GABRIELLY LUCAS FIGUEIREDO

CORREÇÃO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM BIPROTRUSÃO, PERDA DE PRÉ-MOLARES SUPERIORES E EXTRAÇÃO INFERIOR -RELATO DE UM CASO CLÍNICO

PORTO VELHO/RO
2021

GABRIELLY LUCAS FIGUEIREDO

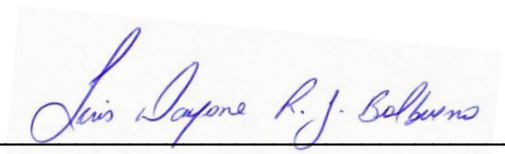
CORREÇÃO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM BIPROTRUSÃO, PERDA DE PRÉ-MOLARES SUPERIORES E EXTRAÇÃO INFERIOR -RELATO DE UM CASO CLÍNICO

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

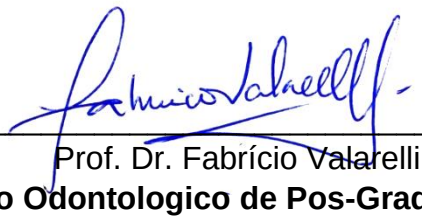
Orientador: Prof.ª. Carolina Nazif Rasul
Co-orientador (a): Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli.

PORTO VELHO/RO
2021

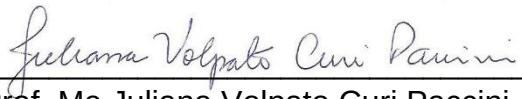
Artigo intitulado " Correção da má Oclusão de Classe II com Biprotrusão, Perda de Pré-Molares Superiores e Extração Inferior -Relato de um Caso Clínico" de autoria da aluna Gabrielly Lucas Figueiredo aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores :



Prof Me. Icris Dayane Balbueno
FACSETE – SOEP – PVH/RO



Prof. Dr. Fabrício Valarelli
IOPG – Instituto Odontologico de Pos-Graduação – Bauru/SP



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

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que fizeram parte da trajetória para esta conquista, que me incentivaram a ir atrás dos meus objetivos: família, namorado, professores e amigos. Em especial a minha Dupla Beatriz Bicalho e minha professora querida Carolina Rasul que além de estarem comigo me apoiando nas clínicas durante esses anos de trajetória me auxiliaram nos momentos dificeis dessa jornada.

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

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

RESUMO

A procura por uma boa estética requer que o paciente na maioria das vezes busque um tratamento adequado para correção de sua arcada dentária. O relato deste caso descreve o tratamento de uma má oclusão do tipo Classe II de Angle que apresentava biprotrusão dentária o qual exibe um grande comprometimento estético, é recomendado considerar o grau de severidade do paciente para um planejamento individualizado e correto. De maneira sucinta, o tratamento da Classe II pode ser realizado com extrações ou sem extrações. O objetivo deste trabalho foi mostrar o tratamento escolhido, o qual envolveu extrações dentárias pois seria necessário recuar as duas arcadas com o objetivo de corrigir a biprotrusão e se obter uma melhor estética facial. Foi planejado a exodontia dos primeiros pré-molares inferiores onde o tratamento foi aliado ao fechamento dos espaços presentes na arcada superior e inferior.

Palavras Chave: Má oclusão de Classe II, Ortodontia, Tratamento.

ABSTRACT

The search for a good esthetics requires that the patient most often look for an adequate treatment to correct their dental carcass. The report of this case describes the treatment of an Angle Class II malocclusion that presented dental biprotrusion which exhibits a great esthetic compromise, it is recommended to consider the severity of the patient for an individualized and correct planning. Briefly, Class II treatment can be performed with extractions or without extractions. The objective of this work was to show the chosen treatment, which involved tooth extractions as it would be necessary to retreat both arches in order to correct the biprotrusion and obtain a better facial esthetics. The extraction of the first mandibular premolars was planned, where the treatment was combined with the closing of the spaces present in the upper and lower arches.

