

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO: BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

RAYSSA MACIEL SOARES

**DIASTEMA INTERINCISIVO E IMPACTAÇÃO DE INCISIVOS
LATERAIS: RELATO DE CASO**

PATOS-PB
FEVEREIRO
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO: BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

RAYSSA MACIEL SOARES

**DIASTEMA INTERINCISIVO E IMPACTAÇÃO DE INCISIVOS
LATERAIS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

PATOS
FEVEREIRO
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S676d

Soares, Rayssa Maciel

Diastema interincisivo e impactação de incisivos laterais: relato de caso / Rayssa Maciel Soares. – Patos, 2017.

59f.:il.;Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca".

Referências.

Diastema mediano. 2. Frenotomia. 3. Freio labial superior ectópico. 4. Ortodontia interceptativa I. Título.

089.23

CDU 616.314-

RAYSSA MACIEL SOARES

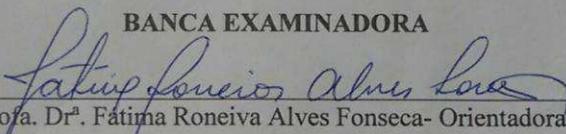
**DIASTEMA INTERINCISIVO E IMPACTAÇÃO DE INCISIVOS
LATERAIS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG como parte dos
requisitos para obtenção do título de bacharel
em Odontologia.

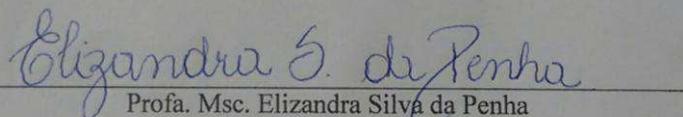
ORIENTADORA: Prof.Dr^a. Fátima Roneiva Alves
Fonseca.

Aprovado em 09/02/2017

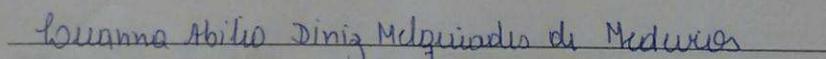
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Fátima Roneiva Alves Fonseca- Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof^a. Msc. Elizandra Silva da Penha
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr^a. Luanna Abílio Diniz Melquíades de Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho e todas as minhas conquistas a Deus que iluminou meu caminho no decorrer destes anos, a Nossa Senhora Aparecida que intercede sempre por mim e aos meus tão amados pais. Tudo que eu tenho e principalmente o que sou devo aos dois, que me educaram com tanto amor, confiaram no meu potencial e fizeram o possível e o impossível para que eu concretizasse os meus sonhos. Meus amados pais, vocês foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional, se hoje comemoro mais uma vitória é graças a vocês e ainda friso que essa vitória não é só minha como também de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me amparou e proporcionou que meu caminho fosse trilhado de batalhas cuja fé me fez vencê-las, que seu nome seja levado em todos os meus passos.

Agradeço aos meus Pais, Josinete Maciel Soares e Marinaldo Lisboa Soares pelo o amor infinito e apoio incontestável em todos os passos que dei e darei em minha vida, sem vocês nada disso seria possível, as minhas vitórias são frutos da dedicação e abdicação de vocês, obrigada!

À minha mãe, Josinete que sempre foi minha Fortaleza, aquela que aconselha, ampara e encoraja minhas decisões.

Ao meu pai, Marinaldo, por acreditar incontestavelmente que eu sou capaz de concretizar tudo aquilo que sonhei.

Aos meus avós, José Roberto e Ducinete (in memoriam) que sempre enaltecem a neta primogênita.

À minha família que comemora cada vitória que tenho.

As minhas amigas/irmãs de vida, Ana Beatriz e Silvia por todo apoio e aconselhamentos, mesmo que à distância.

A todos os Professores que compõem a UFCG que me encantaram com seus conhecimentos e amor pela Odontologia: espero me equiparar aos profissionais que vocês são.

À minha orientadora, Fátima Roneiva Alves Fonseca, por todos os conselhos e contribuições para realização deste trabalho.

Aos companheiros de estudo, de Patos e de muitas histórias: Priscila Oliveira, Flávia Torres, Luana Neves, Pedro Perazzo- minha dupla de clínica, e Laísa Ribeiro, minha grande amiga e companheira. Grata por todos os momentos vividos com vocês.

Aos pacientes e funcionários da UFCG, obrigada pela partilha de experiências e vivências.

RESUMO

As maloclusões são patologias de causa multifatorial e determinar sua etiologia contribuí para o correto diagnóstico e tratamento. Diastemas são definidos como ausência de contato entre dentes vizinhos, e na dentição decídua são considerados fisiológicos que tendem a fechar com erupção dos caninos permanentes. O freio labial superior tem a função de limitar o movimento exagerado dos lábios e impedir à exposição excessiva da gengiva. No desenvolvimento da oclusão tende a diminuir de tamanho e posição e caso permaneça entre os incisivos centrais poderá ser o agente causador do diastema sendo denominado de freio labial ectópico. A presença de freio ectópico e diastema interincisivo resultam em problemas estéticos, fonéticos, periodontais além de desordens na cronologia e posição oclusal. Incisivos laterais pouco são descritos na literatura como dentes impactados, quando citados, os autores destacam que as barreiras mecânicas são a principal causa dessa impacção. Tratada à etiologia pode ainda ser necessária uso de ortodontia para levar este elemento à oclusão. A proposta desse trabalho é solucionar o Diastema Interincisivo cuja etiologia era o freio labial ectópico, ao exame de tracionamento isquemiava. O diastema impossibilitava a erupção dos incisivos laterais superiores. O tratamento proposto foi à associação Cirurgia-Ortodontia com a técnica de Frenotomia e uso de aparelho ortodôntico removível com ganchos. Respectivamente concluí-se que a Técnica de Frenotomia reinsere o freio labial ectópico mantendo suas características anatômicas e possibilita o uso de aparelho ortodôntico removível com ganchos realizando o fechamento do Diastema o que garante espaço erupção dos incisivos laterais.

Palavras Chave: Diastema mediano. Frenotomia. Freio Labial superior Ectópico. Ortodontia Interceptativa.

ABSTRACT

Malocclusions are multifactorial cause, determining its etiology contribute to the correct diagnosis and treatment. Diastemas are defined as absence of contact between neighboring teeth, considered physiological in the deciduous dentition that tend to close with eruption of the permanent canines. The upper lip brake has the function of limiting the exaggerated movement of the lips and prevent excessive exposure of the gums. In the development of occlusion tends to decrease in size and position, if it remains between the central incisors may be the causative agent of the diastema and will be called the ectopic labial brake. The presence of ectopic brake and interincisive diastema result in aesthetic problems, phonetic, periodontal disorders besides disorders in chronology and occlusal position. Lateral incisors are little described in the literature as impacted teeth, when mentioned, the authors point out that mechanical barriers are the main cause of this impaction. The use of orthodontics to treat this etiology is still necessary to bring this element into the occlusion. The purpose of this work is to solve interincisive diastema, whose etiology was the ectopic labial brake, to the examination of ischemic traction. The diastema precluded the eruption of the upper lateral incisors. The proposed treatment was the association: Surgery and Orthodontics with the technique of Phrenotomy and use of Removable Orthodontic appliance with hooks. It was concluded that the Phrenotomy Technique reinserted the ectopic labial brake maintaining its anatomical characteristics and enabled the use of removable orthodontic appliance with hooks closing the diastema, which ensures space eruption of the lateral incisors.

Keywords: Median diastema,; Phrenotomy; Ectopic Upper Lip Brake; Interceptive Orthodontics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Exame extra oral da paciente (A) Vista frontal (B) Perfil.....	26
Figura 2- Exame Intra Oral da Paciente.....	27
Figura 3- Exame Radiográfico Panorâmico.....	27
Figura 4- Antissepsia da paciente.....	28
Figura 5- Anestesia Local da paciente.....	28
Figura 6- Incisão do Freio Labial Superior.....	29
Figura 7- Divulsão dos tecido.....	29
Figura 8- Sutura.....	29
Figura 9- Modelo de gesso com desenho do aparelho ortodôntico (A).Aparelho Removível com ganchos em “s” e expansor 7mm (B).....	30
Figura 10- Instalação de Aparelho Removível, vista frontal.....	30
Figura 11- Instalação de Aparelho Removível, vista oclusal com aparelho.....	31
Figura 12- Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, vista frontal com aparelho.....	31
Figura 13- Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, vista oclusal com aparelho.....	32
Figura 14- Resultados após 3 meses do uso do aparelho, com aparelho vista frontal com aparelho.....	32

Figura 15- Resultados após 3 meses do uso do aparelho, vista frontal sem aparelho.....	33
Figura 16- - Resultados após 6 meses com 3,3 mm de Diastema.....	33
Figura 17- Resultados após 7 meses, Diastema com 2,2mm, vista frontal sem aparelho (A). Incisivi lateral superior esquerdo querendo irromper (B).....	34
Figura 18- Comparação entre o antes com 7,8mm de Diastema (A), aos 6 meses com 3,3mm (B) e depois com 2,2mm (C).....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DI Diastema interincisivo

FLS Freio Labial Superior

FLSE Freio Labial Superior Ectópico

FLSH Freio Labial Superior Hipertrófico

ICS Incisivos Centrais Superiores

ICSP Incisivo Central Superior Permanente

ILSP Incisivo Lateral superior permanente

Kg Quilograma

LS Lábio Superior

Mg/ml Miligrama por mililitro

Min Minutos

Mm Milímetro

RX Radiografia

SIC Segundo Informa Consultante

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFCG Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 MÁ OCLUSÕES.....	12
2.2 DIASTEMAS.....	13
2.3 FREIO LABIAL SUPERIOR ECTÓPICO.....	17
2.4IMPACTAÇÃO DOS INCISIVOS LATERAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
3 ARTIGO.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
ANEXOS	
ANEXO A- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA ORTODONTIA-SPO.....	48
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	53
APÊNDICES	
APÊNDICE A- TCLE.....	54
APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO.....	56
APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	57

1 INTRODUÇÃO

O período para erupção dentária é propício para a instalação de maloclusões e as constantes alterações nas arcadas quanto à posição dos germes dentários ou esfoliação dos decíduos pode ocasionar uma oclusopatia na dentição permanente (PITHON; BERNARDES, 2007).

