

A Ortodontia como tratamento coadjuvante para paciente com perda óssea generalizada: Relato de caso

Orthodontics as a supporting treatment for patients with generalized bone loss: Case report

La Ortodoncia como tratamiento secundario para pacientes con pérdida ósea generalizada: Relato de caso

Iasmim Magalhães de Moura^{1*}, Ana Paula Grimião Queiroz², Carla Cristina Neves Barbosa³, Adriane Cristina Richa Ferreira⁴

Como citar esse artigo. de Moura, IM; Queiroz, APG; Barbosa, CCN; Ferreira, ACR. A Ortodontia como tratamento coadjuvante para paciente com perda óssea generalizada: Relato de caso. Revista Pró-UniverSUS. 2018 Jul./Dez.; 09 (2): 103-108.

Resumo

Atualmente, a procura pelo tratamento ortodôntico após a terapia periodontal tem ocorrido de maneira mais frequente. Em geral, esses pacientes necessitam aprimorar a estética, fonética, mastigação e a oclusão e são orientados acerca do cuidado de uma saúde bucal adequada. A movimentação dos dentes em pacientes que têm periodonto reduzido ou algum tipo de perda óssea precisa de uma atenção especial, havendo inter-relação entre a ortodontia e a periodontia, para que possa proporcionar uma melhora considerável do estado de saúde bucal, por meio da relação estreita existente entre essas duas especialidades. Então, é essencial que haja primeiro um adequado e correto planejamento, com a aplicação de forças leves, além de uma aparatologia que possa facilitar a higiene e o uso de uma contenção para assegurar uma boa estabilidade de oclusão. Logo, o objetivo deste trabalho é relatar através de um caso clínico a ortodontia como tratamento auxiliar ou coadjuvante para paciente que possui perda óssea generalizada.

Palavras-chave: Periodontia; Perda Óssea Generalizada; Ortodontia.

Abstract

Currently, the search for orthodontic treatment after periodontal therapy has occurred more frequently. In general, these patients need to improve a esthetics, phonetics, chewing and occlusion, and are oriented about the care of an adequate oral health. The movement of teeth in patients with reduced periodontium or some type of bone loss needs special attention, and there must be an interrelationship between orthodontics and periodontics, in order to provide a considerable improvement in oral health condition, through the relation between these two specialties. Therefore, it is essential that there is first an adequate and correct planning, with the application of light forces, besides an apparatus that can facilitate the hygiene and the use of a containment to ensure a good stability of occlusion. In this way, the objective of this study is to report, through a clinical case, the orthodontics as an auxiliary or supporting treatment for patients with generalized bone loss.

Keywords: Periodontics; Generalized Bone Loss; Orthodontics.

Resumen

Actualmente, la búsqueda del tratamiento ortodôntico después de la terapia periodontal ha ocurrido de manera más frecuente. En general, estos pacientes necesitan mejorar la estética, fonética, masticación y oclusión y se orientan sobre el cuidado de una salud bucal adecuada. El movimiento de los dientes en pacientes que tienen periodonto reducido o algún tipo de pérdida ósea necesita una atención especial, con una interrelación entre la ortodoncia y la periodoncia, para que pueda proporcionar una mejora considerable del estado de salud bucal, por medio de la relación estrecha existente entre esas dos especialidades. Entonces, es esencial que haya primero un adecuado y correcto planeamiento, con la aplicación de fuerzas leves, además de una aparatología que pueda facilitar la higiene y el uso de una contención para asegurar una buena estabilidad de oclusión. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es relatar a través de un caso clínico la ortodoncia como tratamiento auxiliar o coadjuvante para paciente que tiene pérdida ósea generalizada.

Palabras clave: Periodoncia; Pérdida Ósea Generalizada; Ortodoncia.