Keywords: Class II ma occlusion, Orthodontics, Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:Fotografias extrabucais 10
Figura 2: Fotografias intrabucais iniciais.....11
Figura 3: Radiografia Panorâmica inicial.....11
Figura 4: Telerradiografia em norma lateral inicial.....12
Figura 5: Fotos intrabucais 13
Figura 6: Fase de alinhamento e nivelamento.....14
Figura 7: Fotos intrabucais de Classe III 14
Figura 8: Fotos intrabucais de Classe II.....15
Figura 9: Fotos extrabucais finais 16
Figura 10: Fotos intrabucais finais.....17
Figura 11: Radiografia panorâmica 17
Figura 12: Telerradiografia em norma lateral 18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO 9
3 POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS 9
3.1 EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO 9
4 RESULTADOS SUBJETIVOS.....11
5 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO 9
6 CONCLUSÃO.....19
REFERÊNCIAS

1– INTRODUÇÃO

O padrão de crescimento facial está relacionado diretamente com cada grupo étnico, geralmente populações negras ou até mesmo com grande miscigenação com afrodescendentes tem uma prevalência maior a ter biprotrusão do que grupos caucasianos(1).

A biprotrusão dentária é caracterizada pelo posicionamento mais anterior dos dentes superiores e inferiores causando um volume anterior da face, o que por muitas vezes traz como consequência um não selamento labial causando um desequilíbrio na musculatura resultando em um perfil facial mais convexo deixando a desejar a harmonia e a estética facial do paciente (1).

Pacientes com perfil biprotruso devem ser avaliados severamente, pois algumas características são de extrema importância para um planejamento adequado, tais como proporção da discrepância esquelética, acentuada inclinação vestibular dos incisivos, no qual se evidencia drasticamente a convexidade do perfil e será decidido a necessidade de uma associação entre cirurgia ortognática e ortodontia(2). De outro modo temos também extrações dentárias que tem um custo benefício maior, lembrando que o fechamento de espaços por retração dos dentes anteriores causará uma alteração refletindo positivamente no perfil(2).

Secchi, (2013), reforça ainda que a colocação correta do bráquete irá facilitar o fluxo do caso em cada etapa do tratamento, permitindo um acabamento ideal (3).

Valarelli, (2014) afirma que quando a escolha do tratamento se consiste na exodontia, os pré-molares são dentes de primeira escolha para se realizar as extrações devido à sua posição na arcada e por promover uma retração mais curta (4)**.**Os quatro primeiros pré-molares geralmente estão mais próximos da falha e especialmente, pelo consenso de que a proporção de espaço disponível para a retração dos dentes anteriores varia de acordo com o dente a ser extraído e, como via de regra, quanto mais distal o dente, maior a perda de ancoragem e menor a retração (5).

Este caso clínico abrange o retratamento de uma paciente biprotrusa que insatisfeita com o antigo tratamento decidiu recomeçar com a Clínica de Especialização em ortodontia SOEP, buscando a correção dos seus dentes. Desse modo para alcançarmos uma melhoria dentária e da face o tratamento foi realizado com extrações dentárias permitindo assim a retração dos incisivos, o qual beneficia

a correção da protrusão destes elementos dentários, e uma redução da projeção dos lábios superiores e inferiores.

2- DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente A.J.D.R, 13 anos, gênero feminino, com bom estado geral de saúde procurou a clínica de especialização em ortodontia da SOEP/FACSETE em Porto Velho-RO em busca de um retratamento ortodôntico. A queixa principal da paciente era “ajeitar meu sorriso, pois meus dentes são tortos”, sendo sua queixa principal a estética de um sorriso harmônico.

Ao realizar a análise facial da paciente foi constatado perfil convexo, com padrão mesiofacial e simetria facial, observou-se também presença de selamento labial passivo, linha média dentária superior ligeiramente desviada para a direita em relação ao plano sagital mediano, padrão facial vertical sendo o terço inferior aumentado (Fig.1 A-C).



Figura 1A Figura 1B Figura 1C

. Figura 1 (A- C) - Fotografias extrabucais iniciais: A) extrabucal frontal; B) extra bucal sorrindo; C) extra bucal lateral

Na análise intrabucal, foi diagnosticado que a paciente era portadora de uma má oclusão de Classe II, divisão I e subdivisão esquerda, mordida cruzada anterior sendo apenas dos dentes 12 e 13, presença de apinhamento anterossuperior e anteroinferior e curva de spee moderada, como se vê na figura abaixo (Fig.1 A-E).



Figura 2A Figura 2B Figura 2C



Figura 2D Figura 2E

Figura 2(A-E) - Fotografias intrabucais iniciais: A) Intrabucal lateral direita; B) Intrabucal frontal; C) Intrabucal lateral esquerda; D) Oclusal superior; E) Oclusal inferior.

