

# Abordagem interdisciplinar em reabilitação bucal

## *Interdisciplinary approach in oral rehabilitation*

**Mario Sergio Soares**

Professor associado da Disciplina de Clínica Integrada da Fousp e coordenador do Nexti (Núcleo de Excelência em Tratamentos Integrados) da Clínica Integrada da Fousp

**Camillo Morea**

Mestre em Periodontia e Prótese Fixa pela Universitat Berne, doutor em Periodontia e pós-doutor em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de São Paulo (Fousp)

**Marcelo Munhões Romano**

Professor doutor da Disciplina de Clínica Integrada da Fousp e coordenador do Nexti (Núcleo de Excelência em Tratamentos Integrados) da Clínica Integrada da Fousp

**Carlos Alberto Adde**

Professor associado da Disciplina de Clínica Integrada da Fousp e supervisor técnico científico da Clínica Odontológica da Fousp

**Gladys Cristina Dominguez**

Professora associada da Disciplina de Ortodontia do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Fousp e pós-graduada em Ortodontia/Ortopedia pela Universität Zu Köln, Colonia, Alemanha

Autor para correspondência:

Mario Sergio Soares  
Rua Theodoro Sampaio, 352 conj. 124  
Pinheiros – São Paulo – SP  
05406-000  
Brasil  
mssoares@usp.br

### RESUMO

A complexidade do tratamento definirá a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para alcançar resultados de sucesso. Quando se associa perdas dentárias, perda do relacionamento oclusal, mau posicionamento dentário, ao descontrole do estado geral da saúde bucal como, por exemplo, a perda de inserção devido à doença periodontal, a decisão da proposta de tratamento merece cuidados e o prognóstico de uma etapa do tratamento depende do sucesso de outra. Desta forma, no caso a seguir, as disciplinas de Ortodontia do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria e de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp), de maneira interdisciplinar, foram determinantes para o sucesso da reabilitação do paciente. Após a fase de controle da saúde bucal iniciou-se o tratamento ortodôntico fixo em ambas as arcadas. Concluída a movimentação dentária com fechamento dos diastemas e nivelamento oclusal (cerca de 24 meses) e sua manutenção, iniciou-se a fase reabilitadora do tratamento, com um minucioso estudo com a finalidade de apresentar alternativas para o tratamento protético.

Descritores: implantes dentários; ortodontia; prótese dentária

### ABSTRACT

The complexity of the treatment will define the necessity of an interdisciplinary approach to achieve successful results. The association between tooth loss, loss of occlusal relationship, bad teeth positioning, with the lack of the general state of oral health such as insertion loss due to periodontal disease, the decision of the proposed treatment deserves care and prognosis of a stage of treatment depends on the success of another. Thus, in the following case, the Orthodontics Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry and Integrated Clinic, Department of Stomatology, School of Dentistry, University of São Paulo, in an interdisciplinary way, were crucial to the success of rehabilitation. After the stage of the oral health control began the fixed orthodontic treatment in both arches. Complete tooth movement with diastemas resolution and occlusal leveling (about 24 months) and their maintenance, the rehabilitative phase of treatment started, with a detailed study with the purpose of presenting of prosthetic treatment alternatives.

Descriptors: dental implants; orthodontics; prosthodontics

## INTRODUÇÃO

O planejamento e execução de um tratamento odontológico ideal visando à integração interdisciplinar são o principal objetivo da Odontologia contemporânea, de forma a aumentar a produtividade, otimizando a atuação profissional. Até tempos atrás a Ortodontia oferecia tratamento apenas a crianças e adolescentes. Com avanços científicos e tecnológicos, o tratamento passou a ser oferecido também a adultos, embora estes frequentemente apresentam problemas periodontais, ausências dentais, dentes mal posicionados que comprometem o que é considerado um resultado bem finalizado. Portanto, a interdisciplinaridade deve ser considerada em relação à fase de preparo bucal, com especialidades odontológicas como a periodontia, a cirurgia, a endodontia e a fase cirúrgica dos implantes dentários. Nesta fase, a ortodontia necessita nas áreas edêntulas, criar pontos de ancoragem, para realizar a movimentação dentária, que pode ser direta (implantes convencionais) ou indireta (mini-implantes). A fase restauradora, com o envolvimento de especialidades como a dentística e da prótese convencional ou mais modernamente aquela aplicada sobre os implantes, vem corrigir sequelas de um tratamento mal conduzido.