As maloclusões tem etiologia multifatorial, cuja determinação é imprescindível para um diagnóstico e tratamento correto. Pode ser de caráter: hereditário, congênito ou em decorrência de hábitos parafuncionais (HEBLING, 2006).

Diastemas interincisivos representam na primeira infância um fator normal e esteticamente aceitável correspondente à uma prevalência de 77% nos arcos dentais. Entretanto, um diastema excessivo poderá causar maloclusão. Dentre as diversas origens deste destacam-se: presença de dentes supranumerários, microdontia, macrognatia, ausência congênita de incisivos laterais e interposição ectópica do freio labial superior (ALMEIDA et al., 2004).

O freio labial superior é um feixe de tecido fibroso com formato de “V” cuja base se insere na face interna da porção mucosa do lábio superior e o ápice é compreendido até a papila palatina entre os incisivos centrais. Ao exame clínico do paciente tensiona-se o lábio superior para cima a fim de verificar a posição do freio, se este isquemiá ele terá efeito sobre a origem dos diastemas interincisivos e poderá contribuir para o não fechamento deste (MORAES, 2009).

A impacção ou a retenção dentária é um fenômeno muito freqüente e, normalmente apresenta-se associada a obstáculos mecânicos: barreiras ósseas, cistos e fendas alveolares (MAZZOLA, 1988 apud MARTINS et al., 1998)

As consequências para uma retenção prolongada de um dente, no caso de um incisivo lateral pode ser impacção dos caninos, mau posicionamento do dente envolvido, formação de cisto dentígero, reabsorção radicular externa, tanto do dente impactado como dos adjacentes, infecções e inflamações em casos de irrupção parcial. (SHAFER, 1992).

Dentes podem ser retidos no osso basal devido à alguma barreira que os impeça de ocluir. Diastema por causar um espaço excessivo na linha de oclusão pode assim, retirar o espaço necessários a erupção dos incisivos laterais.

Este trabalho relata o caso clínico de um Diastema Interincisivo e Impactação de Incisivos laterais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MÁ S OCLUSÕES

São classificadas como maloclusões todas as variações daquilo que em 1950 Strang denominou de oclusão normal que é um:

Complexo formado, essencialmente, de ossos basais e dentes cuja relação dos planos inclinados dentais são normais e em harmonia com os ossos basais e as estruturas cranianas com contatos interproximais satisfatórios, cujo desenvolvimento e crescimento ocorre em harmonia com os tecidos circunjacentes (MORAES, 2009).

Más oclusões são definidas como os problemas de desenvolvimento e crescimento que intervém na oclusão normal, interferindo nos aspectos estéticos, fonéticos e de deglutição (ALVES et al., 2006).

Possuem etiologia multifatorial, e são modificadas por: problemas congênitos, morfológicos, biomecânicos e ambientais como hábitos deletérios, alterações bucofaciais, respiração bucal, deglutição e fonação atípica. A interação de diversos fatores influencia o crescimento e o desenvolvimento dos maxilares resultando nas más oclusões (ALMEIDA et al., 2000).

Além dos danos estéticos na face e dentes, as más oclusões podem impactar na rotina e atividades diárias (fala, fonação, mastigação, respiração e postura) dos indivíduos desenvolvendo, principalmente nas crianças, problemas de baixa estima (FRAZÃO et al., 2002).

Angle, 1930, afirmava que apenas os fatores ambientais influenciavam as más oclusões e não os genéticos. Entretanto em 1939, Korkhaus, dividiu os fatores etiológicos em endógenos (fatores sistêmicos) e exógenos (fatores locais). Foi em 1950, que Graber tentou organizar e classificar a etiologia das oclusopatias, ele subdividiu em fatores intrínsecos (anomalias de forma e número, freios ectópicos, anquiloses, dentes mal posicionados) e extrínsecos (metabolismo hereditariedade, doenças congênitas, hábitos deletérios e de postura) (GARIB, 2010).

Algumas oclusopatias que envolvem comprometimento estético, como, por exemplo, os diastemas, foram fatores de risco para necessidade de tratamento ortodôntico (PERES, 2002).

Na década de 50 um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), preconizou as doenças bucais de interesse em Saúde Coletiva, onde as oclusopatias ocupam a terceira maior prevalência de doenças do sistema estomatognático, ficando atrás da cárie e doenças periodontais (ALVES et al., 2006).

2.2 DIASTEMAS

Os diastemas caracterizam-se como espaços presentes em ambas as arcadas, que seriam a perda de contato interproximal entre os dentes, quando estão na dentição decídua, são nomeados de espaços primatas e servem para guardar espaço da erupção dos dentes permanente, na primeira infância são considerados espaços fisiológicos que não comprometem a estética (VON ZUBEM, 2004).

Para Rossato (1993 apud ALMEIDA et al., 2004), de acordo com a Classificação de Baume há dois tipos de arcos na dentição decídua, o Tipo I onde há espaços primatas que representam cerca de 77% das dentições e o tipo II onde não há a presença destes espaços, apesar da função dos espaços serem ajudar no alinhamento da dentição sua presença não garante uma boa oclusão.

O diastema central (mais comum) tem sido atribuído a diversos fatores etiológicos, como: freio labial hipertrófico com inserção baixa, patologias da linha media, agenesia de incisivos superiores, incisivos laterais superiores conóides, dentes supranumerários, hábitos bucais deletérios além dos fatores hereditários e genéticos (NEVILLE, 2009).

Em relação ao gênero, a presença de diastemas centrais não tem preferência por nenhum dos sexos (THILANDER, 2000 apud ALMEIDA, 2004). Em relação ao tipo de dentição, prevalece a mista, sendo considerada normal e denominada de Fase do Patinho de Broadbent ocorre por volta dos 7 a 9 anos, e há inclinação axiais dos incisivos centrais e laterais e caninos ainda não presentes na oclusão, esta fase é corrigida espontaneamente após a erupção destes (BRITO; DIAS; GLEISER, 2009).

A presença de um diastema na dentição permanente tem etiologia multifatorial e sua correta determinação contribui para o bom prognóstico do caso. Dentre os fatores que contribuem para a permanência do diastema estão: agenesia de incisivos laterais, discrepância dento-óssea positiva, hereditariedade, microdontia dos incisivos laterais superiores, hábitos parafuncionais, interposição do freio labial superior e presença de microdentes na região central. (ALMEIDA et al., 2000).

Há dois grupos distintos que dispõem os diastemas quanto a sua provável etiologia, grupo I: aqueles cujos Incisivos Centrais possuem os longos eixos paralelos entre si onde deve-se pesquisar a presença de mesiodens, agenesia, microdontia, imperfeição na fusão da rafe mediana e maus hábitos; e o grupo II: onde há uma divergência entre os longos eixos dos incisivos centrais, investigar então, a presença de interposição do freio labial superior. (VON ZUBEM, 2004).

A prevalência de diastemas no momento de irrupção dos Incisivos centrais é para Taylor (1939, apud ALMEIDA et al., 2004) superior a 97% e à medida que os dentes permanentes irrompem na cavidade este diastema vai diminuindo, 46% após a erupção dos incisivos laterais e apenas 7% com a chegada dos caninos permanentes à oclusão.

O diastema entre os incisivos centrais na dentição permanente é para Von Zubem (2004) uma das más oclusões que mais preocupam os pacientes, pois implicam em problemas estéticos, psicológicos e reduzem a eficiência mastigatória do paciente.

No estudo conduzido por BRITO, DIAS e GLEISER na cidade de Nova Friburgo – Rio de Janeiro, com 407 escolares de 09 a 12 anos de idade o diastema esteve presente em 16,2% dos examinados (BRITO; DIAS; GLEISER, 2009).

Um estudo detalhado do caso possibilita a sua correta intervenção e/ou acompanhamento. A faixa etária e a fase de dentição que o paciente está são imprescindíveis no tratamento. Se a criança estiver na dentição decídua é totalmente normal que haja esses espaços entre os incisivos centrais, se a criança estiver na transição das dentaduras, como dos 7-9 anos, a famosa fase “Patinho Feio” de Broadbent, cujo diastema se caracteriza como incisivos centrais inclinados e laterais

distalizados enquanto não há erupção dos caninos permanente, nessa fase é recomendado esperar a erupção dos caninos antes de intervenção (ALMEIDA et al., 2004).

Para Taylor (1939, apud VON ZUBEM, 2004), a maioria dos casos de diastema interincisal se autocorrigem, sem nenhuma interferência mecânica, esta última só é recomendada quando houver: ausência de espaço para correta erupção dos laterais e caninos, permanência de hábitos viciosos da infância.

Na dentição mista a tendência natural é que esses espaços diminuam à medida que ocorre a erupção da dentição permanente, principalmente quando os incisivos centrais superiores chegam à cavidade bucal sendo completamente eliminados na dentição permanente após a erupção dos incisivos laterais e caninos permanentes (ALMEIDA et al., 2004).

O melhor tratamento para solucionar o diastema seria conhecer sua etiologia (VON ZUBEM, 2004). Dentre os tratamentos propostos destacam-se: ortodôntico, restaurações adesivas e se o fator etiológico for freio labial superior interposto o tratamento será cirúrgico (OKIDA; OKIDA; MACHADO, 2011).

A escolha do tratamento ortodôntico irá depender da sua etiologia e conformação dos incisivos centrais superiores no diastema. Se os longos eixos dos incisivos possuírem inclinação para vestibular e for causado por hábitos, estes devem ser removidos antes da ortodontia que consiste no uso de um aparelho removível onde os incisivos são retraídos. Quando os diastemas estão localizados na porção da linha média superior, são tratados com Frenectomia ou Frenotomia, no caso de excessos de tecido, associado ao fechamento do diastema. (PROFFIT, 2008 apud SANTOS, OSÓRIO e KANZINI, 2014).

Para Moraes (2009), pode ser empregada a mecânica dos aparelhos ortodônticos removíveis ou fixos. Os aparelhos fixos são acondicionados brackets nos incisivos centrais de forma que um fio ortodôntico os aproxime com uma leve força, estes podem ser empregados por lingual ou vestibular. Enquanto que os aparelhos móveis são compostos de placas de acrílico com ganchos nas distais dos incisivos laterais que são ajustados de modo à mesializar os centrais, apesar de serem mais

estéticos só realizam o movimento de inclinação e dependem da colaboração do paciente quanto ao uso.

