Correção de sobremordida com *build up* ou plano inclinado anterior fixo: relato de casos

Overbite correction with build up or fixed inclined anterior biteplane appliance: cases report

Larissa Fernanda Rosa Casado[1]
Ivana Uglik Garbui[2]
Regina Ascenção Pequeneza[3]
Emne Hammoud Gumieiro[4]
Renato Castro de Almeida[5]

1. Especialista em Ortodontia – Sociedade Paulista de Ortodontia.
2. Especialista em Ortodontia – CFO; Doutora em Ortodontia –Universidade de Campinas.
3. Especialista em Ortodontia – CFO; Mestra em Ortodontia – Universidade Camilo Castelo Branco.
4. Especialista em Ortodontia – CFO; Doutora em Ciências da Saúde – Universidade Federal de São Paulo.
5. Doutor em Ortodontia – Universidade de Campinas; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Sociedade Paulista de Ortodontia.

Endereço para correspondência:
Larissa Fernanda Rosa Casado
Av. Susana, 93 – apto 32
Vila Gumercindo – São Paulo – SP
CEP 04130-000
Telefone:
Email: larissaf.rosa@yahoo.com.br

Resumo

A maioria das maloclusões de Classe II é caracterizada pelo aumento do trespasse horizontal e vertical. A sobremordida apresenta componentes esqueléticos, dentários e neuromusculares que exigem diferentes estratégias de tratamento, cujo diagnóstico envolve uma análise facial, cefalométrica e do plano oclusal. Este trabalho tem por objetivo descrever o uso de dois diferentes tipos de levantes de mordida no tratamento da sobremordida, *build up* na face oclusal em dentes posteriores e um plano anterior inclinado fixo. No Caso 1, a paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, foram confeccionados *build up* com resina fotopolimerizável; no Caso 2, paciente do sexo masculino, 17 anos de idade, foi realizada a fixação de uma placa para levante de mordida anterior, constituída por uma porção de resina, junto à face palatina dos dentes anteriores de canino a canino, sustentada por uma barra palatina soldada nas bandas dos dentes 16 e 26, semelhante a um botão de Nance modificado com uma superfície acrílica plana estendida. Ambos os casos foram tratados com aparelho autoligado para expansão dentoalveolar e ganho de espaço. O *build up* e o plano anterior inclinado fixo reduziram o trespasse horizontal e vertical na sobremordida associada à maloclusão de Classe II. As duas técnicas promoveram extrusão dos dentes posteriores em aproximadamente seis meses de tratamento com prognóstico favorável de estabilidade.

Unitermos: Sobremordida. Má Oclusão de Angle Classe II. Desenho de Aparelho Ortodôntico.

Abstract

Most Class II malocclusions are characterized by an increase in dental overbite and overjet. Deep bite has skeletal, dental and neuromuscular components that require different treatment strategies, the diagnosis of which involves a facial, cephalometric and occlusal plane analysis. This work aims to describe the use of two different types of bite raisers in the treatment of deep bite, build up on the occlusal surface in posterior teeth and a fixed inclined anterior biteplane. In Case 1, the female patient, 12 years old, build up were made with photopolymerized resin; in Case 2, a 17-year-old male patient used a fixed inclined anterior biteplane, consisting of a portion of resin, next to the palatal face of the anterior teeth from canine to canine, supported by a palatal bar welded on the bands of teeth 16 and 26, similar to a modified Nance button with an extended flat acrylic surface. Both of cases were treated with a self-ligating appliance for dentoalveolar expansion and space gain. The build up and the fixed inclined anterior biteplane reduced the overjet and overbite associated with Class II malocclusion. Both techniques promoted extrusion of posterior teeth in approximately six months of treatment with a favorable prognosis of stability.

Key-words: Overbite. Malocclusion, Angle Class II. Orthodontic Appliance Design.

Introdução

A maioria das maloclusões de Classe II é caracterizada pelo aumento do trespasse horizontal e vertical. A falta de contato incisal resulta na extrusão do complexo dentoalveolar anterior, tanto superior quanto inferior, o que pode restringir o crescimento da mandíbula e provocar alterações nas funções musculares.[1] Portanto, a sobremordida apresenta componentes esqueléticos, dentários e neuromusculares que exigem diferentes estratégias de tratamento.[2]

Além disso, o diagnóstico envolve a avaliação facial quanto ao nível de exposição gengival durante a fala e o sorriso, e a relação do lábio superior com os incisivos superiores; na avaliação cefalométrica, consideram-se o padrão de crescimento e a inclinação axial dos incisivos; e por fim, a análise do plano oclusal, especialmente quanto à profundidade da curva de Spee. Outras variáveis também influenciam na abordagem corretiva, como a idade e o sexo.[2]