Na radiografia panorâmica foi observado que as estruturas ósseas estão dentro da normalidade, terceiros molares superiores e inferiores em estágio inicial de rizogênese (18, 28, 38, 48), ausência do primeiro pré-molar superior direito e primeiro pré-molar superior esquerdo (dentes 14,24). . A paciente chegou a clínica sem esses pré molares superiores porém não se sabe se esses dentes foram extraídos com indicação ortodôntica ou perca por outros motivos. (Fig. 3).

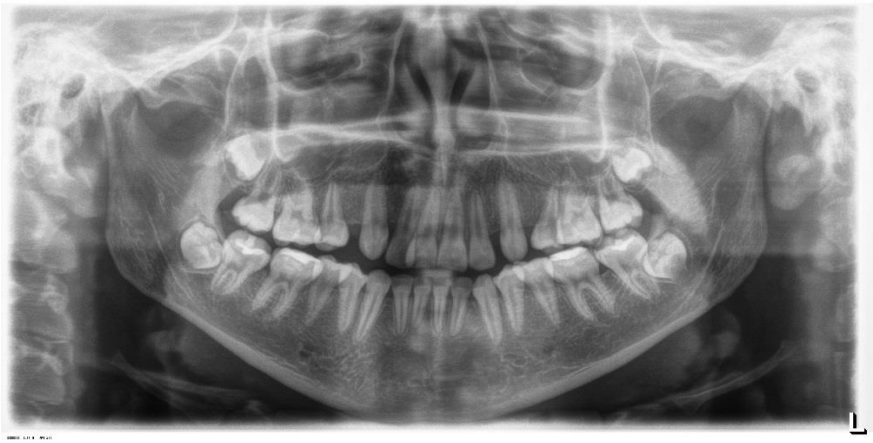


Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial

Na telerradiografia em norma lateral, foi possível notar que apresentava mordida de topo na região anterior e mordida cruzada anterior apenas do dente 12. Maxila e mandíbula protruída em relação à base do crânio e perfil convexo (Fig. 4).



Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral inicial

Sendo assim, as avaliações clínicas e radiográficas foram analisadas e através das informações, elaborado um diagnóstico e plano de tratamento.

3. POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Conforme o caso clínico apresentado foi proposto duas opções de tratamento com e sem exodontia dos pré molares inferiores para a paciente visto que ela chegou a clínica sem dois dentes superiores sendo que essa opção de tratamento que seria com extracao contribuiria para resultados mais concretos em relação a alteração do

perfil, diminuindo a protrusão dos incisivos superiores e inferiores trazendo mais harmonia. O Tratamento ortodôntico foi planejado com extrações de 2 pré-molares inferiores (dentes 34 e 44). Nesse caso seriam realizados as extrações dentárias, alinhamento e nivelamento, fechamento dos espaços com elástico corrente e elásticos intermaxilares de Classe II para finalizar o encaixe da oclusão.

3.1 Evolução do tratamento

Foram instalados os acessórios ortodonticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot .022”x.030” na arcada superior e inferior com todos os acessórios colados aos dentes, exceto os dentes 34 e 44, o qual foram indicados para extração e dessa forma foi dado início a retração inicial de caninos (Fig. 5A-E).

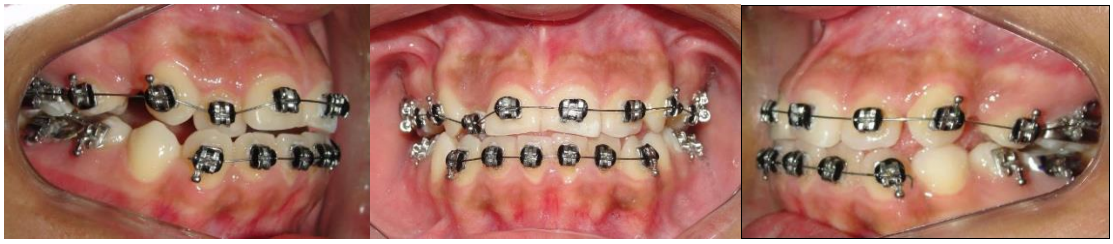


Figura 5A Figura 5B Figura 5C



Figura 5D Figura 5E

Figura 5 (A-E) – Fotos intrabucais após instalação dos acessórios ortodônticos.

