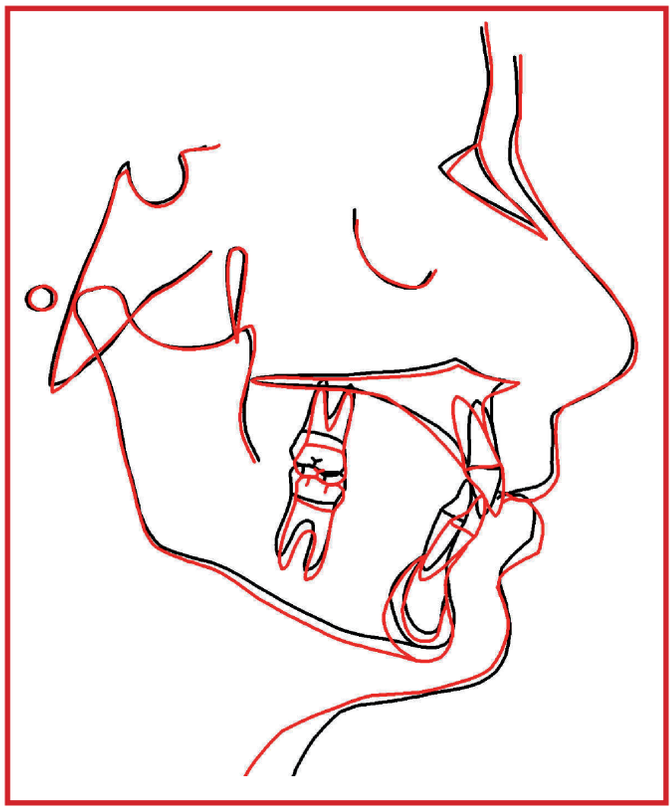


Fig 18. Sobreposições cefalométricas gerais do inicio e do final do tratamento.

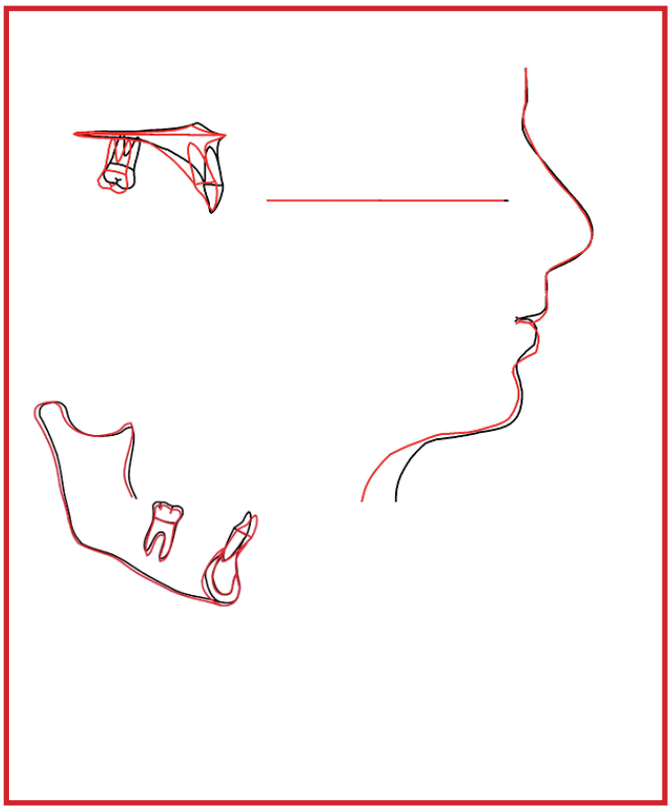


Fig 19. Sobreposições cefalométricas locais do inicio e do final do tratamento.

Documentos 1 ano após o tratamento ortodôntico

(Fig 20 – 24): 16-07-2006 (16A 5M)

Um ano após o tratamento, temos uma oclusão dentária estável e um sorriso agradável.

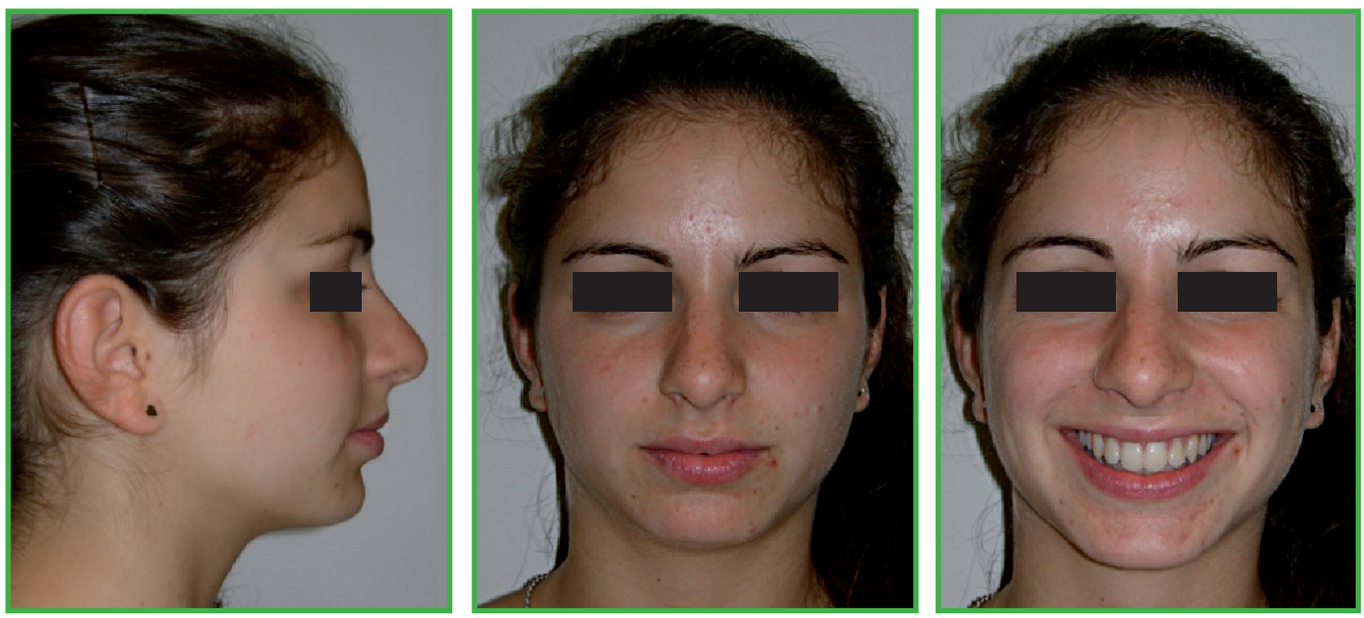


Fig 20. Fotografias 1 ano após o final do tratamento.

Fig 20. Fotografias 1 ano após o final do tratamento.

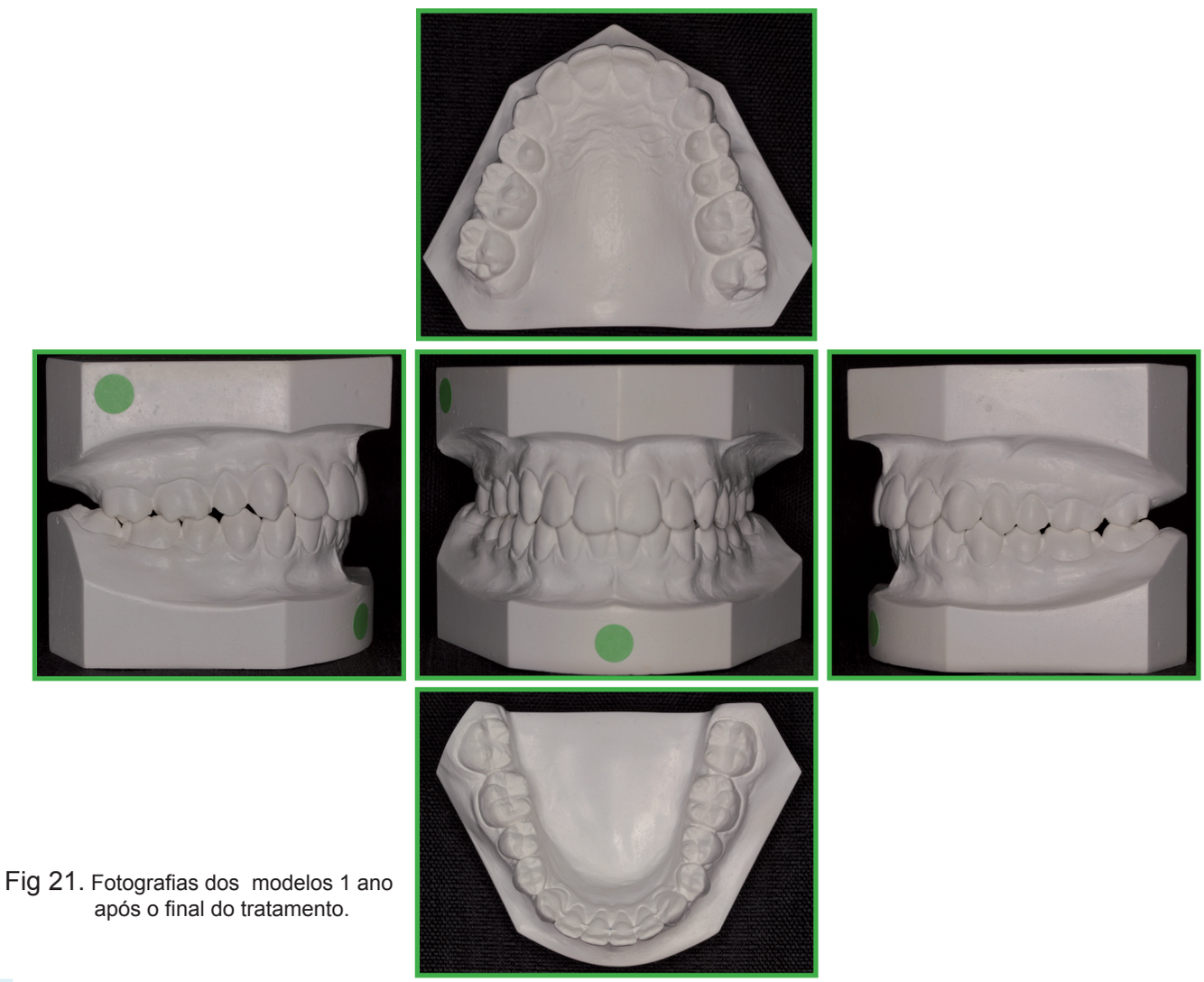


Fig 21. Fotografias dos modelos 1 ano após o final do tratamento.

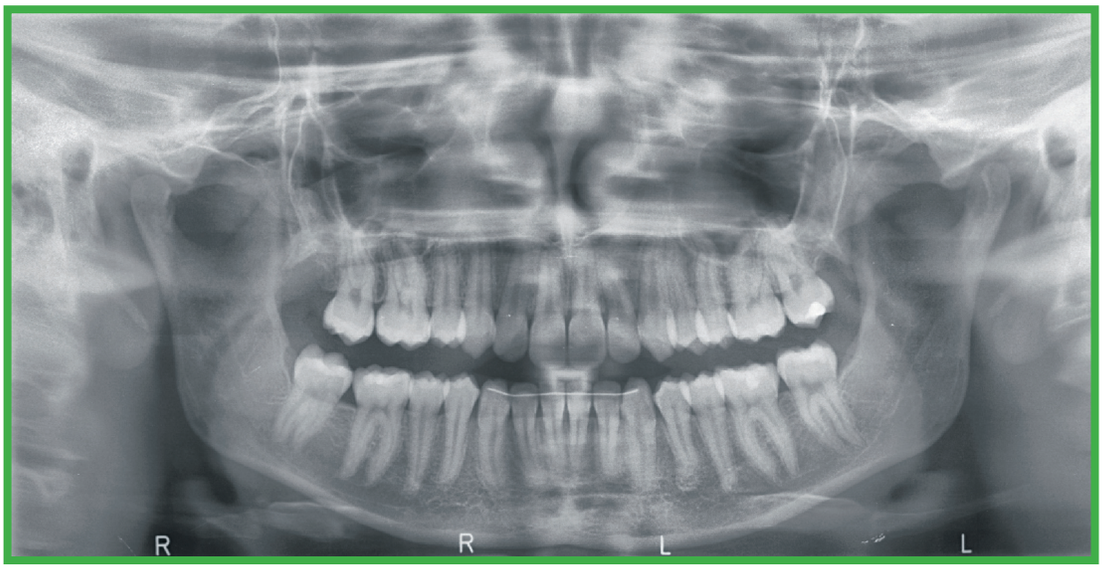


Fig 22. Radiografia panorâmica 1 ano após o final do tratamento.

Fig 23. Telerradiografia em incidência lateral 1 ano após o final do tratamento.

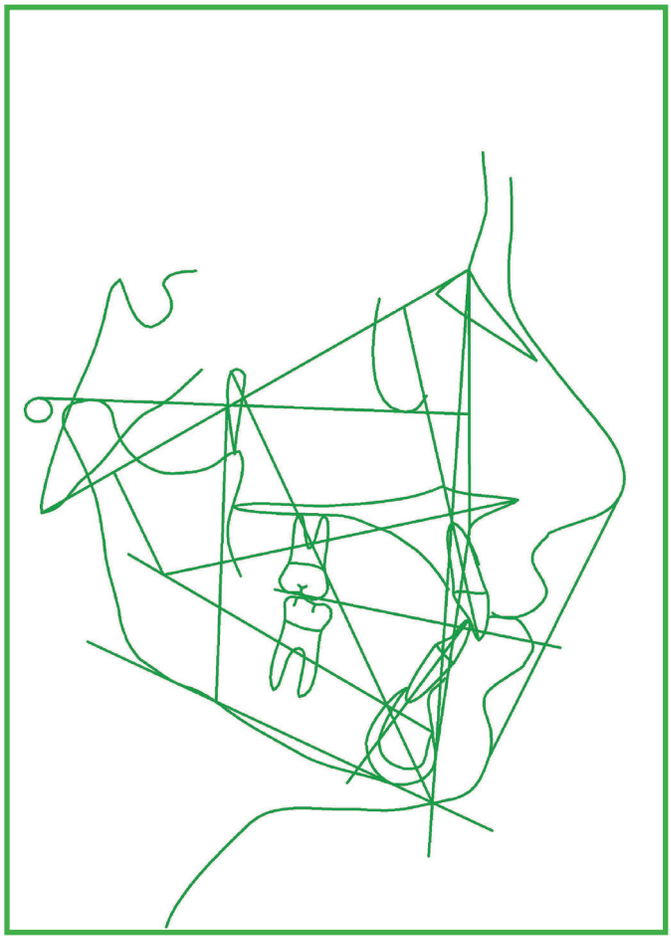


Fig 24. Traçado cefalométrico 1 ano após o final do tratamento.