Sugere-se que a maloclusão de Classe II seja predominante nos indivíduos com padrão de crescimento facial hipodivergente, ou seja, proporção aumentada da altura facial posterior em relação à altura facial anterior. Assim, os aparelhos funcionais teriam como principal modo de ação, modificar o potencial e a direção de crescimento da mandíbula, enquanto os demais aparelhos atuariam predominantemente no processo alveolar e posição dos dentes.[3]

Este trabalho tem por objetivo descrever o uso de dois diferentes tipos de levantes de mordida no tratamento da sobremordida, um plano anterior inclinado fixo e *build up* na face oclusal em dentes posteriores.

Relato de Caso 1

Paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Sociedade Paulista de Ortodontia encaminhada por outro dentista para tratamento ortodôntico.

Em avaliação extrabucal, a paciente apresentava terço médio diminuído, bom selamento labial e simetria; convexo com sulco mentual acentuado.

Na análise intrabucal, havia discretos diastemas entre os incisivos superiores, vestibularização dos incisivos superiores, trespasse horizontal de 6 mm e vertical de 4 mm, ligeira giroversão do dente 22, caninos superiores mesializados, linhas médias não coincidentes, relação de caninos de classe II, relação de molares de classe II no lado direito e de 1/2 cúspide de classe II no lado esquerdo; a higiene bucal foi considerada satisfatória (Figura 1 a 3).

A radiografia panorâmica revelou dentes íntegros, e imagem radiolúcida do lado direito da mandíbula envolvendo o dente 48, sugestiva de lesão cística, e demais terceiros molares em formação (Figura 4).

Na análise cefalométrica, observou-se perfil convexo, com protrusão da maxila e da mandíbula em relação à base do crânio, padrão braquifacial, diminuição do terço médio da face, incisivos superiores vestibularizados e retruídos em relação à sua base óssea, e incisivos inferiores vestibularizados e protruídos em relação à sua base óssea (Figura 5). As medidas confirmaram uma maloclusão de Classe II esquelética (Tabela 1).

Relato de Caso 2

Paciente do sexo masculino, 17 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Sociedade Paulista de Ortodontia para tratamento ortodôntico com queixa principal de "meu dente está pra fora" (sic).

Em avaliação extrabucal, o paciente apresentava assimetria facial com terços faciais proporcionais e bom selamento labial.

Na análise intrabucal, as linhas médias eram coincidentes, incisivos centrais superiores verticalizados, dente 12 vestibularizado, trespasse horizontal e vertical de 2 mm, caninos superiores mesializados, relação de caninos de classe II bilateral, relação de molares de classe II bilateral (Figura 6 a 8); a higiene bucal foi considerada satisfatória.

A radiografia panorâmica revelou dentes íntegros, terceiros molares impactados e nada mais digno de nota (Figura 9).

Na análise cefalométrica, observou-se perfil convexo, maxila protruída e mandíbula retruída em relação à base do crânio, padrão mesofacial, incisivos superiores palatinizados em relação à maxila e incisivos inferiores vestibularizados e protruídos em relação à sua base óssea (Figura 10). Portanto, o paciente era portador de maloclusão de Classe II esquelética divisão 2 (Tabela 1).

Tratamento

Com exceção do primeiro caso, que o tratamento iniciou-se após a remoção do cisto, em ambos os pacientes, o objetivo do tratamento foi corrigir a maloclusão de Classe II e da mordida profunda, com ganho de espaço por meio de expansão dentoalveolar através do aparelho autoligado. Para a correção da mordida profunda, o levante de mordida foi a técnica selecionada por permitir a colagem do aparelho no arco inferior, sem interferir nos movimentos de alinhamento e nivelamento.

No Caso 1, foram confeccionados *build-up* com resina fotopolimerizável (Ortho Bite, FGM Produtos Odontológicos, Joinville-SC, Brasil) na face oclusal dos primeiros molares inferiores para auxiliar no levantamento da mordida (Figura 11 e 12), permitindo a colagem do aparelho inferior. No Caso 2, foi realizada a fixação de uma placa para levante de mordida anterior, constituída por uma porção de resina, junto à face palatina dos dentes anteriores de canino a canino, sustentada por uma barra palatina soldada nas bandas dos dentes 16 e 26, semelhante a um botão de Nance modificado com uma superfície acrílica plana estendida (Figura 13).