Sendo assim foi realizada a extração dos pré-molares inferiores 34 e 44, diante disso dado início ao alinhamento e nivelamento o qual foi utilizada a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .012” .014”, .016”, .018”, .019”x.025” (Fig. 6A-E).

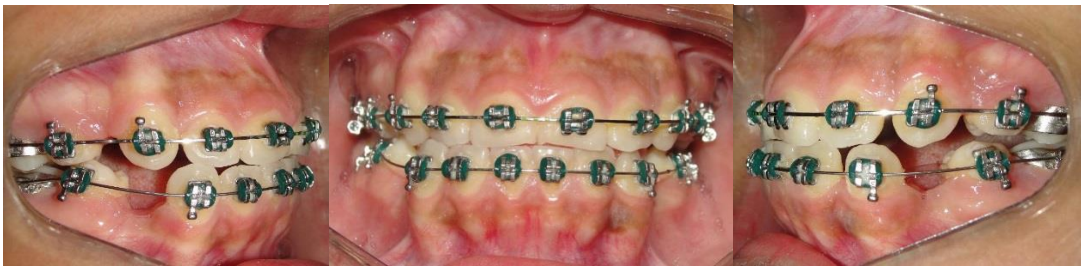


Figura 6A Figura 6B Figura 6C



Figura 6D Figura 6E

Após o alinhamento e nivelamento foram inseridos fios retangulares, 0,019”x0,025” de aço inoxidável superior e inferior. Nesse momento, foram utilizados elásticos intermaxilares 3/16 e de Classe III lado direito com finalidade de fechamento de espaço e foi feito também torque vestibular resistente superior e inferior durante toda a retração evitando a lingualização e trazendo os incisivos de corpo (Fig. 7A-E).

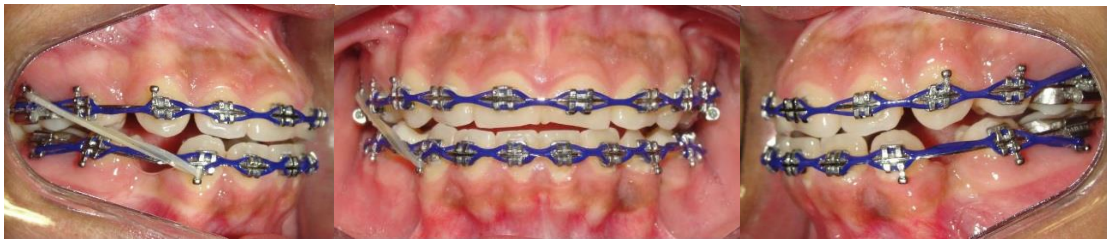


Figura 7A Figura 7B Figura 7C



Figura 7D Figura 7E

Figura 7 (A-E) – Fotos intrabucais mostrando a utilização do elástico intermaxilar de Classe III lado direito para auxiliar no fechamento de espaço

No decorrer do tratamento foi realizado manobra de extrusão no dente 33 e dobras in set no dente 43, ambas com finalidade de melhorar o posicionamento desses dentes no arco dentário. Foram utilizados elásticos intermaxilares de classe II bilateral para realizar o fechamento de espaço e também reversão da curva de spee para um melhor resultado do tratamento (Fig. 8A-E).



Figura 8A Figura 8B Figura 8C



Figura 8D Figura 8E

Figura 8 (A-E) – Fotos intrabucais mostrando a utilização dos elásticos intermaxilares de Classe II

Na finalização do tratamento ortodôntico, observamos que os resultados faciais corresponderam às expectativas da paciente, devolvendo uma boa harmonia na face e sorriso. Um conjunto de mecânica foi utilizado para se obter os resultados favoráveis, foi feito a retração anterior, fechamento de espaços e a má oclusão foi corrigida (Fig. 9A-C).



Figura 9A Figura 9B Figura 9C

Figura 9 (A-C) – Fotos extrabucais finais ao tratamento ortodôntico

Posteriormente a correção da má oclusão, foi dado início a uma nova fase do tratamento ortodôntico, foi efetuada a remoção do aparelho fixo e feito a instalação da placa de Hawley no arco superior, é uma contenção removível consagrada na literatura (6). Charles Hawley a confeccionou pensando em todas as características que uma contenção devia para preservar os resultados obtidos com o tratamento ortodôntico. Foi instalado também o 3x3 convencional no arco inferior. Foi dada todas as instruções sobre o uso da placa Hawley, sendo recomendado o uso durante 12 meses, o primeiro semestre durante 24 horas por dia e o segundo ano apenas uso noturno (Fig. 9A-E).



