

TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO DE PACIENTE CLASSE II ESQUELÉTICA: RELATO DE CASO

ORTHO-SURGICAL TREATMENT OF CLASS II SKELETIC PATIENT: CASE REPORT

Suelen Cristina Sartoretto

Professora das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Anatomia da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Marcelo José Uzeda

Professor da Disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense – UFF e Professor das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Anatomia da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Rodrigo Resende

Professor da Disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense – UFF e Professor das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Eugênio Braz Rodrigues Arantes

Residente em Cirurgia Buco Maxilo Faciais do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – HFSE.

Monica Diuana Calasans-Maia

Professora titular da disciplina de Cirurgia Oral Menor da Universidade Federal Fluminense - UFF.

Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro/RJ

Categoria: Relato de caso

Informações do autor principal: Suelen Cristina Sartoretto, Rua Rui Barroso n°. 63, Charitas, CEP 24370-070, Niterói-RJ. susartoretto@hotmail.com

RESUMO: A abordagem orto-cirúrgica em pacientes que apresentam Deformidade Dentofacial do tipo Classe II (DDFII) é mandatória para a obtenção de resultados satisfatórios à nível de função, estética e qualidade respiratória. A cirurgia ortognática permite a manipulação em amplitude dos ossos gnáticos como avanço mandibular e impacção maxilar, movimentos normalmente realizados em pacientes portadores de discrepância severa do tipo Classe II. O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso clínico de um paciente submetido a cirurgia ortognática para correção de DDFII com importante ganho no que se refere à estética facial, além dos ganhos funcionais, devido à harmonia entre o terço inferior com o restante da face.

Palavras-chave: Cirurgia ortognática; Avanço mandibular; Ortodontia.

ABSTRACT: The orthosurgical approach in patients with Class II malocclusion is mandatory to obtain satisfactory results in terms of function, aesthetics and respiratory quality. Orthognathic surgery allows manipulation of the gnatic bones such as mandibular advancement and maxillary impaction, movements normally performed in patients with severe Class II discrepancy. The aim of this study is to present a case report of a patient who underwent orthognathic surgery to correct DDFII with significant gains in facial aesthetics, as well as functional gains, due to the harmony between the lower third and the rest of the face.

Key words: Orthognathic surgery; Mandibular advancement; Orthodontics

INTRODUÇÃO

Discrepâncias dento-esqueléticas podem implicar em alterações psicológicas capazes de interferir na qualidade de vida e relações sociais dos pacientes que as possuem. Essas anormalidades são tratadas, frequentemente, por procedimentos isolados nos ossos gnáticos, no entanto podem ocorrer em ambas as arcadas e para um resultado adequado, em tais casos, faz-se necessária uma combinação de procedimentos cirúrgicos (LAUREANO FILHO, J.R., 2003).

A malocusão do tipo Classe II está presente em cerca de 15 a 20% da população brasileira e pode ser ocasionada devido a retroposicionamento mandibular ou excesso antero-posterior de maxila. Essa deformidade esquelética quando tratada de forma conservadora, muitas vezes apresenta um resultado estético insuficiente. Quando o tratamento é planejado e executado utilizando manobras ortodônticas e cirúrgicas o paciente deixa de ser tratado apenas sob o aspecto dentário, mas também sob o aspecto facial, com melhores resultados funcionais e estéticos (MARTINS, M.M., 2011).

Pacientes que apresentam DDFII apresentam características como retrusão do mento, ângulo cervical aberto e região submentoniana curta, além de possível exposição acentuada dos incisivos superiores e eversão do lábio inferior. Essas características são a principal motivação do paciente para a procura por tratamento cirúrgico, pois a “camuflagem” desta condição, na maioria dos casos, converge para resultados insatisfatórios interferindo no bem-estar psicológico e autoestima dos pacientes (MEDEIROS, P.J., 2004). Pacientes adultos portadores de DDFII podem obter alterações significativas a nível dentário e dos tecidos moles tratados quando tratados somente através da ortodontia porém, as displasias esqueléticas, quando camufladas ortodonticamente podem apresentar efeitos nefastos sobre o peridonto (AMBRIZZI, D.R., 2007).

A técnica de eleição para o tratamento dessa condição é a osteotomia sagital dos ramos onde avanços de até 12 mm podem ser obtidos. Faz-se comum a necessidade de

impacções maxilares, giros anti-horários ou osteotomia basilar deslizante a fim de melhores resultados estéticos (MEDEIROS, P.J., 2004).

