

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**JULIANA CALISTRO DA SILVA
RAQUEL ROSA AMARANTE**

**A IMPORTÂNCIA DA ORTODONTIA DE
ACOMPANHAMENTO NA ODONTOLOGIA
CONTEMPORÂNEA**

BAURU
2012

**JULIANA CALISTRO DA SILVA
RAQUEL ROSA AMARANTE**

**A IMPORTÂNCIA DA ORTODONTIA DE
ACOMPANHAMENTO NA ODONTOLOGIA
CONTEMPORÂNEA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde, do Curso de Odontologia, como
parte dos pré requisitos para obtenção do
grau do cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio de Almeida
Cardoso.

BAURU
2012

S5864i	<p data-bbox="545 1257 846 1283">Silva, Juliana Calistro da</p> <p data-bbox="545 1320 1281 1444">A importância da ortodontia de acompanhamento na odontologia contemporânea. / Juliana Calistro da Silva, Raquel Rosa Amarante. -- 2012. 40f. : il.</p> <p data-bbox="586 1482 1208 1507">Orientador: Prof. Dr. Mauricio de Almeida Cardoso.</p> <p data-bbox="545 1545 1281 1635">Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Sagrado Coração – Bauru – SP.</p> <p data-bbox="545 1673 1281 1768">1. Ortodontia preventiva. 2. Ortodontia corretiva. 3. Erupção Ectópica do Dente. I. Amarante, Raquel Rosa. II. Cardoso, Maurício de Almeida. III. Título.</p>
--------	--

**JULIANA CALISTRO DA SILVA
RAQUEL ROSA AMARANTE**

**A IMPORTÂNCIA DA ORTODONTIA DE ACOMPANHAMENTO NA
ODONTOLOGIA CONTEMPORÂNEA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde, do Curso de Odontologia, como parte dos pré requisitos para obtenção do grau do cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio de Almeida Cardoso.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Maurício de Almeida Cardoso
Universidade Sagrado Coração

Prof. Dr. Rodrigo Ricci Vivan
Universidade Sagrado Coração

Prof. Dr. Danilo Furquim Siqueira
Universidade Sagrado Coração

Bauru, 14 de Novembro de 2012.

Juliana Calistro da Silva

Dedico este trabalho aos meus pais **Ana Lucia Calistro da Silva** e **Joaquim Carlos da Silva** e ao meu irmão **Antonio Valério Calistro da Silva**, e também a todos os meus amigos e familiares que me deram força e acreditaram em mim.

Raquel Rosa Amarante

Dedico este trabalho aos meus pais, **João Francisco Amarante** e **Silvia Rosa Amarante**, que sempre acreditaram na minha capacidade.

AGRADECIMENTOS

Juliana Calistro da Silva

Agradeço primeiramente à **Deus**, pois sem ele nada seria possível, aos meus pais **Ana Lucia Calistro da Silva e Joaquim Carlos da Silva** que acreditaram em mim, me deram a oportunidade de realizar o meu sonho, e me apoiaram durante toda essa caminhada.

Agradeço ao meu irmão **Antonio Valério Calistro da Silva** que entendeu minha ausência e também nunca deixou de acreditar em mim.

Agradeço ao Prof. Dr. **Maurício de Almeida Cardoso** que foi meu orientador, que confiou em minha capacidade e cedeu seu tempo para que pudéssemos realizar esse trabalho, e eu tenho como referência e exemplo como pessoa e profissional.

Agradeço ao Prof. **Rodrigo Ricci Vivan** que ministrou as aulas de TCC, ajudou em todo o trabalho, agradeço também pela paciência e por sempre estar a disposição.

Agradeço também a minha amiga **Raquel Rosa Amarante**, além de amiga minha parceira de TCC, sem ela também não seria possível realizar o nosso trabalho, agradeço por ser uma pessoa maravilhosa, com todas as qualidades que uma amiga pode ter, esteve comigo em todos os momentos nesses quatro anos e só nós sabemos o quão difícil foi chegar até aqui, mas esse é o papel da amizade, juntas obtivemos força, coragem e ousadia para seguir.

Raquel Rosa Amarante

Aos meus pais **João Francisco Amarante e Silvia Rosa Amarante**, ao meu irmão **Gabriel Rosa Amarante**, que sempre me deram carinho e o apoio necessário para ter finalizado essa etapa da minha vida com sucesso, que antes de serem minha família são meus melhores amigos.

À todos **professores** da Universidade que me acompanharam e me ajudaram na minha formação.

Ao professor **Rodrigo Ricci Vivan** que auxiliou com paciência e dedicação nosso trabalho.

Ao professor **Maurício de Almeida Cardoso** que nos orientou e compartilhou um pouco de seu vasto conhecimento sobre a ortodontia, sempre de muito bom humor e disposição.

À minha amiga e parceira de TCC, **Juliana Calistro da Silva**, que sempre esteve ao meu lado tanto no trabalho quanto na vida pessoal me ajudando e me fazendo acreditar que no final tudo daria certo.

*"Cada dia que amanhece assemelha-se a uma página em branco, na qual gravamos os nossos pensamentos, ações e atitudes. Na essência, cada dia é a preparação de nosso próprio amanhã."
(Francisco Cândido Xavier)*

RESUMO

A prática da odontologia de acompanhamento em um conceito contemporâneo, exige dos ortodontistas um conhecimento para controlar a irrupção e o desenvolvimento da dentadura dentro de um padrão de crescimento. Atualmente, pacientes procuram orientação ortodôntica cada vez mais cedo, dando a devida importância no diagnóstico precoce de uma possível doença (má oclusão). Durante muito tempo, a atenção primordial foi dada para a fase ativa do tratamento, em geral realizada com aparelho fixo. A partir de uma linha de pensamento onde o nível cultural da população sofre mudanças atreladas à busca pela saúde positiva, ou algo a mais que o simples fato da ausência de uma possível doença, torna oportuno estudos relacionados à metas terapêuticas preventivas individualizadas e planos de tratamentos customizados. O presente trabalho tem por objetivo ilustrar por esta perspectiva, o caso clínico de um paciente Padrão Face Longa que foi acompanhado desde 7 anos de idade e possibilitou a atuação do profissional, em duas fases, considerando a melhor época para tratamento dos problemas envolvidos.

Palavras-Chave: Ortodontia preventiva. Ortodontia corretiva. Erupção Ectópica de Dente.

ABSTRACT

The practice of dentistry following in a contemporary concept requires knowledge of the orthodontists to control the outbreak and development of the denture into a growth pattern. Nowadays, patients seek orthodontic assistance earlier, giving due importance in the early diagnosis of a possible disease (malocclusion). For a long time, primordial attention was given to the active phase of treatment, usually accomplished with braces. From a line of thought where the cultural level of the population suffer changes attached to the search for positive health, or something more than the simple fact of default of a possible disease, it makes appropriate studies related to individualized preventive therapeutic targets and customized treatment plans. This graduation word aims to illustrate from this perspective, the case of a patient long face pattern, that was followed since 7 year old and made possible the dentist professional performance, in two phases, considering the best time for treatment of the trouble involved.