## RELEVÂNCIA CLÍNICA

Este caso clínico descreve um complexo tratamento odontológico de um paciente adulto com vários dentes ausentes, periodontite crônica leve e uma má oclusão com alterações no plano oclusal e abertura de diastemas. Uma abordagem interdisciplinar, principalmente entre a ortodontia, a implantodontia e a reconstrução protética, passando na fase de Preparo Bucal, pela periodontia e a dentística, foi fundamental para resolução do caso.

## RELATO DE CASO

Paciente adulto, melanoderma, 36 anos, ASA 1, sem o uso de qualquer medicação apresentou como queixa principal o desejo de recolocar seus dentes perdidos, além de melhorar se possível, os diastemas anteriores superiores. No exame extraoral apresentava equilíbrio das estruturas faciais com musculatura craniocervical e ATMs assintomáticas. Ao realizar o exame intraoral suplementado pelos achados da radiografia panorâmica pudemos observar:

1. Presença de extranumerário na posição 12.
2. Ausências dentárias dos elementos 14, 36, 47.
3. Raiz residual do elemento 46.
4. Cáries dos elementos 37 e 45 e restaurações dos elementos 24, 26, 27, 35, 44, 45 e 48.
5. A análise ortodôntica evidenciou maloclusão de Classe 1, com diastemas na região de incisivos superiores, giroversão dos dentes 12, 16, 38 e 44. Mesioinclinação do elemento 48, intrusão do 17 e extrusão dos dentes 15 e 16 que inviabilizaria a reconstrução dos elementos antagonistas. Sobressaliência e sobremordida de 3 mm. Guia anterior preservada, porém com interferências tanto do lado de trabalho como do lado de balanceio em latero protrusão.
6. Ao exame periodontal constatou-se grandes lesões com presença de bolsa nos incisivos e primeiros molares superiores ficando indicado desta forma, o exame periodontal completo em associação com um pedido de um conjunto completo de radio-

grafias periapicais. O índice de sangramento era 37% e o índice de placa 64% (Figuras 1,2,3 e 4).

## DIAGNÓSTICO

Diastemas anteriores por falta de apoio oclusal posterior. Ausências dentais com doença periodontal localizada, com severidade moderada a grave (bolsas periodontais maior que 6 mm, defeitos ósseos verticais e lesões de furca).

## PLANO DE TRATAMENTO

Atendendo a queixa principal do paciente e com base no diagnóstico realizou-se, em colaboração e de maneira interdisciplinar, entre a Disciplina de Ortodontia do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Fousp e o Nexti (Núcleo de Excelência em Tratamentos Integrados) da Disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Estomatologia da Fousp, as seguintes fases do tratamento<sup>1,4</sup>:

### FASE 1 OU FASE DE PREPARO BUCAL

#### *Tratamento Periodontal*

Instruções de higiene bucal e motivação do paciente, procedimentos básicos com raspagem e alisamento e polimento coronaradicular, além de um retalho de Widman modificado no elemento 48 com plastia da área de furca. Reavaliação periodontal com o índice de sangramento declinando de 37 para 13% e o índice de placa de 64% para 28%<sup>2</sup>.

#### *Tratamento Cirúrgico*

Exodontia da raiz do elemento 46 que apresentava prognóstico ruim por apresentar lesão de furca de grau III, além de lesões periapicais de origem endodôntica.

Após conclusão destas duas etapas, com total adequação do meio bucal e avaliação do nível de saúde, foi iniciado o tratamento ortodôntico.

