



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

ROBERTA MARQUES PEREIRA

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM
DIASTEMAS GENERALIZADOS NA REGIÃO ANTERIOR POR
HÁBITO DE DEGLUTIÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO.**

SALVADOR

2018

ROBERTA MARQUES PEREIRA

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM
DIASTEMAS GENERALIZADOS NA REGIÃO ANTERIOR POR
HÁBITO DE DEGLUTIÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO.**

Artigo científico apresentado a Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia

ORIENTADOR: Prof. Me. Antonio França de Lacerda

SALVADOR

2018

P4141t

Pereira, Roberta

Tratamento ortodôntico em paciente com diastemas generalizados na região anterior por hábito de deglutição atípica: relato de caso/ Roberta Marques Pereira- 2018.

27 f.;il.;color

Orientador: Antônio Lacerda França

Artigo (especialização em Ortodontia)- Faculdade Sete Lagoas, Salvador, 2018.

1. Má oclusão de Angle Classe III. 2. Aparelhos de tração extrabucal. 3. Aparelhos ortopédicos.

I. Título. II. Antônio Lacerda França

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado **“Tratamento Ortodôntico em Paciente com Diastemas Generalizados na Região Anterior por Hábito de Deglutição Atípica: Relato de Caso”** de autoria da aluna Roberta Marques Pereira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Me. Antônio de Lacerda França – Orientador

Profa. Me. Valba Augusto Oliveira Luz - Faccete (Salvador)

Prof. Me. Paulo Pagano – Faccete (Salvador)

Profª Me. Annie Duque Ferreira – Faccete (Salvador)

Salvador,

RESUMO

A presença de diastemas devido discrepância de tamanho dentário, que ocorre em um número considerável de pacientes que procuram por tratamento ortodôntico, pode influenciar negativamente os objetivos do tratamento e os seus resultados finais. Muitas vezes, somente a mecânica ortodôntica não é suficiente para resolver os casos de fechamento de diastemas. Da mesma maneira, apenas a técnica restauradora pode ocasionar, em dentes desproporcionais, uma aparência desarmônica. Uma abordagem multidisciplinar é fundamental para um bom prognóstico. Esse trabalho ilustra por meio de um caso clínico, com duração de trinta meses, aspectos ortodônticos e restauradores de quatro incisivos superiores e que devem ser considerados na realização de fechamento de diastemas, permitindo a finalização do caso com resultado satisfatório e otimizado.

DESCRITORES: Diastema. Estética dentária. Ortodontia. Odontologia.

ABSTRACT

The presence of diastema tooth size discrepancy due, that occurs in a significant number of patients looking for orthodontic treatment, can adversely influence treatment goals and their final results. Often, only orthodontic mechanics is not enough to resolve the cases of diastema closure. In the same way, only the restorative technique can cause disproportionate teeth, with an appearance of disharmony. A multidisciplinary approach is essential, that is, the Union of the orthodontist and the professional who will perform restorations for finalization of the clinical case, getting a good prognosis. Therefore, this work illustrates through a clinical case, lasting for thirty months, orthodontic and restorers aspects of the four upper incisors, that should be considered in conducting diastema closure, allowing the completion of the case with satisfactory result and optimized.