Keywords: Orthodontics.Preventive. Orthodontics.Corretive. ToothEruption. Ectopic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura1- Diagnóstico baseado na análise facial (A-C) e oclusal (D-H), complementado pelas imagens dos modelos iniciais (I-M), radiografia panorâmica (N), periapicais de incisivos superiores (O-P) e inferiores(Q) e radiografia lateral da face (R).....	15
Figura 2- Fotografias intrabucaisdo paciente após realizar a colagem direta dos braquetesEdgewise nos dentes 63,64 e tubo passivo no dente 26.....	18
Figura 3 -Radiografia periapicalapós recuperado o espaço necessário para irrupção do dente 25.....	19
Figura 4 -Remoçãodo aparelho superior e instalação de um aparelho de contenção removível para manter o espaço do dente 25.....	19
Figura 5 - Remoção do aparelho fixo superior e após a remoção do aparelho fixo inferior foi instalado um arco lingual de Nance.....	20
Figura 6 -Nova documentação da análise facial (A-C), fotografias intrabucais (D-M), radiografia panorâmica (N), radiografias periapicais(O-Q) e radiografia lateral (R).....	22
Figura 7 -Forma do arco escolhida (C3-A8) visualizada na escolha da curvatura anterior (C) e abertura posterior (A).....	25
Figura 8 - Radiografias periapicais de controle.....	26
Figura 9 -Instalação de fios.018” de aço.....	26
Figura 10 - Radiografia panorâmica final (A), radiografia lateral de face final(B).....	27
Figura 11 - Fotografias faciais (A-C) e intrabucais (D-H) após a remoção do aparelho fixo, complementada pelas imagens dos modelos finais (I-M).....	28
Figura 12 - Fotografias faciais (A-C) e intrabucais (D-H) de controle novemeses após a remoção dos aparelhos.....	30
Figura 13 - Fotografias faciais (A-C) e intrabucais (D-H) de controle um ano e sete meses após a remoção dos aparelhos.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	RELATO DE CASO CLÍNICO.....	14
3	DISCUSSÃO	31
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1INTRODUÇÃO

Em uma ortodontia contemporânea onde pacientes procuram orientação ortodôntica cada vez mais cedo devido ao "Status" da Odontologia brasileira na área da prevenção, alguns autores ressaltam que o nível socioeconômico e cultural da população atrelado a um conceito crescente da busca pela saúde positiva, ou a saúde vista como algo mais que a ausência da doença, está cada vez mais frequente na prática clínica. (BOORSE, 1977; CAPELOZZA FILHO; CARDOSO; CAPELOZZA, 2012; CAPPELLOZZA FILHO, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011). Relatos mostram que pacientes enquadrados nesse processo de acompanhamento preventivo, que foram assistidos desde os primeiros anos de vida, encontraram-se livres da cárie, e a demanda maior por tratamento odontológico não será mais a mesma e sim, as más oclusões. (CAPELOZZA FILHO; CARDOSO; CAPPELLOZZA, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011).

A alta prevalência das más oclusões, a preocupação da população com dentes alinhados – ideia fortemente determinada pela mídia – e a tendência dos dentes anteriores – primeiros dentes a irromper na cavidade bucal – apresentarem variações de posicionamento reforça a possibilidade de anormalidade, justificando ainda mais a procura por orientação ortodôntica precoce (CAPELOZZA FILHO; CARDOSO; CAPPELLOZZA, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011).

Vale ressaltar a possibilidade de acompanhar e determinar uma fase onde a intervenção ativa terá mais consistência e facilidade em obter resultados, sempre checando disgenesias e tomando atitudes que possam beneficiar o paciente, uma vez que anomalias de forma, número, posição e irrupção são a segunda necessidade dos pacientes jovens sem cáries, 42% dos pacientes ortodônticos (BEHRENTS, 1985; GARIB; PECK; GOMES, 2009). Quando diagnosticada a presença de uma anomalia, espera-se encontrar uma prevalência maior de outra anomalia associada (GARIB; PECK; GOMES, 2009; GARIB, et al. 2010; GARN; LEWIS, 1962; GARN; LEWIS, 1970; PECK; PECK; KATAJA, 2002). A implicação clínica do padrão de anomalias dentárias associadas é muito relevante, uma vez que o diagnóstico precoce de uma determinada anomalia dentária pode alertar o clínico da possibilidade de desenvolvimento de outras anomalias associadas no mesmo paciente ou em outros membros da família (BABA-KAWANO, et al. 2002;

BACCETTI, 1998) permitindo assim, o diagnóstico precoce e a intervenção ortodôntica mais apropriada (GARIB; PECK; GOMES, 2009; GARIB, et al. 2010).

Os parâmetros que determinam as ações terapêuticas estão relacionados às discrepâncias exibidas na dentadura e nas relações oclusais, analisadas sempre junto ao padrão de crescimento do paciente, o que demanda um longo período de observação. Além de monitorar clinicamente as relações oclusais e impactos do crescimento sobre a face (BABA-KAWANO, et al. 2002) e dentadura, as avaliações radiográficas comparativas servirão para definir o prognóstico e orientação condizente (CAPELOZZA FILHO, 2004). Os indivíduos portadores do padrão face longa mostram desproporções entre os terços faciais que torna impossível o selamento labial ou a relação labial normal. A etiologia dessa deformidade esquelética é multifatorial com forte determinação genética (CAPELOZZA FILHO, 2004; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011b; PROFFIT,WHITE,1990) porém com participação do ambiente (CAPELOZZA FILHO, 2011; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011b). Dessa maneira, são caracterizados como portadores de crescimento distal de côndilo (CAPELOZZA FILHO, 2011; CAPELOZZA FILHO, 2004) e/ou excesso de crescimento vertical posterior da maxila ou ainda, encurtamento do terço médio da face (CAPELOZZA FILHO, 2004; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011b).

Entre os meios de diagnóstico – face, oclusão e radiografias – a análise morfológica da face assume um papel importante, que permite identificar inúmeras características em comum destes indivíduos, tais como: selamento labial passivo ausente e durante o fechamento labial possuem contração do músculo mentoniano, e também uma grande exposição dos incisivos superiores quando os lábios se encontram em repouso, e gengival durante o sorriso. Possuem um nariz alongado com estreitamento das bases alares e os zigomáticos normalmente são planos juntamente com um terço inferior da face aumentado (CAPELOZZA FILHO, 2011; CAPELOZZA FILHO, 2004; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011b).

O protocolo para tratamento destes indivíduos será definido com base no padrão de crescimento (CAPELOZZA FILHO; CARDOSO; CAPPELLOZZA, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011; CAPELOZZA FILHO, 2004; CARDOSO; CAPELOZZA, 2011b), considerando que o prognóstico pode ser diferente, e depende da

localização e gravidade do erro, da idade e da raça do mesmo (CAPELOZZA FILHO, 2011; CAPELOZZA FILHO, 2004; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO; CAPELOZZA FILHO, 2011b).

A ação terapêutica direta poderá ou não estar presente, e se estiver normalmente é de curta duração, tendo um “marco zero” no início da dentadura mista e finaliza quando a dentadura permanente se encontra completa (CAPELOZZA FILHO; CARDOSO; CAPPELLOZZA, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011).

O presente trabalho tem por objetivo apresentar possibilidades de tratamento nesse contexto de diagnóstico precoce e providências oportunas, por meio de um caso clínico, no qual o paciente foi submetido ao acompanhamento ortodôntico e intervenção preventiva, na irrupção ectópica do elemento 26 e resgate de forma no arco inferior onde os quatro incisivos permanentes ocupavam o espaço de seis dentes decíduos, ocasionando falta de espaço para os caninos permanentes.

2RELATO DE CASO CLÍNICO

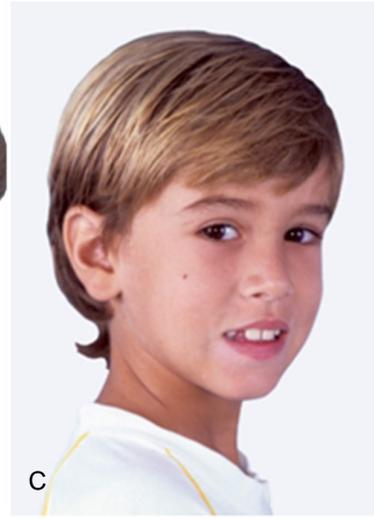
O paciente L.F.A., 7 anos e 8 meses, sexo masculino, raça branca, foi encaminhado para avaliação ortodôntica pelo avô – colega de profissão –, com queixa de irrupção mesial do dente 26. Nesta fase, o paciente se encontrava em fase dentadura mista, final do segundo período transitório. Como consequência do processo de irrupção ectópica do dente 26, a distal do dente 65 foi reabsorvida. Além disso, o paciente apresentava perda precoce dos dentes 73 e 83 com falta de espaço para irrupção dos caninos inferiores permanentes.

