

INTERRELAÇÃO ENTRE A ORTODONTIA E A FONOAUDIOLOGIA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Gisela Mitri*

Irene Queiroz Marchesan**

Resumo

Neste artigo, tentamos mostrar como o trabalho e conhecimento conjunto das áreas, Ortodontia e Fonoaudiologia, podem ajudar os profissionais a levarem o indivíduo a estabelecer melhor a adequação de suas funções neuro-vegetativas, diminuindo as recidivas, obtendo-se assim melhores resultados, tanto a nível fonoaudiológico como ortodôntico.

A Ortodontia é a área da Odontologia responsável pela supervisão, orientação e correção das estruturas dento-faciais em crescimento ou adultas, incluindo condições que requerem: movimentos de dentes ou correção das relações e má-formações das estruturas aos dentes relacionadas.

Após finalizar um tratamento ortodôntico, observamos em alguns casos, recidivas. O mesmo ocorre em Fonoaudiologia, onde o indivíduo aprende novas funções, mas nem sempre as automatiza de fato.

Apesar de ser um tema discutido por ortodontistas e fonoaudiólogos, nem sempre as soluções apresentadas conseguiram resolver os problemas existentes.

Fonoaudiólogos corrigem pressões atípicas de língua, mas após algum tempo

observamos novamente a vestibularização dentária superior. Ortodontistas terminam casos idealmente intercuspidados e com o passar do tempo voltam a abrir diastemas, ou vestibularizar incisivos.

No primeiro caso, apesar da língua ter aprendido um novo lugar para estar posturada e uma nova forma para deglutir, parece que isto não foi automatizado.

No segundo caso, pode ser que o espaço intra-oral tenha sido diminuído em excesso, não sobrando lugar suficiente para a língua se acomodar.

Será isto verdade? Poderíamos dar uma outra explicação para ambos os casos.

No primeiro, falta espaço intra-oral e, por isso, temos novamente a vestibularização dentária, e, no segundo caso, existe

* Mestre em Ortodontia pelo IMES e Ortodontista Clínica

** Fonoaudióloga Clínica e Professora do CEFAC

"Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica"

uma hipotonia da língua levando aos diastemas.

Por qual explicação você optaria?

Até o momento, os trabalhos existentes entre essas áreas eram realizados em separado, cada qual em sua clínica ou sala sem que houvesse uma avaliação simultânea a cada passo do tratamento.

Cada profissional ainda realiza o tratamento em sua área sem conhecer muito bem a outra.

É necessário que o ortodontista tenha conhecimento de como identificar musculaturas alteradas pois o desenvolvimento ósseo se acha em estreita relação com o muscular. A ação modeladora dos músculos sobre as arcadas dentárias, quando bem equilibradas e harmoniosa propiciará uma boa oclusão.

Um bom diagnóstico das pressões atípicas da língua ou da ação inadequada de, por exemplo, buccionador ou masseter durante a mastigação, levará o orto a encaminhar este paciente para uma reabilitação mioteràpica tentando garantir um final de tratamento sem recidivas.

Sendo assim, vamos nos lembrar que o diagnóstico "Deglutição Atípica", que se caracteriza pela pressão constante de língua, mesmo que levemente contra os dentes, é muitas vezes precedida de uma mastigação atípica resultante de movimentos inadequados de mandíbula e dos músculos da mastigação (temporal, masseter, pterigoideu medial e lateral) encontrando-se às vezes com sua tonicidade alterada. Lembremos ainda que esta deglutição pode

ocorrer por uma anatomia inadequada (por ex: freio lingual curto), respiração bucal, falta de estímulos do meio ambiente, alimentação demasiado pastosa, vícios de sucção de dedo, chupeta ou mamadeira até em idade avançada, postura de cabeça alterada, etc.

Enfim, a atenção e o conhecimento do crescimento e funcionamento das estruturas moles da face são de fundamental importância para o ortodontista.