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso clínico de paciente submetido a cirurgia ortognática para correção de DDFII com importante ganho no que se refere à estética facial, além dos ganhos funcionais, devido à harmonia entre o terço inferior com o restante da face.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos empregados seguiram os padrões éticos da Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2000. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro conveniado com a Universidade Federal Fluminense através da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais, após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagens e dados para publicação científica. O estudo foi conduzido de acordo com as Diretrizes do Relatório de Caso Clínico (CARE, www.care-statement.org).

CASO CLÍNICO

Paciente T.H.P.Q, sexo masculino, 29 anos, leucoderma, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro queixando-se da estética facial pela projeção dos dentes anteriores superiores e deficiência no mento. Ao exame clínico foram constatadas as seguintes características: lábio superior hipotônico com incompetência labial, excesso vertical de maxila com de exposição dos incisivos centrais superiores em repouso de 11 mm, deglutição com interposição do lábio inferior, transpasse horizontal de 11 mm, sobremordida de 4 mm e deficiência ântero-posterior de mandíbula. A relação entre caninos e molares em classe II, caracterizavam uma maloclusão do tipo classe II de Angle, primeira divisão. A linha média mandibular apresentava-se com 1,5 mm de desvio para a esquerda e a articulação temporomandibular encontrava-se em padrão de normalidade (**Figura 1A, B e C – Figura 2A, B e C**).

Após anamnese, exame clínico, análise facial e confecção dos modelos de gesso (modelos de estudo) foram obtidos exames de imagem como radiografias cefalométrica de perfil e panorâmica para planejamento. Na análise cefalométrica, observou-se os seguintes

dados: $SNA=87^\circ$, $SNB=77^\circ$, $ANB=9^\circ$, perfil convexo, Classe II esquelética e retrusão mandibular. No protocolo fotográfico foram observadas características como importante retrusão mandibular e excesso vertical de maxila pela exposição dos incisivos na posição de repouso (11 mm), condições essa que comprometiam a harmonia e estética faciais. Nos modelos de gesso o trespasse horizontal de 11 mm foi confirmado e não foram observadas alterações transversais.

Plano de tratamento e tratamento ortodôntico

Após o diagnóstico de retrusão mandibular e excesso vertical de maxila, condições que seriam beneficiadas com correção cirúrgica através de avanço mandibular e impação maxilar para melhora do selamento labial e perfil do paciente, o mesmo foi encaminhado ao tratamento ortodôntico. Dos objetivos da instalação do aparelho fixo ortodôntico o alinhamento e nivelamento dos elementos dentários, reposicionamento dos dentes nas respectivas bases ósseas, diminuição do trespasse vertical e obtenção de classe I de molares e caninos na manipulação dos modelos de gesso foram sugeridos ao ortodontista pela equipe cirúrgica.

Cinco modelos de estudo foram obtidos ao longo do tratamento para verificação da engrenagem. Após a obtenção das movimentações desejadas, o arco retangular 0,021 x 0,025” foi instalado e os ganchos para cirurgia ortognática foram soldados no mesmo. A cirurgia de modelos foi realizada previamente a cirurgia ortognática para complementação do diagnóstico e confecção das guias cirúrgicos transoperatórios.

Cirurgia ortognática e pós-operatório

Após o paciente ser considerado apto clinicamente a cirurgia, a mesma foi conduzida pela equipe da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

O paciente foi submetido a cirurgia ortognática sob anestesia geral através de intubação nasotraqueal. Foram realizados os procedimentos de osteotomia sagital bilateral da mandíbula para avanço mandibular e correção da linha média e osteotomia Le Fort I a fim de permitir a impação da maxila. Os movimentos cirúrgicos selecionados paciente desse estudo, após completa análise (facial, cefalométrica e dos modelos de gesso), foram impação de maxila em 5 mm na região dos incisivos e 4 mm na região de molares. A

mandíbula avançou a quantidade suficiente para completa engrenagem dentária (aproximadamente 10 mm). Foram utilizados guias cirúrgicos confeccionados previamente para o correto posicionamento das arcadas. Os fragmentos foram fixados com miniplacas e parafusos. Não houve nenhuma intercorrência durante o procedimento cirúrgico. O bloqueio intermaxilar pós operatório não foi realizado.

