FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
SOCIEDADE PAULISTA DE ORTODONTIA

THAIS NOGUEIRA DIAS

RESOLUÇÃO DO ALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR TRATADO SEM EXTRAÇÕES

Sete Lagoas – MG
2019

THAIS NOGUEIRA DIAS

RESOLUÇÃO DO ALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR TRATADO SEM EXTRAÇÕES

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Sociedade Paulista de Ortodontia*,
Como requisito parcial para conclusão do Curso de Ortodontia.
Área de concentração: Odontologia
Orientador: Eduardo
Coorientador: Vera Terra

Sete Lagoas - MG

2019

DIAS, Thais Nogueira.
Titulo / Thais Nogueira Dias - 2019.
13 f.: il.
Orientador: Eduardo
Coorientador: Vera Terra

Monografia Curso de Especialização em Ortodontia - Faculdade Sete Lagos Facsete - 2019.
1. Resolução do alinhamento mandibular anterior tratado sem extrações
2. Tratamento Ortodôntico
3. Extração

SOCIEDADE PAULISTA DE ORTODONTIA

Monografia intitulada *"Resolução do alinhamento mandibular anterior tratado sem extrações"* de autoria do aluno (a) Thais Dias Ferrantin, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Eduardo

_____

Prof.(a) Dr.(a) - Orientador(a) Eduardo

Vera Terra

_____

Prof.(a) Dr.(a) – Orientador(a)- Coorientador Vera Terra

Vera Terra

Prof.(a) Dr. (a) - Coordenador (a) Vera Terra

Sete Lagoas – MG

2019

Resolução do alinhamento mandibular anterior tratado sem extrações

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar no caso de apinhamento ântero- inferior com falta de espaço. Quando podemos decidir por uma não extração de um incisivo inferior tendo como avaliação a espessura de esmalte das faces proximais dos mesmos, através de radiografias e modelos de gesso.

Palavras – Chave: Relato de caso, ortodontia, extração de incisivos, desgaste interproximal.

ABSTRACT

This work aimed to evaluate in the case of anterior inferior crowding with lack of space. When we can decide for a non-extraction of a lower incisor having as evaluation the enamel thickness of the proximal faces of them, through radiographs and plaster models.

Key words: Case report, orthodontics, incisor extraction, interproximal wear.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....Pág.6

2 - PROPOSIÇÃO.....Pág.7

3 – RELATO DE CASO.....Pág.8

4- DISCUSSÃO Pág.10

5 - CONCLUSÃO.....Pág.11

6-REFERÊNCIAS.....Pág.12

INTRODUÇÃO

Um dos grandes motivos das pessoas procurarem tratamento ortodôntico é o apinhamento dentário. O ortodontista, em sua rotina clínica, lida com diversos dilemas em relação as opções de tratamento.

Uma das opções é a aplicação de extração de dentes saudáveis, EDWARD H. ANGLE acreditava ser impossível a obtenção da harmonia oclusal e beleza facial através da realização de extrações dentárias, considerando tais procedimentos como mutilações provocadas nos pacientes [1]. Atualmente, existe uma tendência na ortodontia em aceitar extrações de alguns dentes permanentes, como um recurso na solução de determinados problemas. Desde que corretamente indicada.

Dentre outras opções de tratamento temos, a expansão da arcada, proteção dos incisivos, extração de pré molares e incisivos, desgaste interproximais dos dentes [2-3].

O desgaste das faces interproximais é uma técnica valida que é utilizada por muitos anos[4- 5]. Em 1994, BALLAND já preconizava o desgaste do segmento anterior mandibular para corrigir a falta de harmonia no tamanho dos dentes [6,] e elimina o quadro de morbidade do paciente após a extração, isso resulta em um tempo de tratamento menor [3- 4].

Deve-se ter em mente que é uma alternativa de tratamento conservadora quando comparada à extração dental, porém é um procedimento irreversível.

Desta forma este artigo teve como proposito relatar o caso clínico de um paciente adulto com apinhamento ântero-inferior, relação de molar de Cl I(ANGLE), padrão esquelético de classe I, na qual poderíamos ter duas escolhas de tratamento, como extração do incisivo inferior ou desgaste interproximal dos incisivos. Neste caso a escolha do tratamento foi desgaste interproximal.

PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar no caso de apinhamento ântero-inferior com falta de espaço. Quando podemos decidir por uma não extração de um incisivo inferior tendo como avaliação a espessura de esmalte das faces proximais dos mesmos, através de radiografias e modelos de gesso.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 24 anos, compareceu ao consultório para tratamento, com o objetivo de melhorar o posicionamento dos dentes.

No exame extra bucal não foi observado nenhuma assimetria facial, bom vedamento labial e altura facial ântero-inferior normal.