#### *Tratamento Ortodôntico*

Para atingir os objetivos propostos, a fase ortodôntica foi iniciada pelo arco superior e realizada com aparelho fixo pré-ajustado e alguns acessórios que facilitaram a mecânica:

1. Nivelamento com forças leves e alinhamento com intrusão dos elementos 15 e 16 e extrusão do 17, verticalização do 48. Rotação dos dentes 16, 38 e 44 e fechamento dos diastemas anteriores superiores.
2. Criação de espaços adequados para resolução protética nas regiões dos dentes 14, 36, 46 e 47. (Figuras 5, 6 e 7)
3. Para verticalizar o dente 48 decidiu-se pela colocação de um mini-implante ortodôntico (Tomas® Dentaurum Alemanha) inserido no primeiro mês de tratamento e uma mola híbrida de verticalização de aço e Ni-Ti quatro semanas após a colocação<sup>3</sup>. (Figuras 8 e 9)
4. Criação de guias protrusivas e lateroprotrusivas adequadas.
5. Reavaliação ortodôntica.

Após nivelamento do elemento 48 iniciou-se a montagem do aparelho ortodôntico inferior (Figuras 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Após a conclusão do plano de tratamento ortodôntico, com o uso de placas de Hawley, teve início a fase restauradora<sup>5,6</sup>.



FIGURA 1  
Aspecto frontal inicial



FIGURA 4  
Panorâmica inicial



FIGURA 2  
Lado direito inicial



FIGURA 5  
Montagem do aparelho ortodôntico superior - lado direito



FIGURA 3  
Lado esquerdo inicial



FIGURA 6  
Montagem do aparelho ortodôntico superior - vista frontal



FIGURA 7  
Montagem do aparelho ortodôntico superior - lado esquerdo

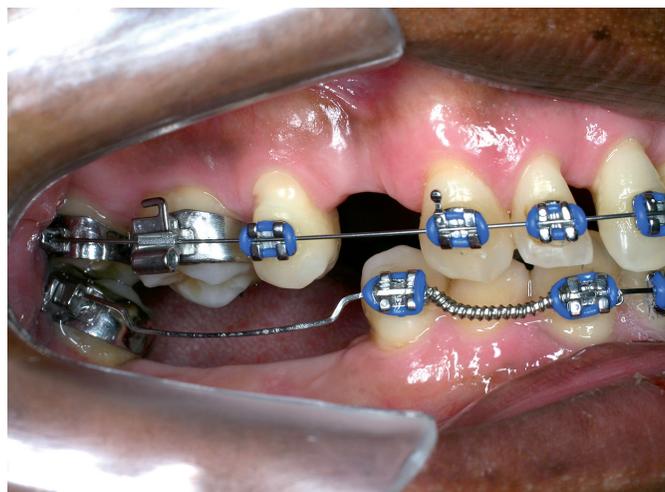


FIGURA 10  
Montagem do aparelho ortodôntico inferior - lado direito



FIGURA 8  
Mini-implante ativado com mola híbrida de verticalização



FIGURA 11  
Montagem do aparelho ortodôntico inferior - vista frontal

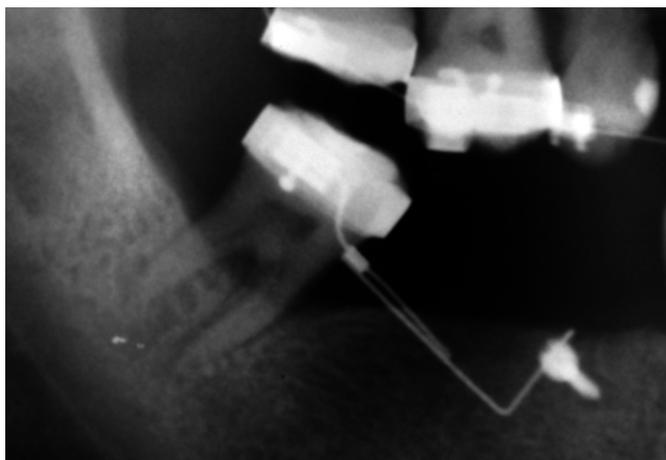


FIGURA 9  
Mini-implante ativado com mola híbrida de verticalização - radiografia