2.3 FREIO LABIAL SUPERIOR ECTÓPICO

O Freio Labial constitui-se uma prega de tecido mole com formato triangular que se estende da área maxilar mediana da gengiva para o vestíbulo e porção mediana do lábio superior (ARAÚJO, 1988 apud VON ZUBEM, 2004).

“Clinicamente o freio se estende no limite mucogengival podendo estender-se às papilas interproximais” (GARTENER e SCHEIN apud PURICELLI, 2001). A função de freio é limitar os movimentos do lábio superior ao conectar uma estrutura móvel a uma fixa.

As características do freio tendem a mudar ao longo do crescimento e desenvolvimento fisiológico da criança tornando-se mais fino e com inserção mais apical com a erupção dos dentes permanentes. Para Kiran (2007), o freio pode apresentar-se de forma diferente do tradicional em relação à forma, tamanho, inserção e estrutura.

Para Gusmão et al.,(2009 apud SANTOS, OSÓRIO e FRANZIN, 2014) uma inserção do freio na papila incisiva, persistente após a erupção dos incisivos centrais e laterais poderá acarretar em tracionamento anormal dos lábios, dificuldade de higienização por parte do paciente facilitando o acúmulo de biofilme, recessões gengivais e doença periodontal (VON ZUBEM, 2004).

Se após a erupção dos dentes permanentes, incisivos centrais e laterais permanentes ainda houver a interposição do freio labial superior ele será denominado de freio labial hipertrófico (MACEDO, 2012 apud SANTOS, OSÓRIO e FRANZIN, 2014).

O freio teto labial persistente ocorre quando não há sua regressão, sendo de estética desagradável, interfere na fonação de algumas palavras e pode contribuir para a formação de bolsas periodontais, devido a impossibilidade de higienização correta (SANTOS, 2014).

Um freio labial superior ectópico poderá causar: impacção alimentar, má higiene, comprometimento periodontal, diastemas interincisivo exagerados além de recidivas de tratamentos ortodônticos (VON ZUBEM, 2004).

Kiran (2007) afirma que um freio labial teto persistente poderá levar a implicações fonéticas, desordens ortodônticas e problemas de higienização.

Para um correto diagnóstico de anomalia do freio labial superior as seguintes características devem ser observadas: idade superior a 12 anos (erupção completa dos caninos permanentes), intimidade do freio com a gengiva interdental, ao exame radiográfico periapical observar a presença de uma área radiolúcida indicando um espaço, ao exame clínico de tracionamento superior do lábio observar uma isquemia do freio além da presença do diastema interincisivo (SANTOS, OSÓRIO e FRANZIN, 2014).

É controversa a relação se o freio hipertrófico causa diastema interincisal ou se diastema origina um freio teto labial persistente. Apenas um dos aspectos observado não determina a etiologia do freio labial superior hipertrófico. Tendo ele etiologia multifatorial (MACEDO, 2012 apud SANTOS, OSÓRIO e FRANZIN, 2014).

O tratamento proposto para freio ectópico é a cirurgia Frenectomia ou Frenotomia. A Frenectomia corresponde à eliminação por completo do freio enquanto a Frenotomia, uma técnica alternativa, corresponde a eliminação parcial com posterior reinserção do freio (KINA et al., 2005).

A época para realização da cirurgia não é um consenso entre os autores. Cavalcante (2009) afirma ser melhor retirá-lo após a erupção dos caninos, ou, que pelo menos metade de suas coroas estejam na cavidade bucal pois a força eruptiva irá permitir que o diastema se feche. Para Hogeboom (1973, apud VON ZUBEM, 2004) a força de erupção dos caninos irá atuar no freio reabsorvendo-o ou tornando-o hipertrófico.

Entretanto, Dewel (1946, apud VON ZUBEM, 2004) afirma que a Frenectomia deve ser precedida de um tratamento ortodôntico prévio, caso contrário poderá ocorrer uma formação de tecido fibroso. Quando a Frenectomia é realizada antes da redução do espaço poderá formar tecido cicatricial em resposta á cirurgia, o que aumentaria a área do diastema.

Iterlandi (1980 apud VON ZUBEM, 2004) afirma que a Frenectomia é a melhor opção de tratamento quando este for a etiologia da má oclusão (VON ZUBEM, 2004).

2.4 IMPACTAÇÃO DOS INCISIVOS LATERAIS

A impacção ou a retenção dentária é um fenômeno muito freqüente e, normalmente apresenta-se associada a obstáculos mecânico. (MAZZOLA, 1988 apud MARTINS et al.,1998).

Impactação de dentes pode ocorrer por traumas, barreiras físicas sejam elas ósseas ou gengivais, dentes supranumerários. Incisivos laterais superiores raramente são descritos na literatura como dentes que sofrem impactação (NÓBREGA, 2000).

As causas que retardam a irrupção dentária podem ser geral ou localizadas. As causas gerais incluem problemas endócrinos, quadros febris ou são conseqüências de terapias ionizantes. A etiologia mais comum das impacções dentárias são localizadas e combinadas: discrepâncias ósseas, retenção prolongada ou perda precoce dos decíduos, posicionamento ectópico dos germes permanentes, fendas palatinas, presença de cistos ou neoplasias (MARTINS et al., 1998).

Quando não existe espaço suficiente entre os incisivos centrais permanentes e os caninos decíduos para a irrupção dos incisivos laterais permanentes, estes podem ficar retidos na barreira óssea não erupcionando à cavidade bucal (ALMEIDA et al., 2004).

As conseqüências para uma retenção prolongada de um dente, no caso de um incisivo lateral pode ser impacção dos caninos, mau posicionamento do dente envolvido, formação de cisto dentígero, reabsorção radicular externa, tanto do dente impactado como dos adjacentes, infecções e inflamações em casos de irrupção parcial. (SHAFER, 1992).

Recomenda-se cautela para tratar a fase de “patinho feio” tendo em vista que as inclinações mesiais dos incisivos centrais bem como a presença de diastemas tendem a

solucionar com a erupção dos caninos (BROADBENT, 1941 apud MARTINS et al.,1998). Entretanto devido à barreira mecânica ocasionada pelo diastema e consequente posição dos incisivos centrais, os laterais encontram-se impactados e sem espaço para irromper na oclusão da arcada. (MARTINS et al., 1998).

Verificar a verdadeira etiologia do problema, através de criteriosa anamnese, exame clínico e radiográfico é essencial para correta execução do tratamento bem como prognóstico favorável ao paciente. (DÍAZ, 2004).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. R. et al. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, Maringá, v. 5, n. 6, p.107-129, nov./dez. 2000.
- ALMEIDA, R. R. et al. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, Maringá, v. 9, n. 3, p.137-156, maio/jun. 2004.
- ALVES, T. D. B. et al. Prevalência de Oclusopatias em escolares de 12 anos de Idade: Estudo realizado em um escola pública do Município de Feira de Santana- BA. **Revista Gaúcha de Odontologia- Rgo**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p.269-273, jul./set. 2006.
- BOLOGNESE, A. M. et al. Diagnóstico e Planejamento Ortodôntico na dentição mista: Relato de caso clínico na supervisão de espaço. **Revista da Sociedade Brasileira de Ortodontia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.09-15, nov. 2003.
- BRITO, D. I.; DIAS, P. F.; GLEISER, R. Prevalência de más oclusões em crianças de 9 a 12 anos de idade da cidade de Nova Friburgo (Rio de Janeiro). **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, Maringá, v. 14, n. 6, p.118-124, Nov- Dez 2009.
- CASARIN, R. C. Freio Labial Superior: Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico. 2009. 38 fls. Monografia (Especialização em Periodontia no Curso de Odontologia) Faculdade de Odontologia, Faculdade INGÁ- UNINGA- Passo Fundo, RS.
- CAVALCANTE, J. A. et. al. Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico do Freio Teto Labial persistente em paciente no período intertransitório da dentição mista- relato de caso. **Revis Inst Ciênc Saúde**, Brasília, v. 27, n.3, p. 290-294, 2009.
- DIAZ, M. E. Diastema medio interincisal y surelaciónconelfrenillo labial superior: una revisión. **Rev Estomatol Herediana**, Peru, v.14, n.1, p.95 – 100, 2004.
- FRAZÃO, P. et al. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1197-1205, Set- Out 2002.

GARIB, D. G.; SILVA FILHO, O. G.; JANSON, G. Etiologia das Más Oclusões: perspectiva clínica: (Parte I)- fatores genéticos. **Rev Clín Ortodon Dental Press**, São Paulo, v. 2, n. 9, p.77-97, abr./maio 2010.

HEBLING, S. R. F. **Ortodontia em Saúde Coletiva: Epidemiologia e Protocolo de Assistência**. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.

HUANG, W-J.; CURTIS, J. C.. The Midline diastema: a review of its etiology and treatment. **American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)**, Birmigham, v.17.n.3. 1995.

IZOLANI NETO, O. et al. Frenectomia: Revisão de Literatura. **Uningá Review**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.21-25, abr. 2014.

JANSON, R.P. et al. Fechamento Ortodôntico do Diastema entre Incisivos Centrais Superiores durante a Dentadura Mista: Relato de Caso Clínico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, vol.3, n.4, 1998.

KINA, J. R. et al. Frenectomia com Enxerto Gengival Livre: Caso Clínico. **Revista de Odontologia de Araçatuba**, Araçatuba, v. 26, n. 1, p.61-64, 2005.

KIRAN, K.. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. **J Indian Soc Ped Prev Dent**, India, v.25, n.1, p. 23-27, 2007.

LEAL, R. A. S. **Frenectomia Lingual e Labial em Odontopediatria**. 2010. 32fls. Monografia (Graduação). Curso de Medicina Dentária. Faculdade de Medicina Dentária do Porto, Portugal, 2010.

MARTINS, D. R. et al. Impacção Dentária: Conduas Clínicas - Apresentação de Casos Clínicos. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 3, n. 1, p.12-22, 1998.

