

Mesialização de Molar Superior com Auxílio de Microparafusos Ortodônticos

O caso abaixo permite vislumbrar as novas possibilidades de tratamento ortodôntico mediante o emprego da técnica de ancoragem esquelética



Jaime Sampaio Bicalho

Especialista em Ortodontia pela Policlínica do Rio de Janeiro; Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial; Coordenador do Curso de Ancoragem Absoluta ABO –DF.

Contatos: (61) 3328.0072
jaime.bicalho@terra.com.br

Rafael de Faria Bicalho

Graduado em Odontologia pela Universidade de Brasília; Especializando em Ortodontia ABENO – SP; Coordenador do Curso de Fotografia Digital e Edição de Imagens ABO – DF; Professor do Curso de Ancoragem Absoluta ABO – DF.

Marcos Laboissière Jr

Mestrado em Implantodontia pela S.L. Mandic; Doutorando em Odontologia pela AWU Illinois – EUA; Professor do Curso de Ancoragem Absoluta ABO – DF.

Com o aumento da demanda de pacientes adultos para correção de problemas ortodônticos, as cobranças por eficiência e qualidade nos resultados dos tratamentos vêm estimulando os profissionais a buscar cada vez mais excelência e qualificação.

Na mecânica ortodôntica convencional, o controle de ancoragem é um dos fatores fundamentais para o sucesso do tratamento. Existem vários recursos convencionais intra e extrabucais a serem utilizados para este fim. Esses métodos tradicionais, entretanto, apresentam uma série de desvantagens, como complicações estéticas, funcionais e efeitos colaterais além de depender da colaboração do paciente.

A ancoragem esquelética está relacionada com a possibilidade de o implantodontista ou cirurgião fornecer um ponto fixo de ancoragem dentro da cavidade bucal, para que sejam realizados movimentos simples ou complexos de forma mais controlada e previsível. Esse tipo de ancoragem pode ser fornecido por implantes osseointegráveis, miniplacas ou microparafusos.

Os microparafusos ortodônticos oferecem uma vasta possibilidade de escolha da localização e instalação no osso alveolar e basal, além de simplificarem a aparatologia ortodôntica, minimizando ou até mesmo eliminando os efeitos colaterais das forças indesejadas.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 29 anos de idade, portador de padrão esquelético de classe II por deficiência mandibular, dolicofacial, simétrico, com má oclusão de classe II total, subdivisão esquerda, overjet acentuado, desvio da linha média superior 2 mm para a direita e que apresentava restos radiculares dos dentes 16 e 26.

Foram instalados braquetes metálicos prescrição classe I Capelloza canaleta 0.022" x 0.028". Após o nivelamento e alinhamento superior e inferior, forças recíprocas intra-arco foram utilizadas para a mesialização do dente 27 concomitantemente com a distalização do dente 23 (Fig. 2)

A partir desta fase 2 microparafusos foram instalados, ambos por vestibular na região posterior dos arcos dentários: um entre os dentes 14 e 15, para mesializar o dente 17 e preservar a relação de classe I já existente neste lado; outro entre os dentes 25 e 27, visando à distalização do dente 23 para o seu correto encaixe em classe I (Fig. 3).

É interessante ressaltar que essa nova modalidade de tratamento ortodôntico modifica um pouco a prática diária do ortodontista. Tanto o dente 17 como o dente 13 apresentam prolongamentos nos quais são ligadas as ativações provenientes dos microparafusos. Isso se faz necessário porque este vetor horizontal

de força permite que o dente se movimente tanto de coroa quanto de raiz, diminuindo assim a inclinação indesejada que ocorre toda vez que a força é aplicada diretamente à coroa do dente.

Também foi instalado um microparafuso na região palatina entre os dentes 14 e 15. Este novo ponto de apoio forneceu uma ativação mesial por palatino (Fig. 04) que contribuiu sobremaneira para um melhor controle rotacional do elemento 17. Ao mesializar o dente 17 foi possível desimpactar o dente 18 e, desse modo, incluí-lo no aparelho ortodôntico, dando-lhe função.

Já na fase final do tratamento, os mesmos microparafusos instalados por vestibular foram utilizados para promover a retração do segmento anterior superior, com a finalidade de fechar os diastemas e reduzir o overjet anterior (Fig. 5). Aqui também se buscou um controle mais efetivo da mecânica de retração e, para isso, instalaram-se braços de força com a mesma altura dos MPO's.

Após o término do tratamento ortodôntico, o paciente realizou clareamento dentário e restaurações estéticas nos dentes superiores e inferiores. As fotos finais (Fig. 6) demonstram a obtenção de uma correta relação de classe I, com linhas médias dentárias superiores e inferiores coincidentes e fechamento total dos espaços dos dentes 16 e 26, sem alterações na face do paciente.



Figura 1 – Fotos iniciais



Figura 2 – Alinhamento e nivelamento



Figura 3 - Instalação dos microparafusos



Figura 4 – Inclusão do dente 18



Figura 6 - Fotos Finais

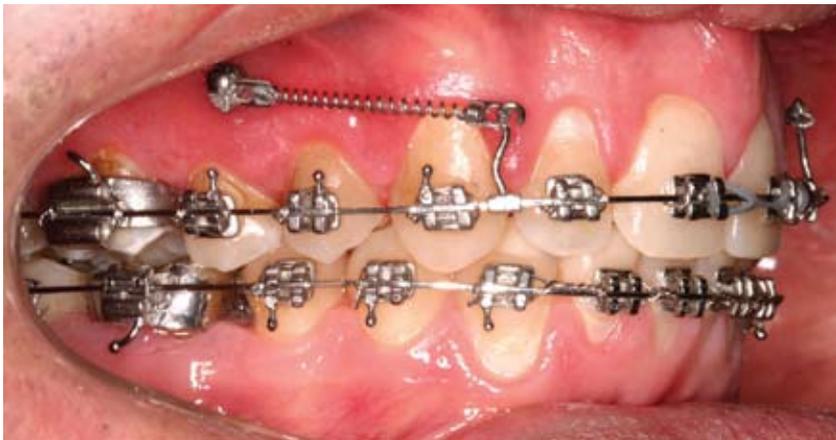


Figura 5 – Mudança dos vetores de força



Figura 7 - Fotos Finais