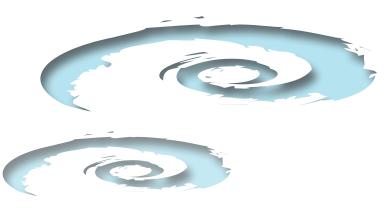


Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Ortodontia

Volume II Número 1 Outubro 2010











MENSAGEM DO PRESIDENTE

Caro(a) colega

Em nome da **Sociedade Portuguesa de Ortodontia**, convido-o a estar presente no nosso XVII Congresso, que este ano se vai realizar em **Gaia nos dias 8, 9 e 10 de Outubro.**

A organização deste evento científico, intitulado "Ortodontia actual- conceitos e técnicas", está convicta da mais valia em termos de actualização e de formação na área da ortodontia dado o corpo de palestrantes.

O Curso Pré-Congresso contará com a presença de um conferencista de renome mundial, Dr. Ramon Perera, uma referência no tratamento ortodontico com a técnica auto ligaturada.

No âmbito científico do congresso destacamos, desde já, a presença de multiplos conferencistas nacionais quer internacionais, abordando temas desde ortodontia lingual, técnica auto ligados, estratégia com microimplantes, ate ao tratamento ortodontico cirúrgico, que permitirão um intercâmbio de conhecimento e experiências no tratamento ortodôntico, evidenciando a grande actividade científica da ortodontia em Portugal.

A acompanhar o congresso contamos com a presença, na área dos expositores, de variadas empresas das mais relevantes do sector ortodontico. Apresenta-se como o local privilegiado para a realização de bons negócios e de contactar de perto com as últimas novidades da indústria.

Desde sempre as reuniões da SPO têm sido um espaço de convívio e reencontro entre colegas. Este ano vamos incrementar este convívio aproveitando as potencialidades e o local emblemático do rio Douro, incluindo visita a Gaia, às caves vinho Porto, passeio das pontes e 2 jantares de gala.

A sua presença será fundamental e prestigiante para o Congresso SPO, Gaia 2010 nos dias 8,9 e 10 de Outubro.

Convido-o(a) a estar presente na XV II Reunião Científica Anual da SPO.

Cordiais saudações

Rui Pinto

Presidente da Comissão Organizadora

Arthrodont[®] PROTECT

Enoxolona 0,7% Flúor 1500 ppm

No paciente que associa inflamação gengival ao risco de cárie



Gel dentífrico 75 ml



PROPRIEDADE:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA

DIRECTOR E EDITOR: MIGUEL DA NÓBREGA

COMISSÃO CIENTÍFICA:

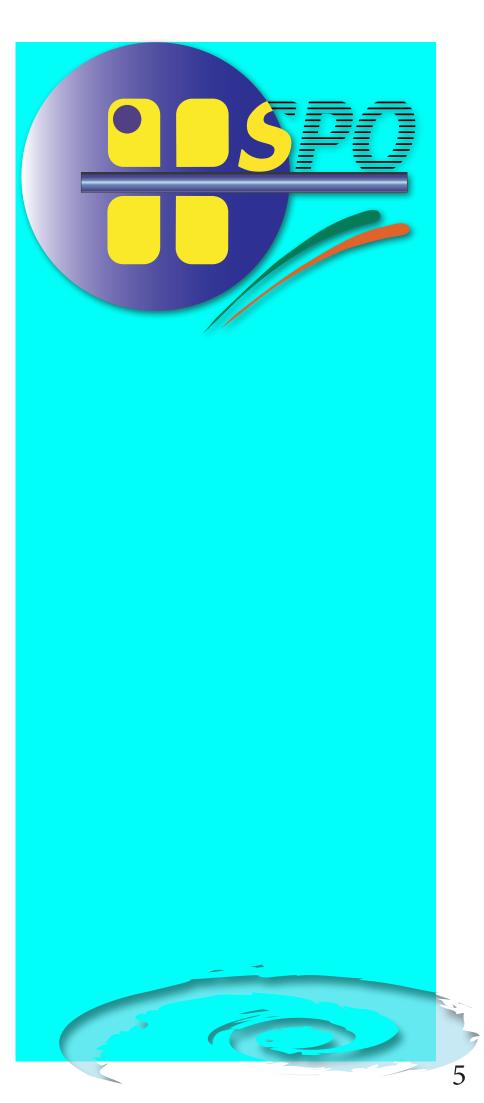
CARLOS MOTA FRANCISCO FREITAS MANUEL FERREIRA MARTINHO PINHEIRO SÁ DA COSTA

ADMINISTRAÇÃO E PUBLICIDADE: CARMEN FERREIRA

PRODUÇÃO GRÁFICA: VIRGÍLIO GOMES

IMPRESSÃO E ACABAMENTO:

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 Número1 Outubro 2010



Sociedade Portuguesa de Ortodontia

MESA ASSEMBLEIA-GERAL

MANUEL FERREIRA

CARLOS SÁ DA COSTA

JORGE JOÃO

DIRECÇÃO

FRANCISCO FREITAS
MARTINHO PINHEIRO
MIGUEL DA NÓBREGA
CARLOS MOTA
JOÃO LOPES FONSECA

CONSELHO FISCAL

RUI PINTO PEDRO SOUSA PINTO SÉRGIO GONÇALVES

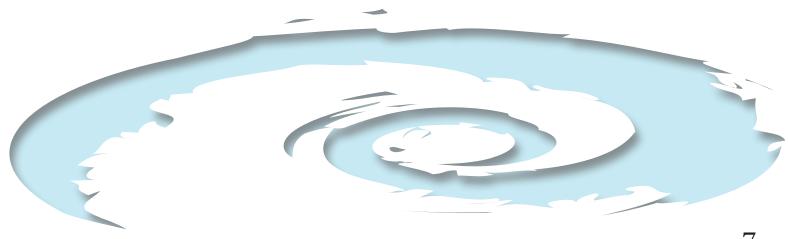
COMISSÃO CIÊNTIFICA

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



SUMÁRIO

MENSAGEM DO PRESIDENTE	3
EDITORIAL	9
CLASSE II DIVISÃO 2: CASO CLÍNICO COM DUAS FASES DE TRATAMENTO	10
CLASSE III TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO	27
CLASSE III ESQUELÉTICA E DENTÁRIA CASO CLÍNICO COM RECURSO A DISJUNÇÃO ORTO-CIRÚRGICA DO PALATO	42



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 Margues 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

Regozijo e confiança são os sentimentos que predominam aquando da publicação da primeira revista do segundo volume da ORTOCLÍNICA. O órgão oficial da SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA, continuará a pelejar para que os Associados e não só, possam usufruir de um meio de comunicação de real valor científico, na sua vertente prática, afinal no "palco" em que todos os dias actuamos.

Esta opção de linha editorial, traçada desde os primórdios da germinação de ORTOCLÍNICA, é um percurso difícil, sinuoso e, naturalmente, de coragem.

Quiçá, outras abordagens científicas, tão ou mais válidas do que a por nós adoptada, seriam mais simples e, seguramente, menos comprometedoras mas...não despertariam o mesmo interesse e curiosidade.

Aos Colaboradores, aos Leitores, aos Comentadores enfim, a Todos deixamos uma palavra de apreço e gratidão pelo suporte directo ou indirecto com que têm tão generosamente contribuído.

Saudações Ortodônticas

Miguel da Nóbrega



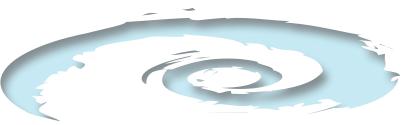


Teresa Pinho

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

Doutorada em Ortodontia e Odontopediatria pela UP, em 2004.

terpinho@netcabo.pt



CLASSE II DIVISÃO 2: CASO CLÍNICO COM DUAS FASES DE TRATAMENTO

Resumo:

Neste caso clínico descreve-se o tratamento de uma Classe II divisão 2 num paciente adolescente com o lábio superior retruído, ângulo naso-labial aberto, mandíbula recuada apesar do mento se encontrar pronunciado. Tendo em conta a avaliação extra-oral, a verticalização dos incisivos e o overbite pronunciado optou-se numa primeira fase pela pró-inclinação dos incisivos superiores seguindo-se a aplicação de uma placa oclusal anterior, permitindo o alívio da pressão sobre as articulações e o reposicionamento dos côndilos. Desta forma com a segunda fase do tratamento ortodôntico bimaxilar conseguiu-se atingir a intercuspidação com overjet e overbite normal, perpetuando a posição obtida anteriormente com a fase ortopédica de avanço mandibular gradual. A mecânica utilizada também permitiu uma rotação no sentido anti-horário do plano oclusal demonstrando crescimento mandibular e maxilar na mesma direcção, contribuindo assim para a estabilização dos resultados obtidos.