Após seis meses de tratamento pós cirúrgico as finalizações ortodônticas foram concluídas e o aparelho fixo foi removido e substituído por contenção móvel (**Figura 1D, E e F – Figura 2D, E e F**). Novos exames de imagem, modelos de gesso e protocolo fotográfico foram obtidos onde se pôde considerar uma oclusão favorecida em Classe I, bom alinhamento e nivelamento dentários compondo excelente engrenagem das arcadas dentárias, trespasse horizontal corrigido (2 mm) e linha média alinhada.



Figura 1. Fotografias iniciais do caso de perfil (A e C) e frente (B). Fotografias finais, seis meses após a cirurgia ortognática de perfil (D e F) e frente (E).

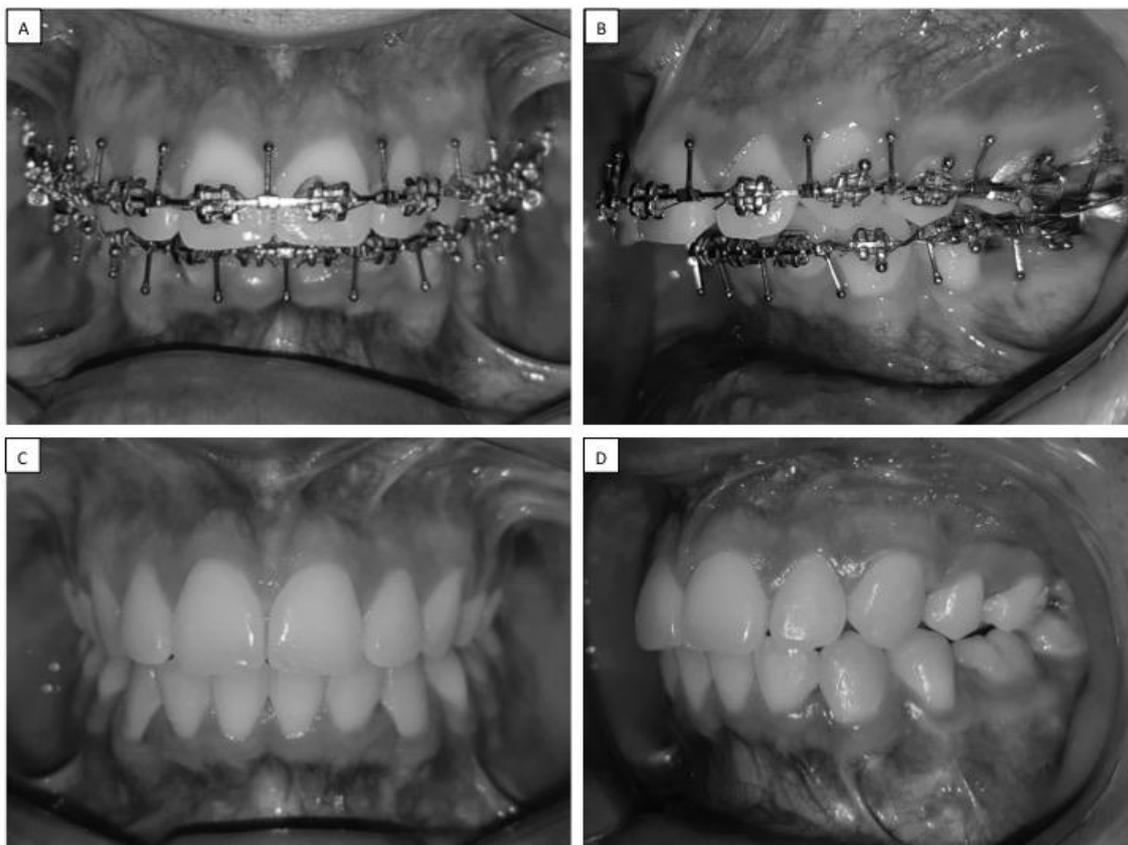


Figura 2. Vistas intra oral de frente (A) e perfil esquerdo (B) na fase pré operatória com os ganchos instalados no arco retangular 0,021 x 0,025'' e vistas intra oral de frente (A) e perfil esquerdo (B) seis meses após a cirurgia ortognática.

