



QUEIXA PRINCIPAL E AUTOESTIMA EM RELAÇÃO A APINHAMENTO DENTÁRIO: RELATO DE CASO

MAIN COMPLAINT AND SELF-ESTEEM IN RELATION TO DENTAL CROWDING: CASE REPORT

Welya Araujo BORBA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: welyaborba@gmail.com

Jessica Guimarães DIAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: moraesgessia@gmail.com

245

RESUMO

Introdução: a grande prevalência de apinhamento e suas alterações estéticas, fazem parte do cotidiano da clínica ortodôntica. Nesses casos, o planejamento exige uma avaliação detalhada, tendo como relevância a análise de perfil facial, dentária e esquelética. Além disso, o apinhamento costuma ser a queixa principal da maioria dos pacientes que possuem má oclusão, mesmo tendo outros problemas associados.

Objetivo: Relatar um caso clínico ortodôntico de uma paciente com Classe II de Angle associada a problemas transversais, no qual a queixa principal consistia apenas na resolução no apinhamento anterior, bem como discutir sobre tal percepção do paciente e possíveis causas para abandono do tratamento ortodôntico. **Descrição do caso:** Paciente do gênero Feminino, 19 anos de idade, saúde geral boas condições, que apresentava má oclusão de Classe II dentária divisão 2 e subdivisão esquerda. Um plano de tratamento ortodôntico conservador foi empregado baseado na queixa da paciente. **Considerações finais:** Apesar do desejo e busca dos ortodontistas em finalizar os tratamentos com pelo menos seis, das dez chaves de oclusão de Andrews, certos casos podem ser desafiadores pelo simples fato de que a vontade do paciente pode não corroborar com o que é considerado ideal no meio ortodôntico.

Palavras-Chave: Apinhamento de dente. Aparelhos ortodônticos fixos. Má oclusão. Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Introduction: the high prevalence of crowding and its aesthetic changes are part of everyday life in the orthodontic clinic. In these cases, planning requires a detailed assessment, with relevance being the analysis of the facial, dental and skeletal profile. Furthermore, crowding tends to be the main complaint of most patients who have malocclusion, even with other associated problems. **Objective:** To report an orthodontic clinical case of a patient with Angle Class II associated with transverse problems, in which the main complaint consists only of resolution of anterior crowding, as well as to discuss this patient's perception and possible causes for abandonment of orthodontic treatment. **Case description:** Female patient, 19 years old, in good general health, who presents with dental Class II division 2 and left subdivision malocclusion. A conservative orthodontic treatment plan was employed based on the patient's complaint. **Final considerations:** Despite orthodontists' desire and quest to complete treatments with at least six of the ten Andrews occlusion keys, certain cases may be requested for the simple fact that the patient's wishes may not corroborate what is considered ideal without orthodontic means.

Keywords: Tooth crowding; Fixed orthodontic appliances; malocclusion; Centralized Patient Care.

INTRODUÇÃO

“Esforça-te, e tem bom ânimo; não pases, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares”.

(Josué 1:9)

O apinhamento dentário apresenta-se em quase todas as más oclusões, exigindo do profissional um conhecimento detalhado sobre diagnóstico e plano de tratamento. Existem várias formas de planos de tratamento para apinhamentos, como desgastes interproximais, exodontias, expansões de arco dentário e distalização de molares¹. Esta condição pode traduzir-se em importante desvantagem social, pois estas alterações estéticas interferem negativamente no bem-estar psicológico e na interação social dos

adolescentes, uma vez que a estética facial representa um determinante de grande importância na inter-relação entre os indivíduos².

A melhora estética em pacientes adolescentes é um dos objetivos do tratamento ortodôntico e a demanda de pacientes adultos nos consultórios de ortodontia é cada vez maior, seja por esta finalidade seja por outras. Alguns motivos que justificam tais objetivos é a modernização dos aparelhos ortodônticos, a conscientização por parte das pessoas em relação as vantagens estéticas e funcionais do tratamento ortodôntico³.

O abandono do tratamento ortodôntico pelo paciente é uma constante nos consultórios odontológicos⁴, a pouca motivação do paciente pela conclusão do tratamento pode ser uma das causas comuns para a evasão. A baixa condição social, a dificuldade de acesso dos pacientes, a falta de informação sobre saúde e sobre o tratamento, a abordagem feita pelo profissional e a forma escolhida para essa abordagem são aspectos relevantes no abandono do tratamento ortodôntico⁵.