Tabela 1- Medidas cefalométricas iniciais, finais e 1 ano após o final do tratamento

Análise cefalométrica	Norma	Antes T	Final	Retenção
FMIA	67º± 3º	64,6º	53,9º	54,5º
FMA	25º± 3º	22,1º	23,8º	23,3º
IMPA	88º± 3º	93,4º	102,3º	102,2º
SNA	82º± 2º	87,1º	84,2º	85,0º
SNB	80º± 2º	79,6º	79,1º	78,8º
ANB	1º-5º	7,5º	5,1º	6,1º
Ao Bo	2mm± 2	2,6mm	2,5mm	2,5mm
UI/NA	22º±2º	-2,1º	17,3º	12,7º
Plano Oclusal	8º - 12º	11,6º	8,3º	9,6º
Ânglo Z	75º± 5º	78,8º	72,5º	71,8º
Altura facial posterior	45mm	44,2mm	45,7mm	44,6mm
Altura facial anterior	65mm	60,8mm	63,7mm	62,9mm
Overjet	2.5mm± 2.5	4,5mm	3,5mm	3,2mm
Overbite	2.5mm± 2.5	8mm	4,2mm	4,1mm
Ânglo Interincisal	126º± 10º	152,8º	125,7º	130,8º

Tabela 2. *ODI* - Indicador de profundidade de sobremordida vertical, iniciais, finais e 1 ano após o final do tratamento

	Antes T	Depois T	Retenção		
MP-AB	85,6º	80,7º	81º		
HF-PP	+	+	+	><OK	
HF-PP	0	0,3	0,5	> Mordida profunda	XXX
ODI 74,5±6º	= 86,5º	= 81º	= 81,4º	< Mordida Aberta	

MP-AB = Ângulo do plano mandibular e plano AB

HF-PP = Ângulo do plano de Frankfort e plano Palatino

Tabela 3. *APDI* (Indicador de displasia antero-posterior) iniciais, finais e 1 ano após o final do tratamento

	Antes T	Depois T	Retenção		
HF-PF	87,7	87,1	87,2		
PF-AB	+	+	+		
PF-AB	-13,3	-8,9	-10,4		
	=74,4	=78,2	=76,8		
HF-PP	+	+	+	>< Cl I	XX
HF-PP	0	0,3	0,5	< Cl II	X
APDI 81,4±3,7º	= 74,4	= 78,5	= 77,3	> Cl III	

HF-PF = Ângulo do plano de Frankfort e plano facial (N-Po)

PF-AB = Ângulo do plano facial e plano AB

Documentos 4 anos após o tratamento ortodôntico (Fig 25): 22-12-2008 (19A)
Quatro anos após o tratamento, continua com uma oclusão dentária estável e um sorriso agradável.

Fig 25. Fotografias 4 anos após o final do tratamento.

Fig 25. Fotografias 4 anos após o final do tratamento.

Considerações Finais

Aos 8 anos, recorrendo a um aparelho removível foi possível intercetar o problema da interposição do lábio inferior, com a correção da proinclinação do incisivo superior esquerdo. Também devido à utilização de uma mola de protrusão foi possível melhorar a retroinclinação do incisivo central superior direito permitindo o alívio da pressão sobre as articulações, devido à posição forçada da mandíbula distalmente, como descrito em alguns casos de mordida profunda com posicionamento distal da mandíbula (1,2).

Na segunda fase do tratamento ortodôntico fixo bimaxilar, devido à assimetria na relação dentária, com relação de Classe II no lado direito, Classe I do lado esquerdo e linha média dentária superior desviada para a esquerda, foi necessário recorrer à extração de um premolar no arco maxilar, no lado da Classe II. Desta forma, permitiu-se atingir a correção do overbite e do overjet com as linhas média centradas entre si e com a linha média facial.

É sugerido que quando a má oclusão assimétrica é tratada, os premolares podem ser extraídos assimetricamente (9, 10). No presente caso, a extração do primeiro premolar superior direito foi planeada também para proporcionar espaço para o posicionamento na arcada do 23, permitindo assim o desvio da linha media dentária no mesmo sentido da extração, contribuindo para uma melhoria funcional e estética significativa, com um sorriso harmonioso (11). Este posicionamento mesial do primeiro molar superior é referido por alguns autores como sendo do tipo 2 (7), que leva a uma assimetria alvéolo-dentária, não apresentando componente esquelético (8) e consequentemente, sem desvio do mento, justificando no presente caso, a extração do premolar assimetricamente apenas na arcada superior.

A melhoria significativa na papila dentária entre o 21 e 22 (Figs 11 e 20), foi devido à correção da inclinação mesial da raiz do 22, apesar da dilaceração mesial (Figs. 15 e 22). Esta dilaceração, muito provavelmente foi causada pelo posicionamento inicial do 23 com tendência a impactação e com pressão sobre que a raiz do 22 (Fig 2).

O paralelismo ortodôntico das raízes e o seu afastamento interproximal mais que 0,5mm (idealmente 0,8mm e 1mm), asseguraram a manutenção da crista óssea interpróximal integra sem riscos de perda da papila interproximal por perda de sustentação. No presente caso, foi possível apenas ao nível do terço cervical, devido à dilaceração existente. Isto está de acordo com os estudos deTal (1984) (ref. por 12), que mostram que em situações de raízes muito próximas (≤0,5mm), só o osso cortical está presente, pois não há espaço para o osso alveolar, daí o maior risco de reabsorção óssea e perda de papila interproximal.

O tratamento foi mais demorado tendo em conta que também o segundo molar inferior direito se encontrava impactado com uma inclinação mesial, tendo o terceiro molar a impedir a sua correta erupção. Por esse motivo, foi necessário a extração do referido terceiro molar antes da correção ortodôntica da posição do segundo molar.

Apesar da relação molar direita de Classe II, a oclusão obtida foi muito satisfatória e estável, com uma melhoria significativa também no sorriso da paciente.

Bibliografia

1. Pinho T. Classe II divisão 2: caso clínico com duas fases de tratamento. Ortoclínica. 2010;2(1):3-20.
2. Pinho T. “Class II division 1: Case report”. Board Francais d’Orthodontie. International Orthodontics 2010; 8(2):190-204.
3. Pinho T, Figueiredo A. An Orthodontic-Orthognathic surgical treatment in a Class II subdivision: occlusal plan alteration. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011;140(5):703-12.
4. Parker CD, Nanda RS, Currier GF. Skeletal and dental changes associated with the treatment of deep bite malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1995;107:382-93.
5. Pinho T. “Classe II, divisão 1, tratada sem extracções – caso clínico”. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo Facial 2004;45(4):229-243.
6. Pinho T. Treatment of a Class II subdivision based on occlusal plane control – clinical case. Orthodontics: The Art and Practice of Dentofacial Enhancement 2012;13(1):128-137.
7. Alavi DG, BeGole EA, Schneider BJ. Facial and dental arch asymmetries in Class II subdivision malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1988;93(1):38-46.
8. Janson G, de Lima KJ, Woodside DG, Metaxas A, de Freitas MR, Henriques JF. Class II subdivision malocclusion types and evaluation of their asymmetries. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007;131(1):57-66.
9. Janson G, Dainesi EA, Henriques JF, de Freitas MR, de Lima KJ. Class II subdivision treatment success rate with symmetric and asymmetric extraction protocols. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003;124:257-64.
10. Todd M, Hosier M, Sheehan T, Kinser D. Asymmetric extraction treatment of a Class II Division 1 subdivision left malocclusion with anterior and posterior crossbites. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;115:410-7.
11. Mackley RJ. An evaluation of smiles before and after orthodontic treatment. Angle orthod 1993;63:183-9.
12. Coutinho-Alves C, Pinho T, Neves M. Interdisciplinaridade Ortodontia / Periodontologia (Parte I). Revista de Saúde Oral 2006;82-86.

Eunice Carrilho

Médica dentista
Professora Auxiliar com Agregação de Dentisteria Operatória da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Coordenadora do Curso de Pós-Graduação de Dentisteria Operatória e Estética.
Coordenadora do Curso Avançado de Especialização “Materials for Dentistry”, do programa de Doutoramento em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Investigadora do Instituto Biomédico da Luz e Imagem, IBILI.
Membro do Conselho Pedagógico da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Membro da Comissão de Subdirecção do Curso de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Membro do Conselho Consultivo da OMD

Autores:

Eunice Carrilho[1], José Pedro Figueiredo[1], Anabela Paula[1], Manuel Marques Ferreira[1]

[1]Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Ortodontia e Reabilitação Estética: O Contributo da Dentisteria Operatória

Resumo:

Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes submetidos a tratamento ortodôntico com indicação de intervenção da Dentisteria Operatória. No primeiro, após o tratamento ortodôntico, a doente necessitava de redução do espaço das ameias distais dos incisivos laterais superiores com a realização de restaurações diretas em resina composta IPS Empress Direct® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein) com branqueamento dentário prévio, realizado com o sistema de branqueamento no consultório White Plus™ (Medicool Ldtª). No segundo, após o tratamento ortodôntico a doente apresentava alterações cromáticas de hipomineralização brancas opacas, com indicação para branqueamento dentário e aplicação prévia de microabrasão, utilizando os produtos Opalescence a 10%® e Opalustre®(Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA) . Após meticulosa análise clínica, na qual se incluiram os testes de sensibilidade e os exames radiográficos, a equipa clínica discutiu sobre as terapêuticas indicadas.

Palavras chave: Branqueamento,microabrasão, resinas compostas, restaurações diretas,tratamento ortodôntico.

Aesthetic Orthodontics and Rehabilitation: The Contribution Of Operative Dentistry

Summary:

The authors present two cases of patients undergoing orthodontic treatment, indicating the intervention of Operative Dentistry. At first, after orthodontic treatment, the patient needed space reduction of the distal lateral incisors edge with IPS Empress Direct ® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2, 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein) direct composite resin restorations prior tooth office bleaching with White Plus ™ (Ldt Medicool nd). In the second, after orthodontic treatment the teeth patient was with white, opaque color changes, indicated for dental bleaching prior to application of microabrasion. The indicated products were Opalescence 10% ® and Opalustre ® (Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA). After thorough clinical examination, which is included sensibility tests and radiological exams, the team discussed the clinical treatment indicated.

Keywords: bleaching, composite resins, direct restorations, microabrasion, orthodontics

Introdução:

O desenvolvimento de novos materiais, a evolução tecnológica e dos meios de comunicação, têm tido um papel preponderante na formação médico dentária. No entanto, a sua contribuição na educação dos doentes com, cada vez mais, critérios de exigência terapêutica, não são de menosprezar. (1, 2, 3, 4, 5)

Algumas vezes, o mau posicionamento dentário como são exemplo os diastemas e os apinhamentos, associados a alterações da articulação, não são totalmente resolúveis apenas com terapêuticas do âmbito da ortodôntia, havendo necessidade de intervenção final realizando restaurações diretas com resinas compostas. Este é um tratamento conservador cuja adesão envolve, nestas situações, apenas o esmalte dentário. (6, 7, 8, 9, 10)

Outras vezes, as alterações cromáticas resultantes de longos períodos de bochechos com soluções com clorohexidina ou, mesmo, a deficiente manutenção higiénica dos aparelhos ortodônticos são indicação para branqueamento dentário com ou sem associação a microabrasão.(3,4)

Objetivo:

O presente trabalho tem como objetivo a apresentação de um protocolo de restauração estética do sorriso após terapêutica ortodôntica.

Caso clínico 1

Doente com 18 anos de idade com diastemas dentários anteriores no maxilar superior. Após o nivelamento e alinhamento dentário (tratamento realizado na consulta de ortodôntia da Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra) tendo em conta a correta posição dos incisivos, caninos, premolares e molares não foi possível reduzir o espaço das ameias distais dos incisivos laterais superiores (Fig.1).

Figura 1 – Após a conclusão do tratamento ortodôntico.

Procedeu-se ao branqueamento com o sistema de branqueamento no consultório: White Plus™ (Medicool Ldtª). Foi usado peróxido de hidrogénio a 35% associado a água, polietilenoglico, sílica pirogénica, espessante, nitrato de potássio, fluoreto de sódio, hidróxido de sódio, corante, minerais do Mar Morto e sal, activado por um sistema *LED* (diodo emissor de luz) durante 30m (seguimos as instruções do fabricante) (Fig.2).

Figura 2 – Após a conclusão do branqueamento com White Plus™.

Decorridos 21 dias procedeu-se à restauração seguindo a técnica de estratificação, com resina composta IPS Empress Direct® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein) dos incisivos laterais superiores, confecionando, previamente uma matriz incisivo palatina sobre um modelo de estudo. Os dentes adjacentes foram protegidos com fitas de teflon e, após o condicionamento ácido total com ácido ortofosfórico a 35%, procedeu-se à aplicação do sistema adesivo ExciTE in The VivaPen® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein). O acabamento e polimento realizou-se com OptraPol Next Generation® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein). A doente foi controlada decorrida uma semana e, posteriormente, semestralmente nas consultas de prevenção e manutenção (Fig. 3, 4, 5, 6 e 7).

Figura 3 – Matriz incisivo palatina colocada na arcada superior.