Figura 10A Figura 10B Figura 10C



Figura 10D Figura 10E

Figura 10 (A-E) – Fotos intrabucais finais

Foi realizada a panorâmica ao final do tratamento, onde tal radiografia apresentou estruturas das raízes dentárias preservadas e sem grandes alterações. Os terceiros molares ainda presentes, porém, estágio final de rizogênese. Ausência dos primeiros pré-molares superiores, inferiores com finalidade ortodôntica e inexistência de diastemas (Fig. 11).



Figura 11 – Radiografia panorâmica após a finalização do tratamento.



Figura 12 – Telerradiografia em norma lateral após a finalização do tratamento.

Analisando as telerradiografias em norma lateral, inicial e final, observa-se uma significativa melhoria da inclinação dos incisivos superiores e inferiores (Fig. 12).

4. RESULTADOS SUBJETIVOS

Ao avaliar exames obtidos por radiografias e fotografias iniciais e finais da paciente, foi demonstrado que os resultados obtidos foram compatíveis com os objetivos propostos. O perfil facial foi favorecido com a melhoria da postura dos lábios, como mostra as fotos extrabucais de frente e perfil. Houve uma pequena melhoria na inclinação dos incisivos lingualizando bem suavemente, sendo resultado disso também a redução da protrusão labial demostrando uma notável relação do conjunto nariz, lábios e mento.

Ao final do tratamento a paciente apresentou um agradável sorriso e um excelente selamento labial sem esforço. Como consequência da retração anterior a protrusão dos dentes superiores e inferiores foi diminuída.

A relação da má oclusão de Classe II foi obtida para Classe I. No plano transversal as arcadas ficaram bem coordenadas e a linha média superior e inferior coincidentes entre si e com a linha mediana. A sobremordida suavizou e a sobressaliência teve um leve aumento trazendo benefícios a face.

Os espaços dos primeiros pré-molares superiores e inferiores extraídos antes e no início do tratamento foram completamente fechados. O tratamento ortodôntico da paciente iniciou-se aos 13 anos de idade e finalizou 40 meses após.

5. DISCUSSÃO

O planejamento ortodôntico muda de acordo com a gravidade da má oclusão, o qual resulta de um desequilíbrio entre as estruturas dentárias, esqueléticas e musculares (7). Em situações de acentuada inclinação vestibular dos incisivos, evidenciando-se grande discrepância cefalométrica e expressiva convexidade facial, muitas vezes são necessárias extrações para reposicioná-los, refletindo positivamente no perfil do paciente. Em vista disso, a avaliação dos tecidos moles é um fator fundamental na elaboração do planejamento ortodôntico, tendo em vista atender essas expectativas do paciente (8).

Nos casos de biprotrusão onde compromete a estética dos pacientes existe uma procura maior por seu tratamento (9). Neste caso clínico apresentado, a escolha do planejamento foi extrações dentárias na arcada inferior pois a superior já tinha dois pré molares ausentes . Percebeu-se que a extração foi de grande eficácia, resultando na boa harmonia do sorriso, perfil satisfatório e no bem-estar da paciente.

Os dentes de primeira escolha para a extração foram os primeiros pré-molares, devido a estarem mais perto do problema acaba levando a um resultado mais satisfatório. Existem trabalhos que fazem a extração de molar, porém é mais complexo, devido a inúmeros fatores (10). Em geral, o espaço a ser fechado é maior do que o espaço dos pré-molares e, por isso, a ancoragem é crítica e o tempo de tratamento é maior, logo é indicado quando o dente já está debilitado, com indicação endodôntica ou quando exige mais espaço (11).

A correção da má oclusão de Classe II de perfil biprotruso citado neste caso acima além de ter sido tratada com extração dentária foi associada a retração com elástico corrente e algumas vezes o uso de elásticos intermaxilares, porém esse tipo

de conduta acaba demorando um pouco devido ao grande espaço que fica para fechar. Sendo assim, foi realizado essas mecânicas, o que foi favorável pois a paciente obteve uma melhora no perfil.