MORAES, H. A. Classificação das Má Oclusões. **Revista São Leopoldo de Mandic**, Porto Alegre, v. 3, n. 7, p.01-13, fev. 2009.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972 p.

NÓBREGA, M. **Incisivos Maxilares Impactados. 2006** Disponível em:
<<http://www.clinicasaolourenco.com/images/stories/odonta>. Acesso em 14 de Julho de 2016.

OKIDA, R. C.; OKIDA, D. S. S.; MACHADO, L. S.. Emprego de técnica cirúrgica e materiais adesivos diretos no fechamento de diastemas. **Rev de Pós Graduação em Odontologia**, Araçatuba, v. 18, n. 1, p.57-61, 2011.

PERES, K. G. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, n. 36, p.230-236, 2002.

PITHON, M. M.; BERNARDES, L. A. A. Irrupção ectópica de incisivos laterais inferiores: relato de caso clínico. **Rev Clín Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 5, n. 2, p.87-92, maio 2007.

PROFFIT, W. R. et al. **Ortodontia Contemporânea**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 701 p.

PURICELLI, E. Frenectomia Labial Superior: Variação da Técnica Cirúrgica. **Rev da Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v. 1, n. 42, p.16-20, jul. 2001.

SANTOS, P.; OSÓRIO, S. R. G.; FRANZIN, L. C. S. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CIRURGICO DO FREIO LABIAL ANORMAL NA DENTIÇÃO MISTA: RELATO DE CASO. **BJSCR**, São Paulo, p. 41-46. Set- Nov 2014.

SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **A textbook of oral pathology**. 2.ed. Philadelphia : WB Saunders, 1992, p.2-75..

VALADARES NETO, J.; RIBEIRO, A. V.; SILVA FILHO, O. G. O Dilema do Diastema Mediano e Freio Labial. **ROBRAC**.v. 6, n. 19, 1996.

VON ZUBEN, P. H. **Diastema: Conceito, Etiologia, Diagnóstico e Opções de Tratamento**. Piracicaba: Fop- Unicamp, 2004.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

DIASTEMA INTERINCISIVO E IMPACTAÇÃO DE INCISIVOS LATERAIS: RELATO DE CASO

INTERACTIVE DIASTEMA AND IMPACTATION OF SIDE INCISIVES: CASE REPORT

**Fátima Roneiva Alves Fonseca, Professora do Curso de Odontologia da
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)**

**Rayssa Maciel Soares, Acadêmica do Curso de Odontologia da
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)**

RESUMO

As más oclusões são patologias de causa multifatorial, determinar sua etiologia contribuí para o correto diagnóstico e tratamento. Diastemas são definidos como ausência de contato entre dentes vizinhos, na dentição decídua são considerados fisiológicos que tendem a fechar com erupção dos caninos permanentes. O freio labial superior tem a função de limitar o movimento exagerado dos lábios e impedir à exposição excessiva da gengiva. No desenvolvimento da oclusão tende a diminuir de tamanho e posição e caso permaneça entre os incisivos centrais poderá ser o agente causador do diastema sendo denominado de freio labial ectópico. A presença de freio ectópico e diastema interincisivo resultam em problemas estéticos, fonéticos, periodontais além de desordens na cronologia e posição oclusal. Incisivos laterais pouco são descritos na literatura como dentes impactados, quando citados, os autores destacam que as barreiras mecânicas são a principal causa dessa impacção. Tratada à etiologia pode ainda ser necessária uso de ortodontia para levar este elemento à oclusão. A proposta desse trabalho é solucionar o diastema Interincisivo cuja etiologia era o freio labial ectópico, ao exame de tracionamento isquemiava. O diastema impossibilitava a erupção dos incisivos laterais superiores. O tratamento proposto foi a associação Cirurgia-Ortodontia com a técnica de Frenotomia e uso de aparelho ortodôntico removível com ganchos. Concluí-se que a Técnica de Frenotomia reinsere o freio labial

ectópico mantendo suas características anatômicas e possibilita o uso de aparelho ortodôntico removível com ganchos realizando o fechamento do Diastema o que garante espaço erupção dos incisivos laterais.

UNITERMOS: Diastema mediano, Frenotomia, Freio Labial superior Ectópico, Ortodontia Interceptativa

INTRODUÇÃO

O período para erupção dentária é propício para a instalação de maloclusões e as constantes alterações nas arcadas quanto à posição dos germes dentários ou exfoliação dos decíduos pode ocasionar uma oclusopatia na dentição permanente.¹

As maloclusões tem etiologia multifatorial, cuja determinação, são imprescindíveis para um diagnóstico e tratamento correto.² Podem ser de caráter: hereditários, congênitos ou em decorrência de hábitos parafuncionais.³

Diastemas interincisivos representam na primeira infância um fator normal e esteticamente aceitável correspondente à uma prevalência 77% nos arcos dentais. Entretanto, um diastema excessivo poderá causar maloclusão. Dentre as diversas origens deste destacam-se: presença de dentes supranumerários, microdontia, macrognatia, ausência congênita de incisivos laterais e interposição ectópica do freio labial superior.⁵

O freio labial superior é um feixe de tecido fibroso com formato de “V” cuja base se insere na face interna da porção mucosa do lábio superior e o ápice é compreendido até a papila palatina entre os incisivos centrais. Ao exame clínico do paciente tensiona-se o lábio superior para cima a fim de verificar a posição do freio, se este isquemiar ele terá efeito sobre a origem dos diastemas interincisivos e poderá contribuir para o não fechamento deste.⁶

A impacção ou a retenção dentária é um fenômeno muito freqüente e, normalmente apresenta-se associada a obstáculos mecânicos: barreiras ósseas, cistos e fendas alveolares.⁷

As consequências para uma retenção prolongada de um dente, no caso de um incisivo lateral pode ser impacção dos caninos, mau posicionamento do dente envolvido, formação de cisto dentífero, reabsorção radicular externa, tanto do dente impactado como dos adjacentes, infecções e inflamações em casos de irrupção parcial.⁸

Este trabalho relata o caso clínico de um Diastema Interincisivo e Impacção de Incisivos laterais.

RELATO DE CASO

Paciente R.F.R, 7 anos, do sexo feminino, feoderma. Procurou o serviço de Clínica Infantil II (Ortodontia+ Odontopediatria) da Clínica Escola de Odontologia da UFCG, Patos- PB relatando” querer fechar o espaço anterior” (SIC).

Realizada Anamnese, não foi constatado nenhum problema sistêmico.

Ao exame clínico extra oral a paciente não apresentava nenhuma alteração de simetria facial e os terços da face estavam harmônicos (Fig.1-A e 1-B) .

Fig.1 Exame extra oral, frontal(A) e perfil (B). Fonte: Autor.



Ao exame clínico intra oral a paciente apresentava Diastema Interincisivo medindo 7,8 mm e interposição do Freio Labial Superior (FLS) entre os Incisivos Centrais Superiores (ICS) (Fig.2). Verificou-se a inserção ectópica do FLS ao realizar o exame de distender o Lábio Superior (LS) e verificar a isquemia do FLS.

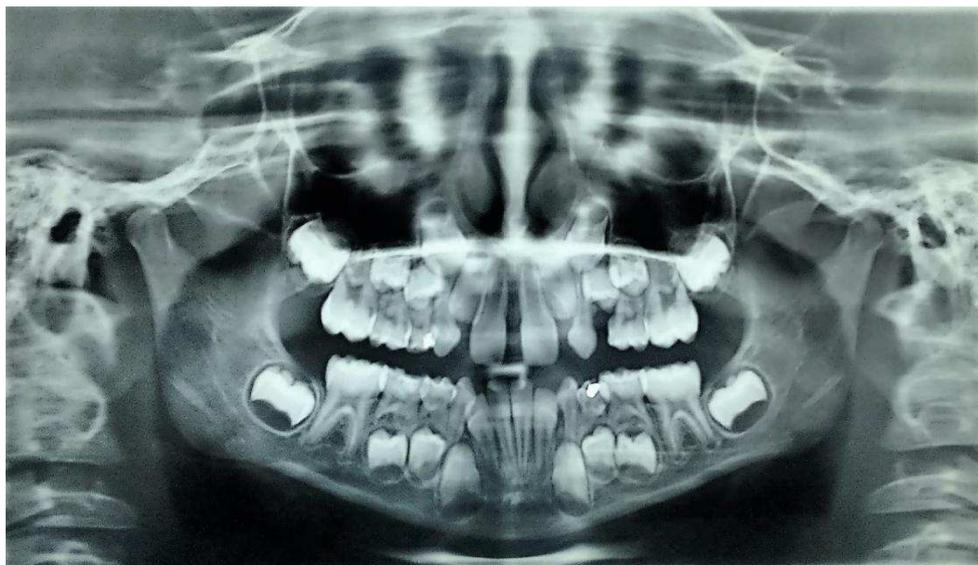
Fig.2 Exame intra oral. Fonte: Autor.



Foi solicitado a paciente que realizasse exame radiográfico panorâmico para confirmação da presença dos Incisivos Laterais Superiores (ILS).

Após a avaliação do raio-x (Fig. 3) foi comprovada a presença dos ILS na arcada da paciente e o diagnóstico foi: O FLS possuía inserção abaixo ao normativo impedindo que o diastema se fechasse e os ILS pudessem irromper à cavidade bucal. Paciente e responsável assinaram o Termo de Assentimento e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), onde foram informadas dos seus direitos e deram autorização para a execução do procedimento e da documentação fotográfica com fins de publicação e divulgação.

Fig.3 Exame Radiográfico Panorâmico, evidenciando a presença dos Incisivos Laterais Superiores bem como Caninos Superiores com formação coronal pronta. Fonte: Autor.



O tratamento proposto foi reinsserir o freio realizando à Frenotomia, seguida de moldagem e confecção de Aparelho Ortodôntico Removível com ganchos em “s” a fim de fechar o diastema.

O plano de tratamento foi iniciado com Cirurgia de Frenotomia onde foi feita a reinserção do FLS. Iniciou através da antissepsia extra oral com Digluconato de Clorexidina 2% (Fig.4) e bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12%. A anestesia foi realizada com Mepivacaína 2% com Epinefrina na 1:100.00, em fundo de sulco bilateralmente ao freio, seguida de anestesia nas margens laterais do mesmo (Fig.5). Foi realizada incisão no ápice do FLS na região mais apical (Fig.6). Divulsão (Fig.7) dos tecidos de forma que após a cicatrização haja sua reinserção superiormente Sutura com Fio de Seda 3-0 (Fig. 8).

