

TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM PERIODONTO REDUZIDO – RELATO DE CASO

ORTHODONTIC TREATMENT IN A PATIENT WITH REDUCED PERIODONTIUM – CASE REPORT

MARÍLIA SOUZA MACHADO¹, MARCELA DE OLIVEIRA SANTOS¹, RAIZA FERNANDES XAVIER BARBOSA¹, ADRIANE CRISTINA RICHIA FERREIRA², OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA³, CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA⁴*

1. Acadêmico do curso de graduação do curso Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ; 2. Professora Especialista e Mestre em Periodontia. Professora Assistente III do curso Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ; 3. Professor Mestrando em Saúde Coletiva. Professor Assistente I do curso Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ; 4. Professora Mestre em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. Professora Assistente III do curso Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ.

* Rua Lúcio Mendonça, 24/705, Centro. Barra do Pirai, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27123-050. carlacnbarbosa@hotmail.com

Recebido em 12/05/2017. Aceito para publicação em 10/06/2017

RESUMO

Nos últimos anos tem se tornado frequente a presença de pacientes a procura de tratamento ortodôntico após a terapia periodontal. Esses pacientes geralmente chegam preocupados com a estética e cientes sobre a importância de uma saúde bucal adequada. Com isso tornam-se interessados em uma melhor oclusão e uma melhor estética. A movimentação dentária em pacientes com periodonto reduzido necessita de uma estreita relação entre ortodontista e periodontista, proporcionando aos pacientes uma significativa melhora da condição de saúde bucal, através de benefícios resultantes da interrelação ortodontia e periodontia. Diante disso, torna-se necessário um bom planejamento com a utilização de forças leves, aparatologia que facilite a higienização e também a utilização de contenção para garantir uma boa estabilidade de oclusão após o tratamento ortodôntico. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é relatar por meio de um caso clínico a interrelação entre ortodontia e periodontia no tratamento ortodôntico de um paciente com periodonto reduzido.

PALAVRAS-CHAVE: Tratamento ortodôntico, terapia periodontal, doença periodontal.

ABSTRACT

In recent years the presence of patients in dental offices has become frequent after periodontal therapy. These patients usually are concerned with aesthetics and are aware of the importance of proper oral health. As a result of this, they become interested in a better occlusion and better esthetics. Dental movement in patients with reduced periodontium requires a close relationship between orthodontist and periodontist, providing a significant improvement in oral health to patients through benefits resulting from the interrelationship between orthodontics and periodontics. Good planning is required, using light forces, apparatus that facilitates hygiene and also using restraint to ensure a good occlusion stability after orthodontic treatment. Thus, the purpose of this study is to report, through a clinical case, the interrelationship between orthodontics and periodontics in the orthodontic treatment of a patient with reduced periodontium.

KEYWORDS: Orthodontic treatment, periodontal therapy, periodontal disease.

1. INTRODUÇÃO

O periodonto é o tecido de suporte e revestimento do elemento dental. Composto por gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. Ele é dividido em duas partes: o periodonto de proteção, composto pela gengiva; que tem como função proteger os tecidos subjacentes; e o periodonto de sustentação, composto pelo ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar; que tem como função fazer a sustentação do dente ao tecido ósseo e manter a integridade da mucosa mastigatória¹.

As doenças periodontais são infecções causadas por microorganismos que colonizam a superfície dentária supra ou subgengivalmente, ou seja, microorganismos que afetam o periodonto e pode ser dividida em gengivite que é caracterizada como uma inflamação resultante da colonização de bactérias na margem gengival, podendo irradiar por toda a margem gengival remanescente e periodontite, resultando na formação de bolsa periodontal quando não tratada. Os sintomas clínicos podem variar de indivíduo para indivíduo e também entre sítios numa mesma dentição¹.

As características clínicas comuns à gengivite são: presença de biofilme, sangramento gengival, edema, ausência de perda óssea, eritema, ausência de perda de inserção, mudanças histológicas e reversibilidade após o tratamento, ou seja, a remoção do biofilme. Na periodontite ocorre a destruição do periodonto de suporte, que leva a perda de inserção conjuntiva, perda do osso alveolar e de cemento radicular, presença de bolsa periodontal, que pode ser influenciada por fatores locais e/ou pela resposta imunológica do indivíduo².