DESCRIPTORES: diastema, dental, orthodontics, cosmetic dentistry

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 RELATO DE CASO	11
2.1 Descrição do caso clínico	11
2.1.1 Exame extraoral.....	11
2.1.2 Exame Intraoral.....	12
2.1.3 Exames Complementares.....	13
2.2 Diagnóstico	15
2.3 Objetivos do tratamento	15
2.4 Plano de tratamento	16
2.5 Evolução do tratamento	16
2.6 Resultados do tratamento	19
3 DISCUSSÃO	21
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Os meios de comunicação, principalmente a mídia (televisão) e a globalização passaram a divulgar imagens e conceitos do que é ser saudável, ser bonito. Com isso as pessoas passaram a buscar o ideal de estética. Diante disso, surge a forma incontestável de padrão de beleza do sorriso: O sorriso harmonioso, agradável e estético, assim como a face. Cientificamente, a normalidade facial é denominada como Padrão I, ou seja, não apresenta qualquer discrepância esquelética sagital ou vertical, sendo a má oclusão, caso presente, apenas dentária. Já o Padrão II apresenta convexidade facial aumentada em consequência do excesso maxilar, mais raro, ou pela deficiência mandibular. Geralmente, nota-se uma maxila com boa expressão na face, enquanto o terço inferior está deficiente e com a linha queixo-pescoço curta.¹ Dessa forma, torna-se desagradável um sorriso que apresente qualquer característica divergente do padrão proposto pela mídia e que algumas vezes pode afetar o comportamento social, profissional e afetivo do indivíduo.^{2,3}

A harmonia e o equilíbrio da oclusão dentária normal podem ser prejudicados por diversos fatores, o que acaba provocando nos pacientes um desconforto estético. Dentre os problemas mais comuns estão os apinhamentos, as ausências dentárias; as giroversões; as alterações de morfologia dentária; a sobremordida e a sobressaliência acentuadas e os diastemas entre os incisivos superiores.⁴

O espaço, ou ausência de contato, entre dois ou mais dentes consecutivos é denominado de diastema. Pode acontecer em qualquer local nas arcadas superior ou inferior, sendo mais freqüentes entre os incisivos centrais superiores permanentes, região anterior da maxila⁵. As causas dos diastemas generalizados podem ser: dentes pequenos em relação ao tamanho da arcada, macroglossia e hábito de sucção.^{6,7}

Os problemas relacionados à anatomia dentária podem ocasionar uma discrepância de tamanho dentário (discrepância de Bolton), no excesso ou na redução de largura dental. Isso ocorre em um número considerável de casos

de pacientes que procuram por tratamento ortodôntico.⁴ Esta situação pode influenciar os objetivos do tratamento, impedindo a finalização do caso adequadamente, pois o tamanho dos dentes inferiores e superiores não se mostram compatíveis. Quando a redução da largura mesiodistal for a causa da discrepância de tamanho dentário, nota-se a presença de diastemas generalizados, na maioria das vezes entre os incisivos superiores. Entretanto, considera-se a ausência de contato, esses espaços entre dois ou mais dentes consecutivos, uma condição patológica. Durante a anamnese, o paciente deixa claro seu incômodo por este motivo, além disso, caso o tratamento não seja planejado de forma adequada pode representar um grande fator de risco de recidiva.²

A decisão terapêutica está relacionada ao tamanho do diastema, o que é um fator de risco significativo. Existem diversas formas de tratamento disponíveis, entre elas: tratamento ortodôntico, facetas laminadas, coroas em cerâmica ou restaurações de resina composta.^{7,8}

O aparecimento de diastemas também pode estar associado a alterações fonoarticulares como a deglutição atípica. A deglutição é vista por muitos como o simples ato de engolir. Porém, é uma atividade neuromuscular complexa, pertencente a um complexo mais amplo, conhecido como Sistema Estomatognático. Quando essa atividade é rompida, por alterações nesse processo, ocorrerá a Deglutição Atípica. Na Ortodontia, as práticas fonoaudiológicas estão sendo cada vez mais valorizadas pelos profissionais, enquanto terapia miofuncional. Quando há respiração bucal, flacidez da musculatura de lábios, bochecha, dos músculos elevadores da mandíbula, interposição de língua, alterações de ponto articulatório, tornando a deglutição inadequada é considerado um quadro complexo de deglutição atípica. Os fonoaudiólogos e ortodontistas, atualmente, trabalham em conjunto na busca de propostas de intervenção, prevenção, afim de diminuir, se possível, os distúrbios que alteram a forma de deglutição.^{9,10,11}