Figura 4 – Proteção com fita *teflon* dos dentes adjacentes e condicionamento ácido dos dentes 12 e 22.

Figura 5 - Aplicação do sistema adesivo ExciTE in The VivaPen®.

Figura 6 – Conclusão das restaurações dos dentes 12 e 22

Figura 7 – Controlo decorrida após uma semana.

Caso clínico 2

Doente com 17 anos de idade com apinhamentos dentários anteriores no maxilar superior e inferior. Após o nivelamento e alinhamento dentário verificou-se que as coroas dentárias dos 12, 22, 31 e 32 apresentavam alterações cromáticas brancas opacas (hipomineralização) devido a deficiente manutenção higiénica durante a terapêutica dentária (Fig. 8).

Figura 8 – Após a conclusão do tratamento ortodôntico.

Procedeu-se à microabrasão do esmalte sobre as manchas, com a aplicação de Opalustre® (Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA) seguindo as instruções do fabricante, após a qual se realizou o branqueamento externo com moldeira adaptada e Opalescence a 10%® (Ultradent Products, Inc., South Jordan, USA) durante 21 dias (Fig.9).

Figura 9 – Após a conclusão da microabrasão seguida de branqueamento externo em ambulatório.

Dado os insatisfatórios resultados estéticos, decorridos 21 dias, procedeu-se à restauração dos dentes 12 e 22, removendo na totalidade o esmalte e dentina pigmentados. Realizou-se condicionamento ácido total com ácido ortofosfórico a 35%, procedeu-se à aplicação do sistema adesivo ExciTE in The VivaPen® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein) e restaurou-se seguindo a técnica de estratificação com resina composta Miris®(Colténe/Whaledent, Altstatten, Switzerland). O acabamento e polimento realizou-se com OptraPol Next Generation® (Ivoclar Vivadent AG, Bendererstrasse 2 , 9494 Schaan, Principality of Liechtenstein). A doente foi controlada decorrida uma semana e, posteriormente, semestralmente nas consultas de prevenção e manutenção (Fig. 10, 11, 12 e 13).

Figura 10 – Alteração cromática branca opaca do dente 12 antes da restauração.

Figura 11 – Após a conclusão da restauração do dente 12.

Figura 12 - Após a conclusão das restaurações dos dentes 12 e 22.

Figura 13 – Controlo decorrido um ano da conclusão do tratamento.

Discussão:

A correção dos malposicionamentos dentários requer um adequado plano de tratamento multidisciplinar otimizando, assim, os resultados finais. [1,2]

Devido à ocorrência de alterações cromáticas é necessário, a maior parte das vezes, realizar branqueamento dentário. A escolha depende da rapidez com que pretendemos obter os resultados finais. A terapêutica mais antiga com maior divulgação e menos efeitos secundários é o branqueamento em ambulatório com peróxido de carbamida a 10%. [6, 11, 12]

No entanto, os sistemas utilizados no consultório permitem uma maior rapidez nos resultados e são uma opção válida e a considerar. Optou-se por um sistema com nitrato de potássio e fluoreto na sua composição prevenindo, assim, a sensibilidade pós-operatória. [13, 14]

Quando existem manchas brancas opacas deve ser realizada, previamente, microabrasão da superfície do esmalte com resultados satisfatórios em alguns casos. [3, 4]Quando tal não acontece é necessário proceder a restauração direta com resinas compostas. Sempre que tal aconteça, deve-se aguardar o tempo indicado para os procedimentos adesivos sem correr o risco de se obterem reduzidas forças de adesão conduzindo ao fracasso das restaurações. [13, 14, 15, 16, 17]

A preferência por restaurações diretas em detrimento das indiretas foi determinada, no primeiro caso clínico, por não haver necessidade de desgaste da superfície do esmalte e, no segundo, por ser pequena e localizada a remoção de estrutura dentária, quando comparada com a que se teria de realizar para a colocação de facetas. Por outro lado, estes são tratamentos menos dispendiosos. [1, 2]

A técnica de restauração deve ser familiar ao médico dentista e todos os passos meticulosamente realizados sem contaminsção por saliva ou/e sangue. [6, 7, 8]

A escolha das resinas compostas foi determinada pela possibilidade de reproduzir o esmalte e a dentina nas várias cores e translucidez, permitindo realizar a técnica de estratificação. [6,7,8]

Conclusão:

A terapêutica ortodôntica associada ao branqueamento dentário e à realização de restaurações diretas em resina composta, permitem restabelecer a estética, a função, a anatomia e a cor, contribuindo para uma melhor aparência dos doentes.

Bibliografia:

1 – Sundfeld RH, Machado LS, Oliveira FG, Santos EA, Lugato ICPT, Sundfeld Neto D. Conservative reconstruction of the smile by ortodontic, bleaching, and restorative procedures. Eur J Dent. 2012 January; 6(1): 105-109.

2 – Mendonça MR, Koyama NS, Machado LS, Guedes APA, Oliveira FG, Sundfeld Neto D, Sundfeld RH. Associação de procedimentos ortodônticos e restauradores na recuperação do sorriso de um paciente adolescente. Dent Bras. 2009; 1:14-16.

3 – Sundfeld RH, Croll TP, Rahal V, De Alexandre RS, Briso AL, Sundfeld Neto D. Smile restoration by use of enamel microabrasion associated with tooth bleaching. Compend Contin Educat Dent. 2008; 29: 2-9.

4 – Sundfeld RH, Rahal V, Croll TP, De Alexandre RS, Briso AL. Enamel microabrasion followed by dental bleaching for patients after orthodontic treatement-case reports. J Esthet Restor Dent. 2007; 19:71-77.

5 – Carrilho EVP, Paula A, Tomaz J. Nova técnica de branqueamento: expectativas e resultados. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2006; 47:2011-2018.

6 – Carrilho EVP, Paula A, Tomaz J. Terapêuticas estéticas integradas no âmbito da dentisteria operatória. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2007; 48:23-34.

7 – Carrilho EVP, Paula A. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção aúrea. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2007; 48:43-53.

8 – Carrilho E, Paula A, Rente A, Ferreira P, Marques F. Soluções estéticas no âmbito da Dentisteria Operatória para dentes anteriores. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2009; 50:147-148.

9 - Ferreira MM, Capelas JA, Carrilho E. Procedimentos ortodônticos nos traumatismos dentários Ortodontia 2008; XI (1):4-16.

10 – Zimmerli B, Strub M, Jeger F, Stadler O, Lussi A. Composite materials: composition, properties and clinical applications. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2010; 120:972-979.

11 – Haywood VB, Leonard RH, Nelson CF. Effectiveness, side effects and long term status of nightguard vital bleaching. JADA. 1994; 125:1219-1226.

12 – Matis BA. Tray whitening: what the evidence shows. Compendium 2003; 24:354-362.

13 – Domingues JA, Bittencourt B, Michel M, Sabino N, Gomes JC, Gomes OM. Ultrastructural evaluation of enamel after dental bleaching associated with fluoride. Microsc Res Tech. 212 Aug; 75(8): 1093-1098.

14 – Pinheiro HB, Cardoso PE. Influence of five home whitening gels and a remineralizing gel on the enamel and dentin ultrastructure and hardness. Am J Dent. 2011 Jun; 24(3): 131-7.

15 – Ray S, Londhe S, Mitra R, Chopra SS. Are bleaching and desensitizing agents contraindication for patients seeking orthodontic treatment? Orthodontics (Chic.). 2012; 13(1):e181-187.

16 – Can-Karabulut DC, Karabulut B. Influence of activated bleaching on various adhesive restorative systems. J Esthet Restor Dent. 2011 Dec; 23(6):399-408.

17 – Martins MM, de Oliveira Almeida MA, Elias CN, de Morais Mendes A. Bleaching sffects on shear bond strengths of orthodontic brackets. Prog Orthod. 2012 May; 13(1):23-29.

Miguel Moura Gonçalves
Estomatologista
Subespecialista em Ortodontia
mmg.miguel@gmail.com

Carla Vaz Médica Dentista
Prática privada em Periodontologia

Alba Gonçalves Médica Dentista

Tratamento ortodôntico em paciente com periodontite agressiva

Resumo

Caso clínico de uma paciente de 33 anos, portadora de periodontite agressiva, que após tratamento periodontal realizou correção ortodôntica, melhorando a relação inter-arcadas e a estética.

Introdução

Cada vez mais aparecem na consulta de ortodontia pacientes com patologia periodontal.

O desalinhamento dentário é um dos motivos pelo qual, o paciente procura ajuda especializada estando muitas vezes associada uma doença deste foro.

Acredita-se que é possível efetuar tratamento ortodôntico sem agravar a doença periodontal a partir do momento em que esta esteja controlada.

A estabilidade oclusal é fundamental para a manutenção e longevidade de dentes numa arcada com periodonto reduzido.

Caso Clínico

Parâmetros da Avaliação Periodontal

Este caso clínico é de uma paciente do sexo feminino, caucasiana, com 33 anos, não fumadora.

A paciente apresentou-se na consulta enviada pelo Ortodontista para Avaliação Periodontal. Apresentava boa higiene oral, não havendo **consistência entre a placa bacteriana exibida e a destruição dos tecidos periodontais**.

Observava-se **perda óssea avançada** e generalizada, bolsas periodontais superiores a **7 mm**, **sangramento e supuração** espontânea por pressão e à sondagem.

A queixa principal era a alteração da **posição** dentária e a **mobilidade,** que era de grau 2 em 18 dentes;

Após anamnése verificámos uma associação familiar com história de Periodontite da mãe, com perda de todos os dentes em idade jovem.

A paciente tinha história de raspagens radiculares anteriores com recidivas recorrentes da doença, tendo sido também efetuada antibioterapia com *Minociclina* como coadjuvante no tratamento.

Figura 1 - Fotografias Iniciais

São visíveis nas fotografias iniciais (Fig. 1) as retrações gengivais, com especial incidência nos dentes 21 e 22, assim como a extrusão do dente 21.

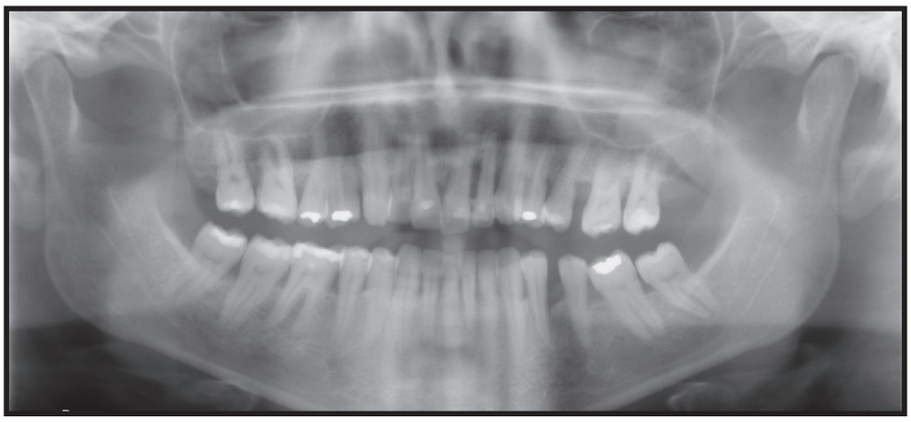


Figura 2 - Ortopantomografia Inicial

Na ortopantomografia inicial observam-se perdas ósseas avançadas e generalizadas com defeitos angulares (Fig. 2).

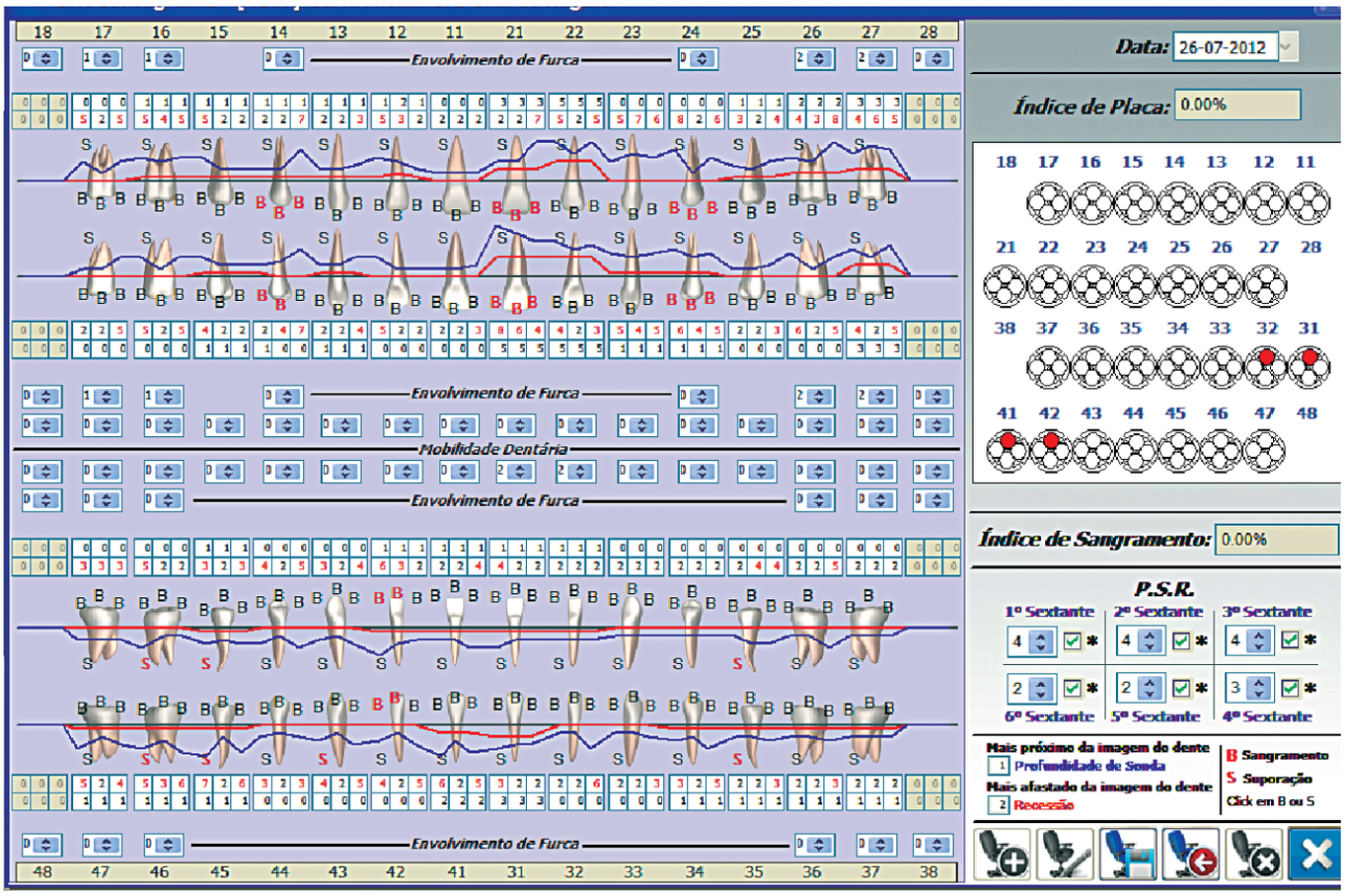


Figura 3 - Periodontograma Inicial

Analisando o periodontograma inicial (Fig. 3), verifica-se que:

-- A linha vermelha representa o nível gengival com recessões de 3mm nos dentes 21 e 27 e de 5mm no dente 22.