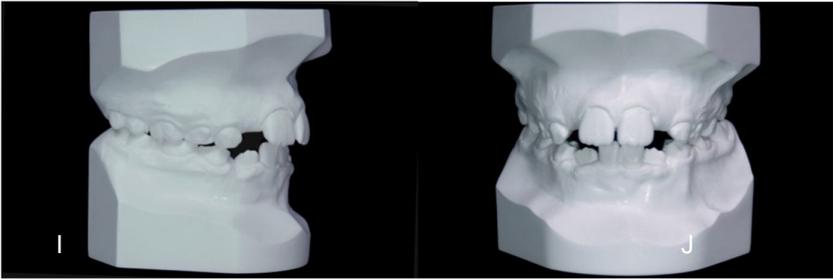
Aos sete anos e nove meses de idade, o paciente realizou uma documentação ortodôntica completa para diagnóstico e planificação do tratamento. A análise facial qualitativa no frontal revelou projeção zigomática negativa, terço inferior aumentado em relação ao terço médio e ausência de selamento labial passivo. No perfil, foi constatada projeção zigomática deficiente, ângulo nasolabial normal, terço inferior aumentado em relação ao terço médio, ângulo queixo-pescoço fechado e sulco mentolabial discreto (Figuras 1A-1B).

Na avaliação oclusal, o paciente se encontrava no primeiro período transitório e, apresentava relação oclusal interarcos de Classe I bilateral, os dentes 73 e 83 já esfoliados pelos incisivos laterais inferiores permanentes e o dente 26 impactado (Figuras 1D - 1M).

A avaliação da radiografia panorâmica confirmou a presença de todos os dentes permanentes e a impacção do dente 26 devido à reabsorção da raiz distal do dente 65 (Figura 1N). A avaliação das radiografias periapicais de incisivos superiores e inferiores atestou condições de normalidade para os dentes anteriores (Figuras 10 – 1Q).

A radiografia lateral da face confirmou o padrão de crescimento vertical por crescimento horizontal de côndilo (Figura 1R). O acompanhamento com a odontopediatra corroborou a ausência de cárie ou hipomineralização de esmalte e controle das hipoplasias.





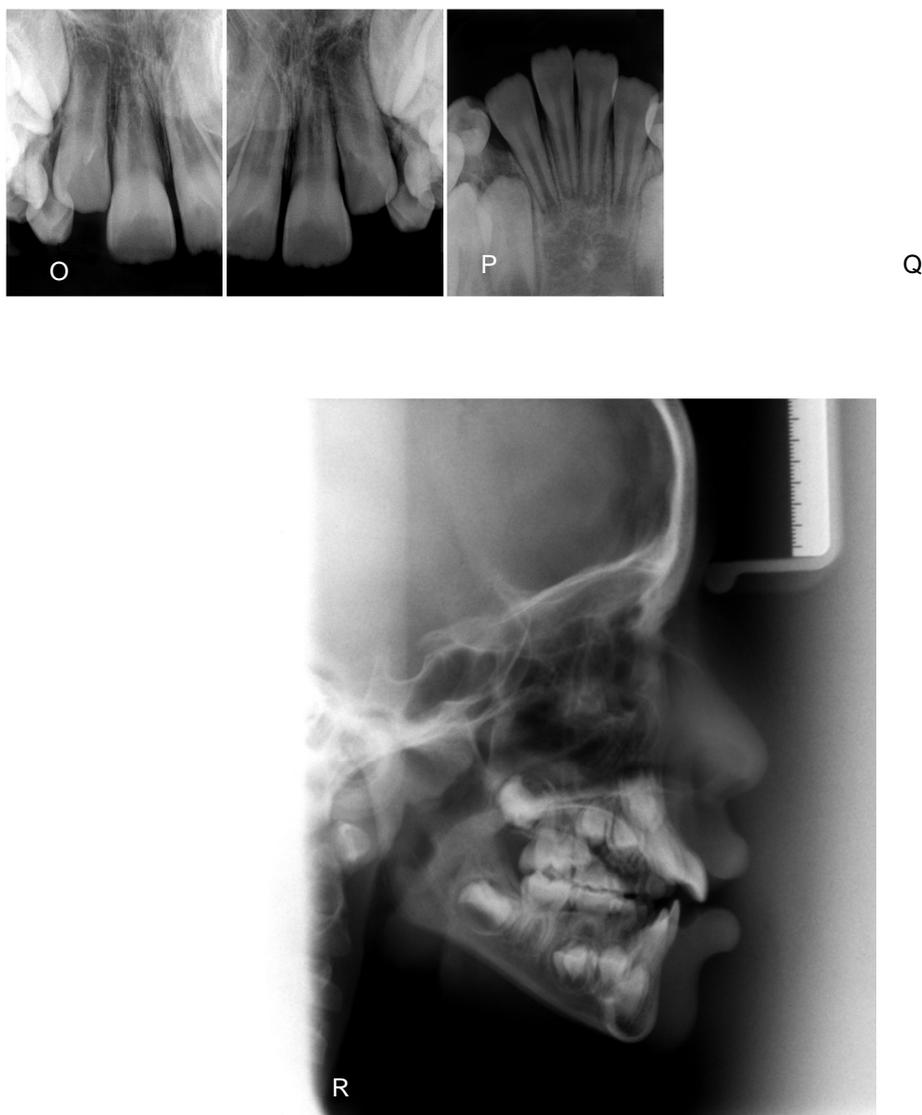


Figura 1-Diagnóstico baseado na análise facial (A-C) e oclusal (D-H), complementado pelas imagens dos modelos iniciais (I-M), radiografia panorâmica (N), periapicais de incisivos superiores (O-P) e inferiores (Q) e radiografia lateral da face (R): Paciente jovem, Padrão Face Longa, face aceitável. Encontrava-se no estágio de dentadura mista, primeiro período transitório, e apresentava relação oclusal de Classe I bilateral, com irrupção mesial e impacção do dente 26 e consequente reabsorção radicular do dente 65. Além disso, apresentava exposição excessiva dos incisivos superiores durante o repouso, perda precoce do 73 e 83 pela erupção dos laterais permanentes, falta de espaço para os caninos 33 e 43 e hipoplasias nos molares permanentes. Prognóstico regular, contando com monitoramento do crescimento e, se preciso for para não agravar o padrão facial, instituir o programa de extração seriada.

Após a compilação dos exames morfológicos de face, oclusão e radiográficos, o diagnóstico foi elaborado: Paciente jovem, Padrão Face longasubtipo médio, associado a um aumento no terço inferior da face por crescimento distal de côndilo, face aceitável. A relação oclusalera de Classe I bilateral, com irrupção mesial e

impacção do dente 26 e consequente reabsorção radicular do dente 65. Apresentava perda precoce dos dentes 73 e 83 pela irrupção dos incisivos laterais inferiores permanentes, falta de espaço para os caninos 33 e 43 e hipoplasias de esmalte nos molares permanentes. O prognóstico era regular, contando com monitoramento do crescimento e se preciso for, para não agravar o padrão facial, realizar protocolo de extração seriada (CAPELOZZA FILHO, 2011).

Considerando o diagnóstico precoce desta anomalia de irrupção, o plano de tratamento adotado envolveu intervenção corretiva e, após a irrupção dos caninos inferiores, reavaliação caso houvesse necessidade de extrações seriadas. Inicialmente, foi solicitada extração do dente 65 e em seguida, colagem direta de braquetes Edgewise nos dentes 63 e 64 e tubo passivo no dente 26. Um fio de nivelamento segmentado foi instalado de modo passivo aos braquetes e uma mola de secção aberta foi colocada entre os dentes 64 e 26. No arco inferior, foi realizada colagem direta de braquetes Edgewise nos incisivos inferiores, considerando os caninos permanentes não irrompidos, e tubos foram colados diretamente nos molares decíduos 75 e 85. Foi instalado um arco de protração para realizar o resgate da forma do arco inferior e, conseqüentemente, gerar espaço para irrupção dos dentes 33 e 43 (Figura 2).