Afiliação dos autores:

1. Acadêmica de Odontologia da Universidade de Vassouras/RJ, Brasil.
2. Professora Especialista e Mestre em Periodontia do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras e do Centro de Estudos Valenciano Odontológico (CEVO) / RJ, Brasil.
3. Professora Especialista e Mestre em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras /RJ, Brasil.
4. Professora Especialista e Mestre em Periodontia do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras /RJ, Brasil.

* Email de correspondencia: iasmimmagalhaesdemoura@gmail.com.

Recebido em: 27/06/18. Aceito em: 20/10/18.

Introdução

A doença periodontal é considerada uma das doenças crônicas mais comuns presentes na população, sendo responsável por atingir cerca de 5 a 30% da população adulta em uma faixa etária que varia de 25 a 75 anos de idade, podendo ter como consequência mais grave a perda não só de um elemento dentário, mas de vários, dependendo do nível ou grau de comprometimento dos dentes e suas estruturas adjacentes. Além disso, ela pode comprometer a saúde geral do paciente, pois existem evidências científicas que mostram que as periodontites aumentam o risco de afecções sistêmicas como, doenças cardiovasculares, nascimento de bebês prematuros e de baixo peso dentre outras. Dessa forma, tanto a prevenção como o tratamento da doença periodontal quando já instalada, são fundamentais e necessários não somente para a saúde do periodonto, como também para evitar problemas de ordem geral na vida do indivíduo¹.

O primeiro sinal clínico é a apresentação de uma gengivite, que se forma devido ao acúmulo e depósito de biofilme bacteriano sobre a superfície do elemento dentário, e provoca uma inflamação nos tecidos gengivais. A presença dessa inflamação ou gengivite e o não tratamento da mesma fará com que a quantidade e qualidade de biofilme bacteriano supragengival e subgengival, mas principalmente nesse caso subgengival, se desenvolva e evolua para uma composição mais complexa, composta por bactérias do tipo Gram-negativas anaeróbias, aumentando dessa forma a patogenicidade. Mediante a resposta imunológica do hospedeiro, haverá a probabilidade de se iniciar inúmeras formas de periodontites ou doenças periodontais, no entanto, todas terão como consequência final a destruição do ligamento periodontal, cimento e osso alveolar, isto é, do periodonto de sustentação². Essa destruição provocada pela doença periodontal resulta em perda do equilíbrio entre o suporte de periodonto disponível e as forças que incidem sobre os dentes, desencadeando alteração na posição que podem interferir na estética e oclusão. A possibilidade de normalização ou reabilitação da estética e função mastigatória do paciente sem o risco de prejudicar ainda mais o periodonto é o objetivo da ortodontia, como forma de oferecer uma oclusão estável e uma estética favorável em condições periodontais saudáveis³.

A ortodontia possui como base a aplicação de uma força em um dente que desencadeia e produz a movimentação e ao mesmo tempo a remodelação das estruturas adjacentes. Para isso, faz-se necessário uma estrutura periodontal em estado de saúde para que possa haver os movimentos dentários satisfatórios e seguros. Portanto, é importante a integração da ortodontia com a periodontia em situações de pacientes portadores da

doença periodontal⁴.

Assim, o presente trabalho possui como objetivo relatar por meio de um caso clínico o tratamento ortodôntico como auxiliar ou coadjuvante para paciente que possui perda óssea generalizada.

Método

Trata-se de um relato de caso de uma paciente do sexo feminino que procurou a clínica odontológica do Hospital Universitário de Vassouras. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados nacionais e internacionais para subsidiar a análise.

Relato de Caso

Paciente A.G.E., gênero feminino, melanoderma, 65 anos e 6 meses de idade, procurou a clínica odontológica do Hospital Universitário de Vassouras para consulta, com a queixa principal de não conseguir mastigar bem ou o suficiente para triturar os alimentos (figuras 1,2,3,4 e 5).