O conjunto com toda mecânica que a retração trouxe para a paciente, resultou em benefícios, como a correção da protrusão dos incisivos e consequente melhora do selamento labial, perfil facial mais agradável, diminuição da convexidade, aumento do ANL e lábio mental. (12).

Um dispositivo para associar ao tratamento com extrações seria os mini-implantes que contribuem de modo significativo na da fase retração anterior(13). Porém a retração anterior levaria os molares um pouco a mesialização, o que beneficiaria o tratamento tornando o molar a terminar em Classe I. Essa retração anterior trouxe alguns resultados favoráveis como devido a exodontia, o lábio retruiu, consequentemente melhorando o selamento labial, e melhorou o perfil da paciente, deixando suavemente reto. Vale ressaltar que a colaboração da paciente foi de suma importância no tratamento.

6. CONCLUSÃO

Os resultados finais foram satisfatórios trazendo harmonia no sorriso da paciente, correspondendo às suas expectativas. Sendo assim, melhoria na relação anteroposterior, trespasse vertical e horizontal. A aplicação correta da técnica do uso do aparelho para o tratamento foi uma escolha muito importante para a compensação dentária devido toda retração que os elásticos causaram, em conjunto com toda mecânica para os resultados satisfatórios.

Os resultados encontrados são condizentes com o da literatura sendo o plano de tratamento escolhido favorável para o tratamento da má oclusão apresentada. (14).

BIBLIOGRAFIA

1.Lahlou K, Bahoum A, Makhoukhi MB, Aalloula El H. Comparison of dentoalveolar protrusion values in Moroccans and other populations. Eur J Orthod. 2010.

2. Puppin Filho A. Má oclusão de Classe I com biprotrusão e ausência dos primeiros molares inferiores. Dental Press J Orthod.2011 Nov-Dec;16(6):119-29.

3. Secchi, Antonino G. Complete Clinical Orthodontics: treatment mechanics: part 1. Orthodontic practice, Estados Unidos, v4, n.1, p.28-35. 2013.

4. ValarelliI, F. P. P.;Patel, M. P. ; Mendes, T. S. S.; Silva, C. C.; Carvalho, D. O. F. . Extração de primeiros molares permanentes no tratamento ortodôntico: relato de caso. Rev clín ortod dental press. , v. 12, n. 6, p. 62-71, 2014.

5.Puppin Filho A. Má oclusão de Classe I com biprotrusão e ausência dos primeiros molares inferiores. Dental Press J Orthod.2011 Nov-Dec;16(6):119-29.

6. Almeida, RR. Tudo o que você precisa saber sobre a Placa de Hawley. Revista Clínica de Ortodontia Dental Press, v. 9, p. 9-28, 2010.

7. OLIVEIRA L. Extração de pré-molares superiores em tratamento de paciente Classe II, Sete Lagoas – MG. 16 de Jul de 2018.

8.Raposo V.A.M ; Graça H.P. EXTRAÇÃO DE PRÉ-MOLARES - RELATO DE CASO REVISTA FLUMINENSE DE ODONTOLOGIA – ANO XIV – Julho / Dezembro 2018

9.Kurz C. The use of lingual appliances for correction of bimaxillary protrusion (four premolars extraction). Am J Orthod Dentofacial Orthop 1997.

10. Antonio M, Kimaid D, Júnior D, Machado M. Extrações de molares na Ortodontia .Dental Press J. Orthod. 16 (6) • Dez 2011.

11.Antonio M, Kimaid D, Júnior D, Machado M. Extrações de molares na Ortodontia .Dental Press J. Orthod. 16 (6) • Dez 2011.

12. Marquezan, M. D., A. C.; Fonseca, V. A. O.; Nojima, L. I.; Nojima, M. C. G. . Análise do efeito da retração de incisivos permanentes no perfil facial de indivíduos portadores de maloclusão Classe I biprotrusão. Revista Ortodontia Gaúcha v. 12, n. 2, p. 48-54, 2008.

13. VALARELLI, F.P. et al. Extrações estratégicas de segundos pré-molares superiores na má-oclusão de Classe II. OrtodontiaSPO, p.509-16, 2013. revista publicada em 28.06.2018.

14. Mini-implantes ortodônticos como auxiliares da fase de retração anterior Orthodontic mini-implants assisting the anterior retraction phase Carlo Marassi[I]; CesarMarassi[II]22 Set 2008.