Calcado nessas evidencias, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico ortodôntico de uma paciente com Classe II de Angle associada a problemas transversais, no qual a queixa principal consistia apenas na resolução no apinhamento anterior, bem como discutir sobre tal percepção do paciente e possíveis causas para abandono do tratamento ortodôntico

OBJETIVOS

Relatar um caso clínico ortodôntico de uma paciente com Classe II de Angle associada a problemas transversais, no qual a queixa principal consistia apenas na resolução no apinhamento anterior, bem como discutir sobre tal percepção do paciente e possíveis causas para abandono do tratamento ortodôntico.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

História e etiologia

Paciente do gênero feminino, com 19 anos e 10 meses de idade, com saúde geral em condições boas e saúde bucal regular, sem histórico de doenças graves. Procurou atendimento na Clínica Ortodôntica da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT. Relatou vergonha de sorrir e baixa autoestima. A queixa principal consistia em: “quero

alinhar os meus dentes tortos”. Nenhuma outra queixa em relação a oclusão foi mencionada.

Na anamnese relatou bom estado de saúde geral, sem antecedentes de doenças graves ou crônicas. No exame clínico constataram-se nível satisfatório de higiene bucal da paciente, não apresentava gengivite e nem sangramento a sondagem. Possuía pouco tártaro na parte lingual dos incisivos inferiores, necessitando de raspagem e profilaxia, além de carie no dente 16 e ausência dos elementos dentários 36 e 46.

DIAGNÓSTICO

A análise facial mostrou que os terços da face da paciente estavam proporcionais, mesofacial, sem selamento labial, leve assimetria facial, lábios hipotônicos. (Figura 1 – A, B e C). Na vista lateral observou-se um perfil reto (Figura 1 – C).

Durante o exame clínico, foi observada, deglutição normal. No exame intrabucal não foi possível observar a relação molar, pois a paciente não tinha os primeiros molares inferiores. Relação de canino Classe I direita e Classe II esquerda. Mordida cruzada posterior unilateral (esquerda), linha média inferior desviada 1mm para esquerda do paciente e apinhamento dentário anterior em ambos os arcos (Figura 2 – A, B, C, D).



Figura 1 – Fotografias faciais iniciais.



Figura 2 - Fotografias intrabucais iniciais.

O exame radiográfico inicial mostrou os terceiros molares finalizando sua formação. Os demais dentes com raízes completamente formadas. Ausência de reabsorções. Ausência dos dentes 36 e 46 (Figura 3).



Figura 3 - Radiografia panorâmica inicial.

Por meio da radiografia cefalométrica e análise no padrão USP, foi confirmado padrão esquelético Classe I no qual apresentou $ANB = 0.15^\circ$ ($SNA = 82.12^\circ$ $SNB = 82.27^\circ$) com maxila normal e leve protrusão mandibular. Ainda apresentou lingualização nos incisivos superiores ($1.NA = 19.36^\circ$) e nos incisivos inferiores ($1.NB = 7.50^\circ$), o ângulo Inter incisivos foi de 153.29° como se pode observar na (Figura 4) e (Tabela 1).



Figura 4 - Telerradiografia inicial

Tabela 1. Avaliação cefalométrica inicial padrão USP.

Fatores	Valor obtido	Normal/Classif.
1 (N-Pog). (Po-Orb)	87.76 gr	88.00 ± 1.00
2 N-A. Pog	-4.38 gr	0.00 ± 2.00
3 S-N.A	82.12 gr	82.00
4 S-N.B	82.27 gr	80.00
5 A-N.B	-0.15 gr	2.00
6 S-N.D	80.27 gr	76.00
Fatores	Valor obtido	Normal/Classif.
7 S-N.Gn	63.52 gr	67.00
8 S-N.Ocl	3.50 gr	14.00
9 (S-N). (Go-Me)	28.65 gr	32.00
10 (Go-Gn).Ocl	22.82 gr	18.00
Fatores	Valor obtido	Normal/Classif.
11 1/./1	153.29gr	131.00
12 1/.NS	101.47 gr	103.00
13 /1-Orbita	1.04 mm	5.00
14 1/.NA	19.36 gr	22.00
15 1/-NA	4.86 mm	4.00
16 /1.NB	7.50 gr	25.00
17 /1-NB	-0.40 mm	4.00
18 /1.NPog	- 2.75 mm	0.00
Fatores	Valor obtido	Normal/Classif.
19 H (N-B)	6.36 gr	10.50 ± 1.50
20 H-Nariz	8.85 mm	10.00 ± 1.00
21 Pog-NB	3.31 mm	0.00
22 Eminência Mentoniana	7.64 mm	7.00 ± 1.00