Introdução:

As Classes II divisão 2 são descritas como tendo inclinação lingual excessiva dos incisivos centrais superiores e inclinação labial dos incisivos laterais superiores (1). Em alguns casos, ambos os incisivos centrais e laterais estão inclinado para lingual (2). A maloclusão de Classe II divisão 2 é frequentemente acompanhada por uma sobremordida profunda e um overjet mínimo e

nos casos com grande sobremordida, os bordos incisais dos incisivos inferiores podem contactar o tecido mole no palato (1).

Relativamente ao 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 (1,2). Desta forma a curva de Spee torna-se exagerada, devido à extrusão dos incisivos inferiores (2).

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 (2).

A possível etiologia, a severidade, o potencial de crescimento, a variabilidade individual, a biomecânica utilizada, a cooperação do paciente e a retenção são algumas das variáveis que podem influenciar os resultados do tratamento em pacientes com maloclusão de Classe II (3, 4). No entanto, é de consenso geral que o ortodontista deve tentar diagnosticar e tratar estes casos durante o período de crescimento para obter os melhores resultados (3, 5 e 6).

Caso Clínico:

Paciente do sexo masculino com 13 anos e 4 meses no início do tratamento.

Documentos pré-tratamento:

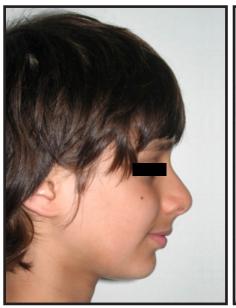
Análise extra-oral (Fig 1): perfil concavo, lábio superior retruído com ângulo naso-labial aberto, lábio inferior curto e vertido, mandíbula recuada mas mento pronunciado, linha do sorriso normal. Exame funcional: Sem parafunções ou disfunções. O exame e história clínica não revelaram problemas da ATM.

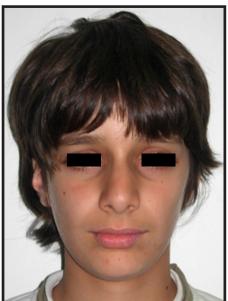
Exame intra-oral (Fig 1) e análise de modelos (Fig 2): Todos os dentes excepto o 25 e 27 estavam presentes. O paciente apresentava uma relação de Classe II molar e canina do lado direito e uma relação de Classe I molar e de Classe II canina do lado esquerdo, com mordida profunda. Linha média dentária maxilar centrada e a mandibular desviada 3mm para a esquerda. Na maxila somente o 12 e 22 estavam rodados e a mandíbula não apresentava apinhamento. Overbite de 8,2 mm e overjet de 8,0 mm.

Radiografia panorâmica (Fig 3): Todos os terceiros molares estavam presentes.

Análise cefalométrica (Fig 4, 5 e tabela 1): Classe II esquelética com retromaxilia e uma mais pronunciada retrusão mandibular (ANB= 5,7°, SNA= 77,6° e SNB= 71,8°) com Ao-Bo (1,6mm). A dimensão vertical exibida uma normodivergência (FMA= 22,1°). Compensação dos incisivos superiores para o padrão esquelético com retro inclinação superior (UI/NA= 13,4°) e pró inclinação dos incisivos inferiores (IMPA= 92.8°). Ângulo interincisal aumentado (I/I = 142,7°).

Etiologia: Hereditária, face a ter um irmão gémeo com características faciais esqueléticas e dentárias muito semelhantes (3).





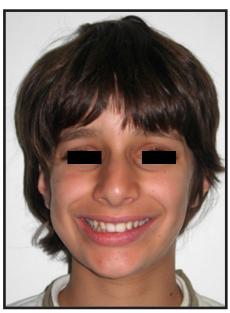








Fig 1 – Fotografias iniciais.



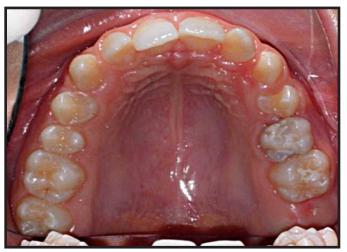


Fig 1 – Fotografias iniciais.





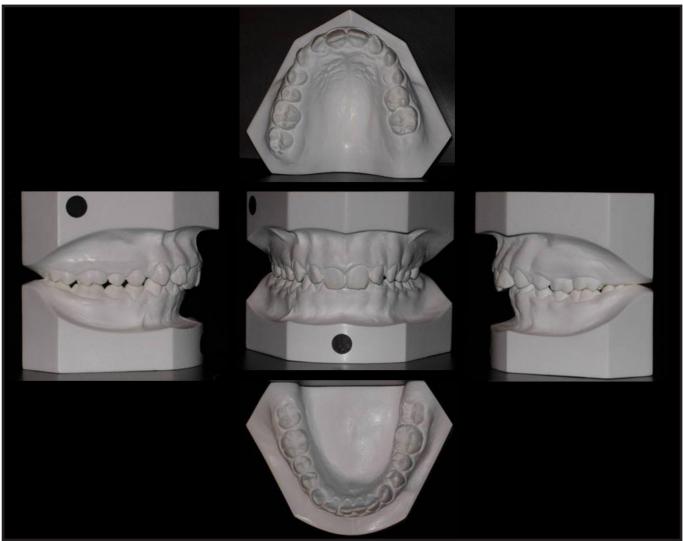


Fig 2- Fotografias dos modelos iniciais.



Fig. 3– Radiografia panorâmica antes do tratamento.



Fig. 4– Telerradiografia em incidência lateral antes do tratamento.

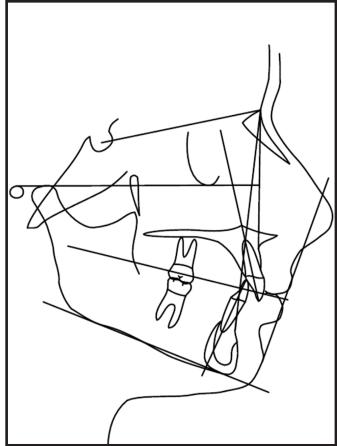


Fig. 5– Traçado cefalométrico antes do tratamento.

Objectivos de tratamento:

1ª fase: teve como objectivo mover gradualmente a mandíbula no sentido anterior (descomprimir as articulações) (Fig 6 e 7).

2 a fase: alinhamento das linhas médias dentárias; +intrusão e torque positivo dos dentes anteriores superiores; correcção da discrepância ântero-posterior (Fig. 8).

Plano de tratmento:

1 ^a fase: pró-inclinação dos incisivos superiores seguida da colocação de um splint oclusal anterior em primeiro lugar, e gradualmente alterado por forma a elevar a mandíbula e movê-la gradualmente para a frente (**Fig 6 e 7**).

2 ª fase: alinhamento, nivelamento, correcção da mordida profunda e estabilização da articulação dentária. O alinhamento de ambas as linhas médias dentárias com a linha média facial, correcção do overjet e do overbite e controle do torque dos incisivos superiores (Fig 8).

Explicação das extracções: 18,28,38,48 no sentido de corrigir a discrepância posterior.

Tratamento:

1ª Fase: Set 2006

Pro-inclinação dos incisivos superiores (brackets no 11, 12, 21 e 22 e bandas no 16 e 26) (Fig 6). Após a correcção da inclinação dos incisivos superiores foi colocada uma placa oclusal anterior gradualmente alterada a fim de levar progressivamente a mandíbula para a frente (Fig 6 e 7). Os pais descartaram a ideia de cirurgia, assim decidimos avançar para um tratamento bimaxilar com aparelho fixo.

2ª Fase: Março 2007

Manutenção de splint oclusal anterior (por mais seis meses) e alinhamento e nivelamento, intrusão dos incisivos ântero-superiores e ântero-inferiores, elásticos de Classe II e acabamento (Fig 8).

Tipo de aparelho:

1 ^a fase: splint oclusal anterior gradualmente alterado a fim de elevar a mandíbula e movê-la lentamente para a frente.

2 ª fase: Manutenção do splint oclusal anterior (por mais seis meses); Aparelho fixo bimaxilar, (slot 0,022 x 0,028).

Duração do tratamento:

1 a etapa: 7 meses

2 ª etapa: 24 meses com manutenção de splint oclusal anterior (por mais seis meses na fase inicial).

Retenção:

Aparelho removível superior para ser usado durante a noite e retentor lingual fixo colocado nos incisivos e caninos inferiores (Fig 9 e 10).



Fig. 6- Colocação do splint oclusal anterior após a pró-inclinação dos incisivos superiores.



Fig. 7- Seis meses após a colocação do splint oclusal anterior.