Nouer classifica as deglutições atípicas com pressão lingual: a) deglutição atípica com interposição lingual alta: Caracterizada pelo posicionamento lingual muito alto dentro da cavidade bucal com a ponta da

língua tocando a região palatina dos incisivos superiores durante a deglutição. Clinicamente se caracteriza pelo hipodesenvolvimento do arco superior. Os dentes superiores apresentam-se vestibularizados, os incisivos inferiores verticalizados, o trespasse horizontal aumentado, pode haver a presença de diastemas na região superior anterior, existe uma interposição do lábio inferior entre os incisivos superiores e inferiores, e a mordida cruzada posterior é freqüente; b) deglutição atípica com interposição lingual média: caracteriza-se pelo posicionamento lingual intermediário dentro dos arcos superior e inferior durante a deglutição. O paciente em geral apresenta uma biprotrusão maxilar, existe a presença de diastemas generalizados tanto na região superior quanto inferior, os dentes superiores e inferiores apresentam-se vestibularizados, podendo até haver recessão gengival, o arco maxilar é hipodesenvolvido e as mordidas cruzadas posteriores são freqüentes; c) deglutição atípica com interposição lingual baixa: caracteriza-se pelo posicionamento lingual na região geniana (assoalho bucal) com apoio nos incisivos inferiores durante a deglutição. O arco inferior apresenta-se hiperdesenvolvido e pode estar acompanhado de prognatismo mandibular, com diastemas generalizados na região anterior, apresentando uma forma quadrangular, há hipodesenvolvimento maxilar, com apinhamento dentário, mordidas cruzadas posteriores unilaterais ou bilaterais e ou mordida cruzada anterior.¹²

O presente trabalho tem como objetivo fazer um relato de caso de um paciente padrão face longa moderada, classe I de Angle, com arco tipo espaçado com diastemas generalizados na região anterior por hábitos de deglutição atípica. Devido à discrepância de tamanho dentário foi necessário um planejamento multidisciplinar entre a ortodontia e a dentística restauradora para se obter uma correta finalização do caso.

2 RELATO DE CASO

2.1 Descrição do caso clínico

O paciente, HSVJr, gênero masculino, com idade 24 anos, melanoderma, compareceu ao CENO (Centro de Estudos Odontológicos) a procura de tratamento ortodôntico, sendo a queixa principal os diastemas generalizados em toda a porção anterior das arcadas superior e inferior: “Meus dentes são muito separados”.

2.1.1 Exame extraoral

Ao exame extraoral, o paciente apresentou um padrão face longa moderada, forma oval, sem assimetrias evidentes, perfil levemente convexo, com tendência a reto, ângulo nasolabial dentro da normalidade, pequena retrusão mandibular, protrusão labial inferior, terços faciais desproporcionais, com predominância do terço inferior da face moderada. (Figura 1).



Figura 1(A-B)- Fotos extrabucais. A) Frontal. B) Lateral

2.1.2 Exame Intraoral

A avaliação intrabucal indicou estágio de dentição permanentes. A linha média superior e inferior estavam centralizadas em relação a linha média facial. Não havia presença de cárie, apenas uma restauração a ser trocada (26-oclusal) devido desgaste. No sentido ântero- posterior verificou-se classe I de Angle bilateralmente. Não foi observado problemas transversais na maxila e mandíbula.

Também foi observado uma grande vestibularização e diastemas dos dentes anteriores superior e inferior devido a deglutição atípica (Figuras 2). Os padrões cefalométricos apresentam diversas variações dentárias, Classe I esquelética ($ANB= 1,5^\circ$), maxila protruída ($SNA= 85^\circ$), não possui sobremordida dentária, discreto trespasse horizontal de 2 a 3 mm (Overjet), ângulo interincisal de 120° , incisivos superiores e inferiores estão mal relacionados segundo a análise da USP (crescimento dentário) ($1-NA= 9\text{mm}$ - $NB= 9\text{mm}$), indicando um posicionamento anterior dos molares superiores (Figura 2).

Ao fazer o exame funcional, identificou-se que há interposição da língua entre os incisivos durante a deglutição.