A velocidade de progressão das enfermidades periodontais sofre influência de vários fatores como os sistêmicos, microbiano, ambientais, estresse, genéticos e dos hospedeiros; dentre as enfermidades sistêmicas mais importantes estão diabetes mellitus, pacientes transplantados, submetidos à quimioterapia e com transtornos imunológicos^{1,3}.

As doenças periodontais destrutivas causam a

destruição do periodonto de sustentação, podendo ocasionar perda de elementos dentários e com isso os processos de migração fisiológica e dental são agravados, e quando associados ainda a hábitos viciosos e trauma oclusal favorece a instalação de uma má-oclusão. Além disso, a perda considerável de estrutura de suporte periodontal pode levar à migração patológica de um dente ou grupo de dentes, onde se pode observar maior espaçamento e inclinação de dentes anteriores, diastema mediano, rotação e inclinação de dentes posteriores que consequentemente resultam em colapso oclusal e diminuição da dimensão vertical que reduzem a resposta de reparação tecidual. Devido a isso, tem se tornado frequente a indicação de tratamento ortodôntico em pacientes com periodonto reduzido e cada vez se torna maior a interrelação entre Periodontia e Ortodontia. Além disso, a preocupação com a estética e a maior conscientização sobre saúde tem levado a um número maior de pacientes interessados em melhor oclusão e estética após a terapia periodontal.

Desta maneira, o objetivo desse trabalho é relatar por meio de um caso clínico a interrelação entre Ortodontia e Periodontia em um paciente com periodonto reduzido.

2. CASO CLÍNICO

Paciente S.E.D.P., sexo feminino, 51 anos de idade, sistemicamente comprometida, apresentou-se para tratamento odontológico, procurando terapia periodontal.

Durante a anamnese a paciente relatou ser portadora de diabetes e hipotireoidismo. No exame clínico registrou-se ausência de alguns elementos dentários (15, 17, 35, 36, 44, 46), presença de exsudato hemorrágico e purulento em todos os elementos dentais presentes além de mobilidade (Figuras 1). Através do exame de sondagem constatou-se a presença de bolsas periodontais generalizadas entre 4mm e 12mm; migração patológica dos elementos dentais anteriores e lesão de furca nos elementos dentais posteriore.



Figura 1. Vista frontal da arcada dentária pré-tratamento periodontal

Foi diagnosticada periodontite crônica severa generalizada agravada por diabetes. O plano de tratamento consistiu em instrução de higiene bucal dando ênfase a utilização de escova interdental e gazes devido à presença de diastemas nos elementos anteriores; terapia básica periodontal composta por 15

sessões de raspagem supra e subgengivais com polimento e alisamento coronorradiculares.

Após 3 meses do início da terapia periodontal, foi realizada a primeira ressonagem onde observou-se a redução significativa das bolsas periodontais, realizou-se também a prescrição de associação antibiótica entre amoxicilina e metronidazol por 7 dias, sem necessidade de nenhuma cirurgia durante o tratamento periodontal.

Após 2 meses da primeira ressonagem foi realizada uma segunda ressonagem, onde foi observada estabilização do quadro clínico com ausência de sinais clínicos de atividade de doença periodontal, com ausência de bolsas periodontais e com isso a paciente foi encaminhada para tratamento ortodôntico (Figura 2).



Figura 2. Vista frontal da arcada dentária após estabilização da doença periodontal.

Antes do início do tratamento ortodôntico, foi realizado exame clínico e solicitado exames radiográficos (Figura 3).



Figura 3. Radiografia panorâmica pré-tratamento ortodôntico.

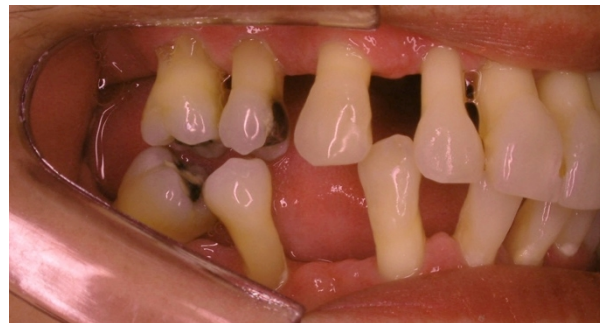


Figura 4. Oclusão do lado direito.