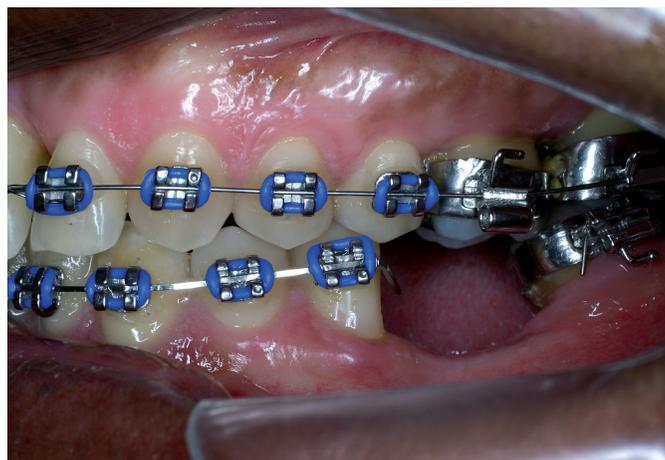


FIGURA 12  
Montagem do aparelho ortodôntico inferior - lado esquerdo



FIGURA 13  
Finalização ortodôntica - lado direito



FIGURA 16  
Montagem em articulador semi-ajustável com ceroplastia de diagnóstico



FIGURA 14  
Finalização ortodôntica - vista frontal



FIGURA 17  
Guia radiográfico em posição com marcador radiopaco em guta percha



FIGURA 15  
Aspecto radiográfico panorâmico após finalização ortodôntica



FIGURA 18  
Carga imediata com provisório instalado



FIGURA 19  
Guia cirúrgico inferior em posição

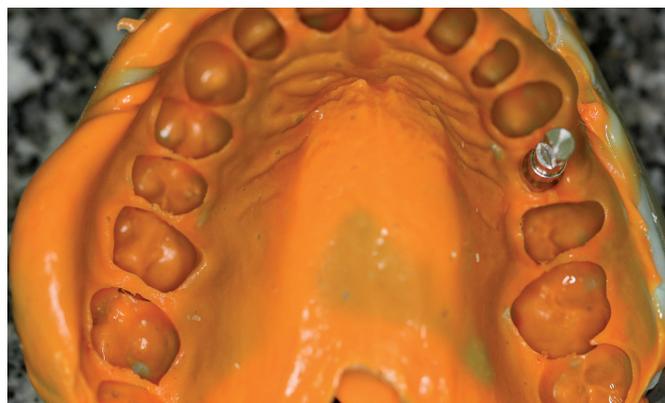


FIGURA 23  
Parafusamento do análogo (réplica) do implante e reposicionamento na moldagem com silicone de condensação

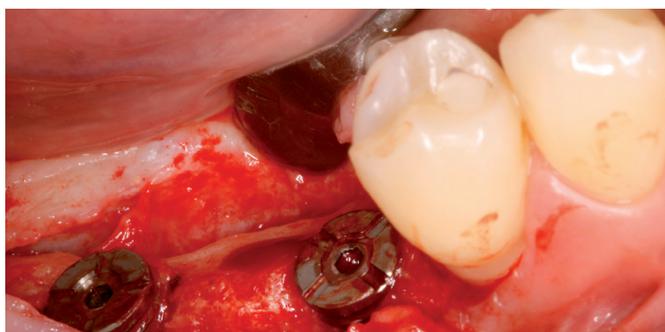


FIGURA 20  
Implantes instalados



FIGURA 24  
Aspecto do munhão, agora personalizado, com a respectiva cópia do perfil de emergência



FIGURA 21  
Aspecto do provisório 14 após quatro meses da carga imediata



FIGURA 25  
Confecção ao mesmo tempo do provisório e do coping sobre o munhão personalizado



FIGURA 22  
Transferente de moldagem em posição para moldagem do implante



FIGURA 26  
Prova do coping para a realização da moldagem de transferência



FIGURA 27  
Finalização da coroa implantossuportada do elemento 14



FIGURA 31  
Modelo de trabalho para confecção de provisórios e copings de zircônia



FIGURA 28  
Reabertura bilateral Inferior



FIGURA 32  
Provisórios posicionados criando perfil de emergência



FIGURA 29  
Escolha, checagem e aparafusamento dos componentes protéticos



FIGURA 33  
Copings de zircônia - lado direito



FIGURA 30  
Escolha, checagem e aparafusamento dos componentes protéticos



FIGURA 34  
Copings de zircônia - lado esquerdo



FIGURA 35  
Aspecto oclusal final



FIGURA 36  
Aspecto final da reabilitação bucal com restaurações em resina composta atenuando a "síndrome do triângulo negro"

## FASE 2 OU FASE RESTAURADORA

### Tratamento Restaurador

Elementos 37 e 45 com resina composta.

