

Torque dos incisivos inferiores no tratamento compensatório da Classe III: não perca o controle!



Eduardo
Prado¹



1. Especialista, Mestre e Doutor em Ortodontia – FOB-USP.

As famosas expressões “caso fácil” e “já ganhou” não existem no tratamento dos pacientes Classe III, pois esse tipo de problema é considerado um dos mais complexos e difíceis de se diagnosticar e tratar.

Sabemos que a má oclusão de Classe III afeta entre 5 e 15% da população mundial e, apesar dos progressos obtidos nos últimos anos por meio de tratamentos conservadores, um grande número de ortodontistas acredita que a intervenção cirúrgica para pacientes adultos que apresentam esse tipo de problema seja a única alternativa para o restabelecimento de uma oclusão normal. Ao tomar a decisão de

tratar uma condição tão grave de Classe III por meio de compensação dentoalveolar, o clínico deve avaliar cuidadosamente os custos e benefícios dessa escolha. Levando em conta a relutância do paciente em se submeter à cirurgia (visto que muitos pacientes adultos resistem ao procedimento cirúrgico, devido aos riscos e possíveis efeitos colaterais, além do alto custo inerente ao tratamento), devemos considerar que, se os benefícios superarem os custos, essa abordagem pode ser escolhida. Caso contrário, seria melhor não se envolver em um tratamento ortodôntico heroico, no qual um resultado satisfatório não possa ser previsto. Podemos afirmar que, quando o osso basal, maxilar ou mandibular, se desvia excessivamente do padrão de crescimento esperado, as estruturas craniofaciais restantes reagem na tentativa de mascarar essa discrepância. Relacionada a isso, a compensação dentária atua para camuflar discrepâncias ósseas basais anteroposteriores e verticais, na tentativa de estabelecer uma relação normal dos incisivos. Por isso, a compensação ortodôntica torna-se uma alternativa mais viável de tratamento, principalmente em situações com discrepância óssea suave e moderada — embora o presente artigo demonstre o tratamento de casos mais complexos. Torna-se importante observar, cuidadosamente, algumas das características presentes nos pacientes que apresentam uma discrepância maxilomandibular excessiva, principalmente na região dos incisivos. Os incisivos superiores tendem a se inclinar para vestibular, e os inferiores, para lingual, na tentativa de compensar o problema esquelético (Fig. 1).

As principais alternativas para a correção do trespassse sagital dentário no tratamento compensatório de Classe III são: elásticos intermaxilares, extrações na arcada inferior, mini-implantes na região de *buccal shelf* ou distalizador Carrière inferior, como forma de facilitar a retração inferior nos casos mais severos (Fig. 2, 3, 4 e 5).



Figura 1: Inclinação dos incisivos, na tentativa de compensar a Classe III. Os incisivos superiores tendem a se inclinar para vestibular, e os incisivos inferiores, para lingual.

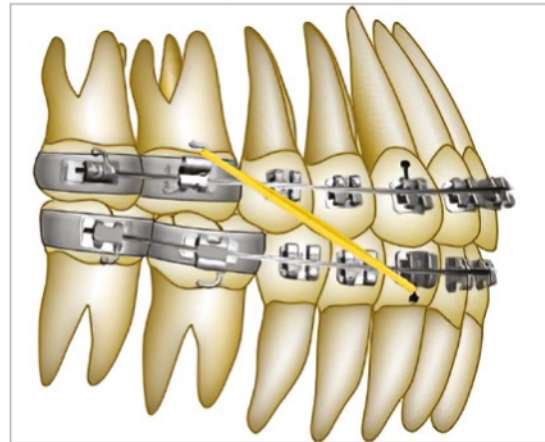


Figura 2: Elásticos na mecânica de Classe III.

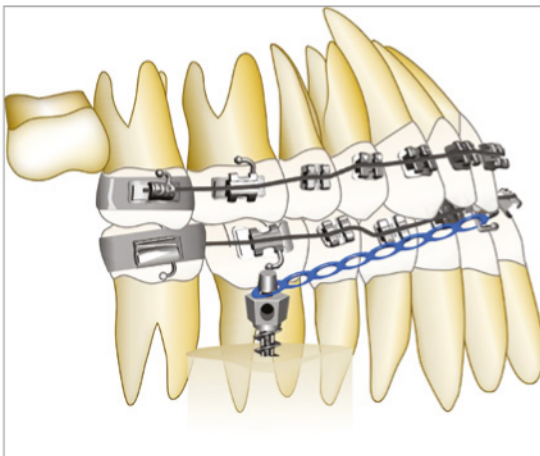


Figura 3: Mecânica de Classe III na *buccal shelf*.