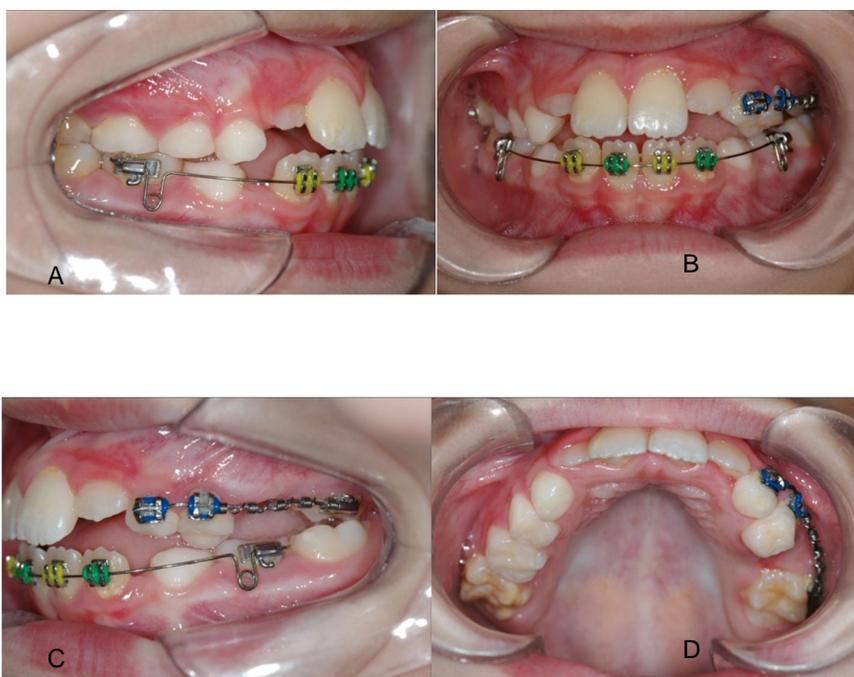




Figura 2 - Fotografias intrabucais do paciente após realizar a colagem direta dos braquetes Edgewise nos dentes 63, 64 e tubo passivo no dente 26. Observe o fio de nivelamento superior segmentado e feito de modo passivo aos braquetes e, uma mola de secção interrompida entre os dentes 64 e 26. No segmento inferior foi realizada a colagem direta de braquetes Edgewise nos dentes 42, 41, 31, 32 de maneira compensatória – ausência de angulação – e tubos nos molares decíduos 75 e 85. Note o arco de protração confeccionado para resgatar a forma do arco inferior.

Após nove meses de mecânica ortodôntica, o espaço para a irrupção do dente 25 foi recuperado (Figura 3). O aparelho fixo superior foi então removido e na mesma sessão instalado uma placa de contenção removível preservando todo o espaço recuperado do dente 25 (Figura 4).

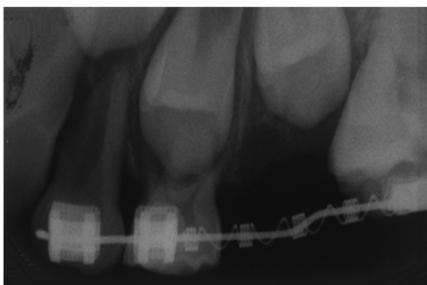


Figura 3 - Radiografia periapical após recuperado o espaço necessário para irrupção do dente 25.



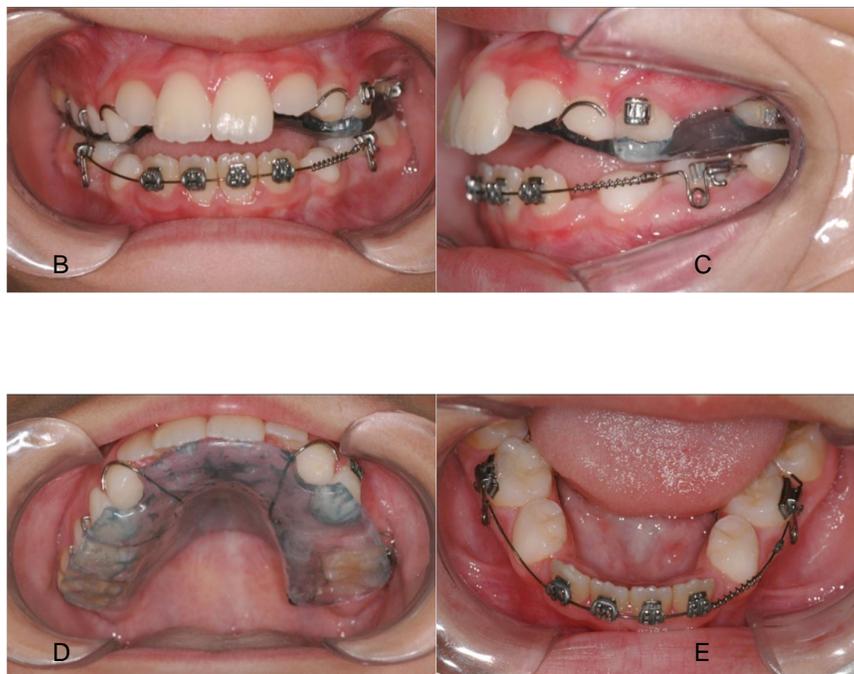


Figura 4 -Nove meses após o início do tratamento foi removido o aparelho superior e instalado um aparelho de contenção removível para manter o espaço do dente 25. O aparelho fixo foi parcialmente removido, pois o paciente apresentava muita sensibilidade devido à hipoplasias de esmalte.

Sete meses após a remoção do aparelho superior, a forma do arco inferior foi resgatada, o que gerou espaço suficiente para irrupção dos caninos inferiores permanentes. Sendo assim, foi removido o aparelho fixo inferior e instalado um arco lingual de Nance como contenção da forma obtida. Após esse procedimento, o paciente novamente foi inserido em um protocolo de monitoramento de crescimento e irrupção dentária assistido (CAPELOZZA FILHO, 2011) (Figura 5).

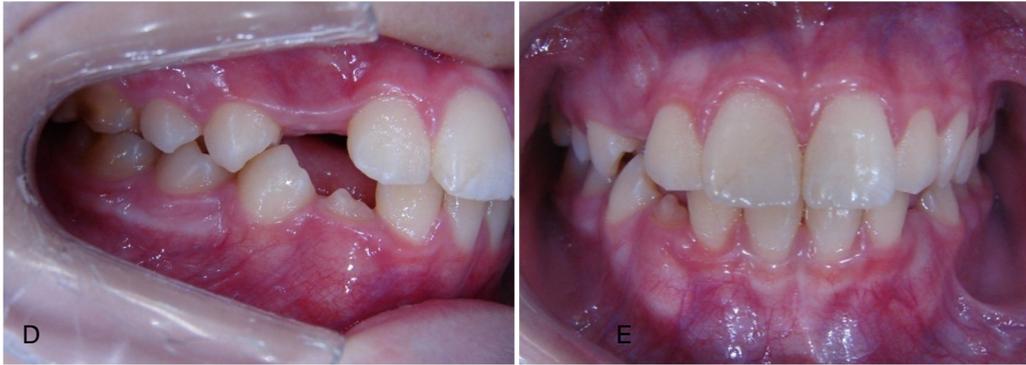
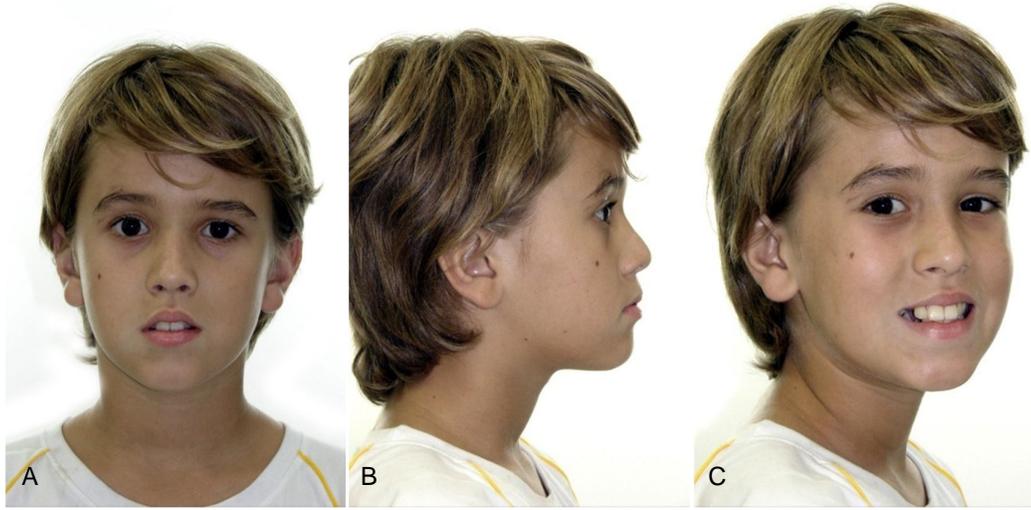


