

② Descruzamento de Dente Anterior

Com Tratamento Ortodôntico Corretivo Associado à Placa Removível

INTRODUÇÃO

MOYERS⁸ afirma que a labioversão dos incisivos maxilares, na ausência de maloclusão esquelética de Classe II, pode ser resultante da sucção digital, de comportamento atípico da língua e do lábio ou de um índice de Bolton anormal.

Outros fatores citados como causadores de posicionamento inadequado de dentes são a retenção prolongada de dentes decíduos e a assincronia de erupção^{7,8}.

ADAMS¹ afirmou que, nos casos de incisivos cruzados, podemos ter um posicionamento mandibular anteriorizado e que somente posicionando a mandíbula corretamente já obtemos uma relação de topo, portanto, parte da correção da mordida cruzada estaria definida.

Para a correção de dentes anteriores cruzados, ÁGUILA² sugere o uso de molas em "Z" ou em forma de chicote quando a movimentação é de um único dente. O autor descreve a posição da superfície da mola em relação a do dente que deve ser em ângulo reto, devido a serem ambas as superfícies duras e polidas e virtualmente não existir fricção entre elas. HOUSTON⁶ indica a mesma mola e explica que a mesma deve ser o mais longa possível para que não fique muito rígida. ADAMS¹ sugere o uso de mola digital para a mesma finalidade.

A montagem de braquetes em todos os dentes maxilares, para dar forma ideal ao arco, é sugerida por MOYERS⁸ e, após criado espaço suficiente para o reposicionamento do dente cruzado, o autor recomenda o uso de mola auxiliar em placa acrílica para executar a vestibularização do dente. STÖCKLI e TEUSCHER¹⁰ também indicam molas em aparelhos removíveis de acrílico para a movimentação de incisivos laterais posicionados lingualmente. Recomendam ainda o recobrimento anterior de acrílico com alívio para o dente que será movimentado para a vestibular. STEPHENS, ISAKSON e REED⁹ apresentaram em seu trabalho, um aparelho removível para proclinar incisivos.

FOSTER⁴ apresenta três opções para descruzamento individual de dentes anteriores. São elas: mola digital, mola em Z e parafuso expansor adaptado no acrílico somente na região do dente envolvido.

LINO⁷ sugere, em casos de somente um dente anterior cruzado, primeiramente, a abertura de espaço através de uma mola espiral aberta, que entra sob compressão. Para que isso seja possível, é realizado um nivelamento prévio dos dentes anteriores não cruzados. Para o descruzamento, o autor sugere um plano inclinado individual de acrílico para o dente envolvido.

Vários autores^{1,5,6} indicam o plano de mordida posterior com a finalidade de liberar os incisivos quando se realizam movimentos de vestibularização, ou seja, para desimpedir a oclusão se ela interferir no movimento dentário ou para reduzir um trespasse vertical. Outros autores⁵ propõem um plano de mordida anterior com a mesma finalidade.

CASO CLÍNICO

O paciente R.J.P., gênero masculino, 18 anos, procurou o tratamento ortodôntico com queixa principal de apinhamento superior e inferior e linguoversão do incisivo lateral superior esquerdo.

Exame Clínico

A análise facial do paciente não apresentava assimetria, porém, mostrava um

- **Mônica Ferreira Pereira**
Mestranda do CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP
- **Renato Castro de Almeida**
- **Maria Helena C. de Almeida**
- **Katia J.N. Ferrer**
- **Fernanda L. da Cunha Bianchini**
Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP



Fig. 1 - Fotos da face (inicial).

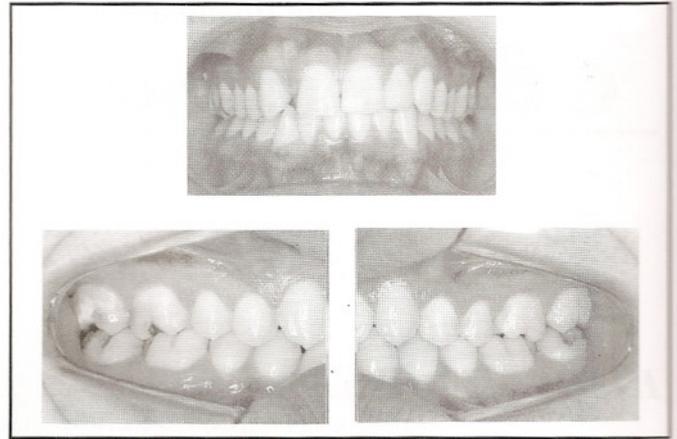


Fig. 2 - Fotos intrabucais (inicial).

