

VANESSA SABEL NUNES

Diagnóstico Precoce de Deformidade Dento-Esquelética

ARAÇATUBA - SP

2009

VANESSA SABEL NUNES

Diagnóstico Precoce de Deformidade Dento-Esquelética

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de “*Bacharel em Odontologia*” da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Rahal Mestreneer

ARAÇATUBA - SP

2009

DEDICATÓRIA

A *Deus*, Mestre maior que ilumina,
ampara, dando forças para que
meu caminho seja aberto a novas
conquistas.

Aos meus pais *Adriana Sabel Nunes* e
Mário Wilson Nunes, que sempre
apostaram em mim, me deram apoio,
carinho e compreensão, sendo neste
longo período as pessoas com quem
sempre pude contar, meus verdadeiros
e eternos amigos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. *Sandra Rahal Mestrener*,
por seu apoio e inspiração no
amadurecimento dos meus
conhecimentos e conceitos que me
levaram a execução e conclusão
deste trabalho.

NUNES, V. S. **Diagnóstico precoce de deformidade dento-esquelética.** 2009. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

RESUMO

No período da dentição decídua, a prioridade do tratamento direciona-se para eliminação de hábitos deletérios no tempo correto, evitando más formações dento - esqueléticas. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é apresentar o protocolo de tratamento e ilustrar, através de um caso clínico como o clínico geral deve atuar diante da presença dessas deformidades a fim de solucionar, de forma integrada a outros profissionais muitos casos de desequilíbrio do sistema estomatognático que frequentemente aparecem nos consultórios odontológicos.

Palavras-chave: Diagnóstico. Mordida aberta. Tratamento multimodal.

NUNES, V. S. Early diagnosis of dento-skeletal deformity. 2009. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

ABSTRACT

During the deciduous dentition, the priority of treatment is direct to elimination of such habits in a correct time, in order to avoid dentoskeletal deformities. So, this study aims to inform the clinicians importance of diagnosis and the treatment in association with others specialities, on the important role of the establishment and maintenance of teeth in a good position on the jaws.

Keywords: Diagnosis. Open bite. Combined modallity therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Aspecto inicial da paciente com a evidência de interposição lingual	8
Figura 2 -	Vista dos dentes anteriores com a paciente em oclusão, notamos mordida aberta anterior, interposição de língua e a vestibularização dos dentes 31 e 21	9
Figura 3 -	Vista lateral dos dentes anteriores em oclusão onde a vestibularização dos dentes 21 e 31, evidenciamos grande recessão gengival no dente 31 com presença constante de inflamação da gengiva marginal	10
Figura 4 -	Vista lateral dos dentes anteriores após conduta terapêutica, evidenciando o realinhamento dos dentes 21 e 31	13
Figura 5 -	Vista frontal dos dentes anteriores em harmonia com os lábios	13
Figura 6 -	Aspecto final da paciente com melhora espetacular do periodonto	14
Figura 7 -	Aspecto final com a língua em posição retraída e periodonto normal	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO	08
3 DISCUSSÃO	12
4 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

Existem muitos fatores envolvidos na manutenção do sistema estomatognático e, conseqüentemente, no posicionamento dos dentes. Segundo Picosse (1983), para entendermos esse mecanismo é preciso levar em consideração o fato dos dentes não permanecerem fixos em seu alvéolo durante a realização de suas funções. A exemplo disso, durante a mastigação, os elementos dentais são submetidos a forças exercidas em vários sentidos e intensidades, e devido a essas cargas, os dentes necessariamente devem possuir certa mobilidade, para que suas funções sejam executadas de forma equilibrada. Assim, é fundamental para a manutenção funcional do sistema estomatognático que o eixo geométrico (forças axiais e horizontais) e o eixo fisiológico (fibras do ligamento periodontal) coincidam.

Dentro desse contexto, vale destacar que essa manutenção normalmente é obtida pelos próprios dentes antagonistas e adjacentes, que permitem conseqüentemente o correto equilíbrio vertical e méso-distal dos demais dentes dos arcos dentais. Da mesma forma, os alvéolos também desempenham importante papel na promoção de uma resistência ao deslocamento dentário, assim como, a presença da musculatura dos lábios, bochecha e língua atuam como componentes ativos na manutenção desse equilíbrio.

Soma-se a esses fatores, um importante elemento, o ligamento periodontal, onde na presença de lesões periodontais acentuadas pode levar a destruição do periodonto, rompendo o equilíbrio do sistema estomatognático possibilitando assim, algumas alterações nas posições dos dentes na arcada.