No exame facial observou-se uma falta de vedamento labial e perfil convexo. Ao exame clínico constatou-se que apresentava os molares em Classe II de Angle e caninos em Classe II, biprotrusão e diastemas

generalizados (Figuras 4 e 5). Visualizou-se no exame radiográfico perda óssea generalizada muito avançada nas duas arcadas e uma assimetria condilar.



Figura 5. Oclusão do lado esquerdo.

O tratamento proposto foi alinhamento e nivelamento, redução dos diastemas, desinclinizar os 2º molares inferiores e manter espaço das ausências para futura reabilitação protética.

Devido à grande perda óssea foi instalado Placas de Hawley em ambas as arcadas com ativação de 28/28 dias (Figura 6).

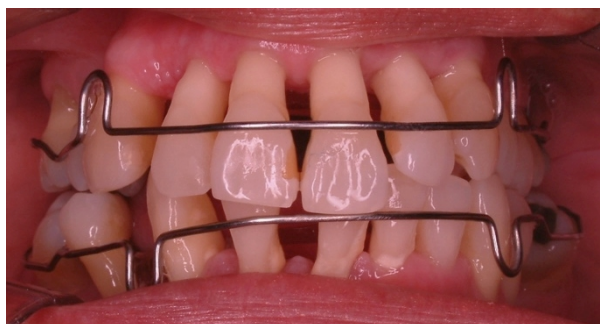


Figura 6. Vista frontal. Placa de Hawley em ambas as arcadas dentárias.

Cinco meses após, foi instalada a aparatologia fixa no arco inferior e arco .016 Níquel titânio (NiTi) termoativado com o propósito de alinhamento e nivelamento. No mês subsequente foi instalado a aparatologia fixa no arco superior com o mesmo arco utilizado na arcada inferior (Figura 7).



Figura 7. Vista Frontal. Aparatologia fixa na arcada superior e inferior.

Depois de três meses os arcos foram trocados para o .016 de aço e adaptado elástico em corrente para redução dos diastemas e mola fechada na região das ausências.

Após a redução dos diastemas os arcos foram trocados para .017 X .025 NiTi termoativado. Finalizou-

se com estes arcos, a aparatologia fixa foi removida e adaptada as contenções superior e inferior Arco de Hawley contínuo modificado (Wrap Around) com dentes de estoque nas regiões das ausências (Figura 8).

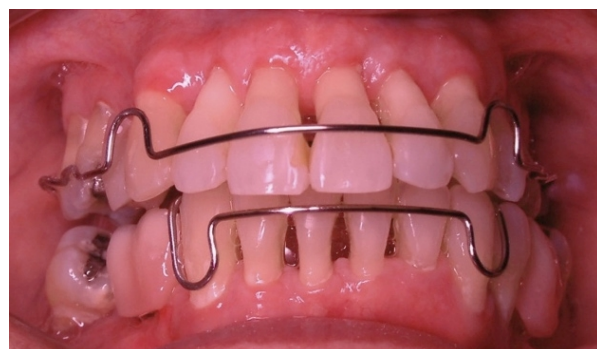


Figura 8. Contenções superior e inferior Arco de Hawley contínuo modificado (Wrap Around) com dentes de estoque nas regiões das ausências dentárias.

3. DISCUSSÃO

Ao consultarmos literaturas anteriores, algumas considerações foram feitas em relação ao tratamento ortodôntico em pacientes com periodonto reduzido.

Em casos de terapia ortodôntica em pacientes com periodonto reduzido, a interrelação Ortodontia e Periodontia é de extrema importância, pois o tratamento deve ser mais criterioso e a boa relação entre ambas às especialidades é essencial para o sucesso do tratamento⁴⁻⁹.

A literatura mostra que o principal requisito para a realização do tratamento ortodôntico em paciente com comprometimento periodontal é o controle da doença periodontal^{4-7,9-14}. Em casos em que há processo inflamatório agudo, elementos dentais com raízes curtas ou com reabsorções idiopáticas, laterais e/ou apicais das raízes, extensas reabsorções ósseas, hiperplasias e fibroses, número de dentes insuficientes para ancoragem do sistema de forças e hábitos musculares são condições do paciente que devem ser analisadas antes do tratamento⁷.