Durante o procedimento de anamnese, a paciente relatou possuir as seguintes condições: apneia do sono, gastrite, hipertensão arterial e rinite alérgica. Ao realizar o exame clínico foi possível observar a ausência dos dentes 18, 24, 25, 27, 28, 35, 36, 38, 45, 46 e 47; giroversão dos dentes 11, 12, 21, 22, 31, 32, 33, 41, 42 e 43; mesioversão dos dentes 17, 26, 37 e 48; extrusão dos dentes 15 e 16, atrição nos dentes anteriores inferiores devido à situação clínica da paciente (fisiológico) ou bruxismo, presença de coroa protética nos dentes 14, 15, 16 e 44, envolvimento de furca grau 2 no dente 26 e gengivite generalizada. Por meio do exame periodontal (sondagem) verificou-se a presença de bolsas periodontais generalizadas que variaram de 4 a 7mm.

A paciente teve como diagnóstico periodontite crônica moderada. O plano de tratamento foi a instrução de higiene oral com ênfase na utilização de fio dental e escova interdental em alguns espaços de regiões interdentais, terapia básica periodontal constituída por 12 sessões de raspagens supragengivais e subgengivais acompanhadas de alisamento coronorradicular e polimento. Após 2 meses de tratamento periodontal ocorreu a primeira ressonagem e verificou-se que não houve redução de profundidade à sondagem e baixa qualidade da saúde periodontal geral da paciente e por isso houve a necessidade de prescrição medicamentosa: amoxicilina 500mg + metronidazol 250mg de 8 em 8 horas por 7 dias. Depois, foram realizadas mais 4 sessões de raspagens supra e subgengivais durante o período de 1 mês. Logo após, ocorreu uma segunda ressonagem e percebeu-se uma melhora da saúde periodontal, com redução de algumas bolsas periodontais. Para finalizar,



Figura 1. Fotografia intraoral frontal.



Figura 2. Fotografia oclusal superior.



Figura 3. Fotografia oclusal inferior.



Figura 4. Fotografia intraoral direita.



Figura 5. Fotografia intraoral esquerda.

depois de realizada a segunda ressonagem, foram feitas mais 4 sessões de raspagens e alisamento e polimento coronoradicular e a terceira e última ressonagem para liberar a paciente e poder dar início ao tratamento com aparelho ortodôntico, visto que já havia um quadro clínico de controle da doença periodontal. Antes de dar início ao tratamento ortodôntico, realizou-se novamente o exame clínico e foram solicitados os exames radiográficos (figuras 6, 7 e 8).

No exame oclusal foi possível observar uma protrusão dos dentes anteriores superiores e inferiores, alguns espaços interdentais e pouco vedamento labial. No exame radiográfico foi possível verificar tratamento endodôntico nos dentes 11, 13, 14, 15, 16 e 44, sendo observados nos dentes 11, 14 e 44 obturação parcial dos condutos radiculares e/ou material obturador intracanal radiograficamente aquém do ápice radicular e presença de núcleo ou pino intracanal no dente 44, reabsorção



Figura 6. Radiografia Panorâmica.

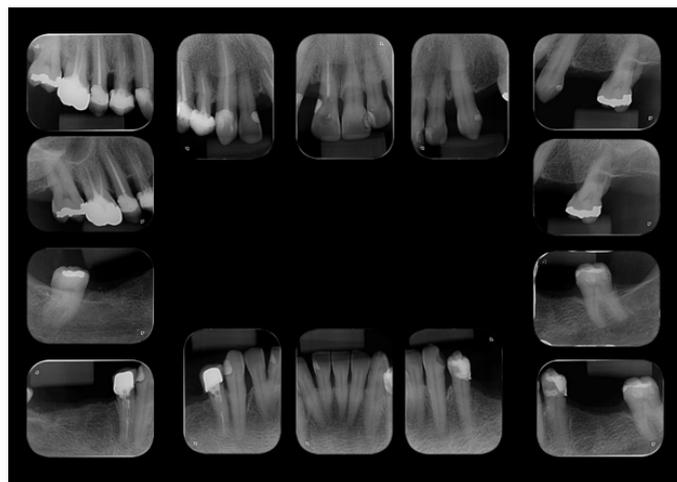


Figura 7. Radiografia periapical completa.