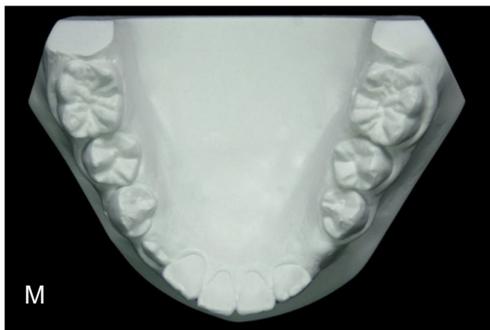


Figura 5 - Sete meses após a remoção do aparelho fixo superior, foi resgatada a forma do arco inferior gerando espaço necessário para os caninos. Após a remoção do aparelho fixo inferior foi instalado um arco lingual de Nance como contenção da forma obtida e o paciente novamente foi inserido em um programa de monitoramento de crescimento e irrupção dentária assistido.

Um ano e quatro meses após a remoção do aparelho, aos 10 anos e 5 meses de idade, foi solicitada uma nova documentação ortodôntica. Na análise facial foi constatado que a tendência do crescimento vertical ainda era predominante, porém estabilizada (Figuras 6A- 6C). Nesta fase o paciente se encontrava no final do segundo período transitório, mantendo a relação oclusal de Classe I (Figuras 6D- 6M).

A radiografia panorâmica constatava a presença de todos os dentes permanentes, incluindo os terceiros molares, caninos normais para forma e posição, porém com falta de espaço para irrupção (Figura 6N). As radiografias periapicais atestavam qualidade radicular para os incisivos superiores e inferiores (Figuras 6O- 6Q). A radiografia lateral exibiu um padrão de crescimento vertical (Figura 6R).





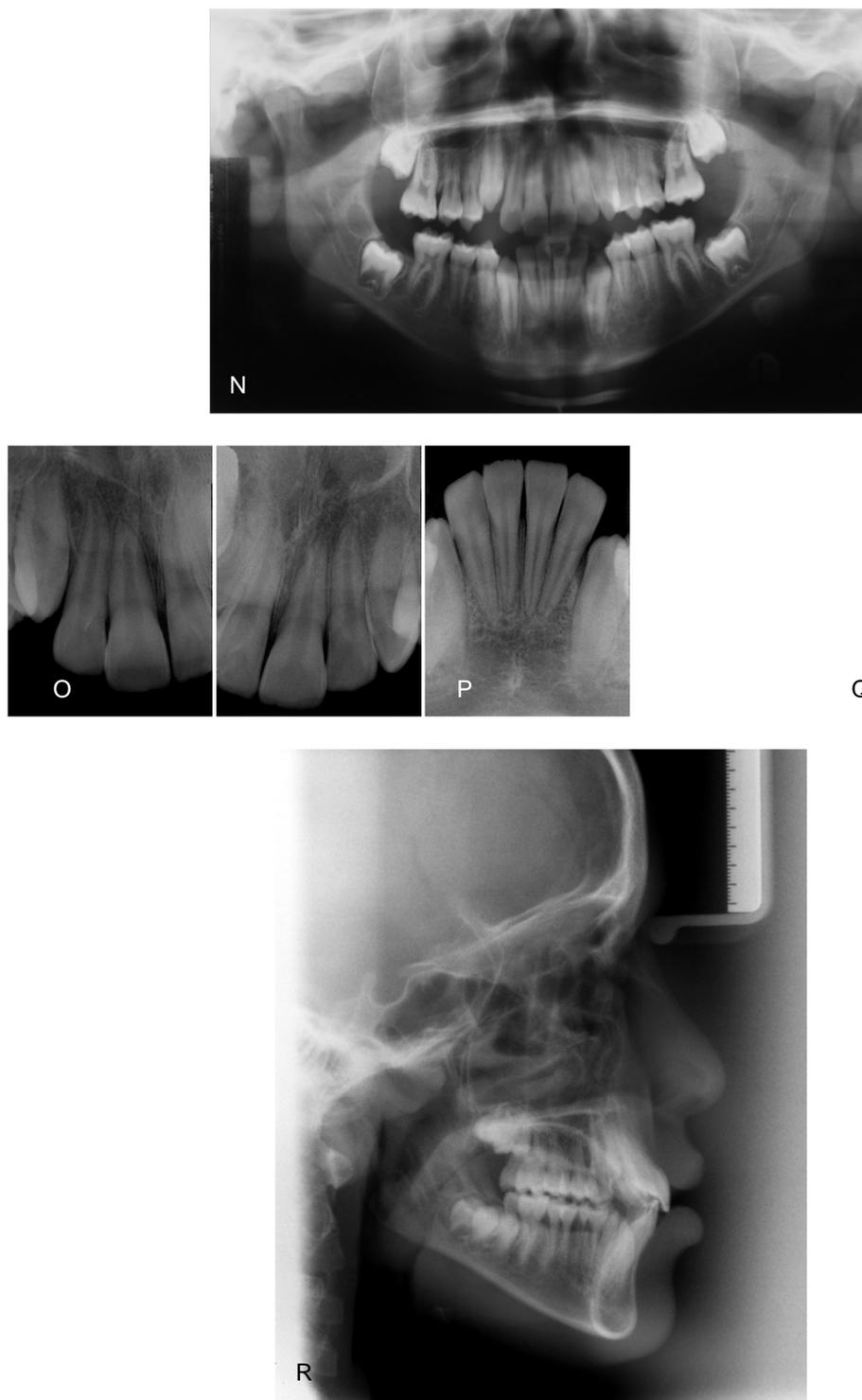


Figura 6 - Um ano e quatro meses após a remoção do aparelho foi solicitado uma nova documentação. Na análise facial foi constatado que a tendência de crescimento vertical ainda era predominante, porém estabilizada (A-C). O paciente se encontrava no final do segundo período transitório, mantendo a relação oclusal de Classe I (D-M). Na radiografia panorâmica observou-se a presença de todos os dentes, incluindo os terceiros molares, caninos normais para forma e posição, porém com falta de espaço para irrupção (N). As radiografias periapicais atestavam qualidade radicular para os incisivos superiores e inferiores (O-Q). A radiografia lateral exibia um padrão de crescimento vertical (R).

Vale ressaltar a importância da Ortodontia de acompanhamento, pois se o referido paciente não tivesse sido inserido neste processo, provavelmente a mecânica ortodôntica corretiva final seria mais demorada e complexa, uma vez que o dente 26 iria ocupar o espaço do dente 25 além das impacções dos caninos inferiores.