Fig.4: Antissepsia com Digluconato de Clorexidina 2%. Fonte: Autor.

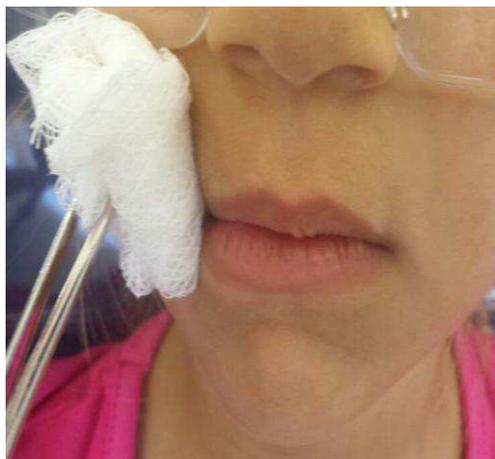


Fig.5 Anestesia com Mepivacaína. Fonte: Autor



Fig.6 Incisão apical do FLS.Fonte: Autor.



Fig.7 Divulsão dos tecidos e reinserção do freio, por meio de incisão do tecido conjuntivo relativo ao local da nova inserção do freio.Fonte: Autor.



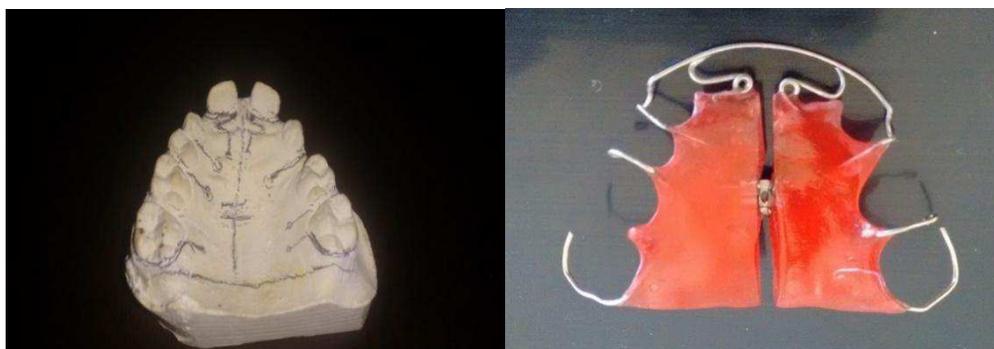
Fig. 8 Sutura. Fonte: Autor.



Ao final do procedimento foi feita prescrição de Dipirona 500mg/ml sendo a posologia $\frac{1}{2}$ gota/kg/dose (Cálculo para 28kg): 14 gotas de 6/6 horas, em caso de dor, por 04 dias. E recomendações pós-operatórias foram: Evitar esforço, alimentos quentes, fazer compressa gelado por 30min, e comer alimentos gelados e pastosos; Remoção de sutura 7 dias após procedimento.

2º 15 dias após cirurgia: Moldagem das arcadas superior e inferior em Alginato e confecção de aparelho ortodôntico removível com molas em “s” (Fig.9).

Fig. 9 Modelo com desenho do aparelho ortodôntico (A). Aparelho Removível com ganchos em “s” e expansor 7mm (B). Fonte: Autor.



3º Instalação do aparelho bem como orientações quanto as ativações semanais de $\frac{1}{4}$ de volta no Expansor de 7mm (Morelli®) (Fig.10) e orientações quanto a higiene.

Fig.10 Instalação de Aparelho Removível com Diastema de 7,8mm, vista frontal com aparelho. Fonte: Autor.



Fig. 11. Instalação do Aparelho Removível, vista oclusal com aparelho. Fonte: Autor



No decorrer do tratamento ortodôntico já pode ser observada diminuição do Diastema, onde com 1,5 mês do uso do aparelho media 6 mm (Fig. 12 e Fig. 13). Decorridos 3 meses de terapia ortodôntica diastema medindo 4,5 mm (Fig. 14). Ao passar 6 meses o Diastema possuía 3,3 mm (Fig. 15).

Fig. 12. Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, vista frontal com aparelho. Fonte: Autor.



Fig. 13. Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, com medida de 6mm, vista oclusal com aparelho. Fonte: Autor.

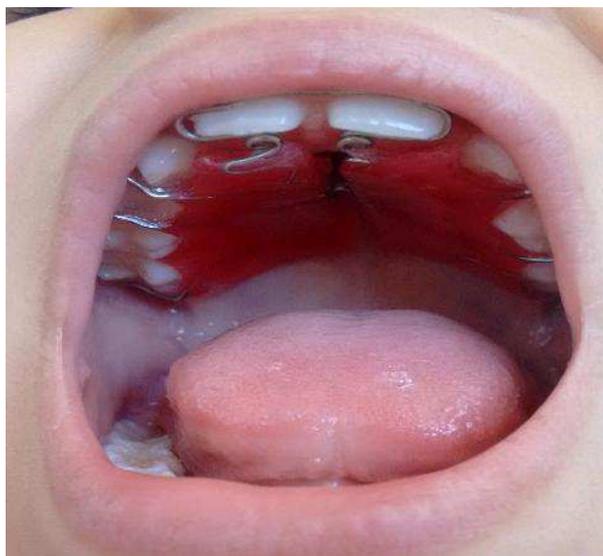


Fig. 14 Resultados após 3 meses do uso do aparelho, 4,5mm de Diastema, vista frontal com aparelho Fonte:Autor.



Fig. 15. Resultados após 3 meses, 4,5mm de Diastema, vista frontal sem aparelho.
Fonte:Autor.



Fig. 16 Resultados após 6 meses, Diastema com 3,3 mm, vista frontal.



Durante 7 meses de tratamento o Diastema diminuiu de 7,8mm à 2,2mm, nessa etapa já pode ser evidenciado a tentativa do elemento dental nº22 de romper a barreira gengival para entrar na oclusão. (Fig. 17).

Fig. 17 Resultados após 7 meses de uso de aparelho ortodôntico. Diastema com 2,2mm, vista frontal sem aparelho (A). Incisivo Lateral nº 22 querendo irromper à cavidade bucal. (B). Fonte: Autor

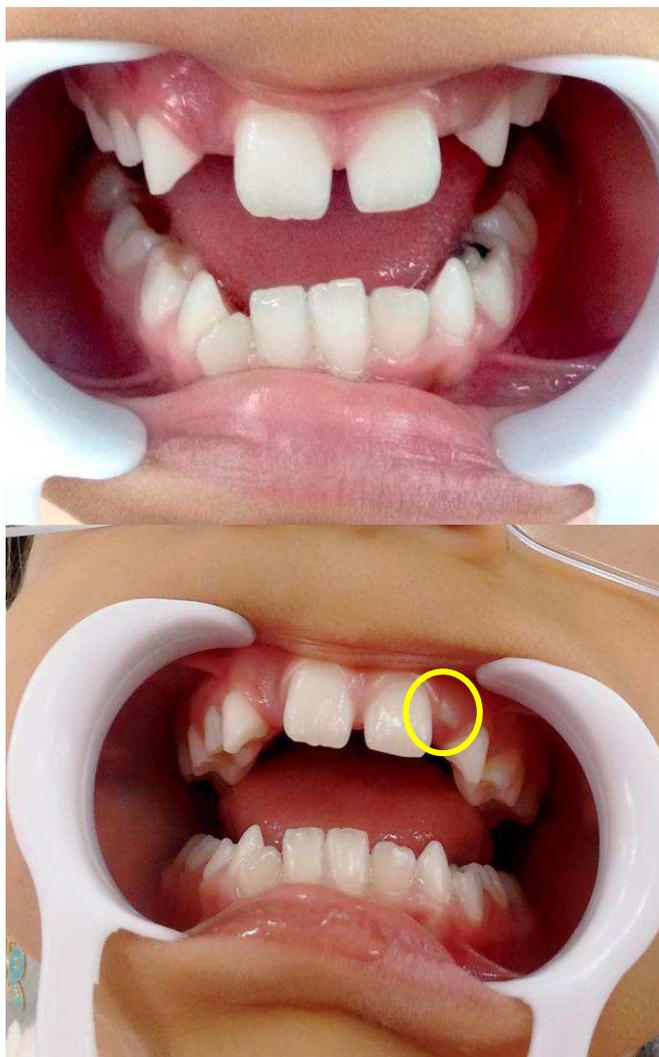


Fig. 18 Comparação entre o início do tratamento com 7,8 mm de Diastema (A), depois aos 6 meses de ortodontia com 3,3mm (B) e aos 7 meses da terapia ortodôntica com 2,2 mm de Diastema (C). Fonte:Autor.



A paciente permanece em tratamento ortodôntico, devido a problemas pessoais o seu tratamento obteve um tempo maior de resposta, pois a mesma tinha dificuldades em comparecer a clínica para as manutenções e adaptações necessárias.