-- A linha azul representa as bolsas periodontais com profundidades superiores a 4mm em 18 dentes, que aparecem no gráfico a vermelho e representam uma perda de inserção avançada e generalizada.

Figura 4 - Recolha de teste bacteriológico

Após eliminação superficial da placa bacteriana com cureta de Gracy, fizémos a recolha do líquido crevicular presente nas bolsas eleitas com cones de papel que foram enviadas para o laboratório devidamente acondicionados (Fig. 4).

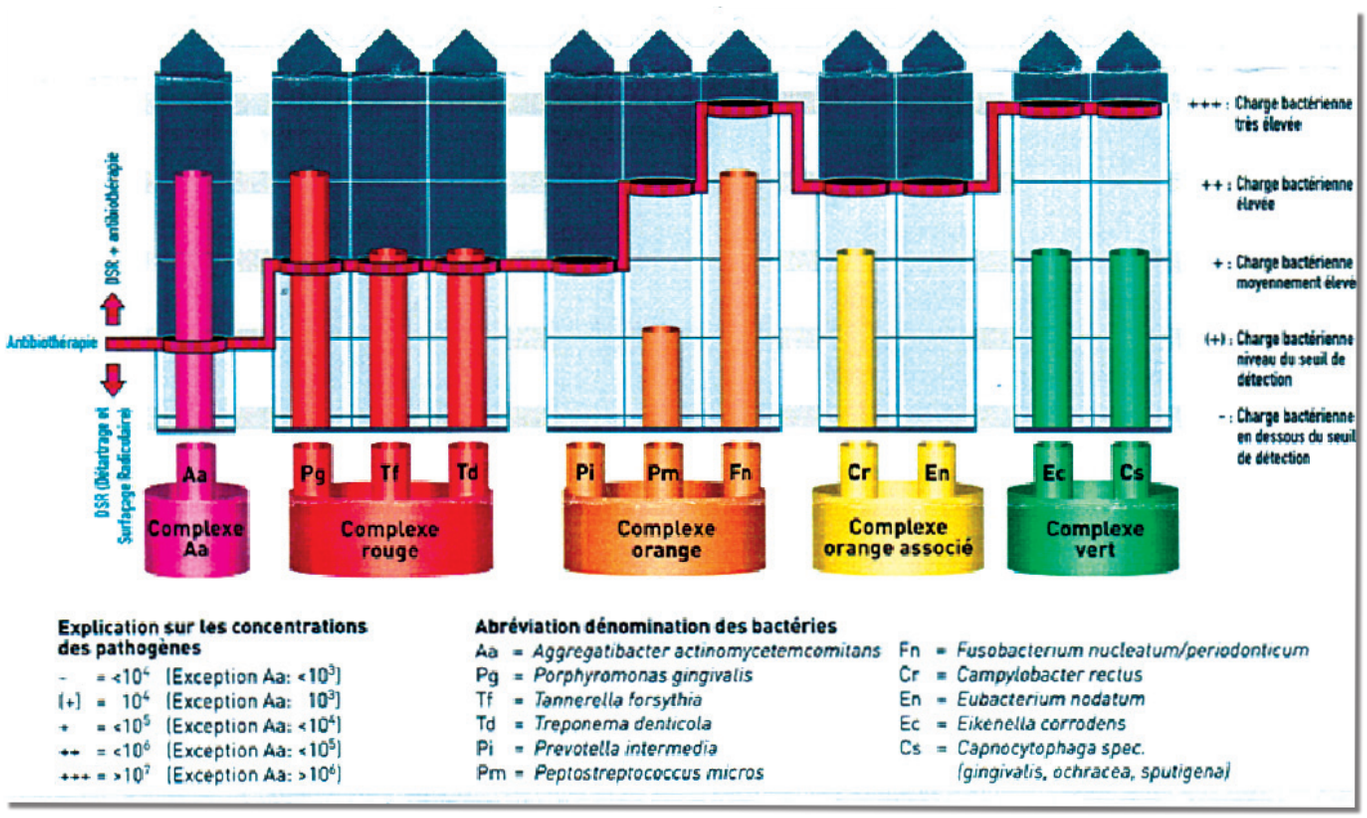


Figura 5 - Resultado do teste microbiológico

Obtivemos como resultado deste teste bacteriológico, uma concentração elevada de ***Aggregatibacter actinomycetemcomitans,*** assim como de ***Porphyromonas gingivalis***, indicando estarmos perante uma Periodontite Agressiva (fig. 5).

Perante este resultado fizemos a programação do tratamento periodontal com raspagens e cirurgia periodontal.

A paciente foi medicada com Metronidazol e Amoxicilina durante 7 dias, nos quais se efetuaram 4 raspagens, sob anestesia local, uma por quadrante, associadas a aplicação de antissépticos locais por irrigação das bolsas com clorohexidina 0,2% colutório e 1% gel.

Para casa foram prescritos bochechos de clorohexidina 0,2%, escovilhão dentário e pasta dentífrica com triclosan.

Dado que as bolsas periodontais eram superiores a 5mm, fizemos avaliação da paciente. um mês depois e decidimos avançar para cirurgia periodontal a céu aberto, sendo utilizados nesta fase antibióticos locais (Fig. 6).

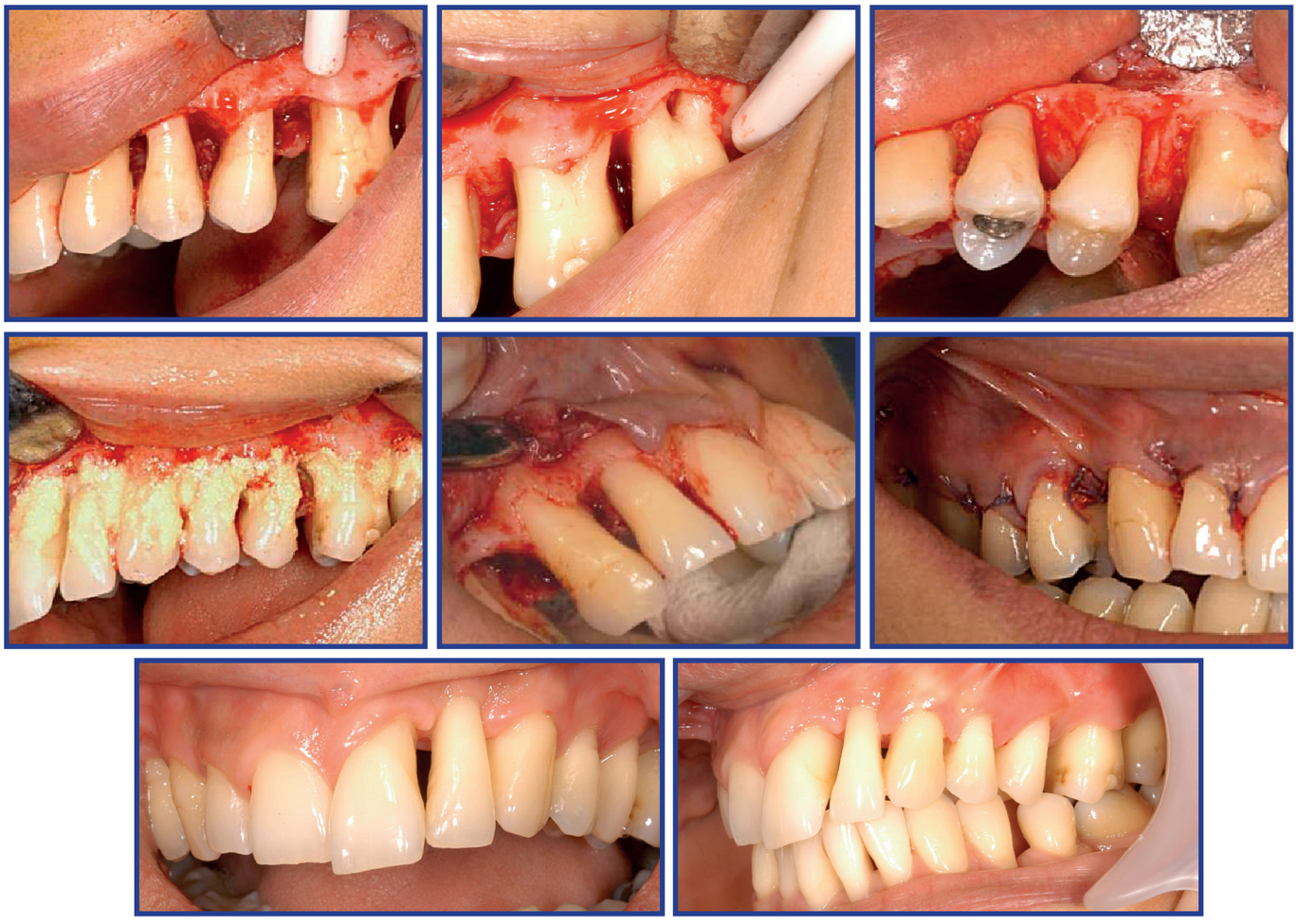


Figura 6 - Curetagem dos defeitos ósseos profundos e lesões de furca com aplicação de tetraciclinas locais e sutura. Cicatrização após 1 mês

Figura 7 - Ortopantomografia da fase final de ortodoncia

A paciente seguiu para controlos trimestrais no primeiro ano e semestrais a partir do segundo ano.

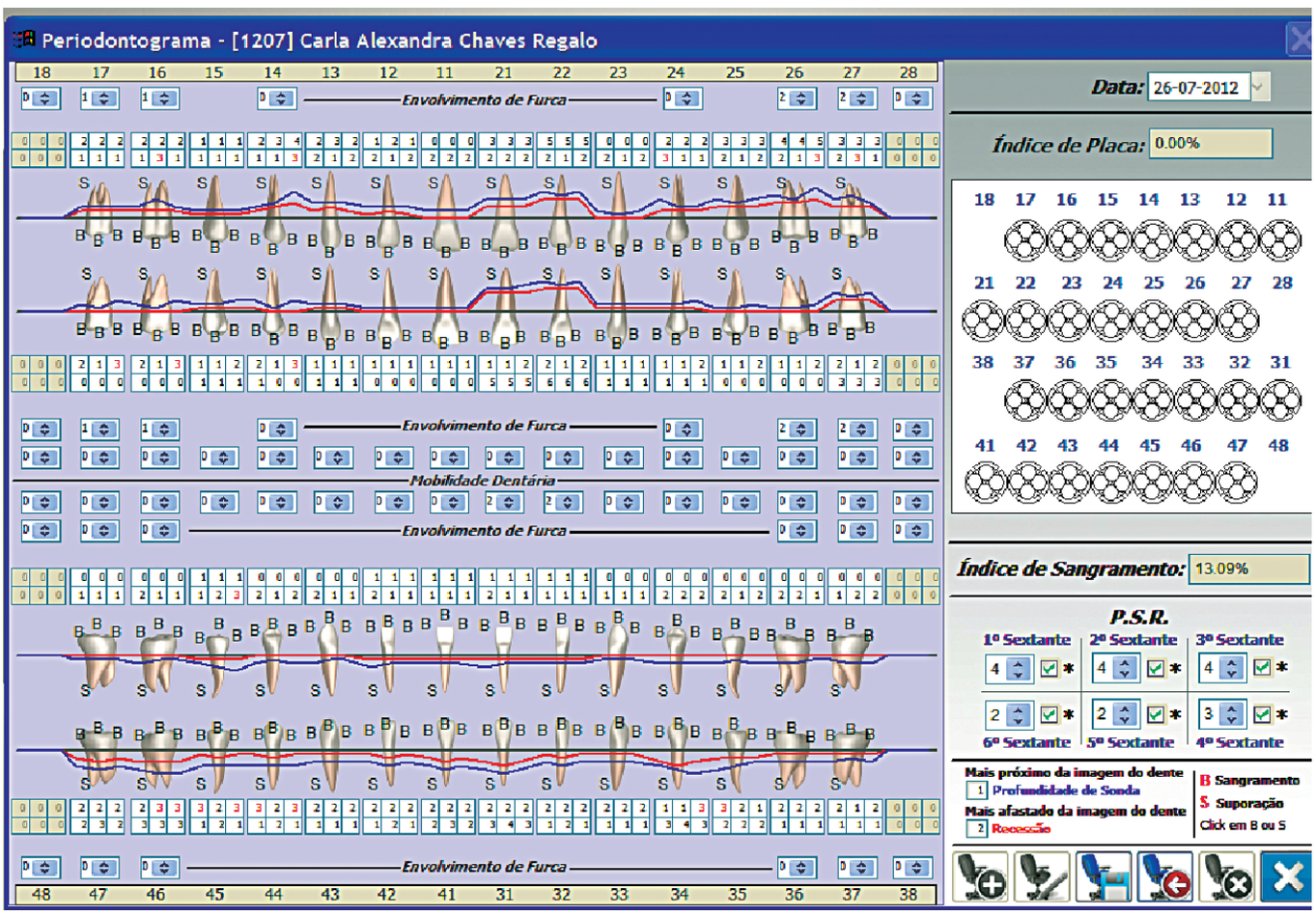


Figura 8 – Periodontograma final.