Com a intenção de manter os dentes o mais próximo possível das suas posições originais nas respectivas bases ósseas, o diagrama C3-A8(CAPELOZZA FILHO; CAPPELLOZZA, 2004)foi utilizado como modelo e forma desejada. Essa atitude, especialmente na região anterior, colabora para evitar a protrusão dos incisivos, meta terapêutica preestabelecida no plano de tratamento (Figura 7).

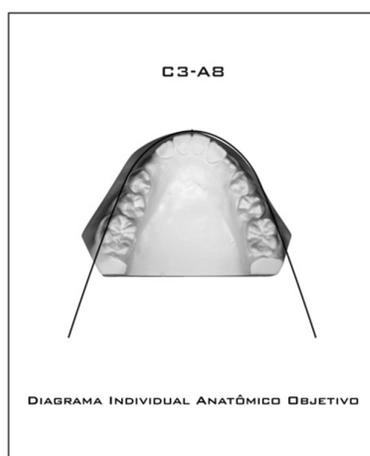


Figura 7 - Forma do arco escolhida (C3-A8) com objetivo de manter os incisivos inferiores próximos da posição inicial, visualizada na escolha da curvatura anterior (C) e abertura posterior (A).

Inicialmente foi realizada colagem de tubos nos dentes 16 e 26 e, braquetesprescrição Capelozza II^{3M} do dente 15 ao 25, com incisivos centrais - 11 e 21 - colados com 0° de angulação e laterais - 12 e 22 - com angulação mínima (4°). Os dentes 13 e 23 inicialmente não foram incluídos na mecânica e um fio .016" Nitinol foi instalado.No mês seguinte, iniciou-se a mecânica ortodôntica corretiva na arcada inferior com colagem de tubos nos dentes 36 e 46, braquetesprescrição Capelozza II^{3M} do 35 ao 45 - excetonos dentes 33 e 43 que não foram incluídos no início damecânica - e um fio .016" Nitinol foi instalado. Após oito meses de tratamento, radiografias periapicais de incisivos foram solicitadas com intenção de avaliar os custos biológicos inerentes à movimentação ortodôntica (Figura 8).

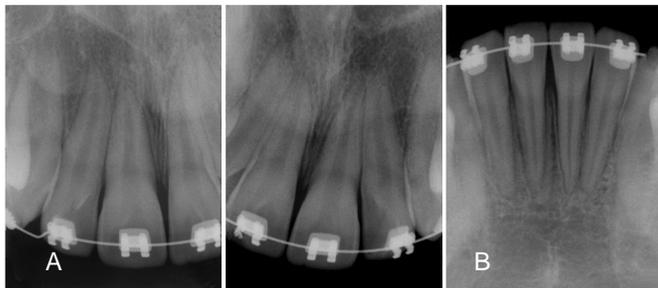


Figura 8 - Após oito meses de mecânica ortodôntica foram solicitadas radiografias periapicais de controle onde foi constatado um custo biológico aceitável considerando a mecânica e o tempo de tratamento.

O alinhamento e nivelamento de ambas as arcadas dentárias prosseguiu com evolução gradativa no calibre dos fios até .018" de aço (Figura 9). Onze meses após o início do tratamento, com o objetivo de se avaliar a posição dos dentes e os custos biológicos inerentes ao tratamento, os exames radiográficos finais - panorâmica e radiografia lateral da face - constataram que o paciente encontrava-se apto para remoção dos aparelhos (Figura 10).





Figura 9 - Após nove meses de tratamento, fios.018" de aço foram instalados. Vale ressaltar a confecção de ômega na mesial dos molares inferiores com intenção de manter a forma do arco obtida.

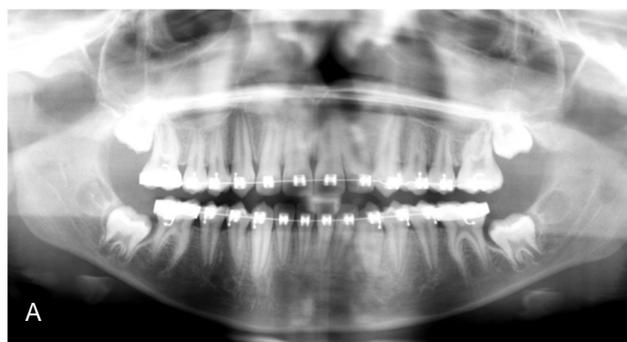
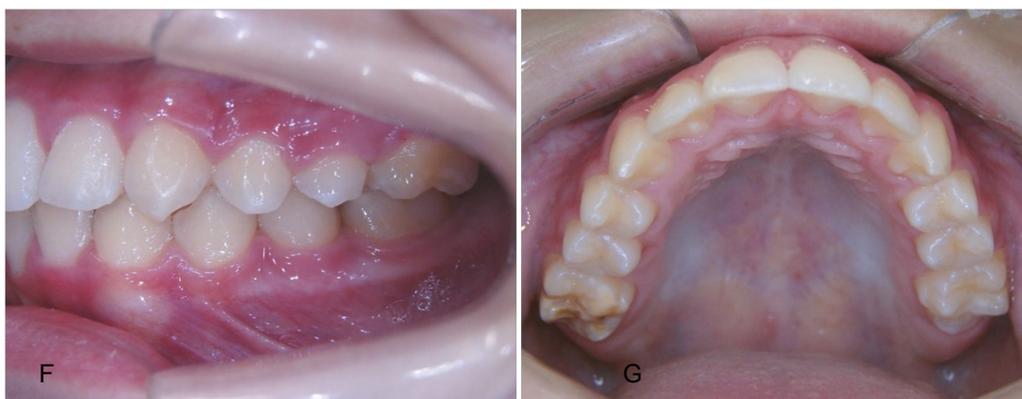
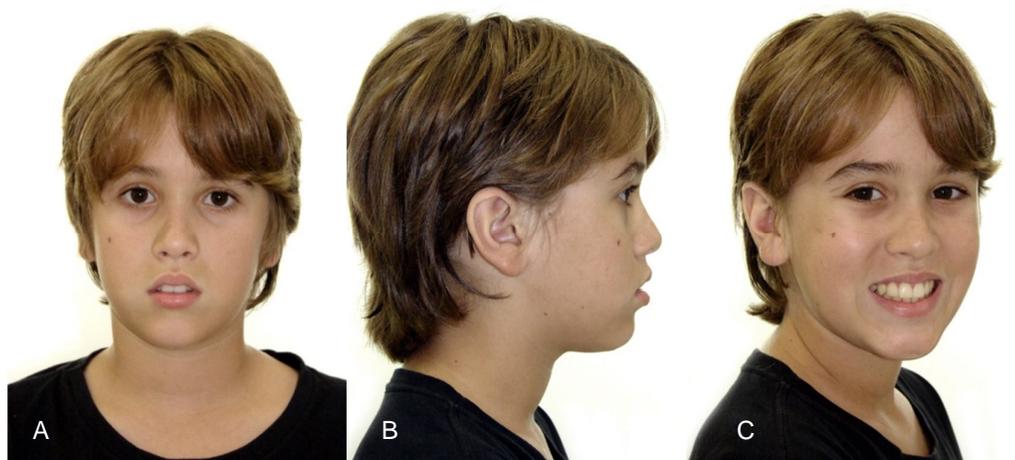


Figura 10 - A radiografia panorâmica final (A) mostrou paralelismo adequado entre as raízes dos dentes. Na radiografia lateral de face final (B), pôde ser observada uma boa relação entre os incisivos e suas respectivas bases ósseas constatando que o paciente encontrava-se apto para remoção dos aparelhos.

A remoção do aparelho foi realizada treze meses após o início do tratamento ortodôntico, e foram instalados os aparelhos de contenção, placa Hawley na arcada superior e 3x3 na arcada inferior (Figura 11).