É indispensável à adequação do meio bucal previamente a terapia ortodôntica, com todas as restaurações, extrações, terapia endodôntica executadas quando necessário e principalmente, instrução de higiene bucal para o início do tratamento ortodôntico⁵.

Outro aspecto a ser considerado é que deve ocorrer rotineiramente e com mais frequência em menor espaço de tempo a terapia periodontal de suporte, de modo que a doença periodontal não se torne ativa novamente, o que inviabilizaria a continuidade do tratamento ortodôntico^{5,7,15-17}. Além disso, o acompanhamento periodontal deve continuar mesmo após o fim da terapia ortodôntica e o tempo para consulta irá variar de indivíduo, de acordo com o risco individual que cada paciente apresenta relacionado à doença periodontal^{4,6,7}.

O tratamento ortodôntico deve ser feito de modo que não se utilize aparatologia ortodôntica que possa de alguma forma colaborar com o acúmulo de biofilme devido à deficiência de controle do mesmo por parte do

paciente, como por exemplo, a utilização de elásticos dando preferência para utilização de ligaduras metálicas, evitar a utilização de bandas, excesso de resina ao redor dos braquetes, cuidados esses que foram realizados no caso apresentado^{4,7,18}.

Em dentes comprometidos periodontalmente o centro de resistência move-se apicalmente, logo as chances de reabsorção apical serão maiores devido à sobrecarga de força nessa região^{6,15,18-20}. Sendo assim, indica-se a utilização de forças leves e contínuas, assim como foi utilizado no caso relatado. É necessário que o ortodontista tenha um domínio em relação à intensidade das forças aplicadas, pois sem esse domínio pode ocorrer à perda de osso marginal adicional. Logo, para que isso não ocorra deve-se ao máximo evitar que ocorra inclinação dentária e que mantenha um equilíbrio entre forças de reabsorção e deposição. Porém, isso só pode ser alcançado se o movimento ocorrer em reabsorção óssea direta sem que ocorra a criação de áreas hialinizadas, o que só pode ser obtido com a utilização de forças leves e intermitentes^{4,9}, como foi realizado no caso descrito com a utilização da placa de Hawley superior previamente a aparatologia fixa.

Uma correta e nova posição dentária pode ser muito favorável para o as estruturas periodontais em longo prazo uma vez que, dentes melhor alinhados, sem apinhamento ou vestibularização excessiva são de fato elementos mais fáceis de ser higienizados⁴. Além disso, a interrelação Ortodontia e Periodontia quando bem realizada pode contribuir com a melhora na sustentação dentária⁴. No caso descrito, a paciente correspondeu ao tratamento ortodôntico e periodontal, com um bom controle de biofilme, com isso foi possível a obtenção de um bom alinhamento entre os elementos presentes e uma oclusão satisfatória, o que favoreceu a obtenção de uma melhora significativa na estética.

Para a obtenção de uma boa estabilidade de oclusão é indicado à utilização de contenção para evitar uma recidiva imediata, uma vez que o periodonto reduzido está mais suscetível a esse efeito. Logo, no caso relatado utilizou-se uma contenção móvel superior e inferior Arco de Hawley contínuo modificado e para melhorar a estética foram utilizados dentes de estoque nas regiões de ausências dentárias^{4,6}.

4. CONCLUSÃO

Através de consultas literárias e observações clínicas, conclui-se que um periodonto de inserção reduzido não é um empecilho para o tratamento ortodôntico desde que a doença periodontal esteja estabilizada. Ainda assim, é necessário um planejamento ortodôntico adequado, com uma mecânica correta, utilizando forças leves e acessórios de fácil higienização.

Contudo, é necessário que o tratamento seja multidisciplinar, através da interrelação Ortodontia e Periodontia, logo as consultas periodontais devem ser realizadas periodicamente durante todo o período clínico ortodôntico com tempo variável de acordo com

a necessidade de cada caso. É necessário também a utilização de contenção após o tratamento ortodôntico para a obtenção de uma boa estabilidade de oclusão.

