

Uma entrevista com

Leopoldino Capellozza Filho

- Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - FOB-USP (1972).
- Mestre em Ortodontia pela FOB-USP (1976).
- Doutor em Reabilitação Oral, área Periodontia, pela FOB-USP (1979).
- Iniciou carreira profissional como fundador e responsável pelo setor de Ortodontia do Centrinho (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, HRAC-USP).
- Participa como docente na pós-graduação dessa mesma instituição.
- No início da década de 80, acrescentou às suas atividades a prática da Ortodontia em clínica particular, desenvolvendo extensa experiência em tratamentos ortodônticos de crianças e adultos, com deformidades dentárias e/ou esqueléticas, e em Odontologia de acompanhamento.
- É professor-assistente doutor aposentado da Universidade de São Paulo, professor do Curso de Pós-Graduação (mestrado) em Fissuras Orofaciais do HRAC-USP, professor visitante da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, ortodontista do HRAC-USP, assessor da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Com inúmeras publicações em revistas nacionais e internacionais, e expressiva participação em congressos da especialidade, atualmente mantém a coordenação do Curso de Especialização em Ortodontia da Profis e dos Cursos de Especialização e Mestrado em Ortodontia da Universidade do Sagrado Coração (USC), e colabora com vários cursos de pós-graduação em Ortodontia.



Numa especial circunstância, fui convidado a apresentar a entrevista do Prof. Leopoldino Capellozza Filho, diante do fato de que um dos meus maiores amigos e parceiros científicos, o Prof. Omar Gabriel da Silva Filho, estava por fazê-lo, mas infelizmente, logo após o envio de suas perguntas, um problema de saúde não lhe permitiu continuar mais esse trabalho. Mas, com a graça de Deus, em breve ele poderá voltar ao trabalho e curtir esta histórica participação.

Sobre a apresentação do ilustre entrevistado desta edição, tenho a certeza de que, se fossem fazê-la, muitos dos seus amigos (e são muitos) sentiriam o mesmo peso da responsabilidade em apresentar o “Dr. Dino”, como carinhosamente seria citado. E também todos se perguntariam: precisa de apresentação?

Estima-se que mais de 3000 exemplares de seu livro já foram vendidos, tornando-o um *best-seller* da editora Dental Press. E esse incansável mestre está por lançar um novo livro com mais inovações, focando uma Ortodontia individualizada, realista e minimalista (onde, parafraseando-o, o mínimo pode ser o máximo).

Tive o privilégio de, no início de minha formação, ter o Prof. Capellozza como um dos principais mentores de Ortodontia e, por essa razão, posso testemunhar o seu caráter, honestidade pessoal e científica, e o bom senso desse incomparável mestre. Tive condições de aprender e despertar para uma Ortodontia de olhos mais abertos, diante de sua vasta experiência e critério científico. Conteúdo esse que justifica, há muito, sua diretriz morfológica de diagnosticar e tratar.

Durante os anos de residência odontológica no Setor de Ortodontia do Centrinho (HRAC-USP, Bauru), pude também acompanhar a influência de sua lucidez na luta diária em prol dos melhores resultados para os pacientes fissurados, juntamente com toda a equipe do Centrinho.

Muitas linhas seriam necessárias para relacionar o impacto de suas atitudes sobre as condutas atuais dos ortodontistas brasileiros, construídas em mais de 30 anos de Ortodontia. Desde os seus ex-alunos, como eu, que hoje passaram para o “lado de cá” e continuam a transmitir seus conceitos na formação de novos profissionais, até os novos ortodontistas, que podem ter a feliz oportunidade de iniciar a carreira a um passo adiante.

Aos que o conhecem bem, sabem que poderíamos dizer muito mais desse genial amigo.

Nesta entrevista, pode-se subtrair um pouco do raciocínio claro do Prof. Leopoldino Capellozza Filho, que “passeia” sobre o tratamento em fissurados e pacientes da clínica ortodôntica, pontuando sua visão nos tratamentos compensatórios nos três planos (vertical, anteroposterior e transversal). Contamos com a participação, como entrevistadores, dos ilustres colegas Prof. Omar Gabriel da Silva Filho e Profa. Terumi Okada, do Prof. Laurindo Furquim, Profa. Susana Rizzato e Profa. Dione do Vale.

Como era de se esperar, o leitor vai se entregar sem pausas a este rico e imperdível bate-papo, tendo a sensação de que estava conversando pessoalmente com este ícone ímpar da Ortodontia.

Boa leitura.