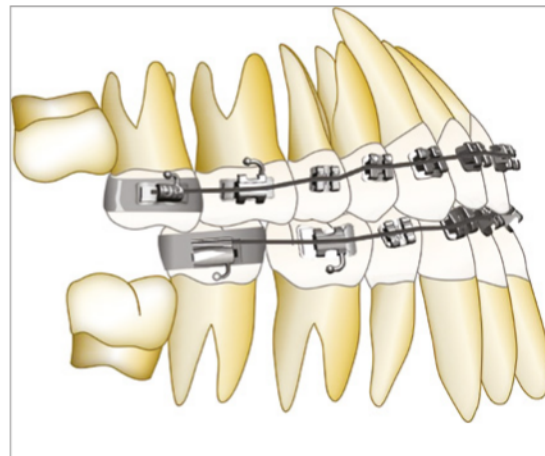


Figura 4: Exodontia de primeiros pré-molares inferiores, na correção da Classe III.

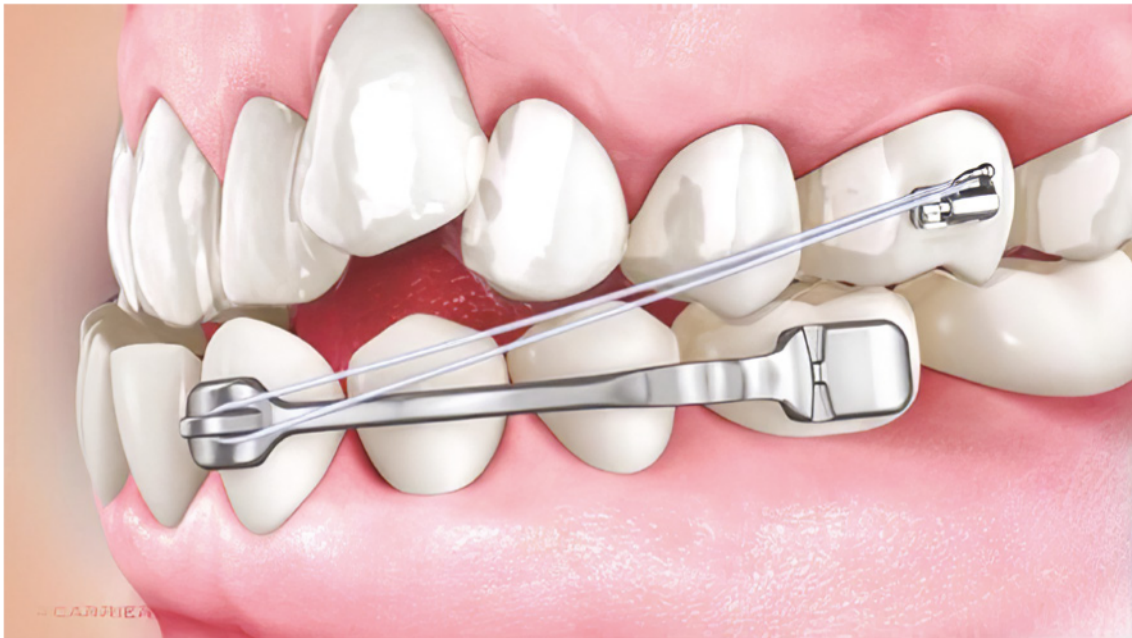


Figura 5: Mecânica de Classe III com o Motion Carriere Classe III.

nos pacientes Classe III, em relação à cortical externa da sínfise mentoniana, para não inclinarmos excessivamente a raiz (Fig. 6 e 7). Os pacientes Classe III com face curta têm um osso alveolar mais largo; entretanto, os pacientes mais dolicofaciais apresentam a sínfise mais fina e estreita. Essa morfologia, muitas vezes presente nesse tipo de paciente, pode dificultar o descruzamento compensatório anterior, o que faz com que seja necessário controlarmos ainda mais o torque vestibular de coroa na região anteroinferior durante a mecânica. Assim, diminuiríamos o risco de inclinar excessivamente os incisivos inferiores, mantendo-os no centro da sínfise mentoniana e minimizando as chances de efeitos colaterais indesejáveis.

É importante ressaltar que a mecânica compensatória com falta de controle da inclinação dos incisivos durante a mecânica de Classe III pode



Figura 6: Os pacientes Classe III apresentam a raiz dos incisivos inferiores próxima da cortical vestibular da sínfise.

provocar uma acentuada compensação dentária anterior, resultando em uma excessiva linguoversão dos inferiores. Esse aumento da inclinação lingual na mecânica ortodôntica pode potencializar as deiscências e as recessões gengivais nos tecidos de suporte dos incisivos inferiores, que geralmente já apresentam essas inclinações compensatórias nos casos sem tratamento.

Alves¹, idealizador da técnica biofuncional, em 1997 já relatava que, para se obter um alto grau de satisfação com os resultados clínicos e funcionais proporcionados pela técnica, o torque deveria ser acentuadamente para vestibular nos incisivos inferiores, porque, ao realizarmos a retração desses dentes associada à força proporcionada pelos elásticos de Classe III, esses tendem a inclinar-se mais lingualmente. Portanto, a intenção do torque incorporado nos braquetes é neutralizar os efeitos colaterais dessa mecânica, fazendo com que os dentes fiquem sujeitos ao movimento de corpo.