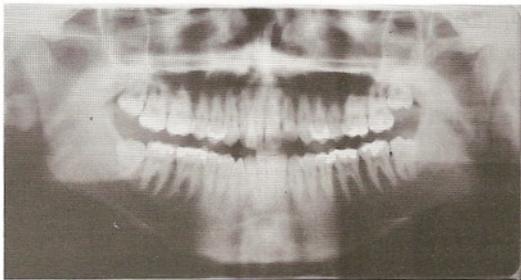


Fig. 3 - Radiografia panorâmica inicial.



Fig. 4 - Foto oclusal superior, mostra o aparelho removível com levantamento de mordida posterior e mola tipo Z para descruzamento do incisivo lateral esquerdo.

aumento do terço inferior da face, um perfil convexo e ângulo nasolabial dentro da normalidade.

No exame intrabucal, verificou-se apinhamento anterior superior e inferior e o incisivo lateral superior do lado esquerdo cruzado. Um desvio de linha média superior para o lado direito foi observado. O paciente era Classe I de Angle e apresentava descalcificação da face vestibular do segundo molar superior esquerdo e manchas escuras no primeiro e segundo molar superior esquerdo. A higiene foi considerada insatisfatória pois havia a presença de gengivite generalizada.

O paciente apresentava facilidade de manipulação mandibular e, a montagem em articulador não revelou diferença entre oclusão cêntrica (OC) e relação cêntrica (RC).

Exame radiográfico

A radiografia panorâmica mostrava presença dos terceiros molares, sendo que o superior e inferior esquerdo e o inferior direito apresentavam-se impactados.

Embora a análise facial tenha detectado aumento do terço inferior da face e um perfil convexo, na análise cefalométrica de Ricketts, o paciente apresentou um padrão mesofacial, com maxila e mandíbula bem posicionadas entre si, com uma convexidade do ponto A de 3 mm. Os incisivos estavam levemente protruídos, porém com boa inclinação. O perfil estava dentro do padrão de normalidade para a análise.

O plano de tratamento foi elaborado visando principalmente atender a queixa do paciente.

Desenvolvimento clínico

O paciente foi encaminhado para o periodontista com indicação de controle da higiene e para o cirurgião com indicação de exodontia dos quatro terceiros molares.

Após a liberação do paciente por parte desses profissionais, foram bandados os primeiros e segundos molares superiores e inferiores, realizada a colagem direta nos demais dentes, exceto o incisivo lateral superior esquerdo. O nivelamento foi iniciado e teve como seqüência os arcos 0.012", 0.014", 0.016", 0.018", 0.020" de níquel-titânio, seguidos de 0.020" de aço com a utilização de uma mola aberta entre o incisivo central e o canino no arco superior do lado esquerdo, a partir do arco 0.018", com a finalidade de abrir espaço para o posicionamento do incisivo lateral esquerdo. Uma placa com levantamento de mordida posterior e mola para vestibularizar o incisivo lateral esquerdo foi adaptada. O levantamento de mordida tinha a função de permitir o descruzamento sem interferência e, a mola, de abrir o espaço para o incisivo já que não era possível a colagem de braquete nesse dente. A mola utilizada foi a mola em Z, sugerida por ÁGUILA² e por FOSTER⁴. Um parafuso expansor foi colocado na possibilidade da necessidade de uma expansão, porém esse procedimento não foi necessário.

Após descruzado, foi realizada a colagem direta de braquete no incisivo lateral superior esquerdo e retomado o nivelamento à partir do arco 0.016" de níquel-titânio, seguindo-se os arcos 0.018", 0.020", 0.019" X 0.025" e 0.021" X 0.025", todos de níquel-titânio.

A mecânica final não necessitou de elásticos de intercuspidação, visto que, a oclusão dentária posterior era satisfatória antes de iniciar o tratamento.