Quando se fala de oclusão ideal, tanto o fonoaudiólogo como o odontopediatra são também responsáveis, uma vez que esses profissionais, no geral, têm o primeiro contacto com a criança muito antes dos ortodontistas, podendo algumas vezes diagnosticar, prevenir ou interceptar uma má oclusão que começa a se instalar, instruindo, motivando e encaminhando o paciente ao tratamento ortodôntico.

Para tanto, alguns conhecimentos básicos se tornam necessários.

É muito importante que esses profissionais saibam reconhecer uma má oclusão.

A classificação mais conhecida em nosso meio é a de Angle que se baseia no 1º molar superior; esse dente deve ocluir a cúspide méso-vestibular no sulco méso-vestibular do primeiro molar inferior. Esta é a chamada chave de oclusão de Angle.

A partir daí dividiremos em oclusão normal, classe I, classe II divisão 1ª e 2ª com subdivisão e classe III.

Num exame visual podemos facilmente detectar esse tipo de má oclusão.

A classe I se encontra em chave de molar e canino porém com graves apinha-

mentos anteriores superiores e inferiores – um dos casos mais comuns da necessidade da extração de quatro primeiros pré-molares. Muitas vezes, com a intervenção precoce do ortodontista, diminuimos em 50% esses casos de extração.

Na classe II, o molar superior se encontra de topo com o molar inferior e muitas vezes uma cúspide à frente do molar inferior (o ideal é que esteja uma cúspide atrás). O canino superior também se encontra à frente do canino inferior (numa relação normal o canino deveria estar ocluindo entre o canino e primeiro pré-molar inferior). Enfim, toda a arcada superior está além da relação normal. Na divisão primeira além desses fatores citados encontramos os incisivos centrais inclinados para vestibular enquanto que na divisão segunda os incisivos centrais encontram-se lingualizados e os laterais vestibularizados. Chamamos de subdivisão quando a má oclusão se apresenta unilateral. Na classe III o molar inferior está muito mais à frente do molar superior do que o ideal. Deve-se intervir em qualquer idade pois poderá impedir todo o crescimento do osso maxilar levando muitas vezes, quando a intervenção é tardia, a casos cirúrgicos.

Também se torna necessário saber observar alguns problemas na dentição descídua (Lábios viciosos, retenção prolongada de dente, contactos prematuros, perdas precoces, mordidas cruzadas anteriores e posteriores, mordida abertas, classes III, etc.)

Para auxílio de diagnóstico, poderemos observar que uma seqüência favorável

(porém nem sempre habitual) é que a dentição descídua tenha o seu início mais ou menos aos 6 meses e se completa aos 2 anos e a dentição permanente inicia-se mais ou menos aos 6 anos, com o aparecimento do 1º molar inferior e se completa mais ou menos aos 12 anos com a erupção dos segundos molares. Mais tarde, aos dezesseite/dezoito anos tem-se o aparecimento dos terceiros molares.

Convém lembrar que fatores como, clima, alimentação, administração de flúor, fator hormonal, crescimento mais lento podem alterar esse equilíbrio, não necessitando ser exatamente uma anormalidade, salvo quando se tratar de uma retenção de dente; por prevenção, poderíamos pedir a avaliação do pediatra para ver se o crescimento ósseo está normal. A ausência de alguns dentes permanentes também pode provocar a retenção prolongada dos dentes descíduos. Isto ocorre mais comumente no caso dos dentes incisivos laterais, pré-molares.

É importante também ter conhecimento de alguns espaços fisiológicos compensatórios que o organismo tem e que às vezes promovem a correção natural de uma classe II em classe I.

Na dentição descídua, existe o espaço primata e o espaço livre de Nance. O espaço primata é o espaço existente entre laterais e caninos na arcada superior e entre caninos e 1º molar descíduo na arcada inferior e o espaço livre de Nance é o espaço que vai “sobrar” na arcada inferior, uma vez que as coroas clínicas nos dentes descíduos são mais largas do que as coroas clí-

nicas dos dentes permanentes.

Como os dentes permanentes são menores resta um espaço para o 1º molar permanente inferior migrar para frente corrigindo naturalmente a chave de Angle.