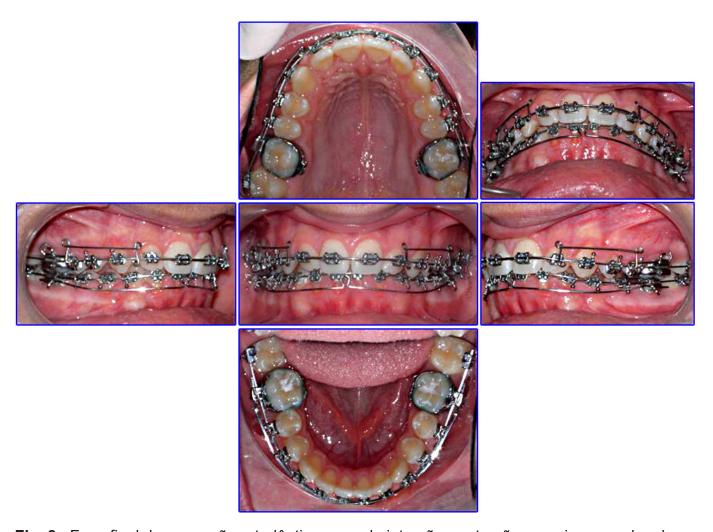


Fig. 8– Fase final da correcção ortodôntica, arco de intrusão e retrusão superior e overlay de intrusão inferior.

Documentos pós-tratamento: Agosto 2008 (15A 3M)

Analise extra-oral:

O perfil permaneceu côncavo, mas uma melhoria indiscutível na estética facial foi observada. O nariz e queixo cresceram consideravelmente, contudo o sorriso ficou harmonioso (Fig 9).

Exame intra-oral (Fig 9) e análise de modelos **(Fig 11)**: Articulação estável com uma oclusão dentária balanceada com relação bilateral de Classe I molar e canina. A mordida profunda foi corrigida. Ambas as linhas médias ficaram centradas entre si e com a linha média facial. O *overjet* e *overbite* foram corrigidos.

Radiografia panorâmica (Fig 12):

Bom posicionamento radicular e a extração dos terceiros molares foram efectuadas.

Análise cefalométrica (Fig 13, 14 e tabela 1):

Melhoria da relação esquelética de Classe II (ANB reduziu de 5,7 para 4,0), devido a uma diminuição do SNA de 77,6 ° para 76,4° e um aumento do SNB de 71,8° para 72,5°. Na dimensão vertical, o padrão esquelético de FMA permaneceu normodivergente (FMA = 22,6).

Compensações dento-alveolares: Inclinação do incisivo superior (UI / NA) aumentou de 13,4° para 21,6°. IMPA aumentou de 92,8° para 93,5°, redução do overjet de 8,0mm para 3,2mm e do overbite de 8,2mm para 3,2 mm, com fecho do ângulo interincisal de 142,7 para 134,1 permitindo melhor correcção da mordida profunda. Rotação do plano oclusal no sentido anti-horário.

Análise das sobreposições (Fig 15 e 16):

Sobreposição geral: considerável crescimento da face para a frente, sem crescimento para baixo. Desenvolvimento anteroposterior significativo em todos os níveis da face. Crescimento nasal e do queixo cutâneo acentuados. Rotação no sentido anti-horário do plano oclusal demonstrando crescimento mandibular e maxilar na mesma direcção.



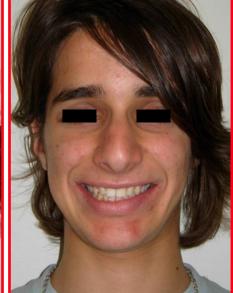


Fig 9 - Fotografias finais.







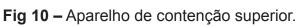


Fig 9 – Fotografias finais.











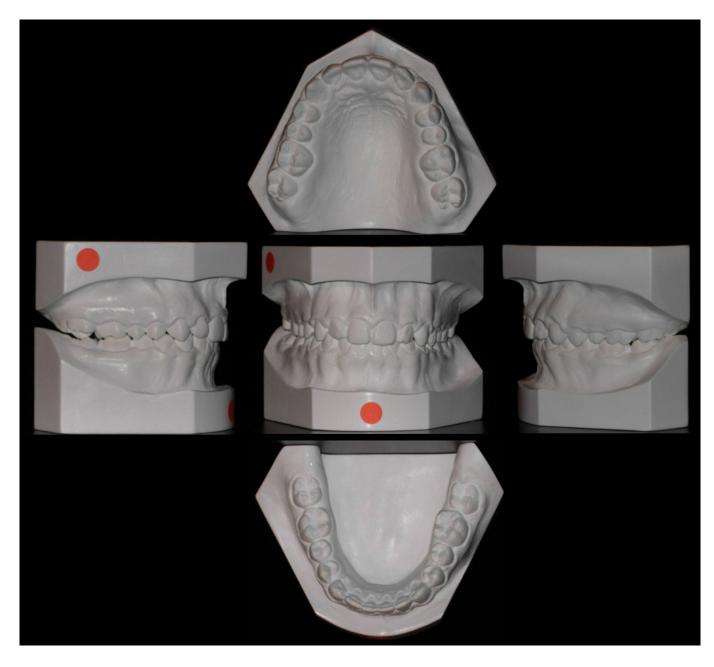


Fig 11 – Fotografias dos modelos finais.



Fig. 12- Radiografia panorâmica no final do tratamento.



Fig. 13– Telerradiografia em incidência lateral no final do tratamento.

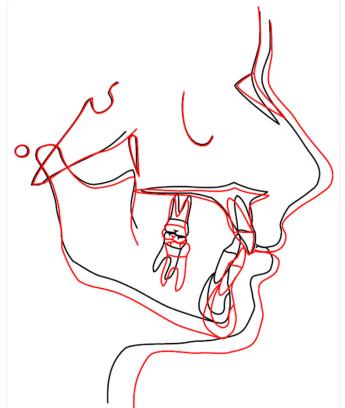


Fig. 15– Sobreposição cefalométrica geral do inicio e do final do tratamento.

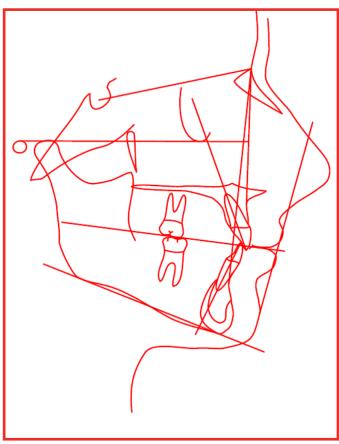


Fig. 14– Traçado cefalométrico no final do tratamento.

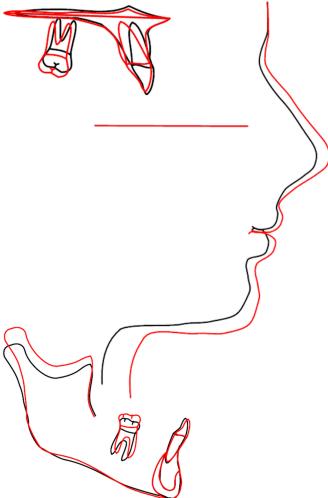


Fig. 16– Sobreposições cefalométricas locais do inicio e do final do tratamento.

Documentos no final da retenção (Fig 17 – 23): Agosto de 2009 (16A 3M) Um ano e um mês após o tratamento, temos uma oclusão dentária estável e um sorriso agradável.



Fig 17 – Fotografias 1 ano após o final do tratamento.

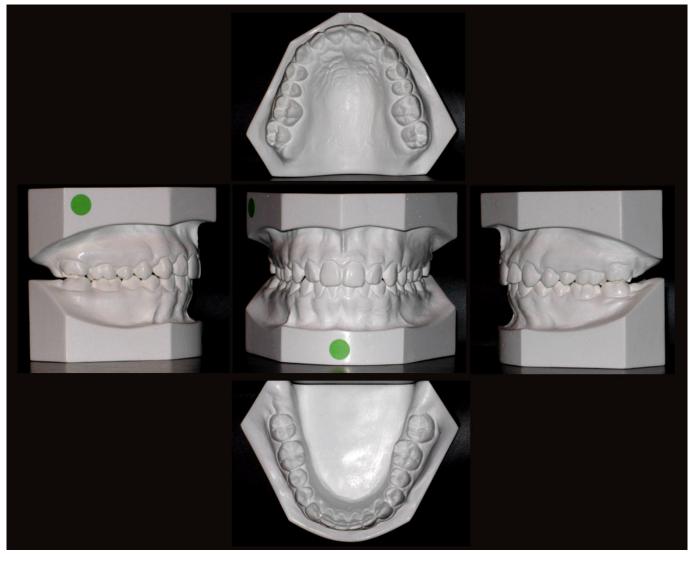


Fig 18 – Fotografias dos modelos 1 ano após o final do tratamento.