Adilson Luiz Ramos

Ao se graduar na FOB-USP (Faculdade de Odontologia de Bauru), você foi convidado a trabalhar no Centrinho (Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, HRAC-USP), em Bauru/SP. Como primeiro ortodontista integrando a equipe multidisciplinar, você assumiu a difícil tarefa de devolver “sorriso e vida” aos complexos casos que ali chegavam. Quais foram os principais desafios enfrentados na implantação da filosofia de tratamento, quais as experiências adquiridas e o que valeu a pena? Terumi Okada

Na vida, um bom começo pode fazer a diferença. Ainda estudante, fui convidado, nos corredores da Faculdade de Odontologia de Bauru, a integrar o corpo de profissionais do então Centrinho. O convite foi feito pelo professor José Alberto de Souza Freitas (Dr. Gastão), que passaria, a partir daí, a ser o meu mentor na vida acadêmica e um exemplo na vida particular. Esse convite informal determinaria de maneira predominante o profissional que eu viria a ser. Primeiro, me acostumei com o trabalho duro, mas adocicado pelos olhares de gratidão dos pacientes, pais e mães. Com as responsabilidades antecipadas, grandes demais para o jovem que eu era, mas impossíveis de serem recusadas, frente à expectativa, confiança e o apoio do Dr. Gastão. Comecei a trabalhar no Centrinho no início de 1973 fazendo clínica geral e, em agosto desse mesmo ano, comecei a me preparar para ser o seu primeiro ortodontista. Iniciei o curso de pós-graduação em Ortodontia, primeira turma da FOB, sob coordenação do Prof. Décio Rodrigues Martins, outra pessoa de suma importância na minha vida ortodôntica, que mostrou-me o caminho, a importância dos conhecimentos básicos, da leitura e compreensão dos artigos científicos e da prática profissional documentada; e despertou em nós (Jurandir Barbosa, Luis Garcia e Wanderlei Amorin), alunos da primeira turma, uma imensa afeição pela especialidade.

Enquanto ia vivenciando bandas, braquetes e fios no *typodont* e planejando com diagnóstico cefalomé-

trico os primeiros casos do curso de pós-graduação, as dificuldades no Centrinho começavam. Os pacientes que necessitavam de tratamento ortodôntico estavam se acumulando, e eram casos complexos. A presença de fissuras de vários tipos criava doenças diferentes, com envolvimento esquelético. Eles tinham idades muito variadas, desde muito jovens até adultos maduros. A Ortodontia que eu estava aprendendo, reflexo da época, era limitada a tratamentos corretivos em pacientes jovens. A literatura, que era escassa de modo geral e de acesso difícil e demorado, não trazia nada consistente sobre o tratamento de pacientes com fissura. Placas móveis, resultados pobres... desanimador! Como eu não sabia o que fazer, a primeira ideia foi deixar o tempo passar... Mas quem controlava a ânsia do Dr. Gastão?

Mãos à obra. Quando as coisas estão difíceis, não adianta ficar remoendo as dificuldades, é preciso buscar soluções. Na literatura, Dr. Pruzansky²⁶ pelo menos dizia o que não devia ser feito: usar placas ortopédicas pré e pós-cirúrgicas, que ele condenava na época com base principalmente no bom senso, e o tempo e a investigação científica confirmaram ser de pouca valia. Além dos artigos do Dr. Haas “ensinando” a fazer expansão rápida da maxila. No departamento de Ortodontia da FOB, aprendi a fazer bandas bem feitas, e a promover o movimento dos dentes com as alças de nivelamento. Juntando tudo, ainda era pouco, porque os conceitos de normalidade, definidos e avaliados pela cefalometria e pela chave molar de Angle, não se aplicavam e não permitiam definir metas terapêuticas para os pacientes do Centrinho.

Então, a coragem. Seria essa a palavra certa? Não sei. O que sei é que comecei a agendar os pacientes, que, naquela época, ficavam internados no Hospital enquanto o aparelho era montado. Estávamos na década de 70, época das bandas, dos fios de aço com alças de nivelamento e alinhamento, quando muito tempo era gasto nos procedimentos. Comecei a fazer neles algo similar àquilo que fazia nos pacientes sem fissura: montar o aparelho. Esse contato, agora não mais com modelos e radiografias, mas com

pacientes e pais, fez a diferença. A confiança com que eles, geralmente humildes, se entregavam à instituição que se propunha a tratá-los, a esperança de ter de volta o “sorriso e a vida”, me marcaram para sempre. Emoção e disposição. Movido pela necessidade, a coragem de fazer coisas pela primeira vez, algumas já descritas, outras não. O diagnóstico absolutamente individualizado, vendo as necessidades de cada paciente e definindo o que era preciso fazer para solucioná-las, quebrasse isso ou não as regras da Ortodontia. Baseado em morfologia,

principalmente da oclusão, já que as limitações para a face eram enormes. Começava a ser desenvolvido o conceito que adoto para diagnóstico⁴.

