

# Dificuldades no registo intermaxilar em pacientes com classe II, div. 1: Caso clínico



Batista, R<sup>1</sup>; Moreira, A<sup>2</sup>; Fernandes, P<sup>3</sup>; Almeida, P<sup>4</sup>; Rocha, JM<sup>5</sup>; Sampaio-Fernandes, JC<sup>6</sup>;

- 1- Estudante da Especialização em Reabilitação Oral, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), ricardomadureirabatista@gmail.com  
2- Estudante da Especialização em Reabilitação Oral, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), andre.luis.sa.moreira@gmail.com  
3- Assistente Convidado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), pfernandes@fmd.up.pt  
4- Professor Auxiliar Convidado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), palmeida@fmd.up.pt  
5- Professor Auxiliar de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), jrocha@fmd.up.pt  
6- Professor Catedrático, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), jfernandes@fmd.up.pt

## Introdução

A reabilitação oral protética em pacientes classe II divisão 1 de Angle pode ser complexa, principalmente em pacientes com trespasse vertical e horizontal excessivo. Estes pacientes caracterizam-se por apresentar arcos funcionais congruentes em pequenas secções, uma dupla posição de mordida, primeiro contacto numa posição retrusiva do primeiro pré-molar maxilar e problemas fonéticos.

## Descrição do caso

A paciente recorreu à clínica de Reabilitação Oral da FMDUP. Apresentava além das características referidas, perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) e plano oclusal alterado. Utilizava na arcada inferior uma prótese parcial removível desajustada e na arcada superior possuía uma reabilitação fixa implantossuportada em cantilever (implante 12 e 11 suspenso) com estética insatisfatória. Após anamnese, exame clínico e radiográfico, propôs-se uma reabilitação fixa dentossuportada ferulizada de 13 a 23 e uma prótese parcial removível esquelética inferior. Ao efetuarmos o estudo em articulador, deparamo-nos com a compensação articular da paciente (1,2) Quando aumentámos e reposicionámos a mandíbula numa posição mais retrusiva e próxima da posição de relação cêntrica verificamos a ausência de contactos anteriores. Decidimos fazer uma abordagem totalmente reversível para determinar uma posição de articulação estável bem como um aumento de dimensão vertical que fosse o mínimo e totalmente suportado pela paciente podendo ser testado clinicamente para certificação(3). Determinou-se a posição do bordo do incisivo superior, a oclusão posterior e restabeleceu-se a DVO. No local dos rolos de articulação da prótese esquelética, foram colocados blocos de acrílico liso que definiam a DVO e permitiam a desprogramação da mordida. Na face palatina dos dentes anteriores criaram-se contactos e guias anteriores. Após uma semana, a paciente referiu conforto e ausência de sintomas. Foi feito o registo intermaxilar com godiva de baixa fusão sobre os blocos de acrílico. Confirmada a oclusão na prova de dentes, terminou-se a prótese.



Figura 1 – Frontal intra-oral inicial.



Figura 2 - Inicial intra-oral em abertura.



Figura 3 – Inicial extra-oral.



Figura 4 - Extra-oral com prótese e blocos de acrílico.



Figura 5 – Modelos montados em articulador com registo inicial de articulação.



Figura 6 – Intra-oral com blocos de mordida colocados no esqueleto da PPR.



Figura 7 - Registo de mordida com godiva de baixa fusão e silicone.



Figura 8 - Final intra-oral com prótese inferior.

## Discussão e Conclusão

A dimensão vertical apresentava-se diminuída tendo em conta a altura dos terços da face, sendo esta passível de ser modificada segundo Orthlieb quando existe disfunções, ou seja, a alteração da DVO é proposta como etiologia das perturbações neuro-musculo-articulares. Disfunção estética, quando a relação das alturas dos terços da face não é proporcional e disfunção protética quando é necessária a compensação da perda de estrutura dentária e estabelecer altura coronária de oclusão. Decidimos abordar esta reabilitação de uma forma similar técnica 3 steps da Vailati (3) tendo inicialmente determinado a posição do bordo do incisivo superior para de seguida definir o plano oclusal adequado. Posteriormente, determinaram-se os contactos oclusivos posteriores.

A ausência de contactos posteriores promoveu uma posição protrusiva. Slavicek(1) descreveu que na maioria dos adultos existe uma diferença de milésimos de milímetros entre intercuspidação máxima e RC. Contudo, em relações distais das bases ósseas poderá existir compensação articular. Apenas 41% da população apresenta uma classe I esquelética, para os restantes pacientes a abordagem do tratamento protético poderá variar seja no registo intermaxilar, disposição oclusal, número e inclinação dos dentes de forma a conferir função e estética simultaneamente(4).

## Referências

- 1) The Masticatory Organ: Functions and Dysfunctions. Slavicek, M., Slavicek R. Firma Fonograficzna "Gamma". 2002. 544p.
- 2) Oclusão - Princípios Práticos. Brocard, D., Orthlieb, J.D., Schittly, J., Maniere-Ezvan, A. Artmed. 2002. 226p.
- 3) Vailati, F., Belser, U. Full-Mouth Adhesive Rehabilitation of a Severely Eroded Dentition: The Three-Step Technique. The European Journal of Esthetic Dentistry. 2008
- 4) Piancino, MG., Krykanides, S. Understanding masticatory function in unilateral crossbites. Wiley Blackwell. 2016. 227p