### Tratamento Protético

1. Montagem em Articular Semi Ajustavel;
2. Ceroplastia de Diagnóstico. (Figura 16)

No início do tratamento restaurador ao ser notado o aumento do índice de placa a orientação da higiene bucal foi reforçada para possibilitar a realização dos tratamentos propostos. Diante do exame radiográfico e da montagem no articulador semi-ajustável foi apresentado ao paciente basicamente as seguintes possibilidades de tratamento:

1. Próteses Parciais Removíveis em ambos os arcos;
2. Próteses Parciais Fixas, embora na atualidade seja considerado um tratamento altamente radical e mutilador pelo desgaste dentário imposto;
3. Inter-relação entre as possibilidades anteriores; e
4. Prótese Implantossuportadas. (Figuras 17, 18, 19 e 20)

Após quatro meses iniciou-se o procedimento restaurador propriamente dito com a troca do componente protético no arco superior e reabertura no arco inferior (Figura 21).

Como o componente protético na colocação em carga imedia-

ta apresentou ligeira vestibularização, optou-se pela sua troca com a possibilidade de personalizá-lo, visto que o perfil de emergência estava concluído (Figuras 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 32).

Após a fase de provisórios que visava garantir o perfil de emergência, realizou-se a confecção das coroas definitivas usando co-pings de zircônia e aplicação de cerâmica, onde se pode visualizar o reestabelecimento das Curvas de Spee e Wilson (Figuras 33, 34 e 35).

Na finalização do caso e com a finalidade de abrandar a imagem da "síndrome do triângulo negro" provocado pela perda óssea periodontal foram realizadas restaurações (acrécimos) em resina composta como indicado pelas setas, buscando desta forma a harmonia do sorriso (Figura 36).

## CONCLUSÃO

Conceitualmente, a interdisciplinaridade envolve mais de uma disciplina, adotando uma perspectiva teórico-metodológica comum. Desta forma, promove a integração dos resultados obtidos, buscando soluções dos problemas através da articulação, embora os interesses próprios de cada disciplina sejam preservados. Para os pacientes, este tipo de abordagem é extremamente vantajosa, trazendo relevância clínica evidente.

## REFERÊNCIAS

1. Arruda WB, Siviero M, Soares MS, Costa CG, Tortamano IP. Clínica Integrada: o desafio da integração multidisciplinar em Odontologia R.F.O. UPF 2009; 14(1): 51-55.
2. Gottesman E Periodontal-restorative collaboration: the basis for interdisciplinary success in partially edentulous patients. Compend Contin Educ Dent. 2012 Jul-Aug;33(7):478-82, 484-6, 488-90; quiz 491, 510.
3. Morea C, Hayek JE, Oleskovicz C, Dominguez GC, Chilvarquer I. Precise insertion of orthodontic miniscrews with a stereolithographic surgical guide based on cone beam computed tomography data: a pilot study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2011 Jul-Aug;26(4):860-5
4. Soares MS. Odontologia Restauradora em Integração com a Ortodontia. Ortodontia SPO 2006; 39(2):188-189
5. Nazarian A. Multidisciplinary rehabilitation within the general practice. Dent Today. 2011 May;30(5):122, 124, 126.
6. Pinho T, Neves M, Alves C. Multidisciplinary management including periodontics, orthodontics, implants, and prosthetics for an adult. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012 Aug;142(2):235-45.



# Mestrado e Doutorado em Odontologia

### INSCRIÇÕES

Até 31 de janeiro de 2013

### INÍCIO DO CURSO

04 de março de 2013

### SELEÇÃO

04 a 05 de fevereiro de 2013

### INFORMAÇÕES

(43) 3371-7820 | (43) 3371-7834

### RESULTADO FINAL

14 de fevereiro de 2013

### LOCAL

Londrina - PR

### MATRÍCULAS

18 a 22 de fevereiro de 2013

mestradoodontologia@unopar.br | www.mestradoodontologia.unopar.br  
doutoradoodontologia@unopar.br | www2.unopar.br/doutoradoodontologia