Constatou-se que os diastemas mediam:

Quadro 01- Medidas dos diastemas entre os dentes anteriores superiores.

	SUPERIOR	INFERIOR
INC. CENTRAIS	2mm	1,5mm
INC. CENTRAIS/ LATERAIS DIEITO	2mm	1,5mm
INC. LATERAIS/ CANINOS DIREITO	2,5mm	1mm
CANINOS/ PRE-MOLARES DIREITO	0,5mm	1mm
INC. CENTRAIS/ LATERAIS ESQUERDO	3mm	1mm

INC. LATERAIS/ CANINOS ESQUERDO	3,5mm	1,5mm
CANINOS/ PRE-MOLARES ESQUERDO	1mm	2mm



Figura 2 (A-C)- Fotos Intraorais. A)Frontal, B) Lateral direito e C) Lateral esquerdo.

2.1.3 Exames Complementares

Analisando a radiografia panorâmica, notou-se que todos os dentes estavam erupcionados. (Figura 3).

Na análise cefalométrica de USP (Tabela 1 e figura 4), indicou que a mandíbula estava levemente protruída em relação a base do crânio e rotacionada no sentido horário.



Figura 3- Radiografia Panorâmica



Figura 4- Teleradiografia de perfil

Tabela 1: Dados cefalométricos

ÂNGULO	NORMA	PACIENTE	
SNA	82°	85°	Leve protrusão da maxila
SNB	80°	83,5°	Leve protrusão da mandíbula
ANB	2°	1,5°	Cl. I esquelética
1.NA	22°	27°	Inc. Sup. Levemente vestibularizados.
1-NA	4mm	9 mm	Inc. Sup. Protruídos
1.NB	25°	34°	Inc. Inf. muito vestibularizados.
1-NB	4mm	9 mm	Inc. Inf. protruídos.
NPERP A		0mm	Maxila levemente retruída.
NPERP P		-8mm	Mandíbula retruída.
AFAI		85mm	Altura Facial aumentada tendenciando a face longa.

2.2 Diagnóstico

O paciente apresentou padrão face longa moderada, classe I dentária com arco tipo espaçado atribuído à hábitos deletérios e a deglutição atípica.

2.3 Objetivos do tratamento

Fazer relato de caso clínico de um paciente padrão face longa moderado, classe I de Angle, com arco tipo espaçado com diastemas generalizados na região anterior por hábitos de deglutição atípica. Devido à discrepância de tamanho dentário foi necessário um planejamento multidisciplinar entre a ortodontia e a dentística restauradora para se obter uma correta finalização do caso.

2.4 Plano de tratamento

As opções de tratamento.

- Colocar aparelhos miofuncionais associados à ortodontia fixa.
- Associar ao tratamento ortodôntico a fonoterapia.
- Não tratar.

O paciente escolheu a segunda opção.

Diante do problema dentário e funcional diagnosticados, inicialmente foi planejado o uso do aparelho fixo e de correntes elásticas para correção dos diastemas generalizados e vestibularização dos dentes superiores e inferiores. Paralelamente, o paciente foi encaminhado para o fonoaudiólogo para correção da disfunção da língua, deglutição atípica.

2.5 Evolução do tratamento

O aparelho convencional foi montado/colado no dia 13/09/14, do 35 ao 45 e iniciou a mecânica do tratamento planejado. No dia 15/11/14 foi montado do 15 ao 25, não foi montado no mês de outubro porque o paciente não compareceu nesse mês. Montado, solicitou-se o separador para cimentação das bandas do 16, 26, 36 e 46. No dia 24 de janeiro foi realizado as bandagens, com tubos simples soldado em cada uma delas, além de colar os tubos simples no 17,27,37 e 47 e solicitado o encaminhamento para o fonoaudiólogo.

Durante as consultas, constantemente foi cobrada a resposta sobre o tratamento fonoarticular, entretanto o paciente está reticente em frequentar o fonoaudiólogo.