Com relação aos dentes anteriores, atenção especial deve ser dada ao equilíbrio vestibulo-lingual que é conseguido através da musculatura labial em equilíbrio com o correto posicionamento da língua. Este fato pode ser observado clinicamente quando analisamos os pacientes respiradores bucais, nos quais a musculatura labial tem pouca tonicidade, e a língua é geralmente projetada para região anterior, colaborando para a vestibularização desses dentes e com isso há a deformação da anatomia do arco dentário superior, apresentando nesses pacientes um formato de “V”.

Já nos dentes posteriores o equilíbrio estático é obtido graças à dupla ação da musculatura jugal concomitantemente com a língua. O equilíbrio méso-distal é assegurado pelo contato entre os dentes adjacentes. Assim, quando em função, a força mastigatória que poderia romper esse equilíbrio, não o faz devido aos contatos entre esses dentes, os quais asseguram a manutenção da posição dos dentes posteriores na arcada.

Verticalmente, dois fatores contribuem para assegurar o equilíbrio dos dentes: o antagonismo dentário e o periodonto. O antagonismo dentário entre os dois arcos, durante as forças mastigatórias (Máxima Intercuspidação) impede que haja a extrusão dos dentes do interior de seus alvéolos devido ao apoio das cúspides de sustentação. Por sua vez, o periodonto atua impedindo a intrusão dentária.

Ainda é importante destacar que, frequentemente, hábitos deletérios podem alterar esse equilíbrio, e que quanto mais precocemente forem detectados, mais simples e eficazes serão as intervenções e, conseqüentemente, melhor será o prognóstico do tratamento. Certos hábitos como chupar o dedo e o uso de mamadeira e/ou chupeta podem alterar a medida e formato dos arcos dentários. Com isso há uma diminuição da largura do arco maxilar e um aumento do arco mandibular, resultando em mordida cruzada posterior (KATZ et al., 2004).

Esses mesmos hábitos deletérios também podem causar a mordida aberta anterior, onde não há contato entre os incisivos superiores e inferiores e assim não há trespasse vertical. A influência causada por chupar dedo depende da idade do paciente, intensidade, freqüência e duração do hábito, e mais ainda pela quantidade de tempo do hábito decorrido que pela pressão exercida no arco (BURFORD e NOAR, 2003).

É de fundamental importância durante o diagnóstico e tratamento das alterações do sistema estomatognático a consulta de profissionais com formação geral em Odontologia, nas áreas de periodontia, odontopediatria, ortodontia, que estaria apto para conduzir o tratamento. É importante considerar que a atuação de outras áreas da saúde como a Fonoaudiologia, a Otorrinolaringologia e também a Psicologia podem colaborar, consideravelmente, com a resolução de muitos casos de desequilíbrio estomatognático que causam deformidades e/ou alterações no posicionamento e fisiologia deste sistema.

Sendo assim, a finalidade deste trabalho é apresentar através de um caso clínico, como o clínico geral deve atuar seguindo um protocolo de tratamento interdisciplinar em casos de deformidades dento-esqueléticas que frequentemente aparecem nos consultórios.

2 DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente, L, do sexo feminino, 8 anos de idade, foi encaminhada ao periodontista para realização de enxerto de gengiva livre no elemento dental 31, e cobertura da área cervical. A queixa principal era a sensibilidade e sangramento nessa região devido à inflamação da gengiva marginal.

No entanto, durante exame clínico e sessões de orientação de terapia e higiene oral, foi observada a presença de hábitos deletérios, como, respiração bucal, e interposição lingual, tendo como consequência lábio superior retraído (Figuras 1 e 2). Ainda durante a anamnese a mãe da paciente informou que amamentou sua filha com leite materno até 8 meses de idade e com amamentação artificial (mamadeira), até aproximadamente 7 anos de idade. Também foi relatado, que a paciente realizou tratamento com odontopediatra, onde foi instalada uma placa de mordida com grade palatina, com o objetivo de eliminar o hábito deletério de ranger os dentes e reposicionar a língua de forma adequada.



Figura 1 - Aspecto inicial da paciente com a evidência de interposição lingual.



Figura 2 - Vista dos dentes anteriores com a paciente em oclusão, notamos mordida aberta anterior, interposição de língua e a vestibularização dos dentes 31 e 21.