Portanto, o diagnostico sucinto da paciente é Classe II dentária divisão 2 e subdivisão esquerda, associada a problemas transversais.

Objetivos do tratamento

É sabido que a má oclusão descrita anteriormente no tópico diagnóstico, possui tratamento ortodôntico difundido na literatura. Porém existe o fator “vontade do paciente” que possui também peso na decisão do tratamento. Apensar de todos os esforços para convencê-la a realizar o tratamento adequado, a vontade da paciente consistia apenas em alinhar os dentes, ou seja, corrigir o apinhamento, tanto que após o resultado deste, a paciente desistiu de finalizar o tratamento e mudou de país. Portanto, o objetivo do caso em questão é alinhamento e nivelamento dos arcos.

Plano de tratamento

Para alcançar o objetivo proposto, o plano de tratamento consistiu em utilizar aparelho fixo na técnica *Stright-Wire*. Segue a sequência clínica:

- ❖ Orientação quanto aos malefícios de se manter a má oclusão do ponto de vista funcional;
- ❖ Estudo da discrepância de modelo e de Bolton para a realização dos desgastes Inter proximais;
- ❖ Colagem direta dos braquetes (Monobloco Roth 022/Abzil/3M) superior e inferior, optou-se pela bandagem dos primeiros molares inferiores e colagem de tubos nos primeiros molares superiores;
- ❖ Alinhamento e nivelamento com fios NiTi 0.012”, 0.014”, 0.016”, 0.018”, 0.020” e fio de aço retangular 0.19”x0.25”;
- ❖ Intercuspidação, finalização e contenção.

Progresso do tratamento

Inicialmente foi feito a instalação do aparelho ortodôntico fixo (Monobloco Roth 022/Abzil/3M do Brasil Ltda/ São José do Rio Preto SP/Brasil) no arco superior pois foi necessário no primeiro momento, utilizar o arco NiTi 0.012” para que ocorresse vestibularização e não cruzasse ainda mais a mordida (Figura 6 – A, B, C). No mês seguinte, foi realizada manutenção do aparelho superior, com arco NiTi 0.014” e levante nos molares inferiores, após algumas manutenções chegamos no arco NiTi 0.016” e foi realizado stripping com broca multilaminada e lixa metálica nos dentes 21, 22 e 23 para o posicionamento do dente 12 e 22 no arco dentário e uso de mola aberta entre os dentes 13 e 11 para abrir mais espaço e facilitar o posicionamento do dente 12, usamos também como alternativa um fio duplo, o fio 0.016” NiTi em todo o arco superior e 0.012” NiTi posicionado entre os dentes 11 e 14, passando no braquete do dente 12 para reposicionar o elemento no arco (Figura 6 – A, B, C, D). O levante de mordida foi instalado nos dentes 37 e 47.

Após a evolução do arco superior foi então instalado o aparelho nos dentes inferiores juntamente com o alinhamento e nivelamento foram realizados com fios de NiTi 0.012”, 0.014”, 0.016”, 0.018” e 0.020”.

O tratamento da paciente não foi finalizado, conforme (Figura 7 – A, B, C), em virtude da desistência do tratamento pela paciente. Portanto este relato de caso descreve apenas a correção do apinhamento dos dentes com desgastes Inter proximais.