A partir desse momento, toda apanatologia instalada foi dada continuidade ao tratamento fazendo a evolução de fios que se iniciou no 0,012 redondo NiTi e evoluiu até o 0,017x 0,025” aço retangular, além de ter sido encaminhado para o fonoaudiólogo e explicado o porque e importância do mesmo devido sua deglutição atípica. (Figuras 5-9). No fio 0,020” de aço inferior foi realizada curva reversa.

A partir do fio 0,017X0,025” de aço diagramado e com revenido foram usadas as correntes elásticas (longas, médias e curtas- de acordo as necessidades mensais) de molar a molar para fechar os espaços dos diastemas. No inferior todo o espaço foi fechado, no superior permaneceram espaços devido a discrepância de Bolton existente, tendo excesso de massa dentária inferior, portanto falta superior.

No dia 23/04/16 foi feito uma dobra de intrusão da distal do 11 a distal de 22. No mês de junho do mesmo ano foi feito dobra de vestibularização do 12 ao 22. Em Julho foi feito uma dobra Z na mesial e distal do 21e dobra de extrusão no 12, além de mola aberta na mesial do 13 e distal do 12 para mesialização do 12.

Em dezembro de 2016 passou a ser utilizado elástico de intercuspidação 3/16 médio do 13 para 43 e do 23 para 33 e 34 e dado e explicado ao paciente para realizar a troca uma vez ao dia durante todo mês.

Os espaços existentes entre os incisivos foram distribuídos e mantidos nos meses de janeiro, fevereiro e março com molas fechadas para após finalização de tratamento ortodôntico, ser encaminhado para dentística com finalidade de fechar os espaços com resina composta. Esses espaços foram fechados no mês de abril com resina composta, técnica direta.

Esse tratamento teve duração de 30 meses. Após finalização, foi feito a contenção fixa inferior de 3 em 3 nos arcos superior e inferior e a móvel no superior.



Figura 5 – Foto intrabucal 06 meses do início do tratamento ortodôntico.



Figura 6 (A-B) – Fotos intrabucais após 12 meses do início do tratamento ortodôntico.



Figura 7 – Foto intrabucal após 24 meses após o início do tratamento ortodôntico.



Figura 8(A-B) – Fotos intrabuciais após 29 meses do início do tratamento ortodôntico.



Figura 9 – Foto intrabucal após 30 meses do início do tratamento ortodôntico.

2.6 Resultados do tratamento

Ao realizar análise facial, verificou-se que ao final do período de tratamento proposto estavam fechados todos os diastemas ântero inferiores, porém no arco superior não houve fechamento completo, devido a discrepância do Bolton existente. (Figura 10).

Os caninos e primeiros molares estavam em relação de classe I de Angle em ambos os lados e linha média superior e inferior centralizadas, e essas posições foram mantidas até o final do tratamento. Os dentes posteriores foram mantidos numa correta relação vestibulo-lingual, bilateralmente. Os anteriores superior e inferior não apresentavam mais uma vestibularização significativa. (Figura 11).

A radiografia panorâmica mostrou que havia angulação radicular nos dentes 11, 21 e 42, já nos demais um bom paralelismo radicular. (Figura 12).

A protrusão do lábio inferior foi mantida. (Figura 13).



Figura 10- Espaços ainda presentes no arco superior



Figura 11- Imagem intrabucal do pequeno trespasse vert.