Figura 8. Telerradiografia.

radicular externa dos dentes anteriores superiores e inferiores, aumento do espaço ligamento periodontal apical no dente 17, sugestivo de variação da normalidade ou pericementite, perda óssea horizontal leve/moderada generalizada, reabsorção óssea alveolar nas áreas desdentadas, extensão alveolar e espessamento mucoso de ambos os seios maxilares e alongamento do processo estiloide do lado esquerdo.

O tratamento ortodôntico teve como proposta o alinhamento e nivelamento dos dentes, redução dos espaços interdentais, manutenção do espaço nas regiões das ausências para a colocação de prótese parcial removível superior e inferior posteriormente, ocorrendo dessa forma a reabilitação da estética e função mastigatória, que era a sua queixa principal. Foi feita a montagem de aparelho ortodôntico no arco inferior, após 1 semana, no arco superior e adaptação de dente 46 em prótese parcial removível provisória (figura 9). Depois de 28 dias, houve troca do arco inferior 0,016 NITI termo ativado e dos elásticos com o objetivo de alinhamento e nivelamento. Na quarta e quinta manutenção houveram a troca dos arcos para 0,16 de aço e colocação de elástico em corrente com o propósito de redução dos diastemas (figura 10).

Discussões

Ao consultar bibliografias passadas é possível perceber que algumas considerações têm de ser feitas com relação ao tratamento de ortodontia em pacientes que possuem periodonto reduzido ou algum tipo de perda óssea. A integração ou inter-relação da ortodontia com a periodontia é necessária e de grande relevância, posto que o tratamento precisa ser mais cauteloso e uma correta associação entre essas duas especialidades são fundamentais para o sucesso do tratamento como um todo^{5,6}. A literatura demonstra que o requisito primordial para a execução do tratamento ortodôntico em indivíduo que possui comprometimento ou envolvimento periodontal é o controle da doença periodontal⁵⁻⁸. Em casos onde houver a presença de um processo inflamatório agudo, hiperplasias, fibroses, extensas reabsorções ósseas, elementos dentários com raízes mais curtas ou com reabsorções idiopáticas, laterais ou apicais das raízes, quantidade de dentes insuficientes para a ancoragem do sistema de forças e hábitos musculares são estados que precisam ser observados previamente⁷. Além da indispensável adequação do meio bucal, com a realização de todas as extrações, restaurações, terapias endodônticas e sobretudo a orientação de higiene bucal antes de se iniciar o tratamento ortodôntico⁹. Um outro aspecto que deve ser analisado é a necessidade de um intervalo menor de tempo e maior frequência da terapia periodontal de manutenção ou suporte, para que a doença não volte a se tornar ativa outra vez, o que poderia inviabilizar a continuação do tratamento



Figura 9. Início do tratamento ortodôntico.



Figura 10. Última foto do tratamento ortodôntico que ainda se encontra em manutenção.

ortodôntico^{7,9-11}.

A supervisão periodontal precisa permanecer mesmo havendo finalizado a ortodontia e o intervalo da consulta pode variar para cada indivíduo, mediante ao risco que cada um tem relacionado à doença periodontal^{5,7,12}. O tratamento ortodôntico precisa acontecer de maneira que a aparatologia não favoreça o acúmulo de biofilme bacteriano, dando a preferência para o uso de ligaduras de metal e evitando o excesso de resina em volta dos bráquetes^{5,7,13}. Em elementos dentários que possuem comprometimento periodontal, o centro de resistência se move de forma apical, portanto há uma maior chance de reabsorção apical por causa da sobrecarga de força nessa região^{10,12-15}. Por isso, é indicado a aplicação de forças leves e contínuas, possuindo domínio da intensidade da força aplicada, para que não favoreça a perda de osso marginal adicional. Desse modo, faz-se necessário evitar ao máximo a inclinação dentária para que haja um maior equilíbrio entre as forças de reabsorção e deposição, o que só pode ser obtido se a movimentação acontecer em reabsorção óssea direta, evitando assim a formação de áreas hialinizadas^{5,6}. Uma nova e correta posição dos elementos dentários é muito benéfica para as estruturas periodontais a longo prazo, visto que os elementos melhor alinhados e posicionados, sem o apinhamento

ou vestibularização, são mais fáceis de serem cuidados e higienizados. Além do mais, a integração da ortodontia com periodontia quando adequadamente realizadas pode contribuir para a melhoria na sustentação dos dentes⁵.

