



A Ortodontia e o periodonto: coisas que devemos saber



Marcos Janson

Meus amigos, é frequente nos depararmos com casos clínicos, que irão iniciar a movimentação ortodôntica ou que já estão em andamento, que apresentam recessões gengivais. O que o ortodontista pode ou deve fazer quando encontra essa situação?

A – Presença de recessões gengivais previamente ao início da Ortodontia.

PRESENÇA DE RECESSÕES GENGIVAIS E RAÍZES PROEMINENTES

Quando um caso for ser iniciado e houver uma recessão (com indicação de enxerto) sobre um dente que apresente a raiz vestibularizada (Fig. 1), a Ortodontia deve ser realizada antes do enxerto, por três motivos:

- a) A posição da raiz pode ser o fator etiológico primário da recessão ou pode contribuir para a sua gravidade¹.

- b) Quando o movimento do dente é na direção lingual (coroa e ou raiz), diminuindo a pressão do dente sobre o tecido periodontal, existe a possibilidade da gengiva se posicionar mais coronalmente após o movimento².
- c) O prognóstico do enxerto gengival é maior quando a superfície radicular desnuda se encontra no mesmo nível que a crista óssea adjacente³.

Levando-se esses três pontos em consideração, o ortodontista deve estar muito atento ao posicionamento das raízes para decidir suas condutas clínicas. Quando a raiz estiver vestibularizada, pode ser que o torque da coroa esteja muito negativo. Para ter uma clara visão disso, faça o seguinte: olhe a raiz de perfil (Fig. 2 e 3) e analise a posição das incisais por oclusal. O caso a seguir mostra claramente como a Ortodontia pode influenciar positivamente o periodonto.



Figura 1: Vista frontal do caso, que exibe grande recessão gengival no dente #31. Note que existe, também, um diastema, e a angulação das coroas dos dentes #31 e #41 está incorreta. Obs.: as cicatrizes que estão visíveis na parte inferior do rebordo são decorrentes de uma mentoplastia de avanço recente.



Figura 2 e 3: Vistas laterais da oclusão demonstrando, claramente, a posição mais vestibularizada do dente #31 em relação aos seus adjacentes. Nessa condição, a raiz exerce uma pressão demasiada sobre o periodonto. O planejamento para o caso consistiu na promoção da correção das angulações das coroas dos incisivos, fechamento do diastema e torque lingual na raiz do #31.





Figura 4 e 5: Fotografias frontais da evolução do tratamento. Como havia correções de angulações a serem realizadas, não foi possível fazer uma colagem passiva em toda a arcada e iniciar o torque de imediato. Portanto, primeiramente foram corrigidas as angulações, para preparar o alinhamento e receber o fio retangular.



Figura 6 e 7: Assim que o alinhamento estava concluído, foi possível instalar um fio retangular e iniciou-se o movimento de torque lingual na raiz do dente #31. O slot utilizado foi de 0,022" x 0,028" e o fio de calibre 0,017" x 0,025", que permite promover o torque individual de grande intensidade e tem flexibilidade suficiente para ser colocado no slot com facilidade. O movimento do torque ficou ativo por 3 meses. Após chegar na posição desejada, o fio retangular foi mantido passivamente em posição por mais 60 dias, para evitar recidiva do torque. Logo depois, o aparelho foi removido.



Figura 8 e 9: Fotografias finais frontal e lateral esquerda. Nota-se a melhora significativa na recessão e o aumento na espessura e faixa de gengiva ceratinizada.



Figura 10: Fotografia de controle de 1 ano. Apesar de recomendado o enxerto gengival na área, para cobrir a raiz e aumentar ainda mais a faixa de gengiva ceratinizada, a paciente optou por não fazê-lo, sentindo-se satisfeita com o resultado obtido.



Figuras 11 a 14: Comparativo das fotografias de perfil iniciais e após 1 ano (lados direito e esquerdo), no qual é possível notar, nitidamente, a correção do volume radicular no dente #31, por meio do movimento de torque lingual de raiz.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Quando se deseja um movimento localizado de grande intensidade, como é o caso do torque lingual da raiz, sem que haja deslocamento dos dentes adjacentes, é interessante manter colado, por lingual, um aparelho 3x3 só nos caninos, ou mesmo em outros dentes nos quais não se deseja o movimento. Para que isso possa ser realizado, não se esqueça de colar o aparelho passivamente nesses dentes, pois, do contrário, isso pode promover o “bloqueio” da movimentação.

REFERÊNCIAS:

1. Woofter C. The prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol*. 1967 July-Aug;38(4):316-22.
2. Zachrisson B. Ortodontia e Periodontia. In: Karring TNP, editor. *Tratado de periodontologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. p. 537-80.
3. Borghetti A, Gardella J. Thick gingival autograft for the coverage of gingival recession: a clinical evaluation. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1990;10(3):216-29.

Marcos Janson

- Especialista e Mestre em Ortodontia, Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru (Bauru/SP, Brasil).

Como citar: Janson M. A Ortodontia e o periodonto: coisas que devemos saber. *Rev Clín Ortod Dental Press*. 2019 Abr-Maio;18(2):8-16.

Enviado em: 16/02/2019 – Revisado e aceito: 11/03/2019

DOI: <https://doi.org/10.14436/1676-6849.18.2.008-016.obj>

O autor declara não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse nos produtos e companhias descritos nesse artigo. O(s) paciente(s) que aparece(m) no presente artigo autorizou(aram) previamente a publicação de suas fotografias faciais e intrabucais, radiografias ou outros exames imagiológicos e informações diagnósticas.