Figura 12- Panorâmica

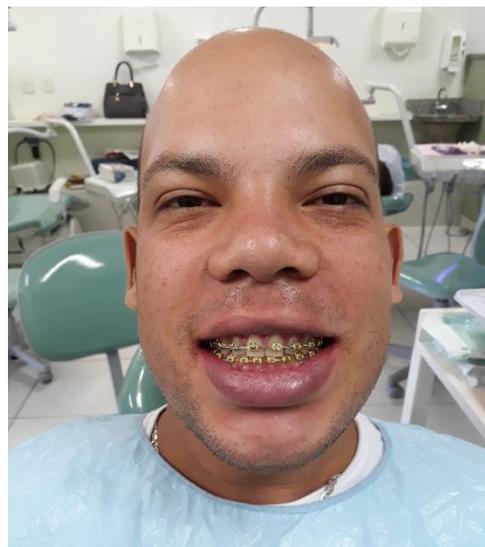


Figura 13- Protrusão Labial inferior

3 DISCUSSÃO

A Odontologia vem passando por várias transformações, devendo corresponder à diversas expectativas tanto dos pacientes quanto dos

profissionais e embora o conceito de estética seja subjetivo, está relacionado a diversos fatores psicológicos, sociais e culturais e os dentes anteriores são considerados essenciais na estética do sorriso. Diante disso, a presença de diastemas, espaço maior que 0,5 mm entre dois ou mais dentes consecutivos, pode prejudicar consideravelmente a estética do sorriso¹³. Situação similar a do nosso caso que apresentava diastemas generalizados simétricos moderados nas regiões anteriores superior e inferior, mas incomodava bastante e constrangia principalmente durante o sorriso.

Discrepâncias no tamanho dental, ausência de dentes, trespasse horizontal excessivo, giroversões, angulações inadequadas entre dentes contíguos, presença de freio lingual com inserção baixa e de dentes supranumerários, mesiodens, fatores genéticos e doenças periodontais associadas ao tabagismo ou não, hábitos parafuncionais, macroglossia podem ter como consequência diastema em adultos, sendo que o diastema pode ser considerado fisiológico durante a fase de patinho feio até a irrupção dos caninos.^{9,14} O paciente tratado apresentava discrepância dento alveolar positiva, discrepância de Bolton de falta ântero-superior e as unidades 12 e 22 com tamanho méso-distal reduzido como fatores etiológicos prováveis.

Nesta discrepância da forma dentária, relacionada à redução de tamanho, o aspecto genético é um dos principais fatores e podem estar relacionados a alterações como: retardo no desenvolvimento, seqüência e irrupção dentária, hipodontia, microdontia e agenesias.⁴ O paciente descrito apresentava diastemas generalizados na região anterior superior e inferior associados também à deglutição atípica (rompimento da atividade do Sistema estomatognático).

A interposição e pressão anormais na cavidade bucal, apresentada pelo paciente, pode ter como resultado uma projeção dos dentes anteriores superiores para cima e para frente, aumentando o “overjet”. Durante a deglutição, a interposição lingual não causa má oclusão, pois, pode estar presente em indivíduos com oclusão normal. Baseando-se no fato que a deglutição atípica é comumente relacionada com classe II, divisão I, observou-se que um número bem elevado de pacientes não interpõem a língua entre os

dentes durante a deglutição. A posição ântero da língua durante a deglutição é um fator concomitante mais do que um fator causador de má oclusão.¹⁵

Em diastemas maior que 3,0mm de largura o tratamento ortodôntico é o mais indicado, enquanto para diastemas variando entre 0,5mm a 3,0mm de largura o fechamento com resina composta pode ser realizado.⁵ Existem diversos métodos para fechamento do diastema como facetas laminadas ou coroas totais, além da técnica direta utilizando sistemas adesivos e resinas compostas que corrigem o tamanho e forma dos dentes realizado de forma minimamente invasiva preservando a estrutura dental, pois com o desenvolvimento tecnológico e científico promoveu-se o surgimento de sistemas adesivos e resinas compostas com maior capacidade de união e menor necessidade de se realizar preparos ou desgastar a superfície dental.^{1,13} Devido o paciente apresentar diastemas maiores que 3mm e discrepâncias de Bolton, no caso clínico apresentado, optou-se pela técnica descrita acima como forma para finalizar o tratamento ortodôntico (fechamento de diastemas com resinas compostas nas unidades 12,11, 21 e 22). Foram deixados espaços proporcionais nas unidades dentárias para que fossem fechados de forma harmônica.