Talvez esse movimento de corpo possa induzir uma maior resposta de remodelação alveolar. Para os incisivos superiores, os acessórios dessa técnica apresentam torque zero e para os inferiores, acentuado torque vestibular de $+10^\circ$ (Fig. 8). O mais interessante é que a literatura evidencia, de uma forma geral, a preconização de um torque acentuadamente vestibular nos incisivos superiores e lingual nos inferiores. Capelozza Filho et al.² recomendam, em sua prescrição individualizada para os casos de Classe III com tratamento compensatório, um torque positivo de 10° para os incisivos laterais e 14° para os centrais. Já para a arcada inferior, recomenda-se para os incisivos uma inclinação negativa de 6° .

Definitivamente, o objetivo terapêutico dos torques vestibulares incorporados nessa técnica é a correção do posicionamento radicular. Concomitantemente,

os molares superiores são deslocados mesialmente e extruídos, provavelmente como resultado do uso de elásticos de Classe III. Já os incisivos inferiores se apresentam mais extruídos e retruídos. Como consequência, ocorre uma rotação considerável do plano oclusal no sentido anti-horário. Para um melhor controle desses efeitos deletérios, os pacientes exemplificados a seguir demonstram a importância do controle do torque na região dos incisivos inferiores (Fig. 9, 10, 11).

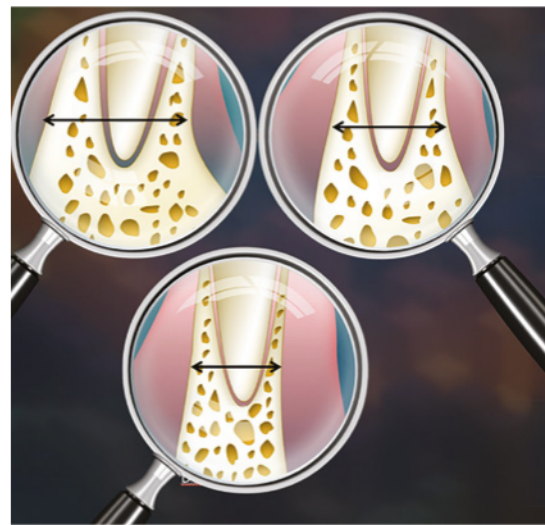


Figura 7: Largura da sínfise aumentada nos pacientes mais horizontais, e mais larga nos pacientes mais verticais.

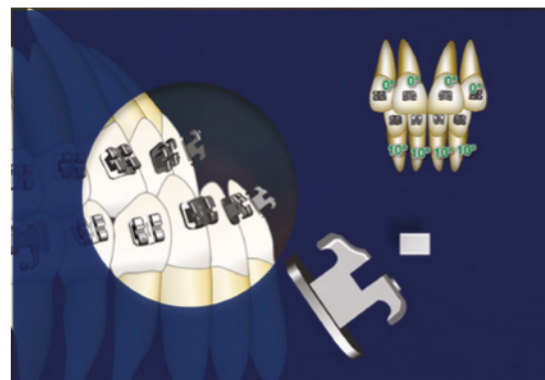


Figura 8: Torque positivo de 10 graus. Prescrição Biofuncional Morelli.

CASO 1



Figura 9: A) Classe III completa corrigida por meio de elásticos do arco superior ao Carrière inferior. B) O torque positivo dos incisivos inferiores controlou a inclinação para lingual durante a retração dos incisivos inferiores, após a distalização da arcada inferior com o Motion Carrière Classe III. C) Controle da inclinação dos incisivos inferiores através do torque vestibular.

CASO 2



Figura 10: A) Correção de Classe III severa, pela associação da mecânica de Classe III com o uso de elásticos do primeiro molar superior ao Motion Carrière Classe III. B) Utilização concomitante de cadeia elastomérica do mini-implante instalado na buccal shelf ao gancho do Carrière, para potencializar a distalização inferior. C) Controle do torque dos incisivos inferiores com os braquetes Biofuncional Classe III.

CASO 3



Figura 11: A) Deiscência e recessão gengival do dente #32 após a utilização da contenção inferior. B) A correção foi realizada através da cimentação do braquete biofuncional Classe III invertido 180 graus, para dar torque vestibular de raiz. O torque do incisivo inferior tornou-se negativo [- 10 graus], o que fez com que a raiz do incisivo inferior retornasse para dentro do alvéolo, corrigindo a recessão gengival.

Como citar: Prado E. Torque dos incisivos inferiores no tratamento compensatório da Classe III: não perca o controle! Rev Clin Ortod Dental Press. 2019 Dez-2020 Jan;18(6):20-6. DOI: <https://doi.org/10.14436/1676-6849.18.6.020-026.epa>

Enviado em: 12/11/2019 - **Revisado e aceito:** 22/11/2019

Endereço para correspondência: Eduardo Prado
E-mail: jeduardoprado27@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Alves F. Orthodontics: biofunctional therapy. São Paulo: Ed. Santos; 2003.
2. Capelozza Filho L, Silva Filho OG, Ozawa TO, Cavassan AO. Individualização de braquetes na técnica Straight-wire: revisão de conceitos e sugestões de indicações para uso. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 1999 Jul-Ago;4(4):87-106.