Portanto, ao se examinar uma arcada de dentição decidua esta deve se apresentar com espaçamento entre os dentes. Se estes estiverem justapostos isto pode significar que não haverá espaço suficiente na dentição permanente causando apinhamentos e levando a uma má oclusão. Também mordidas cruzadas anteriores e posteriores levarão a uma falta de crescimento ósseo promovendo assimetrias faciais.

Outro fator importante é a observação de perdas dentárias precoces pois, se não mantivermos esses espaços, a dentição permanente não poderá erupcionar livremente, uma vez que é mais fácil o movimento mesial dos dentes posteriores somados aos mecanismos fisiológicos compensatórios, espaço primata e espaço de Nance.

Para conhecer uma deglutição, mastigação ou respiração atípica e as más oclusões, é necessário primeiramente que se conheça a morfofisiologia do indivíduo considerado normal e isto é válido para ortodontistas e fonoaudiólogos. O não conhecimento, por exemplo, do desenvolvimento da fisiologia muscular pelo ortodontista leva ambos a cometerem deslizes no seu trabalho.

O fonoaudiólogo trabalha meses tentando ocluir lábios em indivíduos Classe II, não percebendo que a distância entre as bases ósseas dificulta ou mesmo impede essa oclusão.

Por outro lado, o ortodontista coloca em contato dentes anteriormente abertos não notando que a causa pode ser uma sucção de dedo e apenas retirado esse hábito poderia conseguir a normalização da oclusão.

Em mordidas posteriores na primeira infância, o fonoaudiólogo trabalha exaustivamente com a mastigação do lado oposto esquecendo da dimensão vertical diminuída do lado cruzado. O orto, por sua vez, descruza e esquece da mastigação unilateral que este indivíduo apresenta. Este é um trabalho onde conjuntamente os resultados são mais rápidos e com menores chances de recidivas.

Pelo exposto acima, estamos hoje, realizando como rotina, ambas as avaliações (fonoaudiológica e ortodôntica) mesmo que uma ou outra não tenham sido solicitadas.

Desta maneira, iniciamos o trabalho pelo que julgamos necessário, naquele momento, àquele indivíduo. Sendo assim, um indivíduo encaminhado para fono não obrigatoriamente deve ser trabalhado nesta área.

Um exemplo típico é a criança que tem interposição de língua lateral causando um ceceo lateral. Muitas vezes, quando reestabelecida a oclusão normal, este ceceo desaparece espontaneamente.

Por outro lado, temos visto alguns casos de mordida aberta anterior onde a intervenção única do fonoaudiólogo foi suficiente para a resolução dessa má oclusão.

Concluindo, o sucesso de um tratamento não necessariamente dependerá do

trabalho em conjunto, mas sim do conhecimento e senso crítico de cada profissional em saber quando e como necessitaria da in-

tervenção de áreas correlatas para melhores resultados finais.

Summary

This study tries to show how an integrate Knowledge and intervention in Orthodontics and Speech-Language Pathology can help both areas on their needs to establish better neural vegetative functions, therefore decreasing the relapse, and obtaining trustable results either for the Speech-Language Pathology as if for the Orthodontic treatment.

Bibliografia

- BRADLEY, R.M. *Fisiologia Oral Básica*. Ed. Panamericana, 1981.
INTERLANDI, S. *Ortodontia – Bases para Iniciação*. Ed. Artes Médicas, 1977.
LACÔTE, M., CHEVALIER, A.M., MIRANDA, A., BLETON, J.P. e STEVENIN, P. *Avaliação Clínica da Função Muscular*. Ed. Manole, 1987.
MOYERS, R. *Ortodontia*. Ed. Guanabara Koogan, 1979.
POSSELT, U. *Fisiologia de la Oclusion y Rehabilitación*. Ed. Jims, 1973.
SANTOS, J. JR. *Oclusão Seus Fundamentos e Conceitos*, Ed. Guanabara Koogan, 1982.
SICHER, H., TANDLER, J. *Anatomia para Dentistas*. Ed. Atheneu, 1981.
VIGORITO, J.W. *Ortodontia Clínica Preventiva*. Ed. Panamed, 1984.