DISCUSSÃO

Diastema é caracterizado como ausência de ponto de contato com tamanho superior a 0,5mm, entre dois ou mais dentes.⁹

Quando há diastema interincisal é indicado descartar outros fatores etiológicos como mesiodentes, inclinações vestibulares dos incisivos, faces mesiais dos incisivos centrais excessivamente convexas, hábitos deletérios ou ainda, ausência de incisivos laterais.¹⁰

Freio labial é uma prega cutânea em forma de leque cujo ápice se insere na gengiva marginal e a base está voltada para mucosa do labial. Sua função é limitar os movimentos excessivos dos lábios superiores estabilizando a linha média bem como impedir exposição excessiva da gengiva ao sorrir.¹¹

À medida que ocorrem as mudanças nas arcadas dentárias com irrupção dos dentes permanentes, os freios sofrerão mudanças quanto ao seu tamanho, inserção e forma. Se por algum motivo não houver sua remissão será denominado de freio hipertrófico que poderá acarretar em um diastema entre os incisivos centrais, dificultando os movimentos labiais, produzindo uma estética insatisfatória, e desencadeando problemas periodontais ao interferir na escovação.¹²

Alguns autores levantaram dúvidas acerca da relação: diastema-freio labial superior hipertrófico, onde o FLSE possa causar diastema ou são entidades distintas.²¹ Sendo necessário investigar a etiologia multifatorial do diastema e ainda a época ao qual está presente na arcada, pois na dentadura mista as crianças apresentam diastema interincisivo característico da fase do “patinho feio” que se auto corrige após erupção dos caninos permanentes.¹⁰

Para um correto diagnóstico se o freio é o causador do diastema além de análises radiográficas, exame clínico, deve-se tensionar o lábio superior para cima e se o freio isquemiar nesta área é um indicativo do diastema ter sido causado por FLS hipertrófico, entretanto deve-se eliminar demais hipóteses antes da intervenção.^{13, 5, 14}

Em condições de normalidade, esse diastema diminui com a erupção dos incisivos laterais e fecha-se espontaneamente com a erupção dos caninos permanentes.^{5,}

Se o fator etiológico de um diastema for um freio labial hipertrófico são constantes as discussões acerca da intervenção ou não do freio e do próprio diastema.^{15, 16}

Existem controvérsias entre os autores em relação ao momento ideal de intervenção para o freio labial hipertrófico, assim como a associação com o tratamento ortodôntico para resolução do diastema.¹⁷

Diante do diastema mediano na dentição mista, a atitude mais sensata do clínico seria a preservação do desenvolvimento da oclusão. O fechamento precoce destes espaços antes da erupção dos caninos poderá ocasionar dano severo, porque a verticalização precoce dos eixos dos incisivos impedirá a erupção normal dos caninos.^{13, 10, 4}

Já para os casos os quais o freio anormal superior é um provável agente relacionado ao diastema mediano defende-se o tratamento precoce, já na dentadura mista e o tratamento ortodôntico posterior à cirurgia.¹⁸⁻¹⁹

Dentre os tratamentos cirúrgicos existentes destacam-se a Frenectomia e a Frenotomia, com variações quanto à execução. A primeira consiste em cirurgia plástica periodontal onde há eliminação total de um freio cujos objetivos são a correção ou a eliminação de uma anomalia anatômica da gengiva. Enquanto que a frenotomia corresponde à eliminação parcial do freio com objetivo de reinseri-lo, técnica de Chelotti, com a finalidade de manter as características estéticas e anatômicas do freio, mostrando resultados cicatriciais e estéticos satisfatórios.¹⁵

O tratamento ortodôntico também é assunto conflitante quanto a sua execução antes ou após realização de tratamento cirúrgico.⁵

Tanto aparelhos móveis como os fixos podem ser usados no tratamento de diastema com interposição de freio labial.⁵ . Nos aparelhos fixos braquetes são condicionados ao esmalte de forma que um fio ortodôntico feche o diastema com a mecânica da manutenção mensal, quanto a excisão do freio²⁰ afirma ser melhor após irrupção dos caninos permanentes, uma forma até de evitar a formação de tecido fibroso que possa recidivar o diastema.²⁰

Uma boa opção de tratamento seria o uso de aparelho ortodôntico removível com ganchos que aproximem os incisivos centrais após realização de cirurgia do FLS. Eles realizam o movimento de angulação dos incisivos para mesial. É um tratamento de

baixo custo e alta eficiência se houver comprometimento do paciente com o uso e as manutenções.¹⁸

Ao alcançar o resultado desejado, tanto o aparelho fixo quanto o removível devem permanecer como contenção até a irrupção completa dos incisivos laterais de modo que o diastema se feche e não haja recidiva do freio labial hipertrófico.¹⁰

A presença de diastema na dentição mista pode, devido inclinação excessiva para distal dos ICSP obstruir a erupção dos incisivos laterais permanentes.²⁰

Quando não existe espaço suficiente entre os incisivos centrais permanentes e os caninos decíduos para a irrupção dos incisivos laterais permanentes, estes podem ficar retidos na barreira óssea não erupcionando à cavidade bucal.⁵

Dentes impactados são frequentemente encontrados no decorrer do tratamento ortodôntico. Impactação dentária geralmente está associada a barreiras mecânicas. Os dentes podem estar impedidos de entrar em oclusão normal devido à: presença de cistos em linha média, fendas alveolares, discrepância dento óssea, retenção de decíduos além de barreiras físicas como outros dentes.⁷

A escolha do tratamento, às vezes multidisciplinar: cirurgia e ortodontia é aquele que se adéqua ao paciente bem como trás os melhores resultados e prognóstico a ele.²¹

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho, que a etiologia do diastema é multifatorial e investigá-la é imprescindível para determinar se é fisiológico ou patogênico e a necessidade de tratamento ou preservação.

O correto diagnóstico do freio superior hipertrófico deve ser uma junção do clínico: tracionamento do lábio e isquemia do freio, com a análise radiográfica: área radiolúcida em volta dos processos alveolares dos incisivos centrais além da presença diastema mediano anterior.

O correto tratamento aplicado: Técnica de Frenotomia com associação ortodôntica do Aparelho Removível com molas obteve resultado satisfatório, porém não definitivo, tendo em vista o mau comprometimento da paciente com as manutenções e uso do aparelho.

Sendo assim os resultados obtidos neste caso foram positivos, onde pode-se perceber uma correta cicatrização do freio com a sua reinserção cirúrgica, não houve formação de tecido fibroso bem como a diminuição do Diastema Interincisivo de 7,8mm à 2,2 mm. Clinicamente é possível notar a mesialização das coroas dos ICSP em relação à angulação que apresentava no início do tratamento. Já é possível observar o elemento dental 22 querendo irromper à cavidade. Logo concluído o tratamento espera-se haver espaço para erupção correta dos incisivos laterais superiores permanentes.

ABSTRACT

Malocclusions are multifactorial cause, determining its etiology contribute to the correct diagnosis and treatment. Diastemas are defined as absence of contact between neighboring teeth, considered physiological in the deciduous dentition that tend to close with eruption of the permanent canines. The upper lip brake has the function of limiting the exaggerated movement of the lips and prevent excessive exposure of the gums. In the development of occlusion tends to decrease in size and position, if it remains between the central incisors may be the causative agent of the diastema and will be called the ectopic labial brake. The presence of ectopic brake and interincisive diastema result in aesthetic problems, phonetic, periodontal disorders besides disorders in chronology and occlusal position. Lateral incisors are little described in the literature as impacted teeth, when mentioned, the authors point out that mechanical barriers are the main cause of this impaction. The use of orthodontics to treat this etiology is still necessary to bring this element into the occlusion. The purpose of this work is to solve interincisive diastema, whose etiology was the ectopic labial brake, to the examination of ischemic traction. The diastema precluded the eruption of the upper lateral incisors. The proposed treatment was the association: Surgery and Orthodontics with the technique of Phrenotomy and use of Removable Orthodontic appliance with hooks. It was concluded that the Phrenotomy Technique reinserted the ectopic labial brake maintaining its anatomical characteristics and enabled the use of removable orthodontic appliance with hooks closing the diastema, which ensures space eruption of the lateral incisors.

KEYWORDS: Median diastema, Phrenotomy, Ectopic Upper Lip Brake, Interceptive Orthodontics

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

LEGENDAS DAS FIGURAS

Fig.1 Exame extra oral, frontal(A) e perfil (B). Fonte: Autor

Fig.2 Exame intra oral da Paciente. Fonte: Autor.

Fig.3 Exame Radiográfico Panorâmico. Fonte: Autor.

Fig.4: Antissepsia com Digluconato de Clorexidina 2%. Fonte: Autor.

Fig.5 Anestesia com Mepivacaína. Fonte: Autor.

Fig.6 Incisão apical do Freio Labial Superior. Fonte: Autor.

Fig.7 Divulsão dos tecidos. Fonte: Autor.

Fig. 8 Sutura. Fonte: Autor.

Fig. 9 Modelo de gesso com desenho do aparelho ortodôntico (A).Aparelho Removível com ganchos em “s” e expansor 7mm (B). Fonte: Autor.

Fig.10 Instalação de Aparelho Removível, diastema com 7,8mm, vista frontal com aparelho. Fonte: Autor.

Fig. 11. Instalação do Aparelho Removível, vista oclusal com aparelho. Fonte: Autor.

Fig. 12. Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, vista frontal com aparelho. Fonte: Autor.

Fig. 13. Resultados com 1,5 mês da instalação do aparelho, vista oclusal com aparelho. Fonte: Autor.

Fig. 14 Resultados após 3 meses do uso do aparelho, vista frontal com aparelho. Fonte:Autor.

Fig. 15. Resultados após 3 meses, vista oclusal sem aparelho. Fonte:Autor.

Fig. 16 Resultados após 6 meses, vista frontal com aparelho. Fonte: Autor

Fig. 17 Resultados após 7 meses, Diastema com 2,2mm, vista frontal sem aparelho (A). Incisivi lateral superior esquerdo querendo irromper (B). Fonte: Autor

Fig. 18 Comparação entre o antes com 7,8 mm de Diastema(A), depois aos 6 meses com 3,3mm(B) e após com 2,2 mm(C). Fonte:Autor.

REFERENCIAS

1. PITHON MM, BERNARDES LAA. Irrupção ectópica de incisivos laterais inferiores: relato de caso clínico. *Dental Press Journal of Orthodontics* 2007; 5(2):87-92.
2. GARIB DG, SILVA FILHO OG, JANSON G. Etiologia das Má Oclusões: perspectiva clínica: (Parte I)- fatores genéticos. *Dental Press Journal of Orthodontics* 2010; 2(9): 77-97.
3. HEBLING SRF. Ortodontia em Saúde Coletiva: Epidemiologia e Protocolo de Assistência [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, 2006.
4. PROFFIT WR, FIELDS HW Jr, SERVER DM. Ortodontia Contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
5. ALMEIDA RR, GARIB DG, ALMEIDA-PEDRIN RR, ALMEIDA MR, PINZAN A, JUNQUEIRA MHZ. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir? *Dental Press Journal of Orthodontics* 2004; 9(3): 137-156.
6. MORAES HA. Diastemas entre Incisivos Centrais [abstract]. *Rev São Leopoldo de Mandic* 2009; 3: 01-13.
7. MARTINS DR, KAWAKAMI RY, HENRIQUES JFC, JANSON GRP. Impacção Dentária: Condutas Clínicas - Apresentação de Casos Clínicos. *Dental Press Journal of Orthodontics* 1998; 3(1):12-22.
8. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. A textbook of oral pathology. Philadelphia: Elsevier, 2009.
9. VON ZUBEN PH. Diastema: Conceito, Etiologia, Diagnóstico e Opções de Tratamento [Dissertação]. Piracicaba: Fop- Unicamp; 2004.
10. ALMEIDA RR, ALMEIDA-PEDRIN RR, ALMEIDA MR, GARIB DG, ALMEIDA PCMR, PINZAN A. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Dental Press Journal of Orthodontics* 2000; 5(6):107-29.