DISCUSSÃO

A DDFII consiste no retroposicionamento da mandíbula em relação à maxila, e, dessa forma, todos os dentes inferiores ocluem distalmente originando uma acentuada desarmonia na região dos incisivos, através do trespasse horizontal e das linhas faciais com o perfil côncavo. Das possíveis combinações de fatores que acarretam a DDFII a mandíbula subdesenvolvida, a mandíbula com tamanho normal, porém posicionada posteriormente e a protrusão dentoalveolar maxilar são considerados de extrema relevância na literatura (CERVERA, J.A., 1975). A partir dessas características a DDFII pode ser agravada pela deglutição com interposição lingual, hábitos orais com uso de chupeta, transtornos respiratórios e mastigação insuficiente.

A DDFII pode ser corrigida através de uma diversidade de protocolos de tratamento, dependendo dos fatores etiológicos responsáveis pelas características dentoalveolares dessa má oclusão. No entanto, quando existem graves componentes esqueléticos associados, tais como um padrão de crescimento vertical maxilar e retroposicionamento mandibular, uma abordagem ortodôntico-cirúrgica combinada é a melhor opção de tratamento (BURGAZ, M.A., 2018).

Das possíveis manobras cirúrgicas para correção da DDFII o avanço de mandíbula é considerado uma técnica estável e segura, quando bem executada (PROFFIT, W.R., 1992) e pode ser associada a avanço de mento ou retração da porção anterior do processo alveolar superior, este último não indicado para o paciente em questão pois, já havia sido submetido a exodontia dos primeiros prés molares superiores.

A osteotomia sagital da mandíbula realizada no caso descrito é a técnica considerada “padrão ouro” na literatura para avanços mandibulares, a abordagem é intra oral e permite o deslizamento dos fragmentos ósseos mantendo a sobreposição dos mesmos permitindo cicatrização adequada e melhora da estabilidade pós operatória (BORSTLAP, W.A., 2004).

O paciente do estudo obteve ganhos na estética facial através do importante avanço da mandíbula que eliminou a deficiência ântero-posterior e resultou em uma melhor definição do ângulo cérvico mandibular. Reposicionamento superior da maxila proporcionou exibição mais estética dos incisivos durante o sorriso. O bloqueio pós operatório não foi realizado uma vez que o alinhamento dentário estava adequado devido ao preparo ortodôntico prévio e o método de fixação com uso de placas e parafusos foi realizado de maneira adequada.

O cirurgião-dentista, deve estar preparado para reconhecer casos de deformidades dentofaciais tendo em vista que o tratamento não-cirúrgico desses, provavelmente, acarretará em um resultado decepcionante.

CONCLUSÃO

A cirurgia ortognática nos casos de Deformidade Dentofacial do tipo Classe II é primordial na obtenção da adequada amplitude de movimento cirúrgico permitindo assim um resultado funcional e estético adequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Laureano Filho JR, Cypriano FV, Moraes RPA, Freitas MQ. Avanço maxilar: Descrição da técnica e relato de caso clínico. *Rev Cirurgia e Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2011; 3(2):25-31.
- 2- Martins MM, Araújo PS, Miguel JAM, Goldner MTA, Mendes AM. Tratamento orto-cirúrgico da classe II com avanço mandibular. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011; 59(3): 509-514.
- 3- Medeiros PJ. De ciência mandibular antero-posterior (A-P). In: Medeiros PJ. *Cirurgia ortognática para ortodontista*. 2a ed. São Paulo: Santos; 2004. p.113-26.
- 4- Ambrizzi DR, Franzi SA, Filho VAP, Gabrielli MAC, Gimenez CMM, Bertoz FA. Avaliação das queixas estético-funcionais em pacientes portadores de deformidades dentofaciais. *R Denta Press Ortodon Ortop Facial*. 2007; 12(5):63-70.
- 5- Cervera JA. *Tratado de ortodoncia clinica Tomo II Estudio de la classe II*. Centro Europeo de Ortodoncia S.A. 1975.
- 6- Burgaz MA, Eradin F, Esener SD, Ülkür. Patient with severe skeletal class II malocclusion: double jaw surgery with multipiece le fort I. *Turk J Orthod*. 2018;31(3):95-102.
- 7- Proffit WR, Turvey TA, Phillips C. Orthognathic surgery: a hierarchy of stability. *Int. J. Adult. Orthod. Orthognath. Surg*. 1996;11(3):191-204.
- 8- Borstlap WA, Stoelinga PJW, Hoppenreijts TJM, van't Hof MA: Stabilisation of sagittal split advancement osteotomies with miniplates: a prospective, multicentre study with two-year follow-up. I. Clinical parameters, *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 33:433.