Começávamos a terminar os tratamentos com resultados satisfatórios, que causavam surpresa nas pessoas que trabalhavam no meio (Fig. 1). Mas isso só foi o começo, e estava longe de terminar. A correção era eficiente para a oclusão, mas a face, em muitos pacientes, continuava cheia de limitações. Reconhecíamos, então, nossa eficiente ação, mas confinada aos limites dentoalveolares.



FIGURA 1A - Paciente jovem, 17 anos e 3 meses de idade, com fissura de lábio e palato unilateral, operada quando criança, com cicatrizes marcando o lábio e deformidade nasal, mas com face padrão I. Relação molar de Classe II lado direito e Classe I lado esquerdo, com mordida cruzada posterior direita, dentes anteriores retruídos. Oclusão complicada pela perda de dentes, péssima higiene e condições ruins dos dentes remanescentes. Esse quadro representava bem as condições usuais que esses pacientes apresentavam na época (1978).

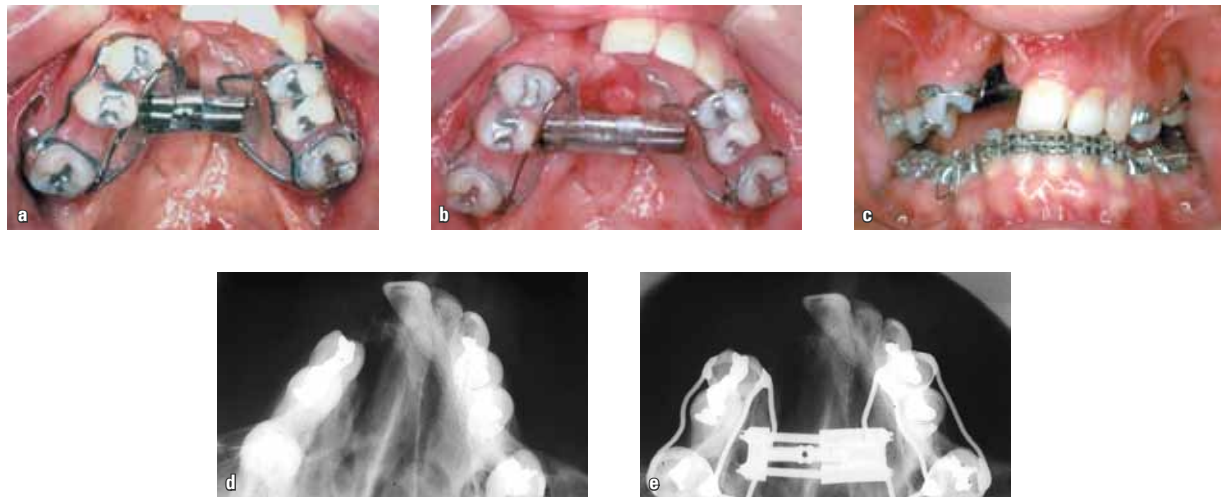


FIGURA 1B - Arcada superior com o aparelho expansor colocado, antes da ativação (a), depois da ativação (b), oclusão de frente (c), radiografia oclusal da maxila antes (d) e depois da expansão (e).