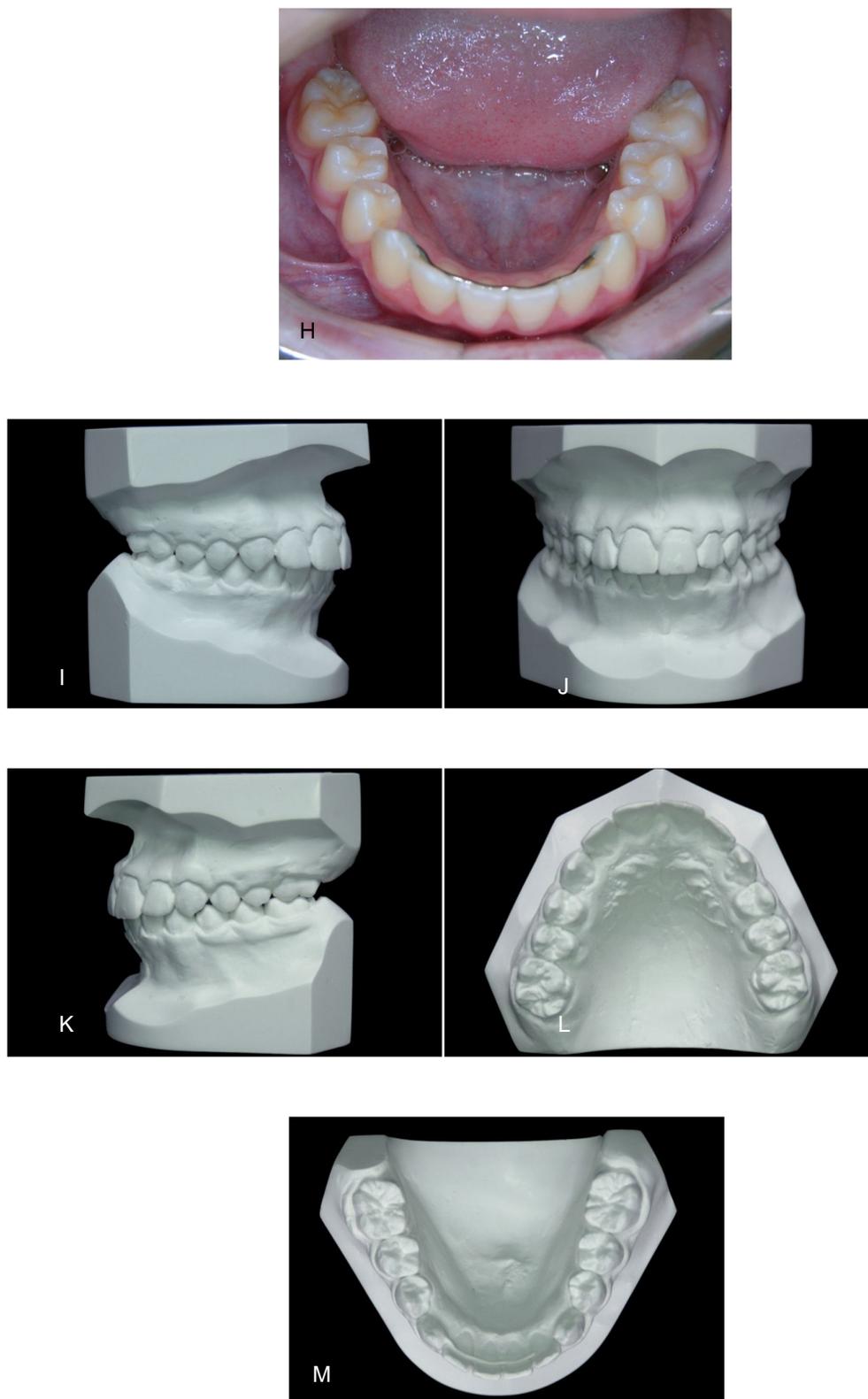


Figura 11 - Fotografias faciais (A-C) e intrabucais (D-H) após a remoção do aparelho fixo, complementada pelas imagens dos modelos finais (I-M).

Os resultados permaneceram estáveis para a face e oclusão, confirmados em controle de nove meses (Figura 12) e um ano e sete meses (Figura 13) após a remoção dos aparelhos. Nesta fase, o protocolo de uso da placa Hawleyera apenas noturno.

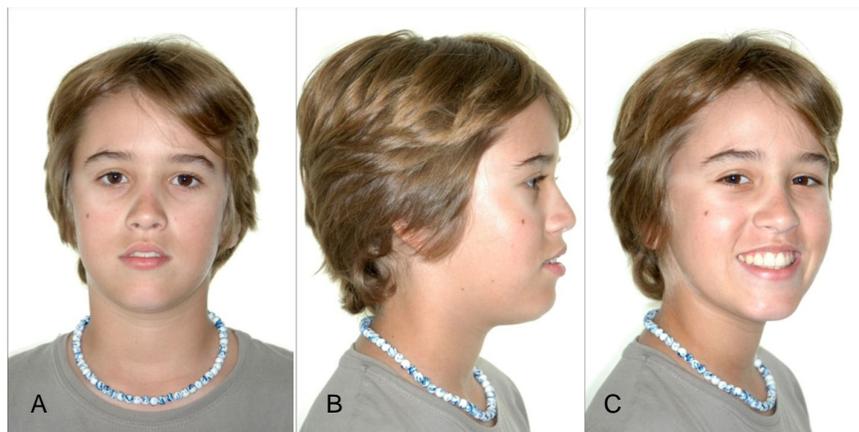




Figura 12 - Fotografias faciais (A-C) e intrabucais (D-H) de controle um ano e sete meses após a remoção dos aparelhos. Note a estabilidade das relações oclusais e faciais obtidas com o tratamento realizado e, nesta fase, a possibilidade de selamento labial passivo.

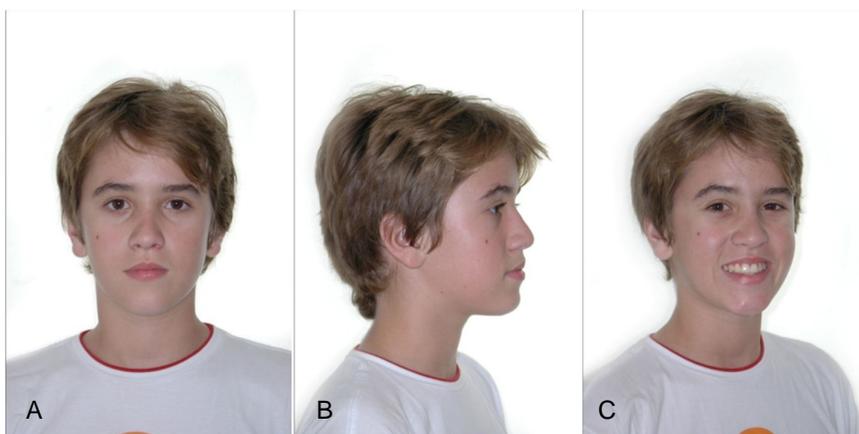




Figura 13 -Fotografias faciais (**A-C**) e intrabucais (**D-H**) de controle um ano e sete meses após a remoção dos aparelhos. Note que a estabilidade das relações oclusais e faciais obtidas com o tratamento realizado ainda estão presentes e nesta fase temos a possibilidade de selamento labial passivo.

3 DISCUSSÃO

A odontologia de acompanhamento no diagnóstico precoce das disgenesias permite a adoção de condutas terapêuticas preventivas e efetivas. A primeira radiografia panorâmica de uma criança deve ser realizada entre 6-7 anos de idade. Com esta simples ferramenta é possível diagnosticar anomalias dentárias (disgenesias) de forma, tamanho, número e posição. É de grande importância que a criança esteja inserida em um programa de acompanhamento de crescimento e irrupção com as equipes de Odontopediatria e Ortodontia, para que condutas terapêuticas possam antever possíveis complicações (CAPELOZZA FILHO, CARDOSO, CAPPELLOZZA, 2012; CAPELOZZA FILHO, 2011).