No caso clínico citado, a paciente correspondeu bem à terapia ortodôntica e periodontal, tendo sido condicionada durante todo o tratamento a um quadro de ótimo controle do biofilme, o que colaborou para o êxito do tratamento que ainda está sendo realizado, porém, já está por oferecer um alinhamento dentário e oclusão mais satisfatórios, favorecendo uma estética e mastigação mais adequadas. Para que haja uma boa preservação da nova oclusão que está sendo estabelecida é recomendado a aplicação de uma contenção, evitando assim a recidiva imediata após a finalização da ortodontia, pois o periodonto que tem perda óssea é mais vulnerável a esse efeito. Por isso, são indicados a contenção fixa superior e inferior com reabilitações^{5,12}.

Conclusão

Por meio de observações clínicas e consultas literárias, é possível observar que um periodonto com perda óssea não deve ser tratado como empecilho para o tratamento ortodôntico desde que a doença periodontal não esteja ativa, mas sim controlada. Portanto, é importante um bom planejamento periodontal e ortodôntico, com uma mecânica adequada, com acessórios ortodônticos que possuem fácil higienização e forças leves. Dessa forma, faz-se indispensável que o tratamento seja interdisciplinar, por meio da interdependência da ortodontia com a periodontia, havendo consultas periodontais constantemente durante todo o período do tratamento ortodôntico com o tempo variável mediante a necessidade de cada paciente. Da mesma maneira, é fundamental que haja o uso de contenção após a finalização da ortodontia para o alcance e permanência de uma boa oclusão.

Referências

1. Cury PR, Sallum EJ, Sallum EA, Sallum AW. Medicina periodontal: fatores sistêmicos de risco para doenças periodontais. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2003; 57(2):125-32.
2. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
3. Bulgarelli AF, Ferreira ZA. Uma abordagem multidisciplinar entre intrusão ortodôntica e tratamento periodontal: casos clínicos. *Rev Clin Ortodon Dental Press.* 2002; 1(5):63-6.
4. Bassani, DG, Silva, CM, Cachapuz, MF. Inter-relação Periodontia e Ortodontia. In: Oppermann, R.V.; Rösing, C.K. *Periodontia: ciência e clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 337-345.
5. 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.

6. 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.
7. 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.
8. Figueiredo MA, Pomilio A, Biondi Filho O, Bertolini PFR. Interrelação ortodontia e periodontia. Relato de caso. *Rev Odontol UNESP.* 2012; 41(2):113.
9. 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.
10. 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 Ortodon Dental Press.* 2013 jun-jul; 12(3):95-101.
11. Menezes LM, Rizzato SMD, Braga CP, Rego MVNN, Thiesen G. A inter-relação orthodontia/periodontia em pacientes adultos. *Ortodontia Gaúcha.* 2003 jan/jun; 3(1):6-21.
12. 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.
13. Capelozza Filho L, Braga AS, Cavassan AO, Ozawa TO. Tratamento ortodôntico em adultos: uma abordagem direcionada. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2001; 6(5):63-80.
14. Rissete MTM, Semaan MS. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos periodontalmente comprometidos. *Orthodontic Science and Practice.* 2012; 5(18):194-202.
15. Costa LA, Venâncio L, Freitas BV, Pereira ALP. Ortodontia em paciente periodontal: relato de caso clínico Costa LA. *Rev Clin Ortodon Dental Press.* 2014; 12(6):39-48.