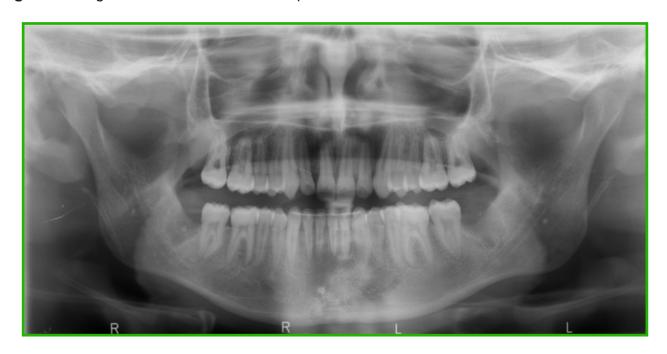


Fig. 19- Radiografia panorâmica 1 ano após o final do tratamento.



Fig. 20— Telerradiografia em incidência lateral 1 ano após o final do tratamento.

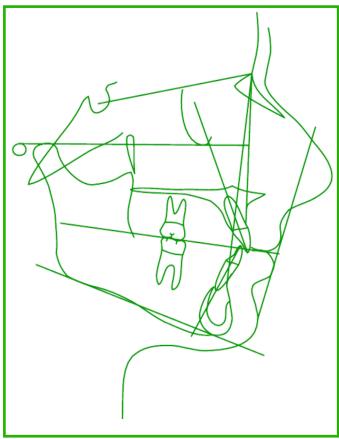


Fig. 21– Traçado cefalométrico 1 ano após o final do tratamento.

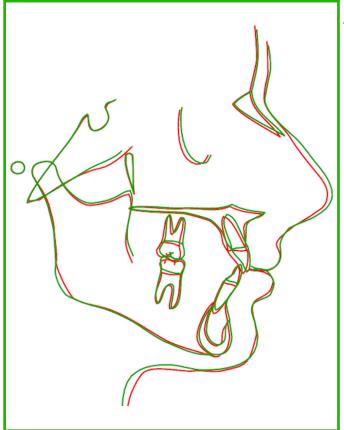


Fig. 22– Sobreposição cefalométrica geral no final do tratamento e 1 ano após.

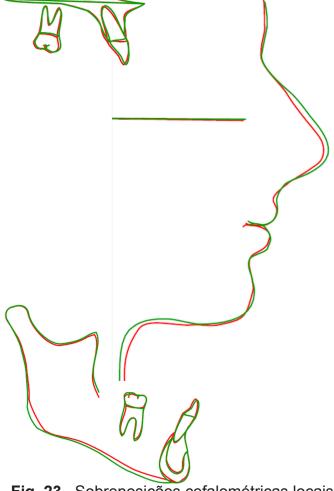
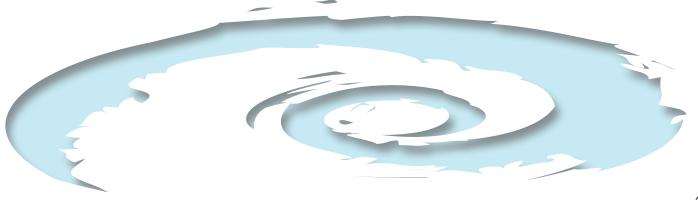


Fig. 23– Sobreposições cefalométricas locais no final do tratamento e 1 ano após.

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

Análise cefalométrica	Norma	Antes T	Final	Retenção
FMIA	67° <u>+</u> 3°	65.1°	63.9°	62°
FMA	25° <u>+</u> 3°	22.1°	22.6°	21.6°
IMPA	88° <u>+</u> 3°	92.8°	93.5°	96.4°
SNA	82° <u>+</u> 2°	77.6°	76.4°	76.7°
SNB	80° <u>+</u> 2°	71.8°	72.5°	72.2°
ANB	1°-5°	5.7°	4.0°	4.5°
Ао Во	2mm <u>+</u> 2	1.6mm	3.6mm	4.3mm
UI/NA	22° <u>+</u> 2°	13.4°	21.6°	21.7°
Plano Oclusal	8° - 12°	14.0°	7.2°	7.6°
Ânglo Z	75° <u>+</u> 5°	69.9°	74.7°	73.7°
Altura facial	45mm	43.2mm	49.3mm	48.2mm
posterior				
Altura facial	65mm	63.8mm	70.3mm	69.9mm
anterior				
Relação Post -	0,69	0.7	0.7	0.7
Ant				
Overjet	2.5mm <u>+</u> 2.5	8.0mm	3.2mm	3.9mm
Overbite	2.5mm <u>+</u> 2.5	8.2mm	3.2mm	3.1mm
Ânglo	126° <u>+</u> 10°	142.7°	134.1°	132.1°
Interincisal				



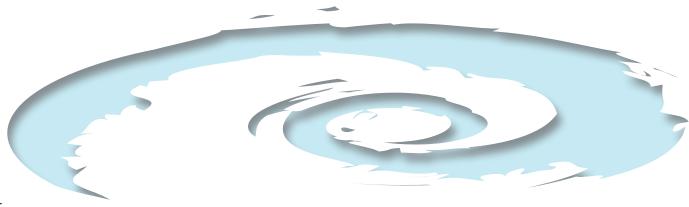
Considerações Finais

Na primeira fase ortopédica, com a ajuda de uma placa oclusal anterior, permitiu-se o alívio da pressão sobre as articulações e o reposicionamento dos côndilos. A segunda fase do tratamento ortodôntico bimaxilar permitiu atingir a intercuspidação, perpetuando a posição obtida anteriormente com a fase ortopédica de avanço mandibular. Como era essencial manter a mandíbula na posição de referência, mantivemos o *splint* oclusal anterior por mais seis meses com o aparelho fixo bimaxilar.

O tratamento foi demorado envolvendo mecânica pesada e com a incerteza quanto à resposta do crescimento mandibular. Graças à excepcional cooperação do paciente e ao crescimento favorável, a oclusão obtida foi muito satisfatória e estável. O *splint* oclusal anterior foi sucessivamente remodelado e utilizado para mover suavemente a mandíbula para frente. Os elásticos intermaxilares de Classe II foram também utilizados no final da 2ª fase de tratamento, mantendo-se o controle sobre os segmentos dentários anteriores.

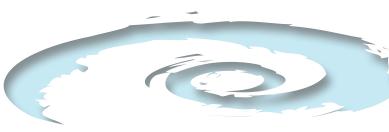
Bibliografia:

- 1. Proffit, W.R. Contemporary Orthodontics. 4ª ed. St.Louis; 2007.
- 2. Pinho T, Figueiredo A. "An Orthodontic-Orthognathic surgical treatment in a Class II subdivision: occlusal plan alteration". American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2010 (in press).
- 3. Pinho T. "Class II division 1: Case report". Board Français d'Orthodontie. International Orthodontics 2010; 8(2):190-204.
- 4. 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.
- 5. Bishara, S. Class II Malocclusion: Diagnostic and clinical considerations with and without treatment. Seminars in Orthodontics 2006;12:11-14.
- 6. Bremen, J. and Pancherz, H. Efficiency of Class II division 1 and Class II division 2 treatment in relation to different treatment approaches. Seminars in Orthodontics 2003;9:87-92.



Francisco Freitas
Médico Dentista
DUO Faculdade de Cirurgia Dentária
Universidade Toulouse
fjpfreitas@netcabo.pt





CLASSE III TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO

Resumo

Data de nascimento: 22-07-1988; Sexo feminino

Documentos pré-tratamento: 19-09-2003 (15 Anos)

Documentos intermédios : 5-12-2005 (17 Anos 7 Meses)

Documentos finais : 27-3-2007 (18 Anos e 7 meses)

Documentos pós-contenção : 28-4-2008 (19 Anos e 9 meses)

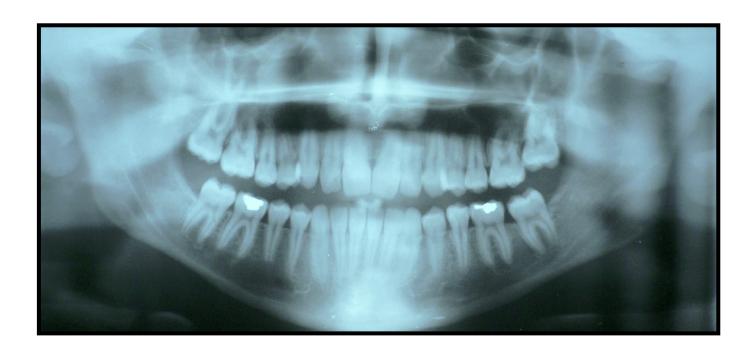




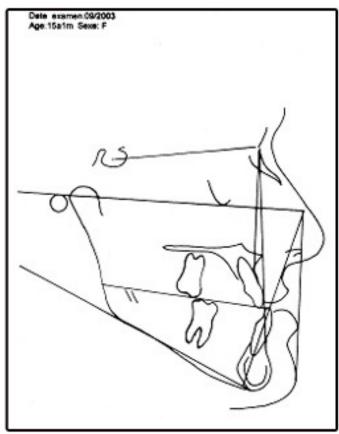




Ortopantomografia inicial







Modelos iniciais



Análise cefalométrica

Dados RX	Ref. Norm.	19-09-2003
SNA	82°	83
SNB	80°	88
ANB	2°	-5
SND	76°	84
I to NA	4 mm	5
I to NA	22°	24
I to NB	4 mm	3
I to NB	25°	21
Pog to NB	mm	2
I to I	131°	140
Oclu to SN	14°	13
GoGn to SN	32°	32
SL	51 mm	69
SE	22 mm	19
FMA	25°	24
FMIA	68°	75
IMPA	87°	81
AO - BO	2 mm	-11
1.ANS-PNS	110	118

Diagnóstico

Diagnóstico facial: Paciente de tipologia facial normodivergente, com o andar médio em posição retrusiva relativamente à base do crâneo e o andar inferior projectado relativamente ao andar médio; perfil prognático acentuado.