5. REFERÊNCIAS

- [01] Leão VR. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos com comprometimento periodontal [Tese]. Anapólis: Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebras Anapólis; 2009.
- [02] Eto FS, Raslan SA, Cortelli JR. Características microbianas na saúde e doença periodontal. *Revista biociências Taubaté*. 2013; 9(2):45-51.
- [03] Abreu LMG, Lopes FF, Pereira AFV, Pereira ALA, Alves CMC. Periodontal disease and systemic conditions: mechanisms of interactions. *Rev Pesq Saúde*. 2010 mai/ago; 11(2):52-56.
- [04] Couto GMD, Soares CES, Barbosa CCN, Queiroz APG, Rodrigues VB, Barbosa OLC. Tratamento ortodôntico em paciente com periodonto reduzido – dez anos de acompanhamento. *Ortodontia SPO*. 2016; 49(5):377-378.
- [05] Janson MDRP, Janson RDRP, Ferreira PM. Tratamento ortodôntico em pacientes com lesões periodontais avançadas. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 1997; 2(5):119-120.
- [06] Rocha DS, Oliveira RSMF, Fraga MR, Vitral RWF. Considerações no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com comprometimento periodontal. *Revista Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2005; 5(2):185-190.
- [07] Correia MF, Nogueira MNM, Spolidório DMP, Seabra ED. Diretrizes para o tratamento periodontal e acompanhamento durante o tratamento ortodôntico. *Rev Odontol Bras Central*. 2013; 21(61):82-84.
- [08] Santos AN, Mollo MA. Intrusão ortodôntica no tratamento de dentes com comprometimento periodontal. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2012 set-dez; 24(3): 209-219.
- [09] Calheiros A, Fernandes A, Quintão CA, Souza EV. Movimentação ortodôntica em dentes com comprometimento periodontal: relato de um caso clínico. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2005 mar/abr; 10(2): 111-118.
- [10] Maia LP, Novaes Júnior AB, De Souza SLS, Palioto DB, Júnior MT, Grisi MFDM. Ortodontia e Periodontia – Parte II: Papel auxiliar da terapia ortodôntica no tratamento periodontal. *Braz J Periodontol*. 2011; 21(3):46-52.
- [11] Oliveira KM. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos com algum comprometimento periodontal [Tese]. Alfenas: Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebras Alfenas; 2010.
- [12] Carraro FLC, Pellegrin CJ. Orthodontic treatment in patients with reduced periodontal insertion. *RGO*. 2009 out-dez; 57(4):455-458.
- [13] Pias AC, Ambrosio AR. Movimento ortodôntico intrusivo para reduzir defeitos infra-ósseos em pacientes periodontais. *RGO*. 2008; 52(2):181-188.
- [14] Figueiredo MA, Pomilio A, Biondi Filho O, Bertolini PFR. Interrelação ortodontia e periodontia. Relato de caso. *Rev Odontol UNESP*. 2012; 41(2):113.
- [15] Mafra CES, César Neto JB, Sekiguchi RT, Saraiva L. Impacto de um diagnóstico periodontal deficiente em pacientes com periodontite agressiva submetidos a tratamento ortodôntico: relato de uma série de casos. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2013 jun-jul; 12(3):95-101.

- [16] Bortoluzzi GS, Ortiz JS, Lazzaretti DN, Silva CPC. Mecânica ortodôntica para pacientes comprometidos periodontalmente. *J Oral Invest.* 2013; 2(1):17-25.
- [17] Menezes LM, Rizatto SMD, Braga CP, Rego MVNN, Thiesen G. A inter-relação ortodontia/periodontia em pacientes adultos. *Ortodontia Gaúcha.* 2003 jan/jun; 3(1):6-21.
- [18] Capelozza Filho L, Braga AS, Cayassan AO, Ozawa TO. Orthodontic Treatment in Adults: an Objective Approach. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* Maringá. 2001 set/out; 6(5):63-80.
- [19] Costa LA, Venâncio L, Freitas BV, Pereira ALP. Ortodontia em paciente periodontal: relato de caso clínico Costa LA. *Rev Clín Ortod Dental Press.* 2014; 12(6):39-48.
- [20] Rissete MTM, Semaan MS. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos periodontalmente comprometidos. *Orthodontic Science and Practice.* 2012; 5(18):194-202.