Uma vez que a paciente era respiradora bucal, com o objetivo de descartar alterações nas vias aéreas e seios paranasais, a paciente foi encaminhada para o otorrinolaringologista para realização de laringoscopia. Constatou-se perfeito estado de normalidade nessas áreas, sendo a etiologia da respiração bucal ligada exclusivamente a um hábito adquirido durante a infância.

Assim, foi pedida uma avaliação à fonoaudióloga, onde se observou que a paciente além de ser respiradora bucal, apresentava hábitos deletérios como onicofagia, interposição de caneta entre os dentes 21 e 31 (Figuras 2 e 3), além de ser constatada a presença de assimetria facial e postural, sendo a bochecha direita mais alongada e a esquerda mais arredondada. Os lábios mantinham-se entreabertos, rachados e ressecados, sendo o superior retraído e o inferior evertido e volumoso. A língua apresentava-se hipotônica e em hipofunção, sobre o soalho quando em repouso. A profissional ainda ressaltou, ainda, que não foram encontradas alterações no freio lingual e o palato mostrava-se suavemente atrésico.

No relato fonoaudiológico ainda ressaltou que a paciente apresentava mastigação unilateral predominando no lado esquerdo, interpunha a língua durante a deglutição, e ponto de articulação alterado durante a emissão dos fonemas (t), (d), (n), (l).

Entre os fatores oclusais observou-se: mordida aberta anterior e arco apresentando diastemas na região anterior dos incisivos superiores e inferiores.



Figura 3 - Vista lateral dos dentes anteriores em oclusão onde a vestibularização dos dentes 21 e 31, evidenciamos grande recessão gengival no dente 31 com presença constante de inflamação da gengiva marginal.

TRATAMENTO

O tratamento realizado pelo periodontista foi de higienização e controle de placa enquanto aguardava o momento para a realização da cirurgia. Iniciou-se enquanto isso o tratamento fonoaudiológico.

As primeiras sessões terapêuticas foram de orientações para a paciente, com o objetivo de conscientizá-la sobre a importância da eliminação do hábito (onicofagia) despertando na mesma, o desejo de mudança de atitude.

A seguir, foram analisadas as características anatômicas da paciente para que, posteriormente, com a intervenção ortodôntica, a terapêutica tivesse seu trabalho concluído.

Respeitando as limitações da paciente, a terapia baseou-se no desenvolvimento da propriocepção e conscientização de como executar as funções estomatognáticas e de sua postura corporal de maneira correta.

A fim de atingir a tonicidade e mobilidade adequada dos músculos faciais envolvidos, ainda foram realizados exercícios de língua e lábio, fato que possibilitou um bom desempenho das funções de fala, deglutição, bem como, um vedamento labial adequado.

Juntamente com essas ações também foi realizada fisioterapia orofacial, com massagem associada à utilização de garrote para alongar o lábio superior, facilitando assim, o vedamento labial.

Com o objetivo de atingir a automatização, o trabalho foi baseado nas funções de mastigação e respiração. As funções de deglutição e postura de língua também foram trabalhadas, embora se sabendo que não se chegaria à automatização.

3 DISCUSSÃO

Para solucionar grande parte das patologias que atingem a cavidade bucal, muitas vezes o cirurgião dentista deve se associar com profissionais de outras áreas da saúde, visando à obtenção da saúde, ou seja, do bem estar físico e emocional do paciente.

No caso clínico apresentado abordamos os hábitos deletérios correlacionados com a etiologia das más oclusões, sendo esses hábitos, comumente, definido como padrões neuromusculares atípicos que podem determinar, entre outras coisas, o desenvolvimento das más oclusões, devido aos prejuízos que ocasionam, principalmente, na posição dos dentes, desencadeando alterações, também, no Sistema Estomatognático, pois introduzem forças estranhas a esse. Esses podem ter origem fisiológica; emocional; ou aprendida e seus prejuízos serão determinados, em especial, pela frequência, intensidade, bem como, a idade do sujeito (ALMEIDA et al., 1998).

Dentre os hábitos bucais deletérios, podemos citar: sucção do polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio; deglutição atípica; postura: *má postura no sono, má postura na vigília*; onicofagia; sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos; perturbações funcionais gnatólógicas: *abrasão, bruxismo diurno e noturno*, deslocamento mandibular lateral por contatos prematuros e respirador bucal (SILVA, 2006).