Diagnóstico esquelético: Classe III esquelética; atresia maxilar; normodivergente.

Diagnóstico dentário: Classe III; overjet negativo de 6mm; mordida cruzada completa; incisivos superiores ligeiramente pró-inclinados e incisivos inferiores retro-inclinados (compensação da Classe III); ausência dos 4 dentes do siso. Na análise das discrepâncias dentárias, verificou-se uma discrepância maxilar de -2 e uma discrepância mandibular de +3.

Etiologia: Problema hereditário.

Terapêutica

Estratégia/objectivos de tratamento:

- -Disjunção palatina
- -Descompensação dento-alveolar sagital e transversal seguida de uma cirurgia ortognática de avanço maxilar e recuo mandibular
- -Acabamentos oclusais
- -Classe I oclusal
- -Contenção

Plano de tratamento:

- -Expansão rápida da maxila
- -Contenção da disjunção
- -Colocação dos aparelhos fixos
- -Mecânica intermaxilar de Classe II
- -Cirurgia ortognática de avanço maxilar e recuo mandibular
- -Ajustes occlusais e acabamentos
- -Contenção

Tipo de aparelhos:

- -Disjuntor palatino tipo Hyrax
- -Aparelhos fixos superior e inferior (Straight-wire com slot 22x28)

Duração do tratamento:

-40 meses

Contenção:

-Placa de Hawley superior e arco lingual colado de 33 a 43



Fotografias pós disjunção palatina







Avaliação pré-cirúrgica do tratamento efectuado 5-12-2005

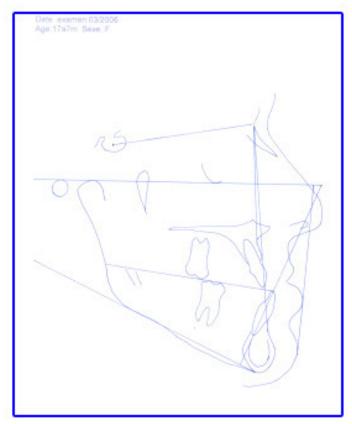






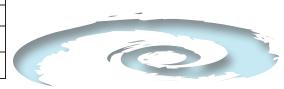








Dados RX	Ref. Norm.	19-09-2003	5-12-2005
SNA	82°	83	83
SNB	80°	88	86
ANB	2°	-5	-3
SND	76°	84	82
I to NA	4 mm	5	4,5
I to NA	22°	24	22
I to NB	4 mm	3	5
I to NB	25°	21	27
Pog to NB	mm	2	3
I to I	131°	140	132
Oclu to SN	14°	13	17
GoGn to SN	32°	32	35
SL	51 mm	69	68
SE	22 mm	19	22
FMA	25°	24	25
FMIA	68°	75	67
IMPA	87°	81	88
AO - BO	2 mm	-11	-12
1.ANS-PNS	110	118	113



Avaliação de modelos em oclusão







Após avaliação foi decidido fazer os seguintes actos, a fim de permitir uma melhor engrenagem aquando do acto cirúrgico:

- -step in 17 e 27
- -step out 15
- -aumentar largura superior
- -torque anterior e no dente 13
- -elásticos classe II















Fotografias pré-cirúrgicas











Fotografias de fim de tratamento •









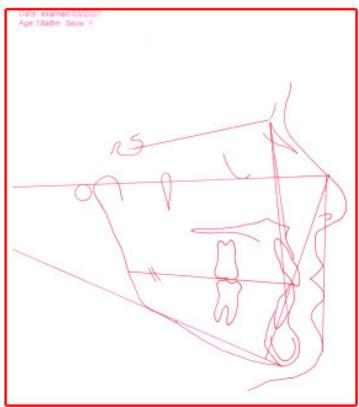


Ortopantomografia final



Ortopantomografia final



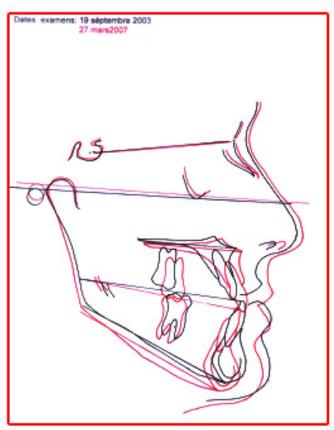


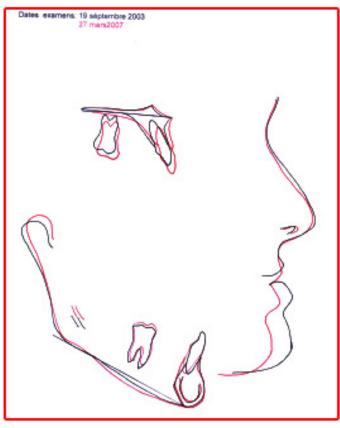
Cefalometria final

	ı		
Dados RX	Ref. Norm.	27-03-2003	27-3-2007
SNA	82°	83	87
SNB	80°	88	84
ANB	2°	-5	3
SND	76°	84	80
I to NA	4 mm	5	4
I to NA	22°	24	18
I to NB	4 mm	3	4,5
I to NB	25°	21	25
Pog to NB	mm	2	4
I to I	131°	140	134
Oclu to SN	14°	13	15
GoGn to SN	32°	32	33
SL	51 mm	69	66
SE	22 mm	19	22
FMA	25°	24	25
FMIA	68°	75	69
IMPA	87°	81	86
AO - BO	2 mm	-11	-3
1.ANS-PNS	110	118	114



Sobreposição de traçados





Apreciação dos resultados:

-Correcto do ponto de vista oclusal; a rotação do dente 23 não foi completamente corrigida, apesar dos esforços para o conseguir, devido ao facto do dente apresentar uma anquilose; houve uma melhoria significativa do perfil, mesmo apresentando um lábio superior bastante fino; na observação da ortopantomografia, verificamos um paralelismo radicular satisfatório; as relações sagitais permanecem estáveis 2 anos após a cirurgia.