Retirado o aparelho fixo, foi adaptada uma contenção

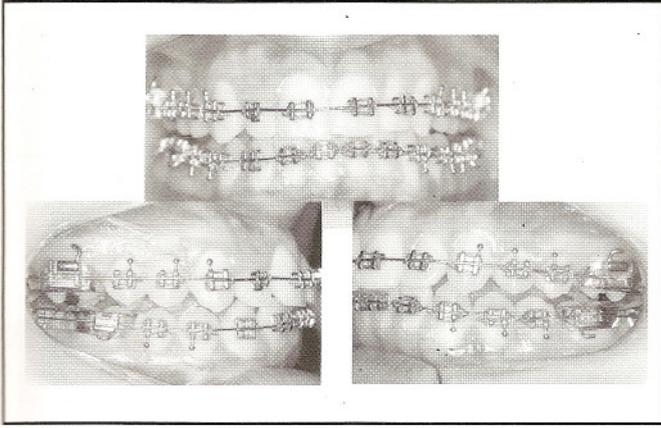


Fig 6 - Fotos intrabucais com aparelhos fixos.

de Hawley superior e barra 3/3 inferior.

A duração do tratamento foi de 18 meses.

Análise dos resultados obtidos.

A análise facial mostra que o padrão do paciente não foi alterado com o tratamento, e o sorriso apresenta-se harmônico.

Uma oclusão dentária estática e funcional dentro da normalidade foi atingida (FIG. 8 e 9) embora o tratamento tenha provocado uma vestibularização dos incisivos superiores e inferiores. O perfil continuou convexo com ligeiro aumento da protrusão labial: 1 mm pela análise de Ricketts.

Foi possível atender as expectativas do paciente.

RESUMO

Os pacientes que apresentam mordida cruzada anterior podem necessitar do auxílio de um levantamento de mordida, durante a fase de nivelamento, utilizado em conjunto com o tratamento ortodôntico corretivo (com aparelho fixo). Essa abordagem é utilizada devido à impossibilidade de colagem de braquete nos dentes superiores envolvidos, bem como para evitar interferência durante o descruzamento. Nesse artigo será apresentado um caso clínico no qual esse procedimento foi necessário visto que havia a impossibilidade de colagem de braquete no incisivo lateral superior esquerdo.

Palavras-chave: Ortodontia; Mordida cruzada; aparelho removível.

SUMMARY

Patients with anterior crossbite may require a bite opening added to the orthodontic treatment (with fixed appliances), during leveling phase. This procedure is used due to the impossibility of brackets bonding on the involved teeth, as well as to avoid interference during the crossbite correction. This article will present a case report in which this procedure was necessary for the impossibility of bonding on the upper left lateral incisor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Adams CP. Desenho, construção e utilização de aparelhos ortodônticos removíveis. São Paulo: San-



Fig. 7 - Fotos da face (final).

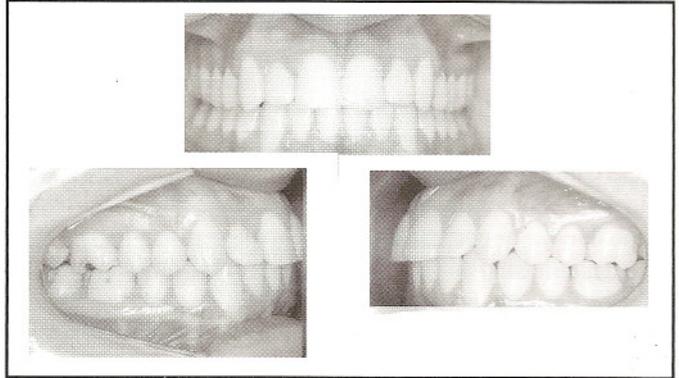


Fig 8 - Fotos intrabucais (final).

tos; 1987. p. 48-50.

2-Águila FJ. Ortodontia: Teoria e prática. São Paulo: Santos; 2001. Cap13. p. 254-266.

3-Chaconas SJ. Removable Orthodontic Appliances. J Clin Orthod. 1971 July; 5(7): 363-375.

4-Foster TD. Manual de ortodontia. São Paulo: Santos; 1993. p. 251-257.

5-Grossman WG; Moss JP. Removable Appliance Therapy- Part II. J Clin Orthod. 1970 Aug; 4(8): 432-439.

6-Houston WJB; Isaacson KG. Tratamento ortodôntico com aparelhos removíveis. São Paulo: Santos; 1990. p. 25-26, 53-57.

7-Lino AP. Ortodontia Preventiva Básica. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 57-60, 70, 76-78.

8-Moyers RE. Ortodontia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 356-358, 391.

9-Stephens CD; Isakson K; Reed RT. The modified harvold activator. Case reports. J Clin Orthod. 1984 Sept; 18(19): 650-656.

10-Stöckli PW; Teuscher UM. Ortopedia combinada com activador y casquete. In: Ortodoncia: Princípios generales y técnicas. Buenos Aires: Panamericana; 1988. p. 497-499.