Os elásticos em cadeia tem sido muito usados como auxiliares para movimentação dentária, otimizando o resultado do tratamento ortodôntico. São muito utilizados como substitutos às ligaduras metálicas, na movimentação dentária para retração de dentes e fechamento de espaços, na correção de relações interarcos e também como auxiliares na utilização de aparelhos extrabuciais. Existem dois tipos de elásticos em cadeia: os de borracha natural e os sintéticos. Estes possuem uma degradação maior que os de borracha (73% no primeiro dia e diminuindo em um índice mais lento no período de 21 dias), porém são mais comercializados devido ao menor custo e aceitação dos pacientes pelas variações de cores existentes. Podem ser classificadas em curtas, médias e longas de acordo com a distância entre o centro de dois elos consecutivos. A desvantagem existente é a maior retenção de placas, comparada às ligaduras metálicas, devido a dificuldade de higienização pelos pacientes.^{16,17} No paciente relatado, foram utilizados elásticos correntes sintéticos de tamanho médio, selecionado de acordo o espaço existente, de

molar a molar, colocados por cima dos fios, para auxílio no fechamento de espaços dos diastemas ântero superior e inferior existentes. Notou-se grande melhora no fechamento dos espaços, alcançando os objetivos almejados.

A grade palatina é um aparelho passivo que não exerce força alguma sobre as estruturas dentárias, ou seja, funciona como um obstáculo mecânico, como também mantém a língua numa posição mais retruída, não permitindo sua interposição entre os incisivos, durante a deglutição e a fala. Atua como um “recordatório” dificultando o hábito da deglutição atípica. Quando há interposição lingual, o mau posicionamento da língua pode persistir mesmo após a correção da discrepância dentoalveolar, tornando-se necessária uma terapia funcional de reeducação muscular, realizada pelo fonoaudiólogo, juntamente com o tratamento ortodôntico, não sendo preciso esperar sua finalização. O fonoaudiólogo restabelece as funções estomatognáticas (fala, sucção, mastigação, deglutição e respiração). O tratamento realizado com acompanhamento fonoaudiológico devolve ao paciente uma relação oclusal, estética e funcional mais favorável, possibilitando ainda que o equilíbrio forma-função seja mantido. Estando estas áreas intimamente relacionadas, os profissionais devem buscar um atendimento globalizado e eficiente, com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.^{18,19} No caso clínico apresentado, o paciente apesar de apresentar a deglutição atípica, não apresentava mordida aberta, somente vestibularização dos dentes anteriores e diastemas. Por esta razão, não foi necessário o uso da grade palatina. O paciente desde o início do tratamento foi orientado e encaminhado para o fonoaudiólogo. Porém, mesmo sabendo da importância para finalização e estabilização de seu tratamento, não acatou às orientações estando ciente das possíveis consequências.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estética é uma grande preocupação na odontologia não se resumindo apenas a forma e função das estruturas dentárias, como também criar um sorriso que se encaixe à realidade do paciente e que cumpra os requisitos biológicos e funcionais. O tratamento conjunto entre a ortodontia e dentística restauradora foi fundamental para o sucesso do tratamento, visto que foi feito a regularização do posicionamento dos dentes e fechamento de espaços, como desejado pelo paciente. A finalização com resina composta foi a escolha para fechar os diastemas. O fechamento de espaço com ortodontia necessitou do uso de elásticos em cadeia que conseguiram retirar a inclinação dos dentes fechando os espaços, fundamental para o sucesso do caso clínico. O tratamento foi finalizado alcançando o objetivo e a satisfação do profissional e do paciente, melhorando, assim, a qualidade de vida do mesmo.