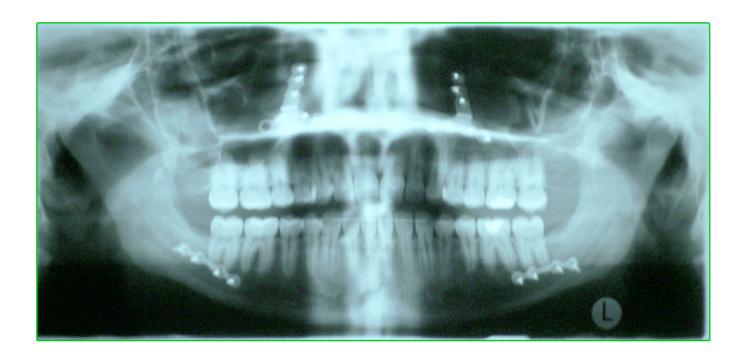






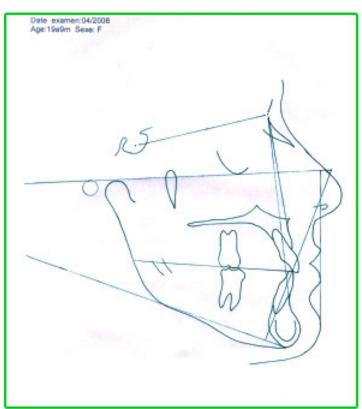


Ortopantomografia pós-contenção



Teleradiografia e traçado pós-contenção

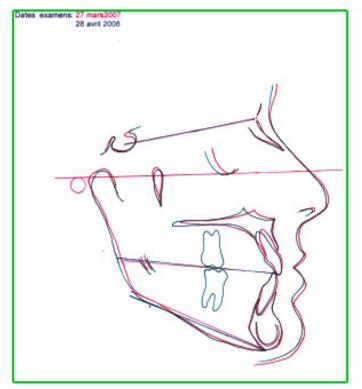


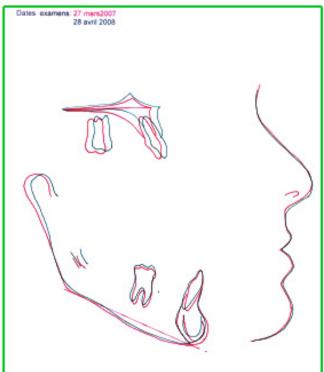


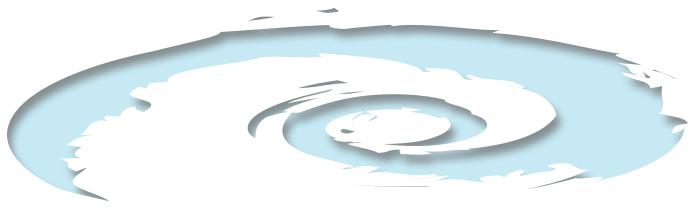
Idade: 15a1m 17a7m 18a8m 19a9m

	Norma	19-9-03	1-3-06	27-3-07	28-4-08
SNA	82°	83	83	87	86
SNB	80°	88	86	84	83
ANB	2° +/-2	-5	-3	3	3
SND	76°	84	82	80	80
I to NA	4	5	4,5	4	3
I to NA	22°	24	22	18	18
I to NB	4	3	5	4,5	5
I to NB	25°	21	27	25	28
Pog to NB		2	3	4	4
I to I	131°	140	132	134	130
Occl to SN	14°	13	17	15	11
GoGn to SN	32°	32	35	33	31
SL	52	69	68	66	66
SE	22	19	22	22	22
1.ANS-PNS	110	118	113	114	115

Sobreposição de traçados









Miguel da Nóbrega

Médico
Especialista em Estomatologia
DUO Faculdade de Cirurgia Dentária
Universidade Toulouse
miguel.nobrega@ortofunchal.com
www.clinicasaolourenco.com



CLASSE III ESQUELÉTICA E DENTÁRIA CASO CLÍNICO COM RECURSO A DISJUNÇÃO ORTO-CIRÚRGICA DO PALATO

RESUMO:

O caso clínico apresentado é uma anomalia dento facial de Classe III esquelética e dentária, tratado com ortodontia.

Tendo em consideração á idade e o sexo da paciente, a resolução da endognatia bilateral foi obtida através da disjunção orto-cirúrgica do palato.

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente do sexo feminino com catorze anos e cinco meses de idade que apresentava queixas de "dentes tortos".







EXAME OBJECTIVO:

Na observação da face apresentava simetria com o terço médio ligeiramente retruído, perfil recto, competência labial e amplo sorriso.

Na observação da cavidade oral, observava-se ectopia dos caninos superiores, palatinização dos incisivos laterais superiores, endognatia bilateral, ligeiro apinhamento inferior, relação da Classe III molar e curva de Spee de 2 mm.



EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

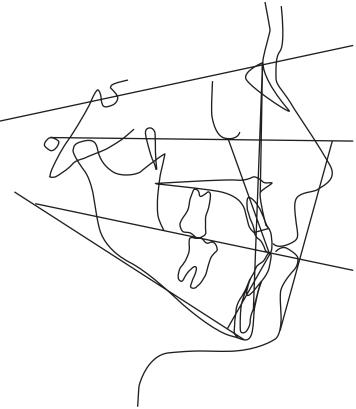
O estudo imagiológico através de ortopantomografia e telerradiografia da face não demonstrou patologias associadas.

A cefalometria baseada nos valores segundo Steiner, sugere uma Classe III esquelética, hiperdivergente e pró-alveolia dos incisivos superiores.

Nos valores segundo Tweed temos um IMPA diminuído com Ao – Bo muito diminuído.







Teleradiografia inicial

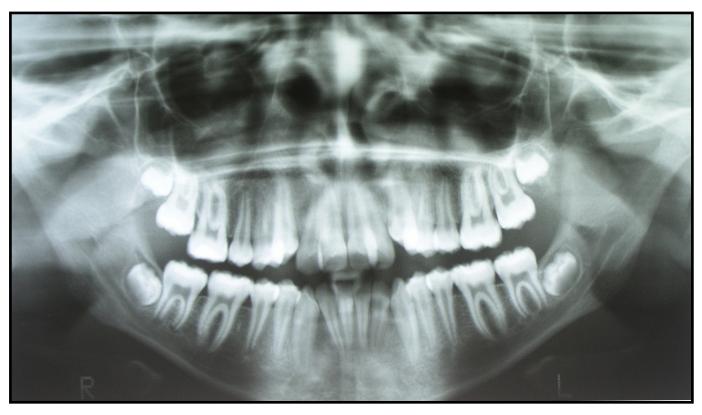
Traçado cefalometrico

Análise de Tweed

Skeletal Analysis		
Medida:	Valor	Média
SNA	78.6	82.0 ± 2.0
SNB	78.3	80.0 ± 2.0
ANB	0.3	3.0 ± 2.0
SND	76.9	76.0 ± 2.0
Posterior Condylion to S-N	98.3	22.0 ± 2.0
Po to S-N	224.6	51.0 ± 2.0
Occl. To S-N	25.2	14.0 ± 4.0
GoGn to S-N	41.9	32.0 ± 4.0
Dental Analysis		
Medida:	Valor	Média
UI to N-A (mm.)	27.1	4.0 ± 1.0
LI to N-B (mm.)	24.2	4.0 ± 1.0
Po to N-B	-1.9	4.0 ± 1.0
LI to UI (Angle)	130.4	131.0 ± 6.0
UI to N-A (Angle)	26.6	22.0 ± 2.0
LI to N-B (Angle)	22.7	25.0 ± 2.0

Measurements		
Medida:	Valor	Média
FMIA	64.6	70.0 ± 5.0
FMA	34.6	25.0 ± 3.0
IMPA	80.3	89.5 ± 2.5
SNA	78.6	82.0 ± 2.0
SNB	78.3	80.0 ± 2.0
ANB	0.3	3.0 ± 2.0
AO-BO	-43.2	2.0 ± 2.0
Occl. Plane Angle	16.2	10.0 ± 2.0
Z Angle LL	75.8	0.0 ± 0.0
Z Angle UL	79.7	0.0 ± 0.0
Upper Lip	59.5	0.0 ± 0.0
Total Chin	59.3	0.0 ± 0.0
Post. FH	194.0	45.0 ± 10.0
Ant. FH	314.5	65.0 ± 10.0
Vertical Index	0.6	0.7 ± 0.1





Ortopantomografia inicial

DIAGNÓSTICO:

Face simétrica com terço médio ligeiramente retruído, perfil recto, competência labial, amplo sorriso, distância cérvico-mentoniana aumentada, sulco lábio-mentoniano diminuído e região malar ligeiramente apagada.

A nível esquelético apresentava uma Classe III com hiperdivergência das bases ósseas. A nível dentário apresentava pró-alveolia dos incisivos superiores e endognatia bilateral, curva de Spee 2mm e relação de Classe III molar.

PLANO DE TRATAMENTO:

Aparelho multibandas inferior e superior.

Disjunção orto-cirúrgica do palato.

Máscara facial.

Exodontias dos dentes 15,25,34 e 44.

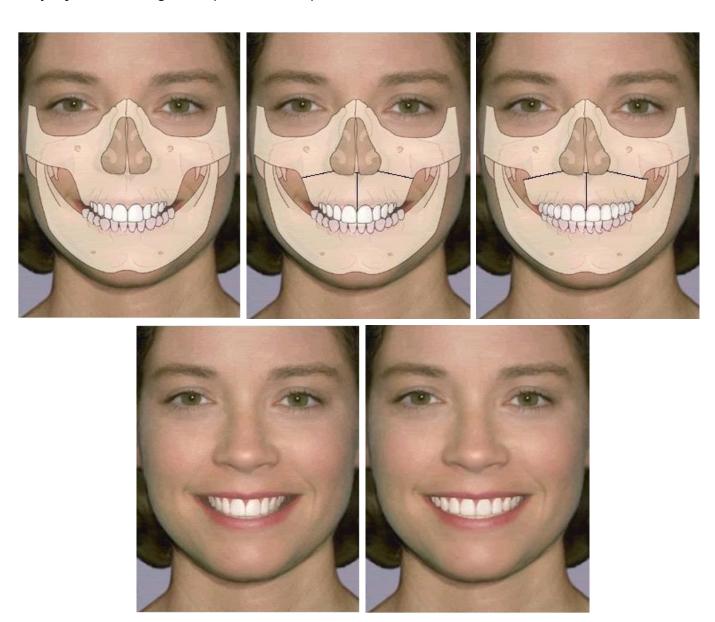
Mecânica Cl III

Intercuspidação e acabamentos.

Contenção com plaque de Hawley maxilar e arco lingual colado de 33 a 43.