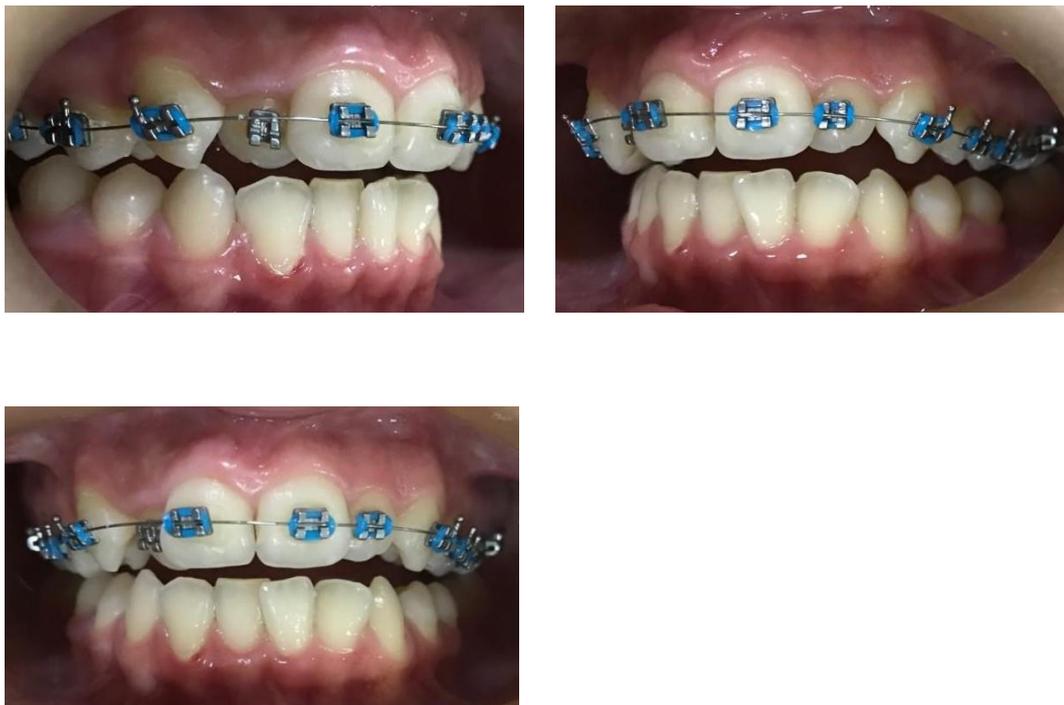


Figura 5 – Levante de mordida.





Figura 6 – Fotos com mola aberta e fio duplo.

Resultado do tratamento

O tratamento foi finalizado de forma insatisfatória em relação as chaves de oclusão de Andrews, porém o alinhamento dos dentes superiores e inferiores, que era a queixa principal da paciente, foi resolvido (Figura 7). Infelizmente não foi possível convence-la de continuar com o tratamento e assim finalizar melhor o caso. A mesma faltava as consultas de manutenção com frequência. Provavelmente realizou a remoção do aparelho com outro profissional. Após diversas tentativas de contato, ela relatou que havia mudado de país.





Figura 7 – Fotos finais parciais.

DISCUSSÃO

O tratamento ortodôntico planejado e executado para a paciente neste relato de caso clínico, possuía como objetivo central o tratamento do apinhamento dental. Na avaliação inicial a paciente relatou que possuía vergonha ao sorrir, sentimento este advindo desta condição. Concomitantemente com o apinhamento, foi diagnosticado má oclusão Classe II, toda via a paciente não demonstrou interesse no tratamento, mesmo com os esforços explicando os malefícios dessa condição. O tratamento de apinhamento é uma das necessidades pelas quais o paciente submete-se ao tratamento ortodôntico⁶.

O número de pacientes adultos que procuram o tratamento ortodôntico tem sido cada vez maior, este aumento na demanda é uma consequência de 4 fatores: o primeiro deles é a utilização de medidas preventivas na Odontologia, permitindo ao paciente atingir a idade adulta com um número maior de dentes na boca³. A maioria dos estudos considera como adulto o paciente acima de 18 anos de idade, no qual o crescimento já está completo e a manipulação do mesmo através da terapia ortopédica não apresenta resultados satisfatórios³.

Cada tratamento produz uma alteração cefalométrica no paciente e um resultado final oclusal e estético diferentes, os quais o clínico deve saber reconhecer. Para iniciar um tratamento é importante realizar um bom diagnóstico e respeitar as características individuais do paciente⁷. No caso proposto, infelizmente não foi possível garantir a correta relação de oclusão de acordo com as chaves de oclusão de Andrews, porém a vontade da paciente prevaleceu e a queixa principal foi resolvida.