O Periodontograma final mostra a diminuição das bolsas para níveis normais de manutenção. A linha azul e vermelha seguem uma trajetória paralela, não temos hemorragia, nem supuração.

A paciente apresentava uma classe I esquelética, desvio das linhas médias e dentárias, extrusão e protrusão do dente 21, ligeiro apinhamento inferior, diastemas em ambas as arcadas, relação canina de classe III à direita e Classe II à esquerda. Apresentava também algumas recessões gengivais.

Os objetivos de tratamento foram limitados ao nivelamento/alinhamento das arcadas (Fig. 9 e 10).

Foi feito tratamento ortodôntico com aparelho fixo bimaxilar, utilizando forças ligeiras e contínuas, durante 18 meses, ao fim dos quais se colocou retenção fixa superior e inferior.

Durante o tratamento foi feito controlo periodontal periódico.

Figura 9 - Fotografias finais com melhoria da estética e da função

Figura 10 – Caso inicial e final

Conclusão

Estando controlada a patologia periodontal e mantendo-se o periodonto são, é possível realizar movimentos dentários sem haver perda de inserção.

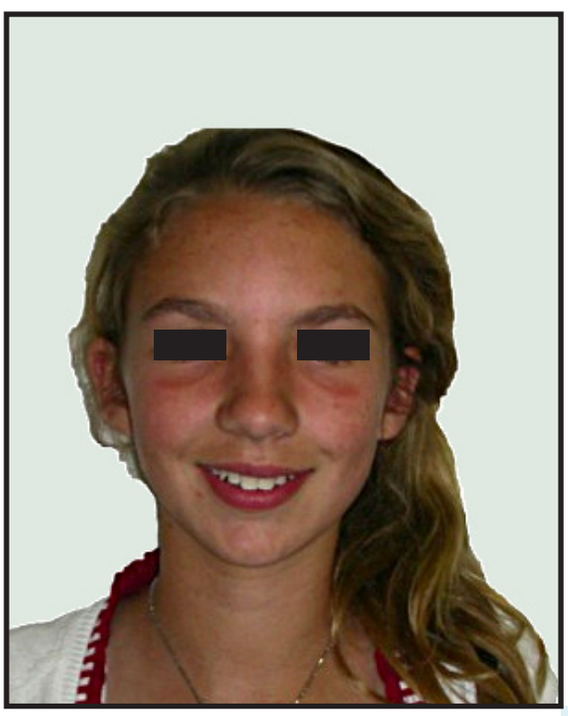
O trabalho interdisciplinar entre periodontologista e ortodontista é importante e necessário a fim de evitar inflamação gengival e traumatismos oclusais que podem pôr em risco a conservação das peças dentárias.

Nimet Guiga

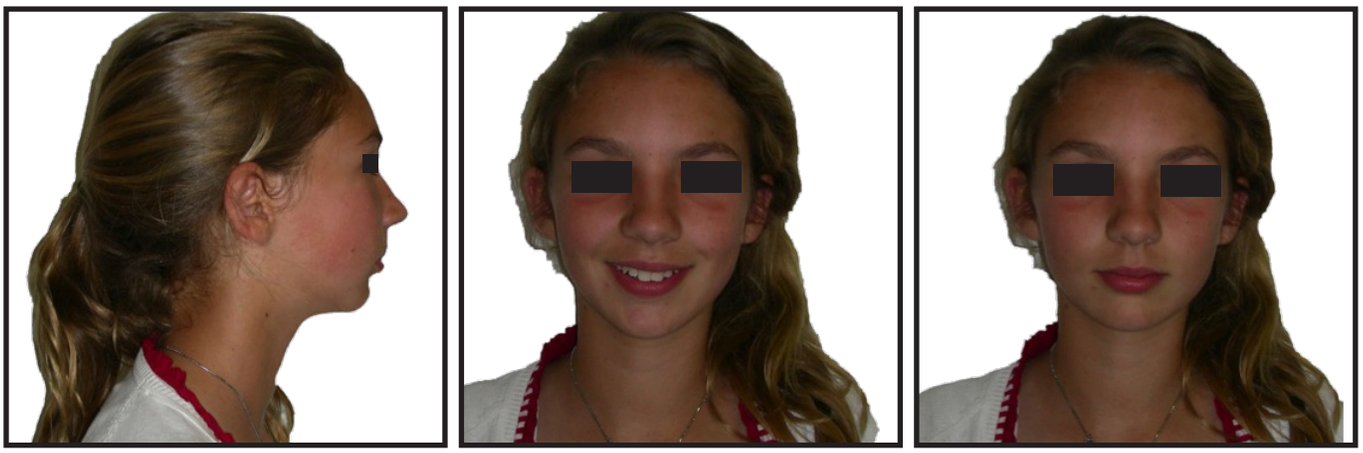
Médica Dentista – Universidade de Coimbra
DUO - Universidade Paul Sabatier,
Toulouse III
Especialista em ortodontia- Universidade de Andorra
Master Europeia em Damon
Certificado em Incógnito- Ortodôncia lingual
Certificado em Insígnia- Ortodôncia digital
Instrutora centificada de Damon
nimet.guiga@clinicamysmile.pt

Classe II, Divisão 1
Correção com aparelho Forsus

Paciente: R. Gaudreault
Género: Feminino
Data Nascimento: 10/11/96
Inicio Tratamento: 20/05/2009
Idade: 12 anos 6 meses
Motivo da consulta : dentes superiores prótrusivos

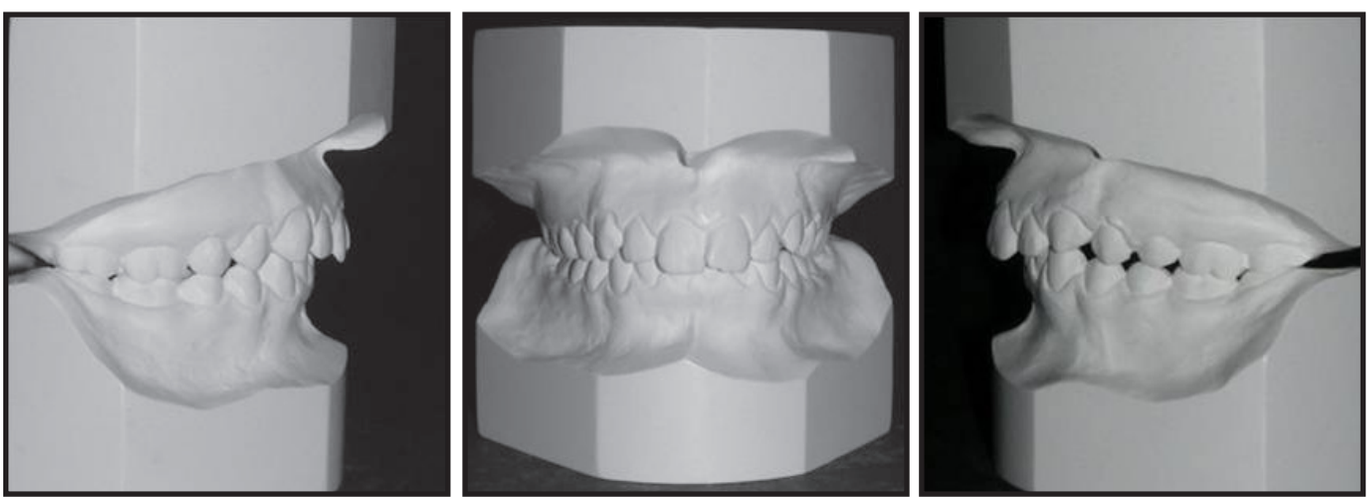


Evolução facial



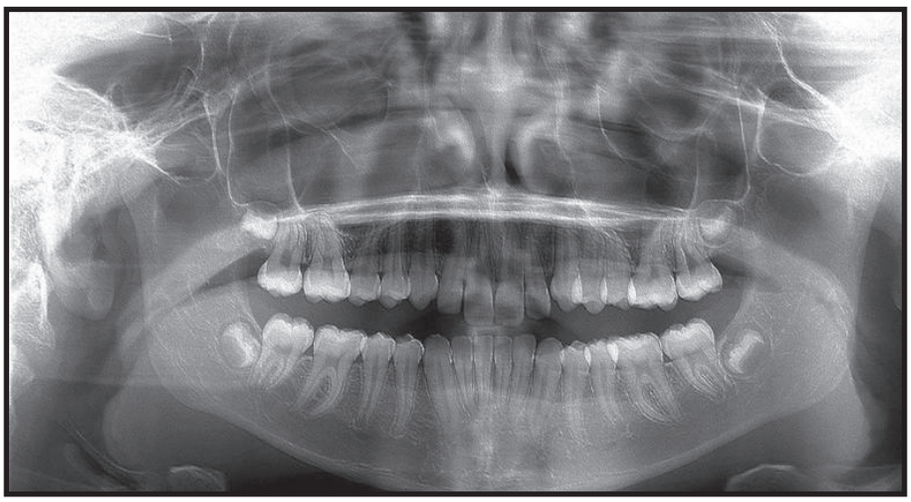
Evolução dental

Modelos

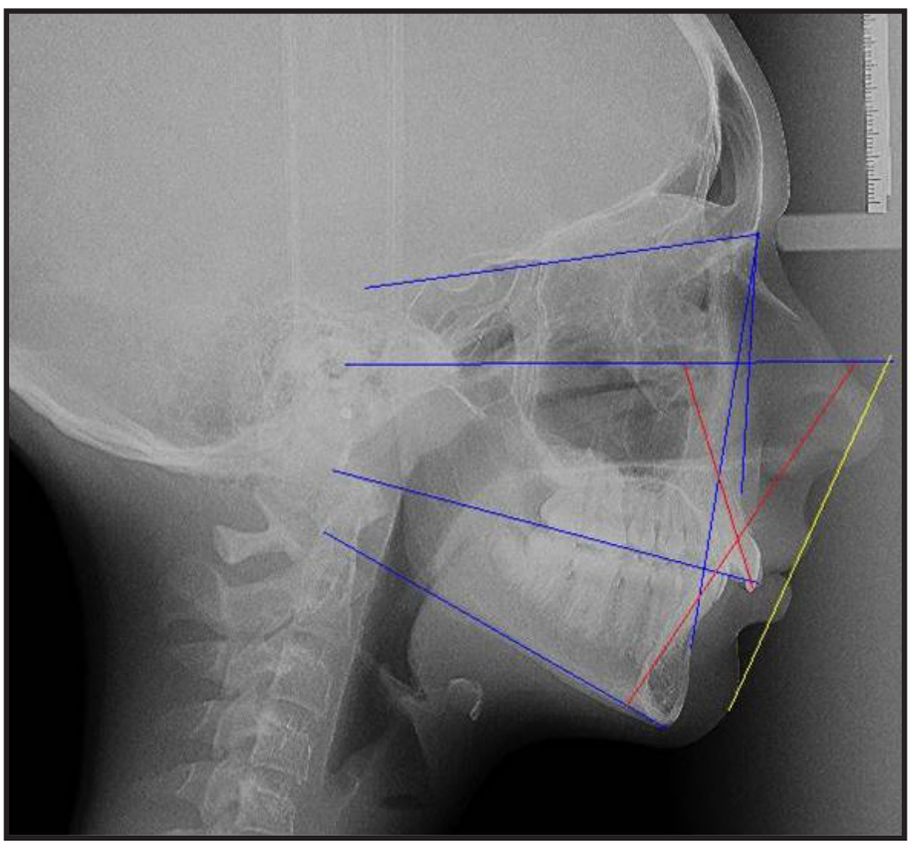


- Classe II molar e canino de 6 mm à direita
- Classe II molar e canino de 4 mm à esquerda
- Overjet 6 mm
- Mordida profunda 75%
- Desvio de 2mm da linha média para a direita.

