

CORREÇÃO ORTODÔNTICA DE MORDIDA PROFUNDA E DIASTEMA EM PACIENTE COM PERIODONTO REDUZIDO – RELATO DE CASO

ORTHODONTIC CORRECTION OF DEEP BITE AND DIASTEMA IN PATIENT WITH REDUCE PERIODONTIUM – CASE REPORT

GABRIELA PALMER PAMPONET DE OLIVEIRA¹, ELUIZA RAMOS SILVA NOGUEIRA PORTO², CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA^{3*}, OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA⁴, SILENO CORRÊA BRUM⁵, LIDIANE DE CASTRO SOARES⁶

1. Cirurgiã Dentista pela Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ)/ Pós-graduanda em Ortodontia pela Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ); 2. Cirurgiã Dentista pela Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ); 3. Professora Assistente III do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ)/ Mestre em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos maxilares pelo Centro de Pesquisas Odontológicas (CPO) – São Leopoldo Mandic – Campinas (SP); 4. Professor Assistente I do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ)/ Mestrando em Saúde coletiva pelo Centro de Pesquisas Odontológicas (CPO) – São Leopoldo Mandic – Campinas (SP); 5. Professor Adjunto I do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ)/ Doutor em Saúde coletiva pela Universidade Federal Fluminense – Niterói (RJ); 6. Professora Adjunto I do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ)/ Doutor em Biologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ).

* Rua Lúcio de Mendonça, 24/705, Centro, Barra do Pirai, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27 123-050. carlacnbarbosa@hotmail.com

Recebido em 06/05/2016. Aceito para publicação em 18/07/2016

RESUMO

As doenças periodontais podem deixar sequelas, dentre elas estão as más-oclusões de difícil correção. No caso apresentado é descrito as causas e consequências da doença periodontal bem como o tratamento dessas más-oclusões. Este trabalho tem como objetivo relatar a abordagem interdisciplinar para o tratamento de um paciente portador de periodonto reduzido e diastemas generalizados, pois o mesmo era portador de periodontite crônica localizada moderada, mordida profunda e má-oclusão de classe II-1ª divisão-subdivisão direita. Após o término do tratamento houve a redução dos diastemas, diminuição da profundidade de bolsa e correção da má-oclusão, mostrando que a abordagem interdisciplinar se tornou indispensável para o tratamento, devolvendo à estética, função e autoestima para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Doença periodontal, diastemas, mordida profunda, periodontia, ortodontia.

ABSTRACT

Periodontal diseases may cause sequels, among them there are malocclusion of difficult correction. In the case presented is described causes and consequences of periodontal disease as well as the treatment of these malocclusion. This work has the objective to report the interdisciplinary approach for the treatment of a patient with reduce periodontium and generalized diastema, because the patient had moderate localized chronic periodontitis, deep bite and malocclusion class II-1st division-right subdivision. After the end of treatment there was the closing of diastema, reduction of depth pocket and malocclusion correction,

showing that the interdisciplinary approach has become indispensable for treatment, returning the aesthetic, function and self-esteem for the patient.

KEYWORDS: Periodontal diseases, diastema, deep bite, periodontics, orthodontics.

1. INTRODUÇÃO

A doença periodontal em estado avançado pode causar diastema localizado ou generalizado na região anterior do arco devido a inflamação das fibras de colágeno, que tem o papel de unir os dentes adjacentes e estabilizá-los, levando a migração dentária¹. Secundariamente à doença periodontal progressiva ocorre a migração de incisivos resultando em diastemas generalizados ou localizados, protrusão e extrusão^{1,2}.

Os diastemas, espaços ou ausências de contato entre dois ou mais dentes, podem ser encontrados tanto na arcada superior quanto na inferior e estão diretamente ligados à estética, e por isso são uma das principais queixas dos pacientes^{3,4}. Podem ser de origem fisiológica como na dentição mista, na fase conhecida como “patinho feio”⁵, onde o diastema é frequentemente encontrado, porém esse quadro tende a desaparecer ao final do desenvolvimento adequado da oclusão³; ou patológica como agenesia dos incisivos laterais, incisivo lateral conóide, hábitos deletérios, overjet acentuado, freio labial hipertrófico ou anormal, presença de dentes supranumerários (mediodens), hereditariedade, entre outros^{3,5}.

Assim como o diastema, a sobremordida é um fator a ser levado em consideração quando se diz respeito à estética, sendo uma das queixas dos pacientes, e à oclusão. A sobremordida é considerada uma má-oclusão de características esqueléticas, dentárias e neuromusculares^{6,7}, com etiologia associada a alterações de crescimento na mandíbula e/ou maxila, modificações na função dos lábios e língua e alterações dentoalveolares como suprairrupção dos incisivos, infrairrupção de molares ou a combinação dessas^{6,8}.

O objetivo desse trabalho é apresentar a abordagem interdisciplinar no tratamento de paciente portador de má oclusão classe II – 1ª divisão – subdivisão direita, periodonto reduzido e presença de diastemas devido à doença periodontal e mordida profunda.