Em relação a mecânica, o uso de molas e acessórios auxiliares facilitam o tratamento ortodôntico que está em curso, essas molas e acessórios têm como

vantagens a diminuição do tempo de tratamento⁸. Para esse caso em questão, foi realizado a colocação do fio de aço 0.16, mola aberta entre os dentes 13 e 11 e colocado fio de amarrilho nos braquetes dos dentes 11, 21 e 22, para que o apinhamento fosse resolvido.

Para que os dentes 12 e 22 pudessem ser posicionados no arco dentário, o stripping foi realizado nos dentes 21, 22 e 23. O desgaste interproximal do esmalte é também conhecido como stripping ortodôntico, redução do esmalte, desgaste seletivo ou reaproximação dentária. [...] Este procedimento é realizado através do desgaste seletivo do esmalte dentário, diminuindo desta forma as dimensões mesio-distais das peças dentárias⁹.

Esse desgaste, que é conhecido como stripping, é indicado nos possíveis casos de apinhamento. Apresentando como alternativa a extração ou expansão do arco dentário, nesse caso, o stripping foi uma alternativa para que o arco se expandisse e pudessem posicionar corretamente os dentes 12 e 22.

Vários métodos são utilizados para realização do desgaste. Os mais citados são a lixa de aço para amálgama, a ponta diamantada montada em alta rotação, o disco de lixa unifacetado e as brocas de tungstênio multilaminadas com 8 lâminas retas¹⁰. Para realização dos desgastes interproximais nos dentes 22 e 23, foi utilizado brocas multilaminadas e lixa de aço.

O aumento na procura por tratamento odontológico gerou também consequentemente o aumento nos casos de abandono do tratamento, seja por questões financeiras, acessibilidade ou instrução. Não há por partes dos órgãos reguladores ou conselhos profissionais, diretrizes objetivas de como o profissional dentista deve proceder neste caso¹¹. A paciente deste relato de caso abandonou o tratamento ortodôntico, por motivos pessoais, sem aviso prévio não sendo possível a conclusão do tratamento planejado ou mesmo a assinatura de qualquer espécie de documento legal, termo de desistência e/ou outros.

A insatisfação do paciente em relação ao tratamento ortodôntico tem causas diversas, todavia a dubiedade do paciente na exposição de seus objetivos, expectativas irreais aos resultados, desleixo, despreparo ou imprudência do profissional são fatores que frequentemente corroboram para a desistência do tratamento. Sequelas ou mesmo a deterioração da má oclusão inicial são consequências encontradas quando o tratamento ortodôntico é interrompido abruptamente¹².

A condição estética do paciente durante o tratamento ortodôntico e o desconforto com o aparelho, são aspectos que não podem ser desconsiderados, pois são fatores que contribuem para a evasão, há exemplo temos que a rejeição do paciente ao aparelho extrabucal é superior que a negativa a outras formas de tratamento¹³.

Considerando as características citadas anteriormente a desvalorização da importância do cuidado, priorização de outras tarefas, questões culturais, sofrimento anterior, falta de profissionais, ausência de busca ativa e de classificação de risco e falta de integração entre os profissionais são fatores não adesão ao tratamento odontológico, não diminuir a importância da situação de vulnerabilidade social dos pacientes¹⁴. Reafirma-se, no entanto que a paciente deste relato de caso não evadiu do tratamento por questões de vulnerabilidade ou discordância com o odontólogo.

Além da mecânica do tratamento ortodôntico, o profissional deve avaliar os possíveis impactos sejam positivos ou deletérios na vida do paciente, melhora ou piora na qualidade de vida, autoestima, autoimagem, modificações físicas, sociais e psicológicas são consequências implícitas da ortodontia. A dor, desconforto e outros aspectos inerentes ao tratamento não podem negligenciadas pelo profissional, a compreensão da extensão do tratamento ortodôntico nos diferentes aspectos da vida do paciente corrobora para obtenção de resultados efetivos¹⁵.