Ortopantomografia inicial



Telerradiografia inicial e traçado cefalométrico



Valores cefalométricos

DN 10-11- 1996

Idade:12 a 6m

		Initial	Final	Comments
	Ref. Normal	20-05-2009		
FMA	25º +/-3	30		xx
IMPA	88º +/-3	96		xx
OP/F	10º	15		xx
SNA	82º +/-2	80		
SNB	80º+/-2	75		
ANB	2º +/-2	5		xx
1/TO/1	131º 126/136	133		
I To NA	22º +/- 2	21		
I To NB	25º +/- 2	24		
1/FR	107º-110º	106º		
OVERJET	2mm	6		xx
OVERBITE	mm	5		xx

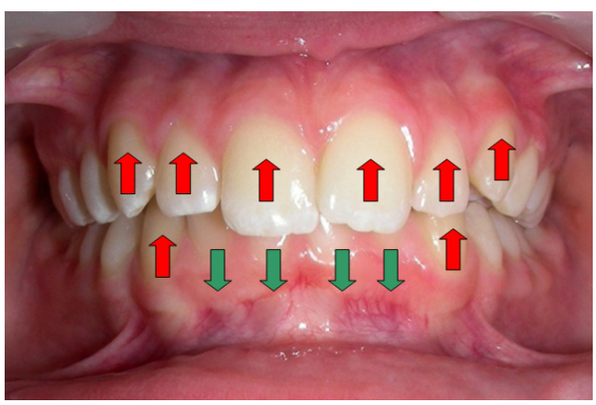
Diagnostico pré-tratamento

- Diagnostico pré-tratamento
- Classe II esquelética , hiperdivergente
- Classe II Div.1
- Desvio da L. M.
- Retrognatia mandibular
- Perfil convexo
- Lábio inferior protrusivo

Objectivos e plano de tratamento

- Tratamento sem extrações
- Correção da cl II : aparelho Damon MX com torques seletivos e Forsus
- Avanço da mandíbula
- Correção da linha média , mordida profunda e overjet.
- Obtenção de bom sorriso estético

Damon3MX Seleção de torque



U1: High torque +17 L1:Low torque -6
U2 :High torque +10 L2:Low torque -6
U3: High torque +7) L3: High torque +7

U: .014 CuNiti
L: .014 CuNiti
Maio 2009
Bull taps 7,6-6,7

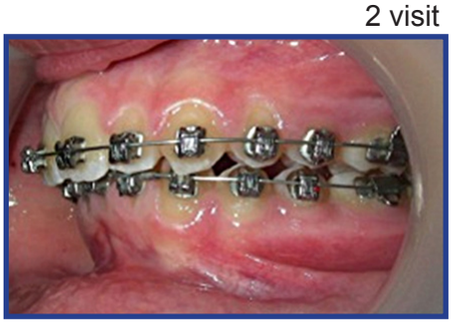
2 ,5 m

1 visit

U: 014x025 cuniti
L: 014 cuniti

5 m

2 visit



U: 014x025 cuniti
L: 014x025 cuniti

7 m

3 visit

U: .018x025 Cuniti

L: .014x025 Cuniti

8 m

4 visit

U: .018x025 CuNiti

L: 18x025 CuNiti Banded 16/26

12 m

5 visit

U.: 019x025 SS

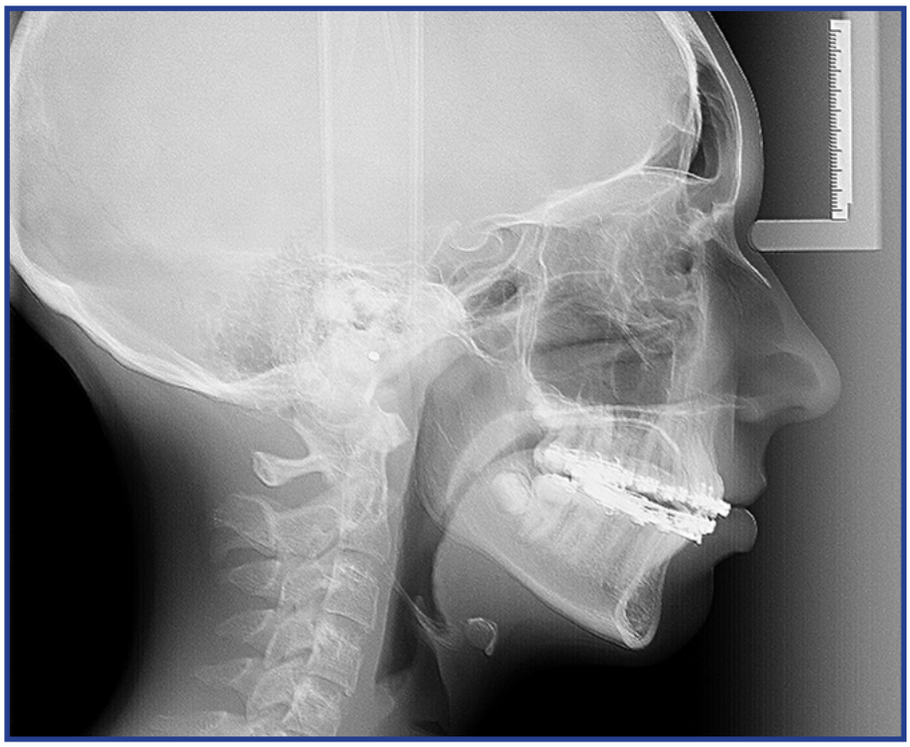
L: .016x025 SS

LCM16-26

LCM 36-46

Colocação de Forsus
Activação topo a topo

Forsus



12m

15 m

6 visit

U: .019x025 SS

L: .016x025 SS

Forsus +3m

U: .019x025 SS

L: .018x025 CuNiti

Remoção do Forsus

Elásticos

Moose 5/16, 6 oz

24/24 Bilateral Box

16 m

U: .019x025 SS
L: .018x025 CuNiti

7 visit

Elásticos
Moose 5/16 6 oz
24/24 Bilateral

18 m

U: 019x025 TMA
L: 019x025 SS
Elásticos
Moose 5/16 6 oz
24/24 bilateral

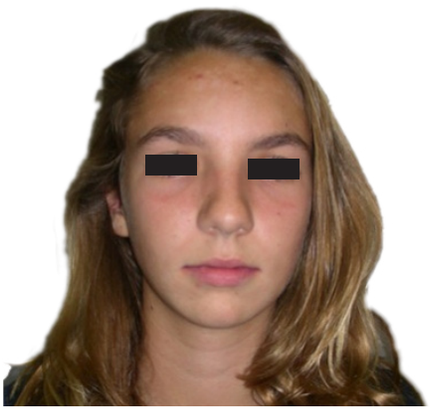
8 visit

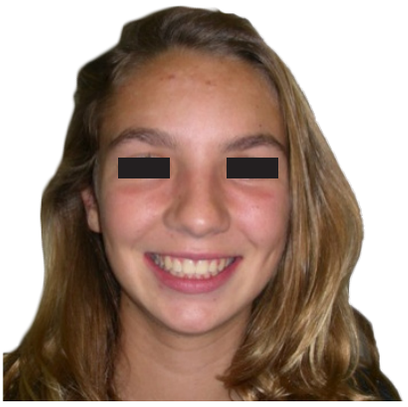
Remoção do aparelho + Retenção

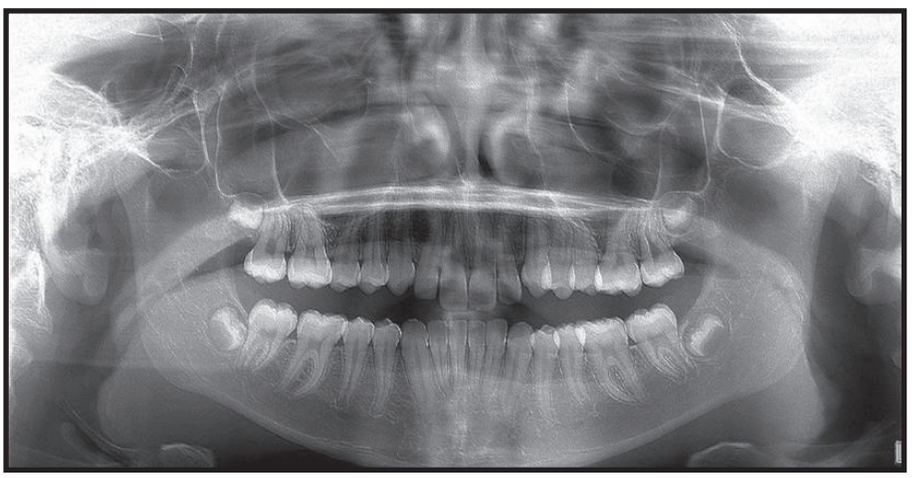
19 m

9 visit

Tempo total do tratamento – 19 meses

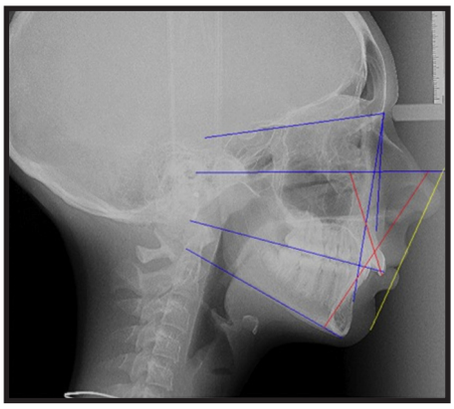


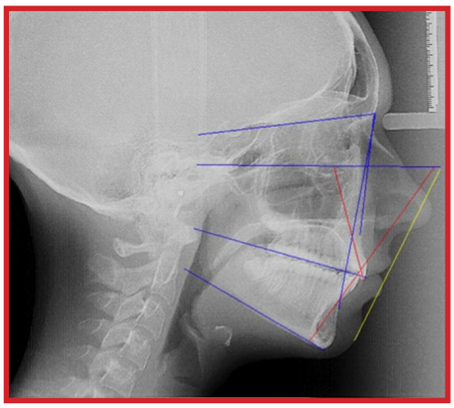




Maio 2009

Dezembro 2010





Maio 2009 Dezembro 2010

valores cefalometricos

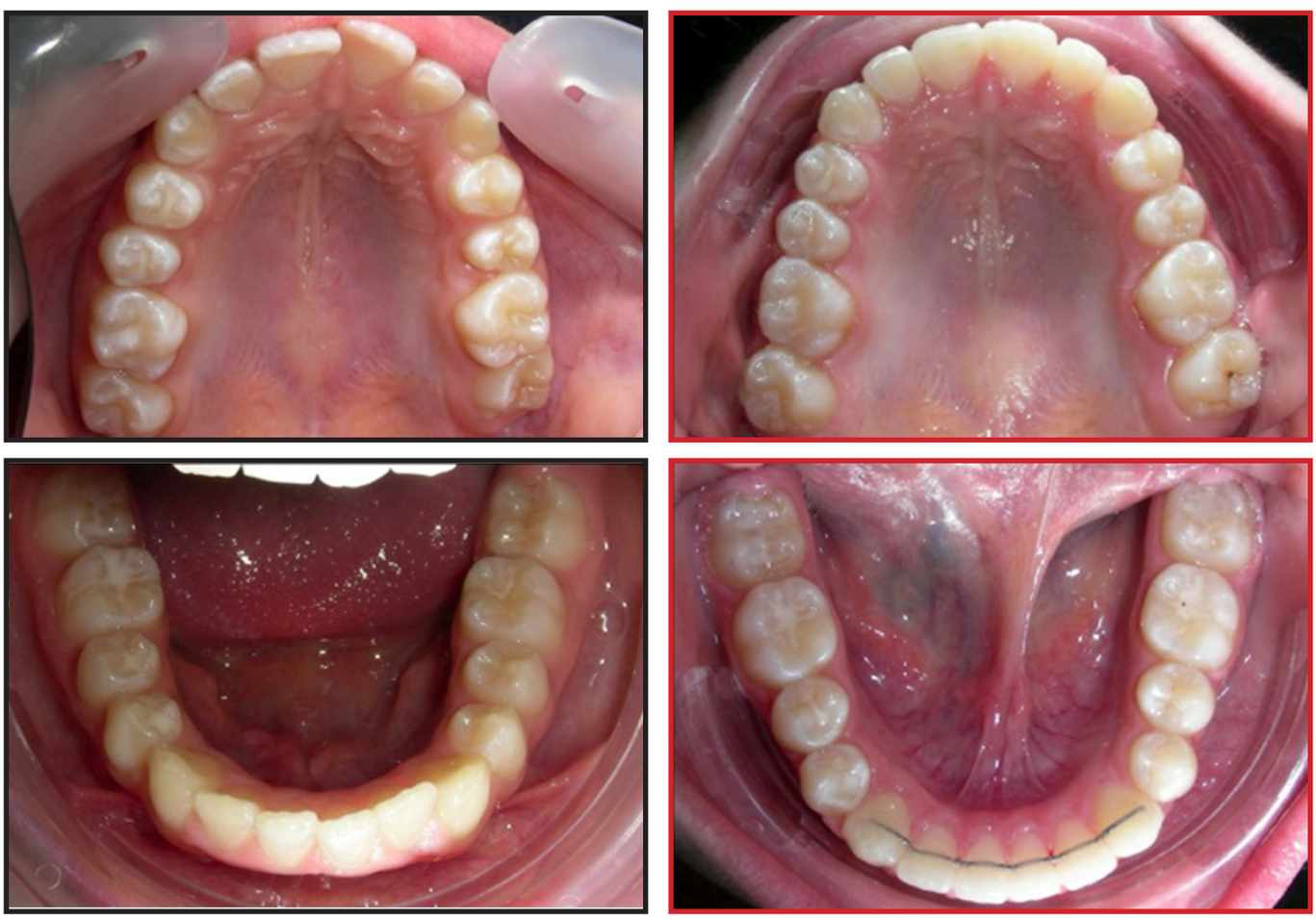
DN 10-11-1996

Idade inicio12 a 6m Idade 14 a 1m Fim de tratamento

		Initial	Final	Comments
	Ref. Normal	20-05-2009	13-12-2010	
FMA	25º +/-3	29	28	
IMPA	88º +/-3	96	98	
OP/F	10º	15	13	
SNA	82º +/-2	80	78	
SNB	80º+/-2	74	76	
ANB	2º +/-2	6	2	
1/TO/1	131º 126/136	136	132	
I To NA	22º +/- 2	21	21	
I To NB	25º +/- 2	24	25	
1/FR	107º-110º	106º	105º	
OVERJET	2mm	5	2	
OVERBITE	mm	5	2	

Maio 2009

Dezembro 2010



8m depois da retenção
Agosto 2011

Miguel da Nóbrega
Médico
Especialista em Estomatologia
Especialista em Ortodontia pela OM
D.U.O.- Universidade Paul Sabatier,
Toulouse III
miguel.nobrega@ortofunchal.com
www.clinicasaolourenco.com

Tratamento de um caso clínico de Classe II Divisão 1 com endognatia maxilar bilateral.

Resumo:

Os pacientes adultos portadores de classe II divisão 1 são casos clínicos complexos. A dominante preocupação com a estética facial, muitas vezes, obriga ao recurso de tratamento ortodôntico-cirurgico.

No caso exposto recorreu-se à disjunção orto-cirúrgica do palato e a extrações dentárias.

Caso Clínico:

História Clínica

Motivo da consulta:

Indivíduo do sexo feminino de 34 anos com queixas de “não gostar dos dentes”.

Exame Objetivo

Na observação, apresenta um fácies simétrico com perfil convexo, incompetência labial, projecção acentuada dos incisivos superiores e apegamento do mento.