Na literatura observa-se que os hábitos de sucção que cessam entre 3 e 4 anos de idade, normalmente não acarretam o estabelecimento de uma má-oclusão. Contudo, quando persistem após os 4 anos, principalmente durante o período de erupção dos incisivos permanentes, a oclusão pode tornar-se prejudicada como é o caso descrito.

Com os achados clínicos e com o conhecimento que a literatura nos traz, esse trabalho buscou primeiramente descrever as causas do mau posicionamento dental dos elementos 21 e 31, relacionadas aos hábitos deletérios que a paciente possuía, para se instituir uma conduta terapêutica onde a simples remoção dos hábitos e o equilíbrio miofuncional puderam proporcionar o realinhamento dos dentes no arco (Figuras 4 e 5) e conseqüentemente uma melhora espetacular do periodonto (Figuras 6 e 7), evitando um procedimento cirúrgico extremamente traumático para uma criança de apenas 8 anos de idade. Esses resultados foram

obtidos no tempo de 6 a 8 meses e a paciente continua em observação. Não podemos deixar de considerar que a não remoção desses hábitos, fatalmente implicaria na perda do elemento 31 em idade adulta.



Figura 4 - Vista lateral dos dentes anteriores após conduta terapêutica, evidenciando o realinhamento dos dentes 21 e 31.



Figura 5 - Vista frontal dos dentes anteriores em harmonia com os lábios.



Figura 6 - Aspecto final da paciente com melhora espetacular do periodonto.



Figura 7 - Aspecto final com a língua em posição retraída e periodonto normal.

Vale ressaltar que o resultado positivo do caso clínico está intimamente relacionado à precocidade do diagnóstico e ainda à avaliação do paciente como um todo, como um conjunto onde nós profissionais da saúde na área de Odontologia não podemos esquecer-nos da relação de dentes com tecidos moles e que muitas vezes a solução clínica está apenas em estarmos aptos a visualizar o conjunto e não apenas o elemento dentário isolado.

4 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na anamnese, na avaliação e na terapia podemos concluir que os hábitos orais constituíram as alterações mais significativas do sistema estomatognático, e que a intervenção em conjunto precoce com outros profissionais foi fundamental para uma correção de forma não invasiva, já que a idade da paciente contribuiu com a utilização de métodos favoráveis ao crescimento e desenvolvimento crânio facial.

“O que você deve colocar primeiro em toda prática da nossa arte é como curar o paciente, e se ele poderá ser curado de diferentes formas, a que lhe for escolhido deverá trazer o menor incômodo” (MOYERS, 1979).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. R. et al. Mordida aberta anterior: considerações e apresentação de um caso clínico. **R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 17-29, mar./abr. 1998.

BIANCHINI, E. M. G. **A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1993. 107 p.

BURFORD, D.; NOAR, J. H. The causes, diagnosis and treatment of anterior open bite. **Dental Update**, v. 30, n. 5, p. 235-241, 2003.

CHEVITARESE, A. B.; DELLA VALLE, D.; MOREIRA, T. C. Prevalence of malocclusion and 4-6 year old Brazilian children. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v. 27, n. 1, p. 81-85, Apr. 2002.

ENLOW, D. H. **Manual sobre crescimento facial**. Buenos Aires: Ed. Inter-Médica, 1982.

FELÍCIO, C. M. **Fonoaudiologia das desordens temporomandibulares**. São Paulo: Pancast, 1994.

FINN, S. B. **Clinical pedodontics**. 3.ed. Philadelphia: Sunders, 1976. p. 307-323.

FUJIKI, T. et al. Relationship between maxillofacial morphology and deglutitive tongue movement in patients with anterior open bite. **Am. J. Orthod. Dentofacial Ortop.**, St. Louis, v. 125, n. 2, p. 160-167, feb. 2004.

KATZ, C. R.; ROSENBLATT, A.; GONDIM, P. P. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 126, n. 1, p. 53-57, jul. 2004.

MOYERS, R. **Ortodontia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979. 669 p.

PICOSSE, M. **Anatomia Dentária**. 4.ed. São Paulo: Sarvier, 1983. cap. 5, p. 93-104.

PINKHAM J. R. et al. **Odontopediatria: da infância à adolescência**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 661 p.

SILVA, E. L. Hábitos bucais deletérios. **Rev. Para. Med.**, v. 20, n. 2, p. 47-50, abr.-jun. 2006.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Premier, 1996. cap. 14, p. 319-323.