No exame intrabucal constatou-se que o paciente apresentava uma relação de molar Cl I Angle, padrão esquelético Cl I. Porém localizada ântero-posterior.[4-5] figura

No exame clínico verificou-se a existência de doença periodontal ativa, porém localizada; o mesmo foi encaminhado para tratamento clínico, profilaxia para remoção da placa bacteriana e polimento.

No exame radiográfico, por meio de teleradiografia em norma lateral, observou-se um bom posicionamento da maxila e mandíbula em relação a base do crânio. Foto tele

Com o diagnóstico e objetivos estabelecidos, o tratamento foi iniciado. Tanto no modelo de gesso quanto na radiografia. A mensuração da largura mesiodistal foi realizada com compasso de ponta seca na altura do ponto de contato, e observou-se a espessura de esmalte nas faces proximais através das radiografias periapicais.

Segundo FLAVIO VELINI FERREIRA, é sempre bom ter em mente que as faces distais de todos os dentes apresentam maior quantidade de esmalte que as mesiais, o que nos permite um maior ganho [7].

Determinado os valores, calculamos os valores em milímetros de desgaste interproximal dos dentes.

O tratamento foi iniciado com a colagem superior do aparelho fixo auto ligado metálico com prescrição de Roth, com colagem até segundo molares, foram utilizados os arcos 0,013” à 0,018” NiTi termo ativado. Após essa evolução superior, iniciei o tratamento inferior seguindo alguns passos antes.

Para VELINI, a técnica de desgaste interproximal dos dentes com finalidade ortodôntica envolve quatro fases: 1) profilaxia e polimento; 2) desgaste; 3) polimento e 4) acompanhamento.

Vários recursos podem ser utilizados para a realização dos desgastes interproximais, entre eles a lixa de aço, as pontas diamantadas montadas em alta rotação, os discos de lixas e as brocas de tungstênio multilaminadas.

Segundo VELINI, todos os recursos têm vantagens e desvantagens, no entanto, cabe a decisão do profissional de acordo com sua habilidade, a escolha por qual método a ser utilizado, visando alcançar o melhor resultado e obter o objetivo com precisão.

A escolha do método para a realização do desgaste foi o disco perfurado que proporciona visibilidade por meios dos desgastes, além de menor atrito e maior refrigeração. Após foi feito um refinamento dos mesmos, realizando espaços interdentários.

Após realizarmos o acabamento que tem como finalidade principal a melhoria do contorno dentário após o desgaste, principalmente nos ângulos próximo-vestibular e próximo-lingual.

Este pode ser realizado com ponta diamantada tronca cônica ou forma de pera, lixas e contra ângulos EVA.

Realizado o procedimento, convém tomar alguns cuidados no polimento das superfícies desgastadas para que elas não sejam mais susceptíveis a carie, quando comparadas as superfícies normais. VELINI destaca que a fase do polimento é de fundamental importância para o sucesso da terapia. “Quanto mais polida a região trabalhada, menores os riscos de acúmulo de placa bacteriana e instalação do processo carioso”[7-8]. Iniciamos o polimento com disco de lixa soflex pop-on (3m), em ordem decrescente de granulação (grossa, media, fina) passando-se a seguir com tiras de lixa com centro neutra. Em continuação, polimos as áreas desgatadas com pedra pomes e com taça de borracha. Após aplicamos uma solução de flúor em forma de gel por cinco minutos, orientando o paciente a não comer e beber por 30 minutos. O flúor restabelece a maturidade de esmalte exposto pelo desgaste e bochechos diários com solução de fluoreto de sódio a 0,05% por seis meses.

Foi instalado o aparelho inferior auto ligado metálico e foram utilizados os arcos 0,013” à 0,018” NiTi termo ativado.

Não foi feito o desgaste em uma só etapa, já que o apinhamento era severo. Portanto, após a sua correção quanto ao posicionamento, executou-se o que foi determinado com pequenos desgastes utilizando tira de lixa.

DISCUSSÃO

Os métodos ortodônticos evoluíram significativamente, o que permite que tratamentos com extrações dentárias tenham sido menos usadas no dia a dia clínico. O desgaste interproximal veio para ajudar o ortodontista nessa evolução.

De acordo com os resultados deste caso, durante o planejamento, deve-se considerar a largura media mesio distal dos incisivos centrais e laterais superiores é de (6,0mm) e dos incisivos centrais e laterais inferiores é de (5,5mm).

A principal indicação do desgaste inter proximal é o apinhamento dental, especificamente em adultos, onde a falta de espaço na arcada fique entre 3mm e 8mm [5-9]. Considerando que estudos anteriores [10-11] mencionaram que cerca de metade de toda espessura do esmalte proximal pode ser removida com segurança; baseados em estudos, seria possível realizar um desgaste proximal de cerca de 0,40mm na face distal, e cerca de 0,35 na face mesial.