Fotografia inicial da face

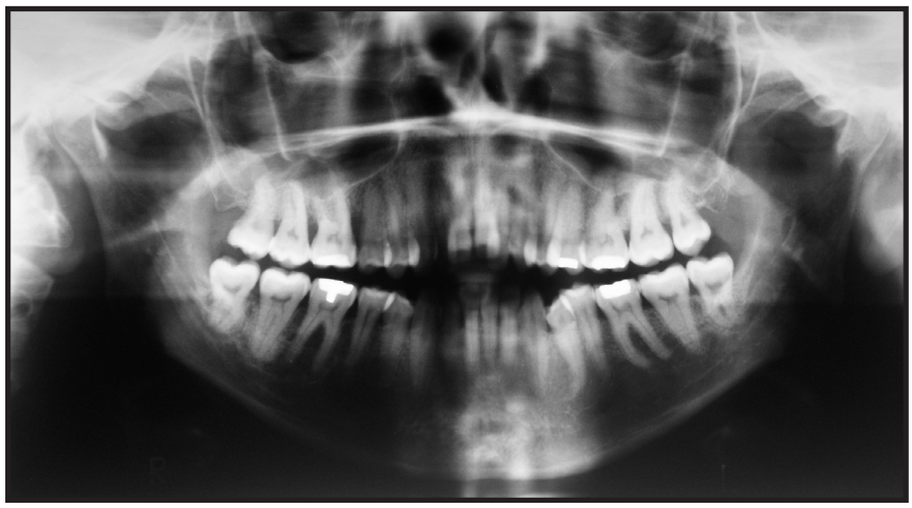
Na observação da cavidade oral, nomeadamente na relação inter-arcadas, constata-se uma classe II canina e molar, trespasse incisivo de 5mm com endognatia bilateral.

Na relação intra-arcadas dentárias, observa-se arcada maxilar em V e mandibular em U, ligeiro apinhamento dos incisivos inferiores e curva de Spee de 2 mm.

Fotografia inicial intra-oral

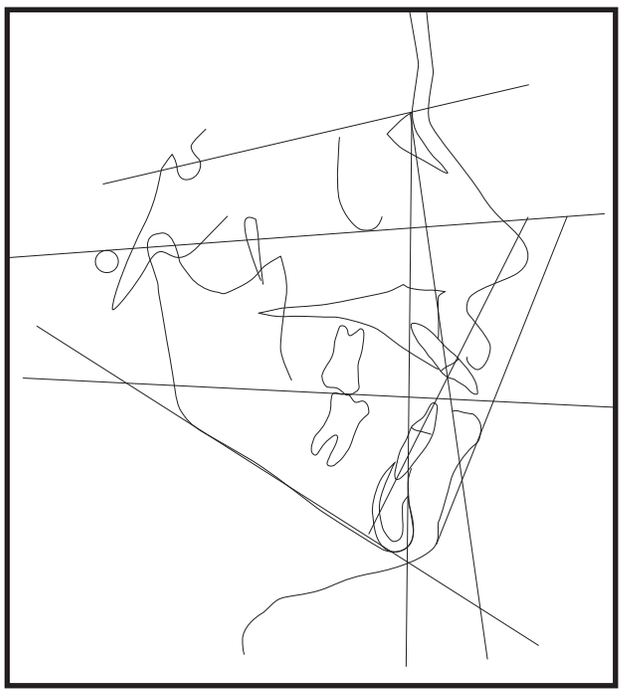
Exames auxiliares diagnóstico

No estudo imagiológico, a trabeculação óssea e condilos sem alterações assinaláveis mas com reabsorção da altura alveolar em vários espaços inter-dentários.



Ortopantomografia inicial

Telerradiografia inicial



Cefalometria inicial

Skeletal Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
SNA	84,4	82,0 ± 2,0	2,4	x	Prognatia
SNB	76,1	80,0 ± 2,0	-3,9	-x	Retrusión
ANB	8,3	3,0 ± 2,0	5,3	xx	
SND	74,1	76,0 ± 2,0	-1,9		Normal
Posterior Condylion to S-N	83,1	22,0 ± 2,0	61,1	xxxxx	
Po to S-N	199,2	51,0 ± 2,0	148,2	xxxxx	
Occl. To S-N	16,1	14,0 ± 4,0	2,1		
GoGn to S-N	43,9	32,0 ± 4,0	11,9	xx	DólicoFacial

Dental Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
UI to N-A (mm.)	37,4	4,0 ± 1,0	33,4	xxxxx	Protrusión
LI to N-B (mm.)	36,2	4,0 ± 1,0	32,2	xxxxx	Protrusión
Po to N-B	5,4	4,0 ± 1,0	1,4	x	
LI to UI (Angle)	110,9	131,0 ± 6,0	-20,1	-xxx	Protrusión
UI to N-A (Angle)	34,8	22,0 ± 2,0	12,8	xxxxx	Vestibulo - versión
LI to N-B (Angle)	26,0	25,0 ± 2,0	1,0		Normal

Soft Tissue Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
Upper Lip Protrusion	12,4	0,0 ± 0,0	12,4		Protusión Labial
Lower Lip Protrusion	26,0	0,0 ± 0,0	26,0		Protrusión

Análise de Steiner

Diagnóstico sintético:

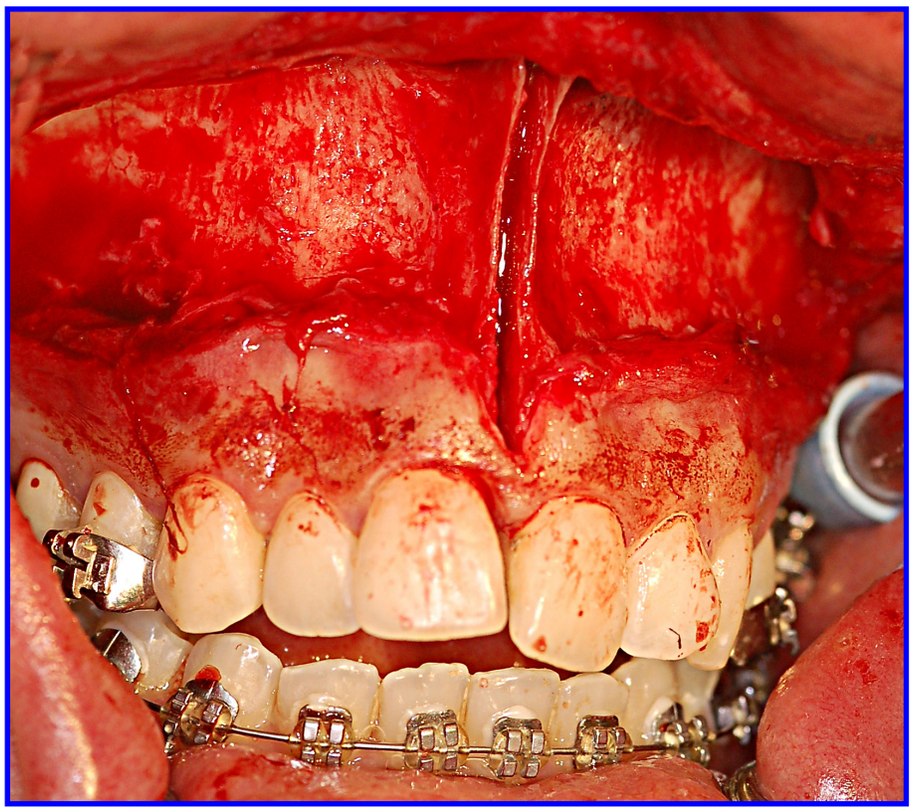
- Classe II esquelética; Hiperdivergente
- Classe II dentária, Divisão 1
- Mordida aberta
- DDM
- I. Bolton 78%

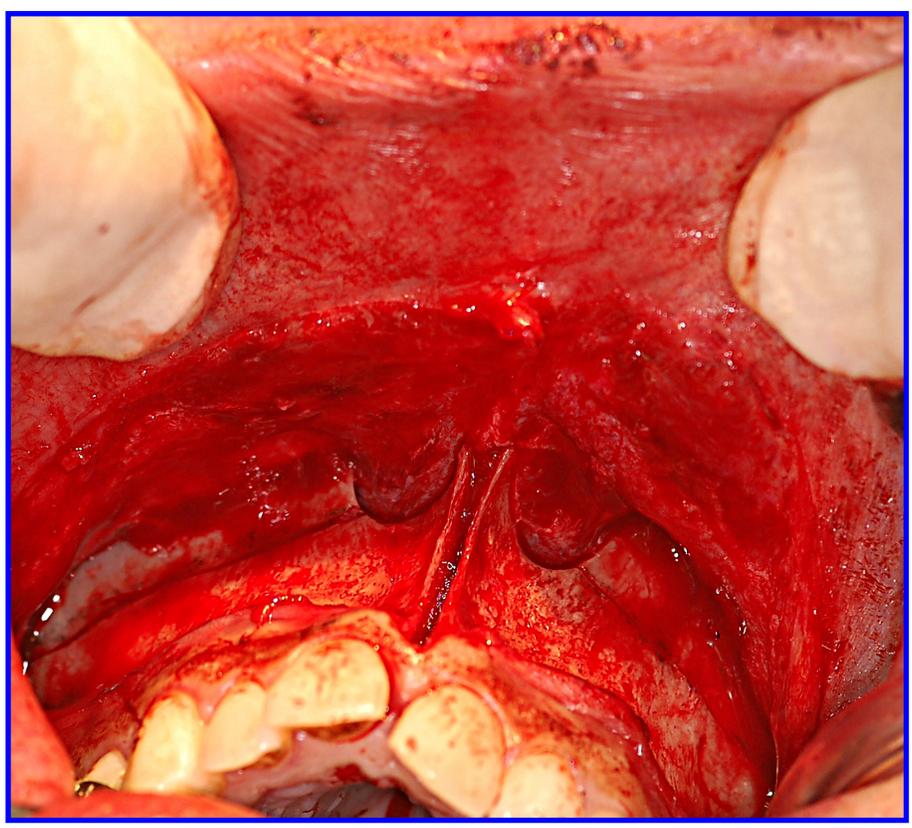
Plano Tratamento:

Aparelho fixo multibandas superior e inferior
Disjunção orto-cirúrgica do palato
Exodontias dos pré molares
Distalização com implantes ortodônticos
Finalização ortodôntica
Contenção

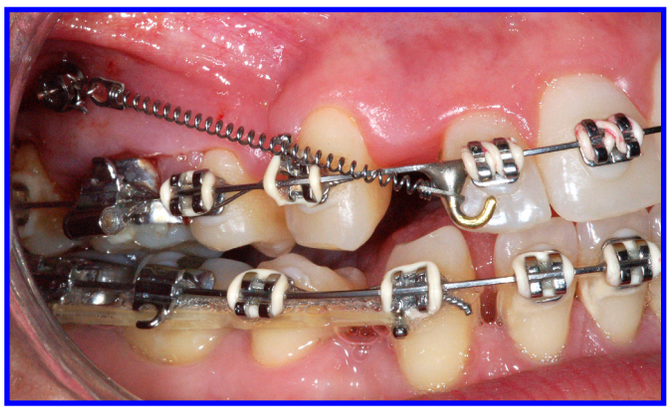
Tratamento:

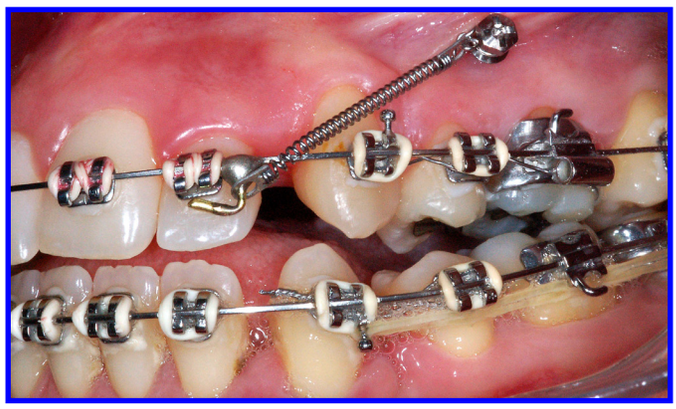
Colocação de aparelho fixo inferior e cimentação de disjunctor palatino. Disjunção orto-cirúrgica do palato. Colocação de aparelho fixo superior. Exodontia de 14, 24, 34 e 44. Distalização do complexo incisivo/canino com a aplicação de implantes ortodônticos. Finalização e ajuste oclusal com elásticos verticais. Contenção final com placa de Hawley e arco lingual colado sobre 33 a 43.