2. RELATO DE CASO

Paciente MA, 33 anos, gênero masculino, melano-derma, chegou à clínica odontológica da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras (RJ) queixando-se de sangramento na gengiva e querendo melhorar a aparência de seus dentes. Após exame clínico e radiográfico (Figuras 1, 2 e 3), foi diagnosticado que o paciente estava com periodontite crônica localizada moderada, mobilidade grau I nos dentes 31 e 41 e mobilidade grau II no dente 42, ausência do dente 36, diastemas generalizados e sobremordida profunda.



Figura 1. Vista frontal intraoral.



Figura 2. Raios-X Periapical completo.



Figura 3. Raios-X Panorâmica.

O paciente submeteu-se ao tratamento periodontal com procedimentos de raspagem supragengival e polimento coronário em todos os dentes e na sessão seguinte foram realizadas raspagem subgengival e alisamento radicular nos seguintes dentes: 11, 21, 37, 31, 41, 42, 43, 46. Foi realizado ressonagem após 21 dias a esse procedimento, que foi realizado em duas sessões, e após essas sessões observamos que não houve redução das bolsas devido ao trauma oclusal. Depois do controle da doença periodontal, recebeu alta do tratamento periodontal e foi proposto o tratamento ortodôntico pois o paciente era classe II de Angle 1ª divisão subdivisão direita, possuía um perfil convexo e biprotusão (Figura 4).



Figura 4. Vista extra oral perfil direito.



Figura 5. Vista lateral direita inicial do aparelho fixo.

Antes de dar início ao tratamento ortodôntico o paciente foi instruído sobre os procedimentos corretos de higienização e a necessidade do controle da doença periodontal. Optou-se em montar o aparelho fixo (Figuras 5, 6 e 7) com Batente superior anterior (Figura 8) para tirar os dentes de trauma oclusal e com o propósito de alinhar e nivelar os arcos superior e inferior, reduzir os diastemas, juntamente com o acréscimo de resina provisoriamente nos incisivos superiores (Figura 9), manter o espaço da ausência para posterior reabilitação protética (Figura 10)

e, para minimizar a recidiva da mordida profunda, confeccionar e instalar um batente na região anterior da contenção superior.



Figura 6. Vista frontal inicial do aparelho fixo.



Figura 7. Vista lateral esquerda inicial do aparelho fixo.



Figura 8. Vista oclusal superior com o Batente.



Figura 9. Vista frontal final.

O aparelho fixo foi removido (Figuras 11, 12 e 13) e para finalização do caso foi confeccionada e instalada uma contenção móvel superior, fixa inferior e um mantenedor de espaço (Figuras 14 e 15).



Figura 10. Vista lateral esquerda final.



Figura 11. Vista lateral direita, final do tratamento.



Figura 12. Vista frontal, final do tratamento.



Figura 13. Vista lateral esquerda, final do tratamento.



Figura 14. Ontenção móvel superior.



Figura 15. Vista oclusal inferior.

O paciente foi encaminhado para troca das resinas provisórias dos incisivos centrais superiores e reabilitação protética na região do dente 36

3. DISCUSSÃO

As doenças periodontais têm como sequelas à migração patológica dos dentes^{9,10}, perda de inserção e ausência de elementos dentários⁹. Essas sequelas podem resultar em más-oclusões de difícil correção^{9,10}.

O paciente do presente caso clínico possuía periodontite crônica generalizada em estado avançado por isso a terapia básica de raspagem e alisamento periodontal prévia foi realizada com intuito de não tornar o tratamento ortodôntico nocivo à saúde periodontal do paciente porque de acordo com estudos¹, indivíduos que apresentavam periodonto comprometido poderiam sofrer recorrência da doença periodontal ou perdas de dentes durante o tratamento ortodôntico, sendo assim um trabalho em conjunto entre ortodontista e periodontista deve ser feito do início ao fim do tratamento^{9,10}.

A periodontite crônica tem como suas principais características: baixa taxa de progressão, estando entre leve e moderada, porém episódios de progressão rápida podem acontecer; presença de irritantes locais compatíveis com a severidade da doença; e sua maior incidência é em pacientes adultos^{11,12}.

Paciente portador de doença periodontal somente estará apto ao tratamento ortodôntico quando os problemas

periodontais estiverem controlados, como ausência de sangramento a sondagem e boa higiene bucal². Mesmo que o paciente tenha o periodonto reduzido, porém saudável, é possível fazer a movimentação ortodôntica sem que haja maiores danos aos tecidos de sustentação, desde que a magnitude das forças aplicadas seja suave^{1,2,10} e contínua possibilitando um bom controle do movimento^{1,2}, evitando o agravamento da perda óssea e da reabsorção periapical¹⁰.

Quanto aos diastemas, apenas o tratamento ortodôntico não é suficiente para fechar totalmente grandes espaços sendo necessária a combinação da ortodontia com a dentística, para o fechamento dos diastemas^{4, 13,14}, ou com a prótese, para abertura dos espaços e posterior instalação de prótese ou implante^{4,15}, se aplicando no presente caso clínico em que apenas a utilização da ortodontia para redução dos diastemas não seria suficiente e por isso foi necessária a utilização de resina para auxiliar no fechamento dos diastemas.