Tratamento

Disjunção orto-cirúrgica do palato em esquema

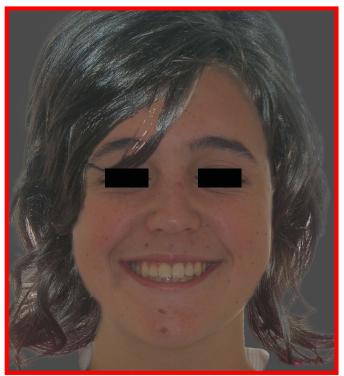


Disjunção orto-cirúrgica do palato











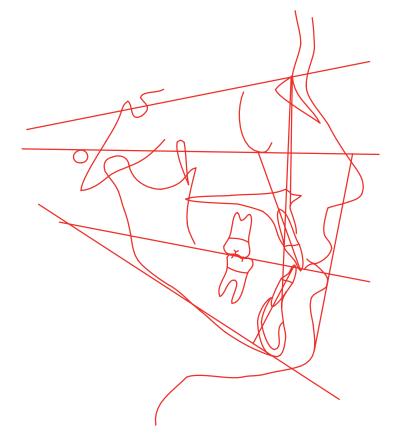






Ortopantomografia final

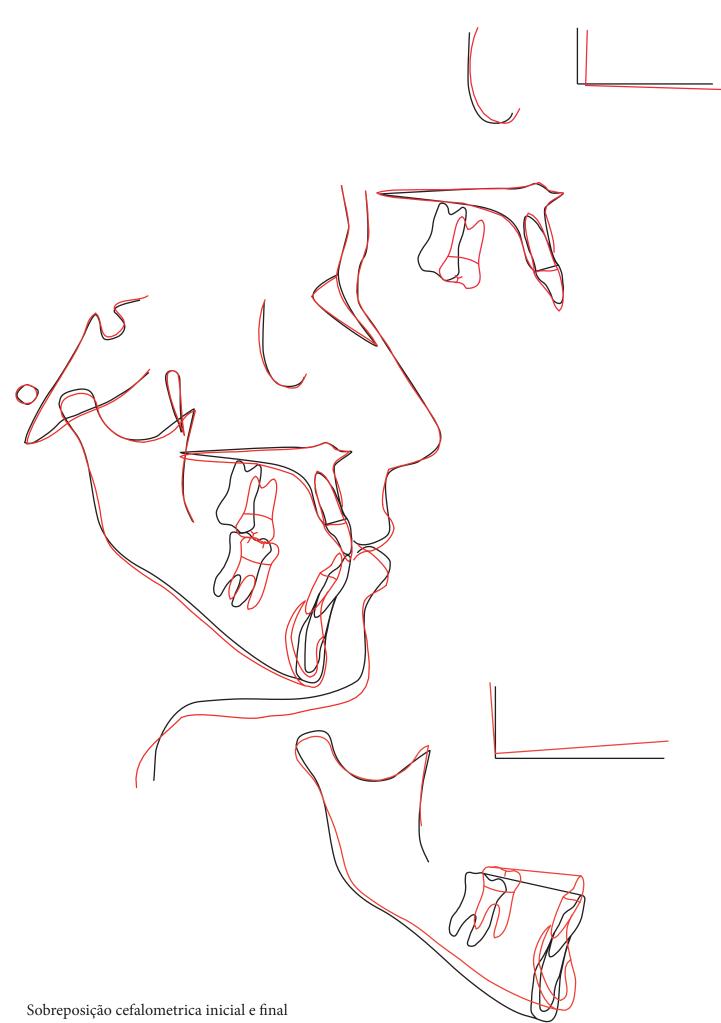




Teleradiografia final

Análise de Tweed

Skeletal Analysis			Measurements		
Medida:	Valor	Média	Medida:	Valor	Méd
SNA	77.3	82.0 ± 2.0	FMIA	62.1	70
SNB	75.6	80.0 ± 2.0	FMA	35.1	25
ANB	1.7	3.0 ± 2.0	IMPA	83.8	89
SND	75.7	76.0 ± 2.0	SNA	77.3	82
Posterior Condylion to S-N	20.3	22.0 ± 2.0	SNB	75.6	80
Po to S-N	44.5	51.0 ± 2.0	ANB	1.7	3
Occl. To S-N	26.7	14.0 ± 4.0	AO-BO	-7.7	2
GoGn to S-N	45.6	32.0 ± 4.0	Occl. Plane Angle	14.3	10
		'	Z Angle LL	79.9	0
Dental Analysis			Z Angle UL	80.6	0
Medida:	Valor	Média	Upper Lip	14.7	0
UI to N-A (mm.)	5.3	4.0 ± 1.0	Total Chin	13.4	0
LI to N-B (mm.)	5.0	4.0 ± 1.0	Post. FH	40.2	45.0
Po to N-B	2.4	4.0 ± 1.0	Ant. FH	72.2	65.0
LI to UI (Angle)	132.3	131.0 ± 6.0	Vertical Index	0.6	0
UI to N-A (Angle)	20.2	22.0 ± 2.0			
LI to N-B (Angle)	25.9	25.0 ± 2.0			

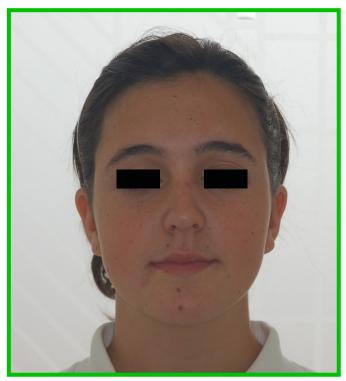


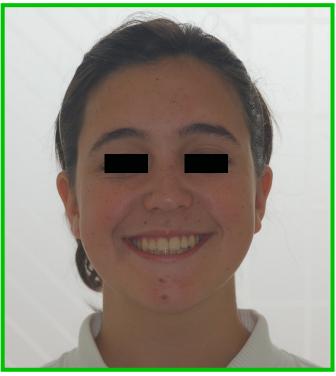
APRECIAÇÃO DOS RESULTADOS:

No final do tratamento tanto os problemas sagitais como transversais estavam corrigidos, a oclusão encontrava-se em Classe I, a face equilibrada e harmoniosa e os incisivos superiores estavam em ligeira protrusão.

Os dentes do siso têm indicação para serem extraídos.