Salienta-se ainda que a literatura científica disserta que as mulheres, são mais susceptíveis ao abandono do tratamento odontológico, em decorrência da ansiedade, o que gera maior risco à saúde do sexo feminino¹⁶. Crianças de ambos os sexos possuem medo excessivo ao tratamento odontológico, seja por experiência negativa anterior ou meramente imaginário, o que também pode gerar abandono ao tratamento por parte do paciente¹⁷. Faz-se necessário, portanto tratamento multidisciplinar entre odontologia e profissionais da saúde mental na tentativa de sanar este problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do desejo e busca dos ortodontistas em finalizar os tratamentos com pelo menos seis, das dez chaves de oclusão de Andrews, certos casos podem ser desafiadores pelo simples fato de que a vontade do paciente pode não corroborar com o que é considerado ideal no meio ortodôntico. No entanto, a observância quanto a queixa principal deve servir de alerta durante o planejamento dos casos clínicos. Nesse caso, o paciente estava satisfeito com o resultado parcial do tratamento. Esse trabalho

identifica lacunas na literatura a respeito do tema e sobre o motivo da desistência de muitos pacientes quanto ao tratamento ortodôntico

REFERÊNCIAS*

1. Cuoghi OA, Sella RC, Macedo FA, Mendonça MR de. Desgaste interproximal e suas implicações clínicas. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial [Internet]. 2007May;12(3):32-46.
2. Pinto MR, Mottin LP, Derech CD, Araújo MT de S. Extração de incisivo inferior: uma opção de tratamento. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial [Internet]. 2006Jan;11(1):114-21.
3. Capelozza FL, Braga SA, Cavassan A de O, Ozawa TO. Tratamento ortodôntico em adultos: uma abordagem direcionada. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 2001; 6(5): 63-80.
4. Martins LP, Bittencourt JM, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM. Má oclusão e vulnerabilidade social: estudo representativo de adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019Feb;24(2):393-400.
5. Silva GP. Estudo sobre a baixa adesão dos pacientes ao tratamento odontológico. [Curso de especialização em atenção básica saúde da família]. São João da Ponte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
6. Cintra JL. Tratamento do apinhamento dentário durante a fase da dentadura mista: possibilidades e limitações. 2022. 41 f., il. Trabalho de conclusão de curso [Internet]. 2022.Universidade de Brasília.
7. Cavalcanti MF, Silva MV. Classe I com apinhamentos: relato de caso clínico. Orthodontic Science and Practice. [Internet]. 2012; 5(18):214-220.
8. Neto JQ. A. Medição das forças originadas por molas de torque de warren em dentes anteriores. [Dissertação de Mestrado]. Gandra: CESPUCooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, 2022.
9. Pinto BE. “Stripping” ortodôntico/desgaste interproximal do esmalte: obtenção de espaço no tratamento ortodôntico. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2015.
10. Guirro WJG, Freitas KMS de, Freitas MR de, Henriques JFC, Janson G, Canuto LFG. Recidiva do apinhamento anterossuperior nas más oclusões de Classe I e Classe II tratadas ortodonticamente sem extrações. Dental Press J Orthod [Internet]. 2011Sep;16(5):1-6.
11. Campos RZ. Aspectos Legais do Abandono ao Tratamento Ortodôntico. Faculdade Ciodonto [Internet]. 2017.

12. Balen ES, Baldasso RP, da Rosa GC, Strapasson RAP, Fernandes MM. Abandono de tratamento ortodôntico por pacientes: Aspectos éticos e legais - relato de caso / Abandonment of orthodontic treatment by patients: Ethical and legal aspects - case report. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021;4(6):28484-9.
13. Faber J. Existem pacientes que usam mal os aparelhos, ou são os aparelhos que não se adequam aos pacientes? A interpretação dos resultados de artigos. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial [Internet]. 2009Nov;14(6):5-6.
14. Pimentel BV, Carvalho BG, Domingos CM, Caldarelli P. A não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade. Cad saúde colet [Internet]. 2021Jul;29(3):314-21.
15. Carneiro CB, Moresca R, Petrelli NE. Avaliação do nível de satisfação de pacientes em tratamento ortodôntico em relação à atuação do ortodontista. Dental Press J Orthod [Internet]. 2010Nov;15(6):e1-2.
16. Bottan, ER, et al. Relação entre ansiedade ao tratamento odontológico e fatores sociodemográficos: estudo com adultos em Santa Catarina (Brasil). SALUSVITA [Internet]. 2015, Bauru, v. 34, n. 1, p. 57-70.
17. Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE - doi: 10.5020/18061230.2010.p358. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 19º de janeiro de 2012;23(4):358-67.

*De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.