Parece existir evidências suficientes na literatura que sugerem uma associação entre as anomalias dentárias, como ectopias (erupção ectópica dos caninos superiores para palatino, transposições dentárias, disto-angulação dos segundos pré-molares inferiores e erupção ectópica dos primeiros molares superiores), infra-oclusão dos molares decíduos, atrasos no desenvolvimento dentário e hipoplasia generalizada do esmalte (BABA-KAWANO, et al. 2002; BACCETTI, 1998; GARIB, PECK, GOMES, 2009; GARIB, et al. 2010; GARN, LEWIS, 1962; GARN, LEWIS, 1970; PECK, PECK, KATAJA, 2002).

O diagnóstico precoce permite realizar um manejo na época adequada, estabelecendo uma meta terapêutica individualizada e planos de tratamento customizados, proporcionando um potencial de estabilidade (CAPELOZZA FILHO, 2011; CARDOSO, CAPELOZZA FILHO, 2011). No presente caso clínico, o resgate de forma da arcada inferior e a correção da irrupção do dente 26 foi considerada quesito fundamental para a redução de complexidade no tratamento ortodôntico futuro. Atenção deve ser dada para a tendência de fechamento de espaço pela migração mesial no caso do 26 e inclinação lingual dos incisivos inferiores. Esta tendência de fechamento de espaço se manifestou durante a fase de acompanhamento do desenvolvimento da oclusão, justificando a abordagem imediata. Porém sempre que possível, o aparelho ortodôntico deve ser instalado após o desenvolvimento da dentadura permanente, o que minimiza o tempo de tratamento e reduz os custos biológicos (CAPELOZZA FILHO, 2011).

Outra importante observação clínica em pacientes com disgenesias é a análise da morfologia dos dentes presentes, considerando que eles tendem a

apresentar alteração de forma, tamanho - fenômeno conhecido como simplificação morfológica - e irrupção (GARIB, PECK, GOMES, 2009; GARIB, et al. 2010). Nesse paciente o dente 16 apresentava hipoplasia de esmalte e falta de espaço para os caninos. Esta associação entre as anomalias dentárias é relevante para que o odontopediatra e o ortodontista realizem o diagnóstico precoce permitindo condutas terapêuticas preventivas e interceptivas.

Na análise facial de indivíduos Padrão Face Longa a incompetência labial, é um critério obrigatório, ocasionado pela incapacidade de selamento labial passivo, que é evidente no repouso. Durante o ato de selamento labial, ocorre à contração da musculatura peribucal, o que acentua a deficiência do contorno do mento (CAPELOZZA FILHO, 2004). Isto é muito frequente nos humanos em crescimento vertical, tão freqüente que pode ser considerada normal (prevalência de 34,94%). A compreensão correta do que isso significa tem absoluta importância clínica para o diagnóstico e prognóstico e, o primeiro ponto, e talvez o mais importante, é compreender que a presença desse comprometimento pode ser normal (CARDOSO, CAPELOZZA FILHO, 2011a; CARDOSO, CAPELOZZA FILHO, 2011b).

Proffit e Mason detalharam o conceito de incompetência labial transitória entre outros descompassos funcionais entre a musculatura intra e peribucal, como a deglutição atípica, resultado dos desajustes esperados durante o processo de crescimento facial normal. As relações que eram relatadas e reconhecidas como normais não estavam necessariamente presentes durante o crescimento, podendo ser estabelecidas somente no final da adolescência e, portanto, do padrão de crescimento, possível de se notar no caso tratado.

Desse modo, o acompanhamento estende-se por anos, exigindo intervalos de avaliação estabelecidos com consistência. Pressupõe uma relação de confiança determinada por vários fatores entre os quais, certamente, o mais importante é partilhar conhecimento e justificar ações ou a ausência delas.

4CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ortodontia passa por novos horizontes, e o motivo principal são as necessidades odontológicas, em uma nova geração de pacientes sem cáries já presentes para alguns ortodontistas e no futuro próximo para muitos. Os pacientes ortodônticos mantidos em um *monitoramento de crescimento*, com possíveis orientações e ações justificadas, poderão ser submetidos a uma fase de mecânica ortodôntica, de curta duração e baixa complexidade, e acompanhados para a preservação dos resultados obtidos em um pós-tratamento.

REFERÊNCIAS

- BABA-KAWANO, S. et al. Relationship between congenitally missing lower third molars and late formation of tooth germs. **Angle Orthod.**, EUA, v. 72, n. 2, p. 112-117, Apr. 2002.
- BACCETTI, T. A controlled study of associated dental anomalies. **Angle Orthod.**, EUA, v. 68, n. 3, p. 267-274, Jun. 1998.
- BEHRENTS, R. G. **Growth in the aging craniofacial skeleton**. Ann Arbor: University of Michigan, 1985 (Craniofacial Growth. Series Monograph, 17).
- BOORSEC. Health as a theoretical concept. **Philos Sci.**, Chicago, v. 44, n. 4, p. 542 – 573, Dec. 1977
- CAPELOZZA FILHO, L; CARDOSO, M. A; CAPPELLOZZA, J. A. Z. **Ortodontia Contemporânea: o antese o depoição importantes quanto o durante**. nova visão em Ortodontia e Ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Editora Santos, 2012.
- CAPELOZZA FILHO, L. Capítulo I. In: CAPELOZZA FILHO, L. **Metas Terapêuticas Individualizadas**. Maringá: Dental Press, 2011. p.22-86.
- CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em Ortodontia**. Maringá: Dental Press, 2004. 519p.
- CAPELOZZA FILHO, L; CAPPELLOZZA J, A, Z. DIAO: Diagrama individual anatômico objetivo. Uma proposta para escolha da forma dos arcos na técnica de Straight-Wire, baseada na individualidade anatômica e nos objetivos de tratamento. **R ClinOrtodon Dental Press**, Maringá, v. 3, n. 5, p.84-92, out-nov. 2004.
- CARDOSO, MA; CAPELOZZA FILHO, L. Padrão face longa: diagnóstico morfológico e implicações clínicas. In: **Programa de Atualização em Ortodontia**. Porto Alegre: Artmed, 2011a. v. 4. p. 35-94
- CARDOSO, M. A; CAPELOZZA FILHO, L.; An TL, LAURIS, JRP. Epidemiology of long face pattern in school children attending fundamental schools at the city of Bauru-SP. **Dental Press J Orthod.**, Maringá. v. 16, n. 2, p.108-119, mar-abr. 2011b.

GARIB, DG; PECK, S; GOMES, SC. Increased occurrence of dental anomalies in patients with second premolar agenesis. **Angle Orthod.** EUA. v.79, n. 3, p.436-441,May 2009.

GERIB, D. G. et al. Agenesis of maxillary lateral incisors and associated dental anomalies. **Am J OrthodDentofacialOrthop**, St. Louis, v. 137, p. 732e1-e6, 2010.

GARN, SM; LEWIS, AB.The relationship between third molar agenesis and reduction in tooth number. **Angle Orthod.**, EUA, v. 32, p. 14-18, 1962.

GARN, SM; LEWIS, AB.The gradient and the pattern of crowns size reduction in simple hypodontia.**Angle Orthod.** EUA, v.40, n. 1, p. 51-58, Jan, 1970.

NGAN, PW. Early treatment of class III malocclusion: is it worth the burden? **Am J OrthodDentofacialOrthop**.St. Louis, v. 129, Supplement 4, p. S82-85,2006.

PECK, S; PECK, L; KATAJA, M. Concomitant occurrence of canine malposition and tooth agenesis: evidence of orofacial genetic fields. **Am J OrthodDentofacialOrthop**. St. Louis, v.122, n. 6, p. 657-60, Dec, 2002.

PROFFIT, WR; WHITE RP.Long-face problems. In: PROFFIT, WR; WHITE RP. Surgical-orthodontic treatment. St. Louis: CV Mosby, p. 381, 1990.

PROFFIT, W. R.; MASON, RM. Myofunctional therapy for tonguethrusting: background and recommendations. **J Am Dent Assoc**, Chicago,v. 90, n.2, p. 403-411, Feb.1975.