REFERÊNCIAS

- 1- REIS SAB, ABRÃO J, CAPELOZZA FILHO L, CLARO CAAR. Análise Facial Subjetiva. Dental Press Ortodon Ortop Facial, 2006; 11(5): 159-172.
- 2- RIBEIRO TTC, CUNHA LF, MONDELLI J, RAVELI DB. Fechamento de diastema anterior: associação de procedimentos ortodôntico e restaurador Anterior closure diastema: association of orthodontic and restorative procedures. Orthodontic Science and Practice. 2012; 5(17): 94-100.
- 3- ALMEIDA RR, GARIB DG, ALMEIDA-PEDRIN RR, ALMEIDA MR, JUNQUEIRA MHZ. Diastema interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? R Dental Press Ortodon Ortop Facial, 2004; 9(3): 137-156.
- 4- SOUZA RA, NOUER DF, MAGNANI MBBA, SIQUEIRA VCV , NETO J S P, ACEVEDO M CB. Interação entre Ortodontia e Dentística em um caso clínico com discrepância de Bolton. R Dental Press Estét, 2006; 3(4): n. 4, p.26-33.
- 5- LAMENHA EGR, GUIMARÃES RP, SILVA V. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. Ch International Journal Of Dentistry, 2007; 6 (1): 2-6.

- 6- MORAES, H. A. Diastemas entre incisivos centrais superiores, 23 de Abril de 2012. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic. 3º ano, 5º período, p. 01-11.
- 7- TANAKA OM, PACHECO AAR, SABATOSKI CV, PELLIZZARI IIC, YÉPEZ JEGO. Fechamento de diastemas interincisivos centrais superiores. *Orthod. Sci. Pract.*; 2015; 8(29): 97-102.
- 8- VALARELLI FP, KUZLI SÉRGIO AM, FREITAS KMS, CANÇADO RH, DAINESI EA. Fechamento de diastema entre incisivos centrais permanentes com tratamento ortodôntico associado à restauração adesiva e cirurgia gengival. 2013; 3(1), p. 24-29.
- 9- KALIL ES. Deglutição Atípica. A Fisiologia da Deglutição Atípica relacionada à má-oclusão. Rio de Janeiro, 1999.
- 10- MARCHESAN IQ. Deglutição – Diagnóstico e Possibilidades Terapêuticas. In: Marchesan IQ. *Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Oral*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, Cap. 6, p. 51-8, 1998.
- 11- MARCHESAN IQ, FURKIM AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: Costa M, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Medsi; 2003. p.375-84.
- 12- NOGUEIRA FF, MOTA LM, NOUER PRA, NOUER DF. Esporão lingual colado Nogueira®: tratamento coadjuvante da deglutição atípica por pressionamento lingual. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2005; 10(2): 129-156.
- 13- SCHWARZ, V., SIMON, L. S., SILVA, S. A., GHIGGI, P. C., CERICATO, G. O. Fechamento de Diastema com Resina Composta: Relato de caso. *J Oral Invest*, 2013; 2(1): 26-31.
- 14- FERRARESI PM, RODRIGUES JA, MARCHI GM. Fechamento de Diastema: Relato de Caso. *Diastema Closure: Caser Report*. 2010; 4 (2): 1.
- 15- SANTOS, AMO. Movimento dentário influenciado pela interposição da língua. Fortaleza, 1999.
- 16- LORIATO LB, MACHADO AW, PACHECO W. Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia. *R Clin Ortodon Dental Press*, 2006; 5(1): **42-55**.
- 17- ALEXANDRE LP, OLIVEIRA JÚNIOR G de, DRESSANO D, PARANHOS LR, SCANAVINI MA. Avaliação das propriedades mecânicas dos elásticos e cadeias elastoméricas em ortodontia. *Revista Odonto*. 2008; 16(32): **53-63**.
- 18- ALMEIDA RRA, NAKAMURA SCB, SANTOS BE. Mordida Aberta Anterior - Considerações e Apresentação de um Caso Clínico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 1998; 3(2): **17-29**.

- 19- PEREIRA CC, FELÍCIO CM. Os distúrbios miofuncionais orofaciais na literatura odontológica: revisão crítica. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, 2005; 10(4): 134-142.