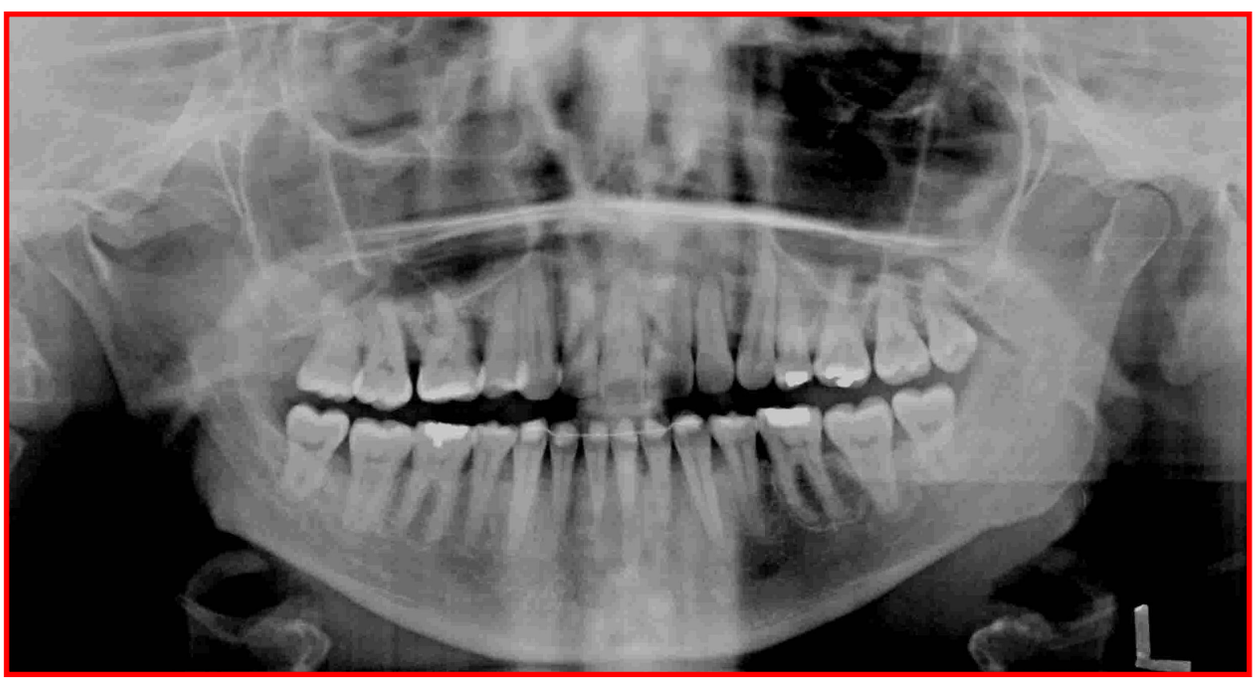
Disjunção orto-cirúrgica do palato





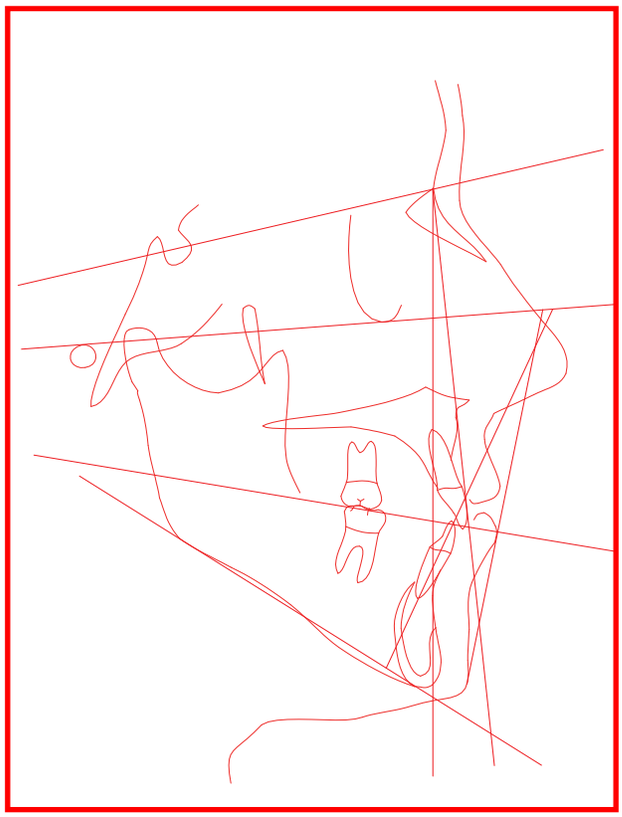
Distalização, com implantes ortodônticos, do grupo incisivo superior

Final de Tratamento



Ortopantomografia inicial

Telerradiografia final



Cefalometria Final

Skeletal Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
SNA	81,3	82,0 ± 2,0	-0,7		Normotrusión
SNB	76,6	80,0 ± 2,0	-3,4	-x	Retrusión
ANB	4,7	3,0 ± 2,0	1,7		
SND	75,1	76,0 ± 2,0	-0,9		Normal
Posterior Condylion to S-N	30,7	22,0 ± 2,0	8,7	xxxx	
Po to S-N	72,9	51,0 ± 2,0	21,9	xxxxx	
Occl. To S-N	21,6	14,0 ± 4,0	7,6	x	
GoGn to S-N	39,2	32,0 ± 4,0	7,2	x	DólicoFacial

Dental Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
UI to N-A (mm.)	-0,1	4,0 ± 1,0	-4,1	-xxxx	Retrusión
LI to N-B (mm.)	6,9	4,0 ± 1,0	2,9	xx	Protrusión
Po to N-B	4,0	4,0 ± 1,0	0,0		
LI to UI (Angle)	138,9	131,0 ± 6,0	7,9	x	Retrusión
UI to N-A (Angle)	14,1	22,0 ± 2,0	-7,9	-xxx	Linguo-versión
LI to N-B (Angle)	22,3	25,0 ± 2,0	-2,7	-x	Linguo-versión

Soft Tissue Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
Upper Lip Protrusion	-3,9	0,0 ± 0,0	-3,9		Retrusión Labial
Lower Lip Protrusion	-0,7	0,0 ± 0,0	-0,7		Retrusión

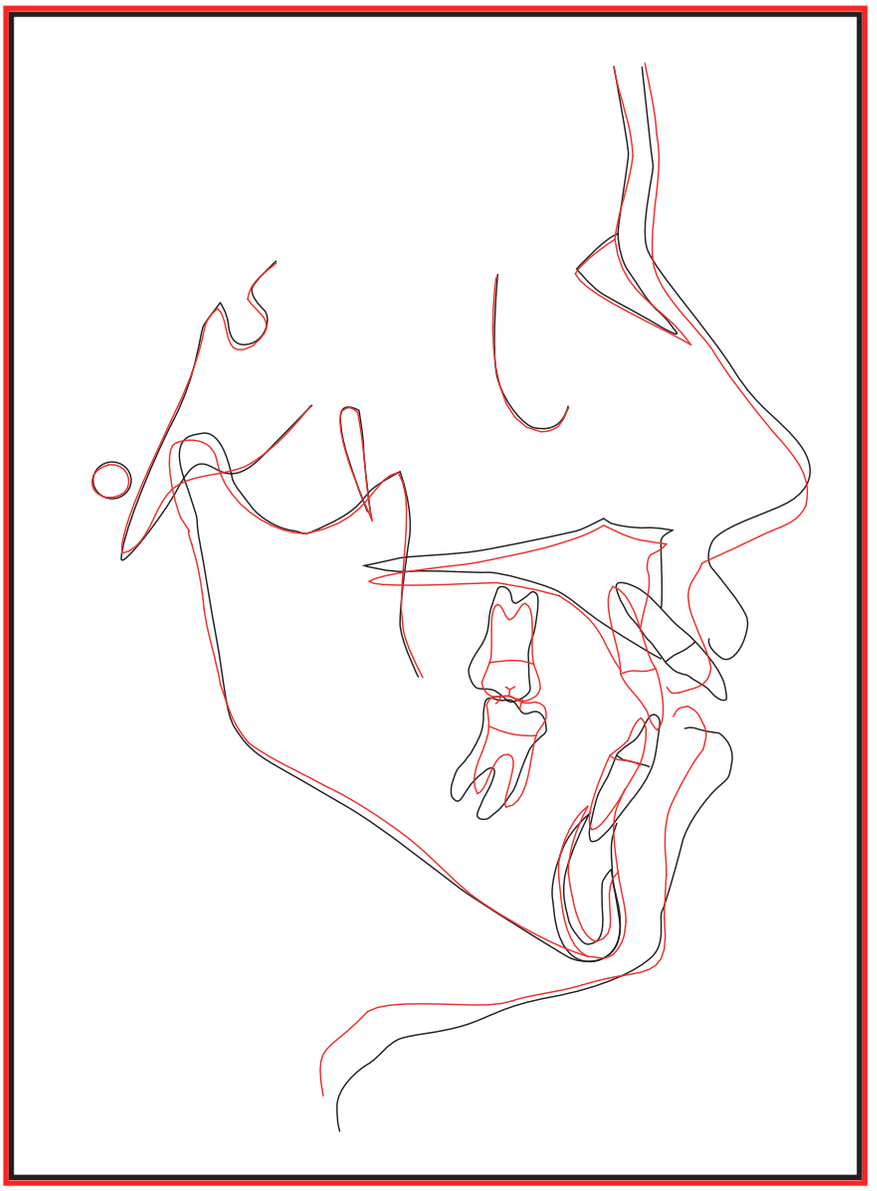
Análise de Steiner

Fotografia final da face

Fotografia final intra-oral

Fotografia inicial da face

Fotografia inicial intra-oral

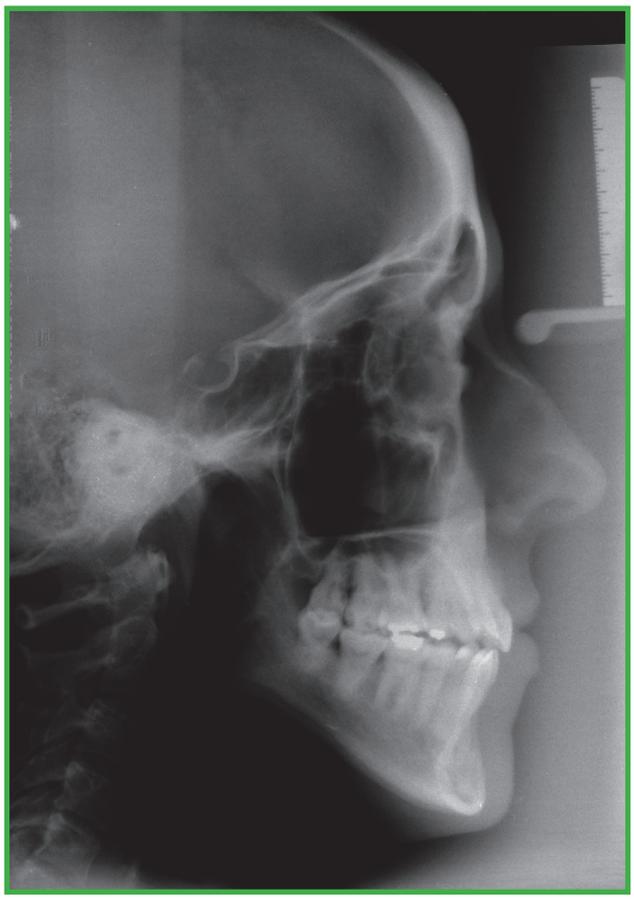


Sobreposição das cefalometrias inicial e final

Considerações finais:

Este foi um tratamento complexo e longo. O objectivo era não ser necessária a cirurgia ortognática bimaxilar. A disjunção orto-cirurgica era imprescindível para o equilíbrio inter-maxilar.

No final obtiveram-se excelentes resultados na estética facial, oclusão funcional, posicionamento dentário e de bem estar psicológico.



Análise de Steiner

Skeletal Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
SNA	82,3	82,0 ± 2,0	0,3		Normotrusión
SNB	76,6	80,0 ± 2,0	-3,4	-x	Retrusión
ANB	5,7	3,0 ± 2,0	2,7	x	
SND	75,0	76,0 ± 2,0	-1,0		Normal
Posterior Condylion to S-N	18,8	22,0 ± 2,0	-3,2	-x	
Po to S-N	42,9	51,0 ± 2,0	-8,1	-xxxx	
Occl. To S-N	21,9	14,0 ± 4,0	7,9	x	
GoGn to S-N	43,4	32,0 ± 4,0	11,4	xx	DólicoFacial

Dental Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
UI to N-A (mm.)	-1,1	4,0 ± 1,0	-5,1	-xxxxx	Retrusión
LI to N-B (mm.)	4,9	4,0 ± 1,0	0,9		Normal
Po to N-B	2,2	4,0 ± 1,0	-1,8	-x	
LI to UI (Angle)	139,1	131,0 ± 6,0	8,1	x	Retrusión
UI to N-A (Angle)	11,6	22,0 ± 2,0	-10,4	-xxxxx	Linguo-versión
LI to N-B (Angle)	23,6	25,0 ± 2,0	-1,4		Normal

Soft Tissue Analysis					
Medida:	Valor	Média	Dif	Unid Des	Classe
Upper Lip Protrusion	-2,8	0,0 ± 0,0	-2,8		Retrusión Labial
Lower Lip Protrusion	-1,4	0,0 ± 0,0	-1,4		Retrusión

Referências:

- Bailey JLT, Server DM, Turve YTA, Proffit TWR. Class II problems. Contemporary treatment of dental deformity. Mosby 2003.
- Epker BN, Stella JP, Fish IC. Dentofacial Deformities Integrated Orthodontic and Surgical Correction. 1995.
- McLaughlin RP, Bennet JC. The dental VTO: An analysis of orthodontic tooth movement. Journal of Clinical Orthodontic 1999; 33: 394-403.
- Nobrega M. Classe III esquelética e dentária. Caso clínico com recurso a disjunção orto-cirurgica do palato. Ortoclínica 2010; 2 (1): 42-56.
- Proffit WR. Ortodontia Contemporânea. Rio de Janeiro 1995.

ACELERE O SEU NEGÓCIO.

Caixa Geral de Depositos

Caixa Empresas

CAIXA EMPREENDER

Há um banco que confia em si. Na sua capacidade de trabalho e nas suas ideias. Aos espíritos empreendedores, queremos dizer "Com Certeza". E a melhor forma de o dizer, é mostrar-lhe o que podemos fazer por si. Conheça todos os instrumentos que tem ao seu dispor na Caixa para pôr a sua empresa em movimento, com a alargada oferta Caixa Empreender. Negócio fechado?

Apoio a novas empresas:
- Cartão Caixaworks Empreender* para gestão de tesouraria;
- Poupança Caixa Empreender;
- Depósito a Prazo Caixa Empreender (7 e 15 dias).

Apoio à capitalização de empresas já existentes:
- Oferta Caixa Empreender.

Para mais informações contacte o seu Gestor, Agência ou Gabinete Caixa Empresas.

*** TAE de 15,8% (com garantia real) ou 18,3% (com garantia pessoal), calculadas com base na média mensal da Euribor a 6M (base 360) + spread de respetivamente 5,5% ou 8%, para um montante de €1.500 com reembolso a 12 meses. Taxas Euribor atualizadas em 01/01 e 01/07 de cada ano.**

Há um banco que mexe e faz mexer o país.
A Caixa. Com Certeza.

www.cgd.pt/empresas
707 24 24 77
8:00h às 22:00h
todos os dias do ano