



¹Alves, A.
¹Vieira, A.

²Robalo, M.
³Novo, M.

ORTODONTIA INTERCEPTIVA NA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA - CASO CLÍNICO

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do género masculino, de 8 anos e 11 meses, dentição mista, que compareceu na consulta de Odontopediatria com o motivo de “problemas estéticos”.

Na análise cefalométrica é possível observar uma classe II esquelética por retrusão mandibular, existindo uma grande protrusão do incisivo superior, o que determina um overjet muito aumentado.

Para este caso, planeou-se a colocação de um aparelho funcional removível - placas duplas de Sander - que permite fazer também expansão superior e inferior.

Este tratamento teve a duração de 8 meses, no período compreendido entre novembro de 2018 e julho de 2019.

A avaliação das análises cefalométricas pré e pós tratamento permite observar melhorias significativas do perfil do paciente, tais como, o avanço mandibular que permitiu a correcção da relação molar, redução do overjet, correcção da inclinação do incisivo superior e do ângulo inter-incisivo e uma melhoria da altura facial.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA DE RICKETTS - PRÉ TRATAMENTO

Medidas	Valor	Média	Dif	Classe
Relação Molar	3,3	-3,0 ± 3,0	6,3	Classe II dentária
Relação Canina	2,0	-2,0 ± 3,0	4,0	Classe II dentária
Overjet	14,5	2,5 ± 2,5	12,0	Positivo
Ângulo Interincisivo	122°	132° ± 6°	-10°	Diminuído
Protrusão Incisivo Sup	10,6	3,5 ± 2,3	7,1	Protrusão
Inclinação Incisivo Sup	44°	28° ± 4°	16°	Labial
Altura Facial Inferior	40°	47° ± 4°	-7°	Braquifacial

Tabela 1. Análise cefalométrica de Ricketts no início do tratamento.

ANÁLISE CEFALOMÉTRICA DE RICKETTS - PÓS TRATAMENTO

Medidas	Valor	Média	Dif	Classe
Relação Molar	2,9	-3,0 ± 3,0	0,1	Classe I dentária
Relação Canina	2,4	-2,0 ± 3,0	4,4	Classe I dentária
Overjet	7,6	2,5 ± 2,5	5,1	Positivo
Ângulo Interincisivo	133°	132° ± 6°	1°	Normal
Protrusão Incisivo Sup	6,5	3,5 ± 2,3	3,0	Protrusão
Inclinação Incisivo Sup	29°	28° ± 4°	1°	Normal
Altura Facial Inferior	44°	47° ± 4°	-3°	Mesofacial

Tabela 2. Análise cefalométrica de Ricketts no final do tratamento.

DISCUSSÃO

A má oclusão de Classe II de Angle tem uma prevalência significativa na população, podendo ser encontrada em qualquer grupo étnico. O predomínio da má oclusão de Classe II Divisão I dá-se pela etiologia multifactorial, estando incluídos factores genéticos e ambientais¹. Esta má oclusão está associada a uma deficiência esquelética mandibular em 70% dos casos, e em 30% devido a uma protrusão maxilar². Além da discrepância maxilo-mandibular, verifica-se frequentemente a presença de sobremordida vertical e horizontal aumentadas, que muitas vezes afecta também psicologicamente a criança no seu meio social³. A intervenção precoce no período da dentição mista evita a ocorrência de alguns efeitos adversos entre os quais se destacam a mobilidade dentária anterior, fractura, reabsorção radicular, doença periodontal e distúrbios temporomandibulares durante o crescimento, contribuindo também para a melhoria da aparência facial e labial superior⁴⁻⁷.



Fig. 1. Fotografias extraorais no início (à esquerda) e final do tratamento (à direita).



Fig. 2. Fotografias intraorais no início (em cima) e final do tratamento (em baixo).



Fig. 3. Teleradiografia de perfil com traçado cefalométrico no início (à esquerda) e final do tratamento (à direita).

CONCLUSÃO

Com este caso pretende-se demonstrar que existem más oclusões nas crianças que, quando abordadas precocemente na fase de dentição mista, quando ainda existe potencial de crescimento, conseguem ser corrigidas ou minimizadas. A importância dos tratamentos preventivos/interceptivos precoces nas crianças é determinante se for aplicada pelo odontopediatra/ortodontista no momento certo. ■

- ¹ Médica Dentista na Clínica Dentária Santa Madalena com prática exclusiva em Odontopediatria.
² Médico Dentista na Clínica Dentária Santa Madalena com prática exclusiva em Ortodontia.
³ Médica Dentista na Clínica Dentária Santa Madalena com prática em Ortodontia e Prótese Fixa.

Referências Bibliográficas

- Almeida, MR; et al. (2011). Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, 16(4), pp.123-132.
- Filho, OGS; et al. (2005). Aparelho Herbst: Protocolos de tratamento precoce e tardio. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, 10(1), pp. 30-45.
- Santos, NR; et al. (2014). Aplicação do índice de necessidade de tratamento ortodôntico numa população ortodôntica portuguesa. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 55(3), pp. 159-166.
- Figueiredo, P, Ferraz, R, Silva V, Junior, J, Silva, A, Silva A. (2014). Plano inclinado no tratamento da mordida cruzada anterior: relato de caso clínico. RFO, Passo Fundo, 19 (2), 229-233.
- Wiedel, AP, Bondemark, L. (2015). Stability of anterior crossbite correction: A randomized controlled trial with a 2-year follow-up. Angle Orthodontist, 85 (2), 189-194.
- Prashanth, P, Durgesh, BH. (2011). Anterior Crossbite Correction in Early Mixed Dentition Period Using Catlan's Appliance: A case Report: IRSN Dentistry, 2011, 5.
- Ngan, PW, Deguchi, T, Roberts, EW. (2014). Orthodontic Treatment of Class III Malocclusion. Retrieved from: <https://www.eurekaselect.com/123372/volume/1>