Na arcada superior dos dois casos, foi feita a colagem do aparelho autoligado, prescrição Roth *slot* 0,022" (SLH 0.022", Morelli, Sorocaba-SP, Brasil) e, aproximadamente seis meses do início do tratamento, obteve-se o trespasse vertical adequado (Figura 14).

Discussão

A extrusão dos dentes posteriores é indicada para pacientes com padrão de crescimento horizontal ou equilibrado, e cujo aumento da altura facial anterior inferior não irá alterar a estética facial.[2, 4]

Pacientes em crescimento com retrusão mandibular são beneficiados por aparelhos que promovem o avanço, estimulando o crescimento da mandíbula,[1, 5] por outro lado, naqueles que utilizam aparelhos que restringem o crescimento da maxila, a correção se deve ao efeito ortopédico ao movimento dos incisivos e molares dentro do osso dentoalveolar.[6, 7]

Além do grupo de pacientes supracitado, nos adultos, a mecânica de intrusão dos dentes anteriores é indicada no padrão hiperdivergente, nos quais o aumento da altura facial ântero-inferior seria prejudicial para o equilíbrio da estética facial.[2] Para esta abordagem, podem ser utilizados arco base,[8, 9] arco de intrusão de três peças ou técnica segmentada,[2, 10] arco contínuo,[2] colagem de braquetes mais próximos da borda incisal,[4] ou batentes nos dentes posteriores para intrusão dos incisivos inferiores.[4] Quando não há possibilidade de se utilizar qualquer uma dessas técnicas, pode optar-se pelo levante de mordida posterior temporário,[4] atualmente com resina *build up* ou a colagem diferenciada.[2]

Para pacientes com padrão horizontal ou equilibrado,[4] indica-se a extrusão de dentes posteriores que pode ser realizada por meio de curva acentuada superior e curva reversa inferior, de forma ativa, principalmente na região de pré-molares.[2] Também podem ser utilizados batentes pré-fabricados ou customizados na região anterior quando o trespasse horizontal é pequeno,[4, 11] ou plano de inclinado anterior fixo ou removível para trespasses maiores.[4] O plano inclinado em resina, modificado a partir de um botão de Nance, é

considerado um recurso passivo e possibilita a colagem imediata dos braquetes na arcada inferior quando necessários,[12] como nos presentes casos, bem como qualquer outro dispositivo de levante de mordida.[11]

O tempo de uso do plano inclinado fixo varia de 3,5 a 8,5 meses,[12-15] resultando em aumento da altura facial anterior inferior e total, posição mais anterior da mandíbula, incisivos mais inclinados para vestibular, e erupção passiva dos dentes posteriores inferiores, pouco alterando a atividade muscular,[14] ou relação condilar.[13, 16] O reposicionamento muscular da mandíbula pelo plano inclinado ocorre durante a deglutição.[5] Por outro lado, apesar de os aparelhos funcionais interferirem nos movimentos mandibulares, são mais efetivos caso uma quantidade maior de avanço mandibular é requerida.[5] Dentre as desvantagens dos planos inclinados, citam-se a necessidade de moldagem, procedimentos laboratoriais, consultas para instalação e de ajuste, dificuldades de higienização.[17]

Os levantes também podem ser confeccionados com resina na face oclusal dos dentes posteriores e constituem o método mais simples de levantamento da mordida, confeccionados com resina fotopolimerizável na face oclusal dos molares, passíveis de customização durante o tratamento.[17] É importante que as resinas tenham boa aderência ao esmalte da face oclusal, devido à presença de sulcos e fissuras; por outro lado, não devem apresentar fratura coesiva do esmalte na remoção da resina.[17] Baseados neste princípio, levantes de mordida com inclinação de 45º podem ser confeccionados em dentes isolados para promover também o avanço da mandíbula.[18]

Elásticos de intercuspidação aceleram o processo de extrusão dos dentes posteriores além de auxiliar o fechamento da mandíbula em posição anteriorizada,[12, 18] e foram utilizados com sucesso no tratamento dos dois pacientes adultos jovens aqui descritos.

Em pacientes tratados com a intrusão de incisivos sempre deve ser feita a sobrecorreção devido à possibilidade de recidiva.[9] Em contrapartida, a recidiva com a extrusão dos dentes posteriores pode ser considerada rara, especialmente se houver nivelamento da curva, presença de todos os dentes e sem diastemas.[19]

Conclusão

O *build up* e o plano anterior inclinado fixo reduziram o trespasse horizontal e vertical na sobremordida associada à maloclusão de Classe II. As duas técnicas promoveram extrusão dos dentes posteriores em aproximadamente seis meses de tratamento com prognóstico favorável de estabilidade.