Uma das causas da mordida profunda está associada à perda dentária posterior⁸, porém é possível afirmar no presente caso clínico que a mordida profunda não foi devido à perda dentária, pois o paciente apresentava ausência apenas do dente 36, seria necessário que fossem vários dentes posteriores para se fazer essa afirmação. Também são causas da sobremordida: retrusão mandibular (confirmando o diagnóstico do presente caso clínico), desgaste de dentes posteriores, comprimento dos incisivos superiores e inferiores, altura de cúspide, crescimento vertical da mandíbula, entre outros⁸. Como consequência da sobremordida estão à recessão gengival, interferência nos movimentos de abertura e lateralidade da mandíbula durante a mastigação e problemas na articulação temporomandibular⁷.

A sobremordida pode estar associada à irrupção excessiva dos incisivos superiores e inferiores, irrupção parcial dos dentes posteriores e oclusão de mordida cruzada vestibular de todos os dentes posteriores da maxila⁸, é considerada um dos problemas mais difíceis de serem tratados^{7,8}.

Os resultados obtidos com a intrusão dos incisivos superiores no tratamento da sobremordida proporcionam uma melhor estabilidade em relação ao mecanismo de extrusão dentária posterior, pois não afetam o espaço interoclusal livre nem a atividade muscular⁸. Porém, nesse trabalho optou-se pela extrusão dos dentes posteriores com utilização de batente, pois a mecânica intrusiva pode causar reabsorções radiculares e recessões gengivais e a mecânica de extrusão aumenta significativamente o trespasse vertical na região anterior, por exemplo, para cada 1mm de extrusão posterior o sobrepasso vertical anterior diminui 2 mm⁶.

A extrusão de dentes posteriores pode ser realizada de forma ativa, gerando forças diretamente nos dentes posteriores, ou passiva que age indiretamente promovendo a

desoclusão de dentes posteriores⁶, como no presente caso descrito onde foi usado a placa com batente.

4. CONCLUSÃO

Com o tratamento interdisciplinar realizado foi possível diminuir a profundidade das bolsas, reduzir os diastemas e corrigir as más-oclusões, devolvendo ao paciente a estética, a função adequada e a autoestima. Foi possível notar, com o decorrer do tratamento, que a abordagem de várias especialidades da odontologia para a realização de casos clínicos como este se torna indispensável.

REFERÊNCIAS

- [01] Rocha DS, Oliveira RSMF, Fraga MR, Vitral RWF. Considerações no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com comprometimento periodontal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005; 5(2): 185-190.
- [02] Calheiros A, Fernandes A, Quintão CA, Souza EV. Movimentação ortodôntica em dentes com comprometimento periodontal: relato de um caso clínico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005; 10(2): 111-118.
- [03] Canuto MSB, Assis RS, Gouveia PMP, Nemr K. Análise comparativa entre presença de diastemas e tipos faciais. *Rev CEFAC.* 2006; 8(2): 162-170.
- [04] Azevedo FF. Etiologia, tratamento e estabilidade dos diastemas. [monografia]. Anápolis: Instituto de Ciências da Saúde FUNORTE/SOEBRAS; 2010.
- [05] Passold JR. Redução e fechamento de diastemas. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- [06] Brito HHA, Leite HR, Machado AW. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2009;14(3): 128-157.
- [07] Cantadori M, Junqueira JLC, Almeida MHC, Almeida RC, Ferrer KJN, Bianchini F. Avaliações gerais sobre o tratamento da sobremordida profunda em dentição mista. *RGO.* 2003; 51(4): 219-224.
- [08] Maia SA, Almeida MEC, Oliveira Jr. WM, Dib LS, Raveli DB. Tratamento de mordida profunda segundo a técnica do arco segmentado. *ConScientiae Saúde.* 2008; 7(4): 463-470.
- [09] Oliveira DA, Oliveira KN, Mendes JL, Santos MJ, Ribeiro MC, Amorim PS, et al. Inter-relação da periodontia e outras especificidades odontológicas – revisão de literatura. *SOBRAPE.* 2012; 22(3): 25-29.
- [10] Dainese EA, Silva CC, Freitas KMS, Caçado RH, Valarelli FP. Migração patológica: relato de caso. *Orthodontic Science and Practice.* 2010; 3(11): 222-228.
- [11] Dias LZS, Piol SAC, Almeida CSL. Atual classificação das doenças periodontais. *Rev Odontol.* 2006; 8(2): 59-65.
- [12] Porto ERSN, Ferreira KE, Barbosa CCN, Oliveira GPP, Rodrigues CRT, Silva FSC. Reinstatement of function and aesthetics with brackets provisional fixed in patient with chronic localized periodontitis. *JSCD.* 2014; 3(1): 18-21.
- [13] Chalifoux PR. Diastema closure: using orthodontics, composite bonding, or porcelain veneers for optimal esthetic results. *Inside Dentistry.* 2010; 6(8).

- [14] Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dent Clin N Am.* 2011; 55: 265-81.
- [15] Liu KNC. Agenesias dentárias: revisão de literatura. [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.