Desta forma pode-se esperar um ganho de aproximadamente 3mm se o desgaste for realizado nos quatro incisivos inferiores. Estudos afirmam, que os desgastes proximais não resultam em nenhum prejuízo periodontal [12-13], além disso, alguns autores afirmam que não existem complicações patológicas à polpa a curto prazo, quando os desgastes são realizados[11-14-15]. No entanto, não se deve negligenciar a refrigeração e o polimento, para que os danos a longo prazo não sejam causados.

CONCLUSÃO

A redução do esmalte interproximal é um procedimento clínico auxiliar importante para ortopedia e ortodontia, seja por meio das técnicas ortodônticas convencionais ou linguais.

Entretanto, deve se considerar que a influencia de desgaste a ser executado gera recidiva e o excesso gera impacção alimentar e, consequentemente doença periodontal.

Portanto, é imperativo o registro e a mensuração dos espaços determinados no diagnostico e planejamento, afim de tornar os desgastes intermediários de forma criteriosa e não aleatória.

REFERÊNCIAS

1. ALANE, E.H. Treatment of malocclusion of the teeth, 7th Ed. Philadelphia: SS White Manufacturies,1907.

2. ROSSOUW P.E.,TORTORELLA A. Enamel reduction procedures in orthodontic treatment. J Can Dent Assoc. 2003; 69: 378-83.

3. ARMAN A, CEHRELISB, OZEL E, ARHUN N, CETINSAHIN A, SOYMAN M. Qualitative e quantitative evaluation of enamel after various stripping methods. AMJ Orthod Dentofacial Orthop 2006; 130 (2) e 131(7-14).

4. GERMEÇ D, TANET TU, Effects of extraction and nonextraction therapy whit air – rotor stripping on facial esthetics in postadolescent borderline patients. AMJ Orthod Dentofacial Orthp 2008; 133(4):539-49.

5. LAPENAITE E, LOPATIENE K. Interproximal enamel reduction as part of orthodontic treatment. Stomatologija 2014, 16(1):19-24.

6. BALLARD ML, Asymmentry in tooth size: A factor in the etiology, diagnosis and treatment of malocclusion. The Angle Orthod 1944, 14(3)67-71.

7. VELINI FERREIRA F. Desgaste interproximal – uma opção válida no tratamento ortodôntico.

8. MUNHOZ LO, VELINI FERREIRA F. Evaluation of proximal enamel thickness and crown measurements in maxillary first premolars. Brazilian Journal SCI 2012; 11(1):30-5.

9. ZACHRISSON BU, MINSTER L, OGAARD B, BIRKHED D. Dental health assessed after interproximal enamel reduction: caries risk in posterior teeth. AMJ Orthod Dentofacial Orthop 2011; 139(1):90-8.

10. DEMANGE C, FRANCOIS B. Measuring and charting interproximal enamel remova. J Clin Orthod. 1990 Jul; 24(7):408-12.

11. JANJOURA K, GAGNON G, NIEBERG L. Carie risk after interproximal enamel reduction. AMJ Orthod Dentofacial Orthop 2006; 130(1):26-30.

12. ARTON J, KOKICH VG,OSTERBERG SK. Long term effect of root proximity on periodontal health after orthodontic treatment. American journal orthondontic 1987; 91(2) :125-30

13. CRAIN G,SHERIDAN JJ. Susceptibility to caries and periodontal disease after posterior air-root stripping. Clin Orthod. 1990 Feb;24(2):84-5

14. ZACHRISSON BU. Actual damage to teeth and periodontal tissues with mesiodistal enamel reduction (“stripping”). World J Orthod 2004; 5(2) :178-83

15. THORDARSON A, ZACHRISON BU, MJOR IA. Remodeling of canines to the shape of lateral incisors by griding: a long term clinical and radiographic evaluation. AMJ Orthod Dentalfacial Orthop. 1991, aug;100(2):123-32

16. CAPELLI J, CARDOSO M, ROSEMBACH G. Tratamento do apinhamento ântero inferior por meio de desgaste interproximal. Rev. bras. odontol.;56(4):170-3, jul-ago. 1999.

17. MONDELLI A L, SIQUEIRA D F, FREITAS M R, ALMEIDA R R. Desgaste interproximal: opção de tratamento para o apinhamento. R Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v. 1, n. 3, p 5-17- jun/jul. 2002

18. SHARMA N S, SHIVASTAV S S, HAZAREY P V. Matering interproximal stripping: whit innovations in slenderization. Int J Clin Pediatr Dent. 2012, may-aug; 5(2): 163-166.