Documentação após um ano



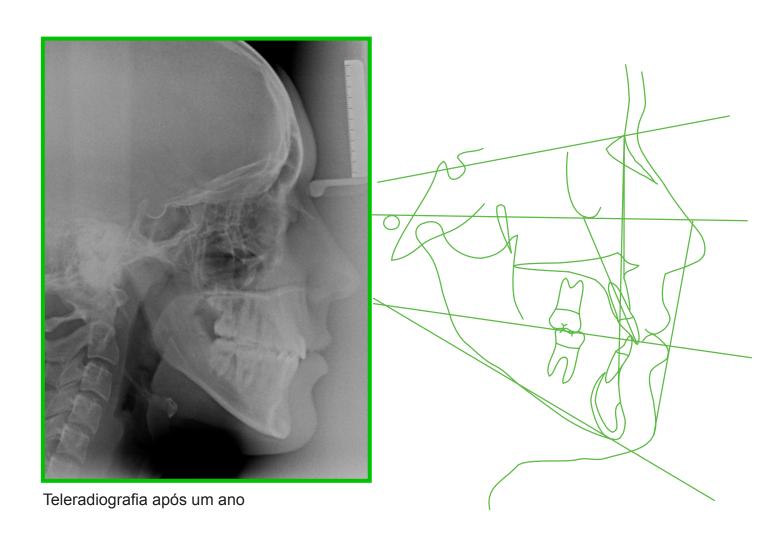






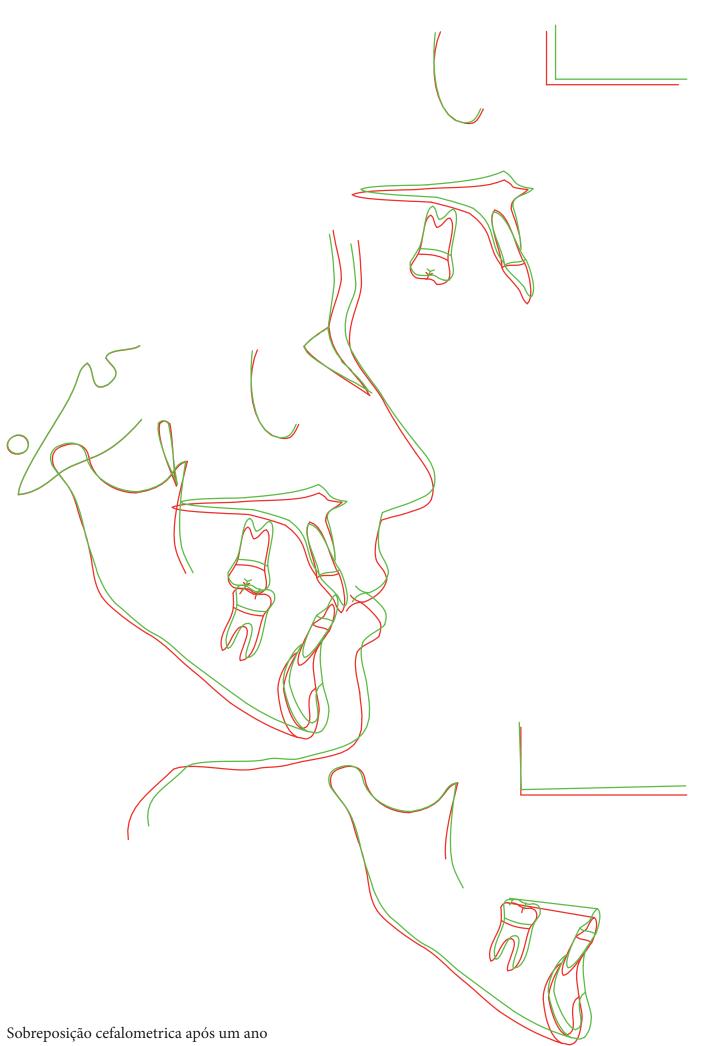


Ortopantomografia após um ano



Análise de Tweed

Skeletal Analysis			Measurements		
Medida:	Valor	Média	Medida:	Valor	Média
SNA	78.8	82.0 ± 2.0	FMIA	62.0	70.0 ± 5.0
SNB	77.3	80.0 ± 2.0	FMA	35.0	25.0 ± 3.0
ANB	1.5	3.0 ± 2.0	IMPA	84.3	89.5 ± 2.5
SND	77.5	76.0 ± 2.0	SNA	78.8	82.0 ± 2.0
Posterior Condylion to S-N	20.0	22.0 ± 2.0	SNB	77.3	80.0 ± 2.0
Po to S-N	47.9	51.0 ± 2.0	ANB	1.5	3.0 ± 2.0
Occl. To S-N	26.1	14.0 ± 4.0	AO-BO	-8.3	2.0 ± 2.0
GoGn to S-N	43.7	32.0 ± 4.0	Occl. Plane Angle	15.5	10.0 ± 2.0
			Z Angle LL	79.4	0.0 ± 0.0
Dental Analysis			Z Angle UL	80.7	0.0 ± 0.0
Medida:	Valor	Média	Upper Lip	14.9	0.0 ± 0.0
UI to N-A (mm.)	5.1	4.0 ± 1.0	Total Chin	12.5	0.0 ± 0.0
LI to N-B (mm.)	4.4	4.0 ± 1.0	Post. FH	46.0	45.0 ± 10.0
Po to N-B	2.9	4.0 ± 1.0	Ant. FH	71.1	65.0 ± 10.0
LI to UI (Angle)	129.5	131.0 ± 6.0	Vertical Index	0.6	0.7 ± 0.1
UI to N-A (Angle)	23.0	22.0 ± 2.0			
LI to N-B (Angle)	25.9	25.0 ± 2.0			



Análise de Tweed

Skeletal Analysis				
Medida:		Valor		
SNA	78.6	77.3	78.8	
SNB	78.3	75.6	77.3	
ANB	0.3	1.7	1.5	
SND	76.9	75.7	77.5	
Posterior Condylion to S-N	98.3	20.3	20.0	
Po to S-N	224.6	44.5	47.9	
Occl. To S-N	25.2	26.7	26.1	
GoGn to S-N	41.9	45.6	43.7	
Dental Analysis				
Medida:		Valor		
UI to N-A (mm.)	27.1	5.3	5.1	
LI to N-B (mm.)	24.2	5.0	4.4	
Po to N-B	-1.9	2.4	2.9	
LI to UI (Angle)	130.4	132.3	129.5	
UI to N-A (Angle)	26.6	20.2	23.0	
LI to N-B (Angle)	22.7	25.9	25.9	

Measurements				
Medida:		Valor		
FMIA	64.6	62.1	62.0	
FMA	34.6	35.1	35.0	
IMPA	80.3	83.8	84.3	
SNA	78.6	77.3	78.8	
SNB	78.3	75.6	77.3	
ANB	0.3	1.7	1.5	
AO-BO	-43.2	-7.7	-8.3	
Occl. Plane Angle	16.2	14.3	15.5	
Z Angle LL	75.8	79.9	79.4	
Z Angle UL	79.7	80.6	80.7	
Upper Lip	59.5	14.7	14.9	
Total Chin	59.3	13.4	12.5	
Post. FH	194.0	40.2	46.0	
Ant. FH	314.5	72.2	71.1	
Vertical Index	0.6	0.6	0.6	

CONCLUSÃO:



Os objectivos foram alcançados tanto no plano estético como funcional.

A disjunção orto-cirúrgica sob anestesia loco-regional é uma solução simples e muito eficaz e o post-operatório é perfeitamente suportado pelo paciente.

Realce para a extrema utilidade da disjunção orto-cirúrgica do palato nos casos em a disjunção dita tradicional não é possível, porque se existir discrepância óssea maxilo-mandibular, o resultado final invariavelmente estará comprometido.

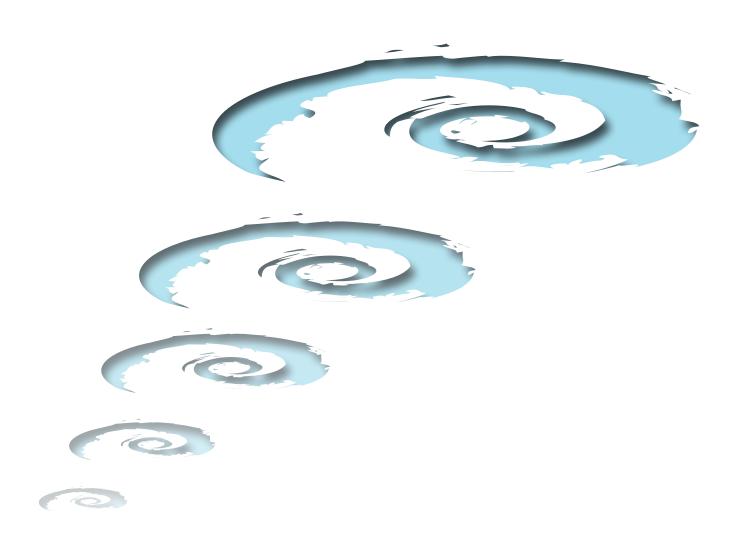
BIBLIOGRAFIA:

Bailey.J:L:T, Server; D.M TurveY, T.A, Proffit T W.R Class II problems.Centemporary treatment of dental deformity. Mosby 2003

Profit, N.R Centemporary Orthodontic 2007

Moyers, R. Ortodontic, Koogan S.A 1979

Epker, B.N Stella J.P. Fish, I.c. Dento facial Deformities Integrated Orthodontic and Surgical Correction. 1995







A performance associada à transparência...

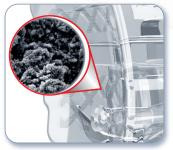
Entre na nova era estética!

- Qualidades estéticas únicas.
- Fiabilidade e solidez.
- Conforto em cada etapa do tratamento.
- Precisão e rapidez.

Paciente Damon tratada pelo Dr. Stuart Frost



Porta deslizante inovadora SpinTek™ para mudanca dos arcos eficaz e rápida



Base preparada ao laser com um processo patenteado para uma adesão óptima e uma remoção fácil e confortável.



«Jig» amovível para um posicionamento preciso do bracket.



Resultado: um bracket passivo praticamente invisível que ultrapasse todas as expectativas estéticas e funcionais

Qual o momento em que os progressos tecnológicos inerentes a um bracket ultrapassam as evoluções previsíveis?

Quando novas possibilidades de exercício aparecem: prática mais eficaz, suavidade clínica, conforto do paciente e estética melhorada.

O novo bracket auto-ligante passivo Damon[®] Clear[™] é muito mais do que um bracket invisível: não só é dotado de qualidades estéticas notáveis, proporcionando ao paciente o conforto e a discrição que exige, graças à utilização de materiais sólidos resistentes às colorações alimentares; mas mais ainda, oferece ao clínico a solidez, a precisão e a funcionalidade de que necessita no seu exercício clínico.

A concepção do Damon® Clear™ oferece uma grande resistência mecânica, que garante assim um controlo na precisão do deslocamento dentário.

Associado à mecânica do sistema Damon (forças e fricção leves, arcos de secção calibrada), permite limitar as extracções, evitar o recurso às forças extra-orais e disjuntores, optimizando a frequência das consultas durante o tratamento.



Campo Grande, 30 - 6° / 1700 - 093 Lisboa

Tél. : 800 286 379 (n° gratuito) - Fax : 21 315 61 71

E-mail: ormodentportugal@ormodent.com