11. IZOLANI NETO O, MOLERO VC, GOULARTRM. Frenectomia: Revisão de Literatura. *UningáReview* 2014; 18(3): 21-5.
12. KIRAN K, MUTHU MS, RATHNA PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007; 25: 23-6.
13. CASARIN RC. Freio Labial Superior: Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico [Monografia Pós Graduação]. Passo Fundo, RS: Faculdade de Odontologia, Faculdade INGÁ- UNINGA; 2009.
14. MACEDO MP, CASTRO BS, PENIDO SMMO, PENIDO CVSR. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. *RFO* 2012; 17 (3): 332-5.
15. BRUDER C, FERREIRA MCD, FALTIN JUNIOR K, CHELOTTI A, LONG SM. Frenectomia Labial pela técnica de Reposicionamento cirúrgico proposto por Chelotti. *Odonto* 2015.
16. CAVALCANTE JA, XAVIER P, MELLO- MOURA ACV, ALENCAR CJF, IMPARATO JCP. Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico do Freio Teto Labial persistente em paciente no período intertransitório da dentição mista- relato de caso. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2009; 27(3): 290-4.
17. VALADARES NETO J, RIBEIRO AV, SILVA FILHO OG. O Dilema do Diastema Mediano e do Freio Labial Superior: Análise de pontos fundamentais. *ROBRAC* 1996; 6(19): 09-17.
18. SANTOS PD, OSÓRIOSRG, FRANZIN LCS. Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico do Freio Labial Anormal na Dentição Mista: Relato de Caso. *Bjscr* 2014; 8(2): 41-6.
19. LEAL RAS. Frenectomia Lingual e Labial em Odontopediatria [Monografia]. Portugal: Faculdade de Medicina Dentária do Porto; 2010.
20. JANSON GRP, SILVA CCA, HENRIQUES JFC, FREITAS MR, MARTINS DR. Fechamento Ortodôntico do Diastema entre Incisivos Centrais Superiores durante a Dentadura Mista: Relato de Caso Clínico. *Dental Press Journal of Orthodontics* 1998;3(4): 72- 8.

21. DÍAZ ME. Diastema medio interincisal y su relación con el renillo labial superior: una revisión. Rev Estomatol Herediana 2004;14(1-2): 95 - 100.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com este trabalho, que a etiologia do diastema é multifatorial e investigá-la é imprescindível para determinar se é fisiológico ou patológico e a necessidade de tratamento ou preservação.

O correto diagnóstico do freio superior hipertrófico deve ser uma junção do clínico: tracionamento do lábio e isquemia do freio, com a análise radiográfica: área radiolúcida em volta dos processos alveolares dos incisivos centrais além da presença diastema mediano anterior.

O correto tratamento aplicado: Técnica de Frenotomia com associação ortodôntica do Aparelho Removível com molas obteve resultado satisfatório, porém não definitivo, tendo em vista a não cooperação da paciente com o uso do aparelho e o não comparecimento para realizar as manutenções.

Sendo assim os resultados obtidos neste caso foram positivos, onde pode-se perceber uma correta cicatrização do freio com a sua reinserção cirúrgica, não houve formação de tecido fibroso bem como a diminuição do Diastema Interincisivo de 8mm à 3,3 mm. Clinicamente é possível notar a mesialização das coroas dos ICSP em relação a angulação que apresentava no início do tratamento. Logo concluído o tratamento haverá espaço para erupção correta do incisivos laterais superiores permanentes.

ANEXO A

Normas de publicação e submissão de trabalhos

ORTODONTIASPO

1. OBJETIVO

A revista **OrtodontiaSPO**, de periodicidade bimestral, destina-se à publicação de trabalhos inéditos de pesquisa aplicada, bem como artigos de atualização, relatos de casos clínicos e revisão da literatura na área de Implantodontia e de especialidades multidisciplinares que a envolvam.

2. NORMAS

2.1. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico.

2.2. Os trabalhos deverão ser enviados via e-mail ou correio.

2.2.1. No caso de envio por correio, o arquivo deverá ser gravado em CD, em formato DOC, acompanhado de uma cópia em papel, com informações para contato (endereço, telefone e e-mail do autor responsável). O CD deverá estar com a identificação do autor responsável, em sua face não gravável, com caneta retroprojeter.

2.2.2. No caso de envio por e-mail, é necessário colocar no assunto da mensagem o título do trabalho, além de especificar no corpo do e-mail, em tópicos, o que está sendo enviado.

2.3. O material enviado, uma vez publicado o trabalho, não será devolvido.

2.4. A revista **OrtodontiaSPO** reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado.

2.5. A revista **OrtodontiaSPO** receberá para publicação trabalhos redigidos em português.

2.6. A revista **OrtodontiaSPO** submeterá os originais à apreciação do Conselho Científico, que decidirá sobre a sua aceitação. Os nomes dos relatores/avaliadores permanecerão em sigilo e estes não terão ciência dos autores do trabalho analisado.

2.7. O trabalho deverá ser enviado juntamente com o Termo de Cessão de Direitos Autorais e Formulário de Conflito de Interesses, assinados pelo(s) autor(es) ou pelo autor responsável, conforme modelo encontrado nessa página.

2.8. As informações contidas no Formulário de Conflito de Interesses deverão ser acrescentadas ao final do artigo, em forma de texto, como Nota de Esclarecimento. Exemplo: Nota de esclarecimento Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de Como enviar seus trabalhos apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade

comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

2.9. Os trabalhos desenvolvidos em instituições oficiais de ensino e/ou pesquisa deverão conter no texto referências à aprovação pelo Comitê de Ética. A experimentação envolvendo pesquisa com humanos deve ser conduzida de acordo com princípios éticos (Declaração de Helsinki, versão 2008 – <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/index.html>).

2.10. Todos os trabalhos com imagens de pacientes, lábios, dentes, faces etc., com identificação ou não, deverão conter cópia do Formulário de Consentimento do Paciente, assinado por este.

3. APRESENTAÇÃO

3.1. Estrutura

3.1.1. **Relato de caso(s) clínico(s)** – Deverão conter título em português, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, unitermos, introdução e/ou proposição, relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão, conclusão, nota de esclarecimento, título em inglês, resumo em inglês (abstract), unitermos em inglês (key words) e referências bibliográficas. Limites: texto com, no máximo, 18.000 caracteres (com espaços), 2 tabelas ou quadros e 34 imagens (sendo, no máximo, 2 gráficos e 32 figuras).

3.2. Formatação de página:

- a. Margens superior e inferior: 2,5 cm
- b. Margens esquerda e direita: 3 cm
- c. Tamanho do papel: carta
- d. Alinhamento do texto: justificado
- e. Recuo especial da primeira linha dos parágrafos: 1,25 cm
- f. Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas
- g. Controle de linhas órfãs/viúvas: desabilitado
- h. As páginas devem ser numeradas.

3.3. Formatação de texto:

- a. Tipo de fonte: times new roman
- b. Tamanho da fonte: 12
- c. Título em português: máximo de 90 caracteres
- d. Titulação do(s) autor(es): citar até 2 títulos principais
- e. Resumos em português e inglês: máximo de 250 palavras cada
- f. Unitermos e key words: máximo de cinco. Consultar Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (www.bireme.br/decs/)

3.4 Citações de referências bibliográficas

- a. No texto, seguir o **Sistema Numérico de Citação**, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.
- b. Números sequenciais devem ser separados por hífen (ex.:4-5); números aleatórios devem ser separados por vírgula (ex.: 7, 12, 21).
- c. **Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação.**

Exemplos:

Errado: "Bergstrom J, Preber H2 (1994)..."

Correto:

"Vários autores^{1,5,8} avaliaram que a saúde geral e local do paciente é necessária para o sucesso do tratamento";

"Outros autores¹⁻³ concordam..."

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.1. Quantidade máxima de 30 referências bibliográficas por trabalho.

4.2. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade única e exclusiva dos autores.

4.3. A apresentação das referências bibliográficas deve seguir a normatização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors(www.icmje.org) no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

4.4. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) e impressos sem negrito, itálico ou grifo/sublinhado.

4.5. As referências devem ser numeradas **em ordem de entrada no texto** pelos sobrenomes dos autores, que devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados, sem ponto ou vírgula. A vírgula só deve ser usada entre os nomes dos diferentes autores. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Exemplo: "Schmidlin PR, Sahrman P, Ramel C, Imfeld T, Müller J, RoosM et al. Peri-implantitis prevalence and treatment in implantorientedprivate practices: A cross-sectional postal and Internetsurvey. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;122(12):1136-44."

4.5.1. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos.

4.5.2. Nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os primeiros e, em seguida, a expressão latina et al.

4.6. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, as informações não devem ser incluídas na lista de referências, mas citadas em notas de rodapé.

4.7. Exemplos

- 4.7.1. Livro: Brånemark P-I, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Stockholm: Alqvist & Wiksell International, 1977.
- 4.7.2. Capítulo de livro: Baron R. Mechanics and regulation on osteoclastic bone resorption. In: Norton LA, Burstone CJ. The biology of tooth movement. Florida: CRC, 1989. p.269-73.
- 4.7.3. Editor(es) ou compilador(es) como autor(es): Brånemark PI, Oliveira MF (eds). Craniofacial prostheses: anaplastology and osseointegration. Chicago: Quintessence; 1997.
- 4.7.4. Organização ou sociedade como autor: Clinical Research Associates. Glass ionomer-resin: state of art. Clin Res Assoc Newsletter 1993;17:1-2.
- 4.7.5. Artigo de periódico: Diacov NL, Sá JR. Absenteísmo odontológico. Rev Odont Unesp 1988;17(1/2):183-9.
- 4.7.6. Artigo sem indicação de autor: Fracture strength of human teeth with cavity preparations. J Prosthet Dent 1980;43(4):419-22.
- 4.7.7. Resumo: Steet TC. Marginal adaptation of composite restoration with and without flowable liner [abstract]. J Dent Res 2000;79:1002.
- 4.7.8. Dissertação e tese: Molina SMG. Avaliação do desenvolvimento físico de pré-escolares de Piracicaba, SP [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1997.
- 4.7.9. Trabalho apresentado em evento: Buser D. Estética em implantes de um ponto de vista cirúrgico. In: 3º Congresso Internacional de Osseointegração: 2002; APCD- São Paulo. Anais. São Paulo: EVM; 2002. p. 18.
- 4.7.10. Artigo em periódico on-line/internet: Tanriverdi et al. Na in vitro test model for investigation of desinfection of dentinal tubules infected with enterococcus faecalis. Braz Dent J 1997;8(2):67- 72. [Online] Available from Internet (<http://www.forp.usp.br/bdj/t0182.html>). [cited 30-6-1998]. ISSN 0103-6440.

5. TABELAS OU QUADROS

- 5.1. Devem constar sob as denominações “Tabela” ou “Quadro” no arquivo eletrônico e ser numerados em algarismos arábicos.
- 5.2. A legenda deve acompanhar a tabela ou o quadro e ser posicionada abaixo destes ou indicada de forma clara e objetiva no texto ou em documento anexo.
- 5.3. Devem ser autoexplicativos e, obrigatoriamente, citados no corpo do texto na ordem de sua numeração.
- 5.4. Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em nota colocada abaixo do corpo da tabela/quadro ou em sua legenda.

6. IMAGENS (Figuras e Gráficos)

- 6.1. Figuras

- 6.1.1. Devem constar sob a denominação “Figura” e ser numeradas com algarismos arábicos.
- 6.1.2. A(s) legenda(s) deve(m) ser fornecida(s) em arquivo ou folha impressa à parte.
- 6.1.3. Devem, obrigatoriamente, ser citadas no corpo do texto na ordem de sua numeração.
- 6.1.4. Sinais ou siglas devem estar traduzidos em sua legenda.
- 6.1.5. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias, a menos que expresse por escrito o seu consentimento, o qual deve acompanhar o trabalho enviado.
- 6.1.6. Devem possuir boa qualidade técnica e artística, utilizando o recurso de resolução máxima do equipamento/câmera fotográfica.
- 6.1.7. Devem ser enviadas via e-mail ou gravadas em CD, com resolução mínima de 300dpi, nos formatos TIF ou JPG e largura mínima de 10 cm.
- 6.1.8. Não devem, em hipótese alguma, ser enviadas incorporadas a arquivos de programas de apresentação (PowerPoint), editores de texto (Word for Windows) ou planilhas eletrônicas(Excel).
- 6.2. Gráficos
- 6.2.1. Devem constar sob a denominação “Figura”, numerados com algarismos arábicos e fornecidos, preferencialmente, em arquivo à parte, com largura mínima de 10 cm.
- 6.2.2. A(s) legenda(s) deve(m) ser fornecida(s) em arquivo ou folha impressa à parte, ordenadas sequencialmente com as figuras.
- 6.2.3. Devem ser, obrigatoriamente, citados no corpo do texto, na ordem de sua numeração.
- 6.2.4. Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em sua legenda.
- 6.2.5. As grandezas demonstradas na forma de barra, setor, curva ou outra forma gráfica devem vir acompanhadas dos respectivos valores numéricos para permitir sua reprodução com precisão.

ANEXO B



Universidade Federal
de Campina Grande

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa: "DIASTEMA INTERINCISIVO E IMPACTAÇÃO DE INCISIVOS LATERAIS: RELATO DE CASO" coordenada pela pesquisadora responsável Profa. Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca .

Ciente que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 466/12, autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Patos, 15 de Agosto 2016.

Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha

CPF275.562.018-80

Coordenadora da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Profª Dra. Renata A. S. Sá Rocha
Coordenadora da Clínica Escola
CRO-PB 5945
CSTR - UFCG

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

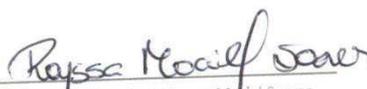
Título do Estudo: Diastema Interincisivo e Impactação de Incisivos Laterais: relato de caso

1. Eu, Williana Viana de Freitas Rosa portadora do R. G nº 3038429 autorizo de forma livre e voluntária a realização do atendimento, o qual foi explicado e aceito participar, tipo relato de caso, nesta instituição.
2. O propósito deste trabalho será relatar um fechamento de diastema interincisivo após reinserção de freio labial superior ectópico e utilização de aparelho ortodôntico removível com molas digitais.
O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato desta técnica restaurar a função normal do sistema estomatognático como um todo, bem como instalar uma relação oclusal harmônica na paciente devolvendo-lhe uma estética e fisiologia adequada.
3. O estudo será realizado durante as consultas quinzenais da participante na Clínica Escola de Odontologia da UFCG na disciplina de Clínica Infantil II (Ortodontia e Odontopediatria) da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos.
4. A participação do estudo é livre (não é obrigatória) e não causará quaisquer prejuízos pessoais.
5. A participação não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
6. A pesquisa trará o benefício de avaliar e tratar a maloclusão do paciente com uma técnica;
7. Os objetivos deste estudo são: corrigir o diastema do paciente possibilitando que os incisivos laterais e caninos permanentes irrompam à cavidade bucal, tornando a oclusão do mesmo satisfatória bem como evitar problemas: fonéticos, estéticos, funcionais e periodontais.
8. Riscos: o paciente não sofrerá nenhum dano ao participar deste estudo, a hipótese de abandono do tratamento bem como o não uso das orientações repassadas acarretará maloclusão que poderá ser corrigida futuramente. Durante a manutenção o paciente pode relatar incômodo, mas isto não trará malefícios ao mesmo.
9. Benefícios: o paciente será submetido à tratamento cirúrgico (Frenectomia) e ortodôntico (aparelho móvel com molas em "s") sem nenhum custo; realizar o tratamento nessa fase evita a instalação de maloclusão, danos periodontais, estéticos e fonéticos.
10. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas seu nome ou identificação não serão revelados;
11. Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa, antes ou depois do consentimento serão respondidas pelos pesquisadores.
12. Caso o paciente se sinta lesado durante o tratamento por algum dano, será concedido à ele o direito de pedir indenização, mesmo este não tendo nenhum custo com o tratamento;
13. Este trabalho será submetido ao CEP/ HUAC (Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro) situado a Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande- PB. Telefone: (83)2101- 5545.

Ao assinar este termo, não estou desistindo quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada.

Assinatura do Participante: William V. Freitas Rosa


Prof. Dra. Fátima Roneiva A. Fonseca
Ortodontista - CRO-PB 2680
Mat. SIAPE 2275844 - UFG
Pesquisadora Responsável: Prof. Dra. Fátima Roneiva A. Fonseca
Universidade Federal de Campina Grande / Curso de Bacharelado de Odontologia
Avenida Universitária, s/n, Patos- PB, Telefone (83) 3511-3000
Celular: (83) 999463840


Discente Responsável: Rayssa Maciel Soares
Rua Escritor Rui Barbosa, nº 429, Patos-PB
Telefone: (83) 3077-1602
Celular: (83) 99132-6445

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Diastema Interincisivo e Impactação dos Incisivos Laterais: relato de caso sob minha responsabilidade e do orientador Professor Fátima Roneiva Alves Fonseca cujos objetivos são: Determinar a causa da maloclusão da paciente e solucionar seu diastema para erupção dos demais dentes.

Para realização deste trabalho usaremos o(s) seguinte(s) método(s): Exame Clínico e Radiográfico da paciente, cirurgia de Frenotomia e confecção de aparelho para juntar seus dentes,

Seu nome assim como todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, você será submetida ao tratamento ortodôntico e utilizará um aparelho removível para solucionar seu problema.

Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, como ajustes e adaptações do aparelho ortodôntico removível.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são: realizar a cirurgia de Frenotomia, fechar o Diastema e proporcionar que seus outros dentes nasçam em posição correta.

No curso da pesquisa você tem os seguintes direitos: a) garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; b) liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, mesmo que seu pai ou responsável tenha consentido sua participação, sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); c) garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso). Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Nos casos de dúvidas você deverá falar com seu responsável, para que ele procure os pesquisadores, a fim de resolver seu problema (Fátima Roneiva Alves Fonseca- pesquisador principal, Universidade Federal de Campina Grande (Curso de Bacharelado de Odontologia) Avenida Universitária, s/n, Patos- PB, Telefone (83) 3511-3000 e Celular: (83) 999463840 e Rayssa Maciel Soares- pesquisador assistente, Rua Escritor Rui Barbosa, nº 429, Patos-PB, Telefone: (83) 3077-1602 e Celular 83- 991326445.

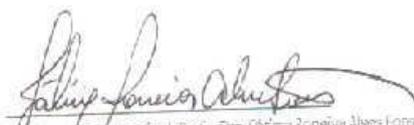
APÊNDICE C

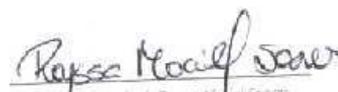
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referencia a pesquisa intitulada Diastema Interincisivo e Impactação de Incisivos laterais: relato de caso, eu Fátima Roneiva Alves Fonseca e minha equipe, composta por Rayssa Maciel Soares, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, após o término da pesquisa, de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Patos, Paraíba ,24 de Agosto de 2016


Assinada Responsável: Profa. Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca
Universidade Federal de Campina Grande / Curso de Bacharelado de Odontologia
Av. da Universidade, s/n, Patos, PB, Telefone (83) 3511-3000
Celular: (83) 339661841


Discente Responsável: Rayssa Maciel Soares
Rua Escriitor Rui Barbosa, 1º 425, Patos-PB
Telefone: (83) 3374-2002
Celular: (83) 99137-6443