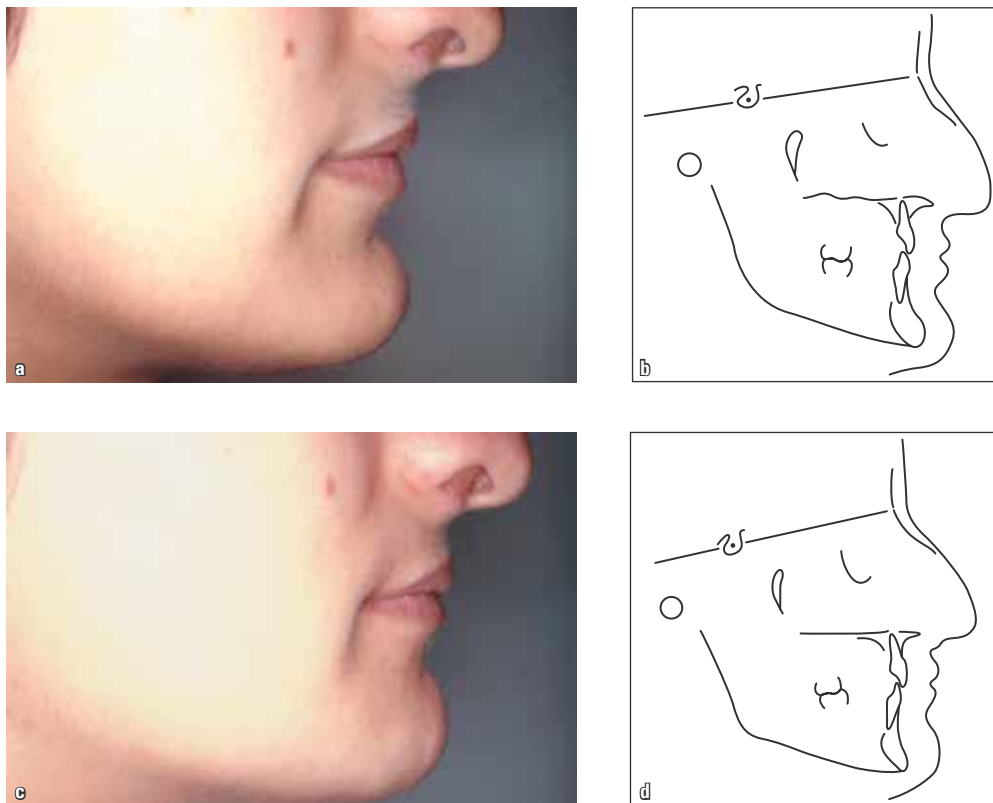


FIGURA 1C - Closes do perfil e traçados cefalométricos antes (a, b) e após (c, d) a realização de cirurgia de redução do mento, executada pelo Dr. Reinaldo Mazzottini (Centrinho), com impacto muito positivo no perfil facial.



FIGURA 1D - Arcada dentária superior antes (a), imediatamente depois da colocação de enxerto ósseo tardio (b), e área alveolar reparada (sem fissura) após a cicatrização (c). A correção oclusal foi plena e os dentes ausentes foram repostos por uma prótese. Ao fazer a análise crítica desses resultados, considere que eles foram obtidos há 30 anos.



FIGURA 1E - Cirurgias estéticas foram feitas, pelo Dr. Diógenes Laércio Rocha (Centrinho), para melhorar o contorno do lábio superior e a forma do nariz.



FIGURA 1F - A comparação entre as imagens iniciais e finais (frontal e de perfil) atesta uma recuperação estética muito significativa, considerando a fissura completa de lábio e palato. Esses resultados foram influenciados pelo bom padrão de crescimento facial apresentado pela paciente. A reabilitação da fala complementava a reabilitação e atestava os esforços pioneiros do "Centrinho" no tratamento dos pacientes portadores de fissura.

Os pacientes com deformidades e faces desagradáveis precisavam ser corrigidos. Começava a saga em busca de recursos cirúrgicos para esses pacientes, e ao mesmo tempo a história da cirurgia ortognática contemporânea no Brasil. Contamos essa história na introdução da entrevista com o Dr. Reinaldo Mazzottini, no aniversário de 30 anos desse acontecimento⁶. Aprendemos muito com essa experiência, a começar pela análise facial, base para o diagnóstico em Ortodontia contemporânea, introduzida na minha vida pelo Dr. Larry Wolford. Era 1978 e os primeiros pacientes foram operados, em uma semana inesquecível para todos aqueles que tiveram a graça de vivenciar mais esse passo do Centrinho em direção à sua meta. O “sorriso e a vida” eram devolvidos àqueles que estavam mais distantes deles.

Esses primeiros tempos foram os mais felizes. Talvez porque fôssemos jovens, porque tudo estava por se fazer e, com certeza, porque éramos mais ingênuos. Já formávamos uma equipe, mas pequena, comungando ideais e irmanados feito uma família. A residência em Ortodontia começava e o ensino e a pesquisa cresciam. Investigamos a influência dos procedimentos cirúrgicos para corrigir a fissura do lábio e do palato como agente etiológico primário nas sequelas da face. Era preciso operar bem, pouco e em época adequada. Começamos a ver recidiva e instabilidade nos pacientes que havíamos tratado. Todos esses aspectos foram investigados e geraram publicações. Deram base para novas ações. Assumi a coordenação de condutas terapêuticas do Hospital, que estabelecia o protocolo de condutas no processo de reabilitação, porque essa é função a ser exercida por um ortodontista.

O setor de Ortodontia recebia mais profissionais. Mais que isso, pessoas especiais, Dr. Reinaldo Mazzottini, Dra. Arlete Cavassan, Dra. Silvia Graziadei, Dr. Omar Gabriel da Silva Filho e Dra. Terumi Okada Ozawa. Esse foi o núcleo com o qual convivi na época de prática clínica intensa. Aprendi a respeitar diferenças, a admirar a competência, a fazer parte de uma equipe, a reconhecer o paciente sempre como o objetivo principal.

Acho que isso responde a sua pergunta. Nós, os humanos, somos resultado da genética que recebemos e das experiências que a vida nos permite. O Centrinho representou uma oportunidade de, em equipe, tratar pacientes complexos, buscar desafios e condições para enfrentá-los, reconhecer precocemente as limitações da Ortodontia, e dedicar-se à prática clínica e ao estudo, condições inexoráveis para ter espírito crítico e confiança para ignorar dogmas e quebrar conceitos. Valeu a pena? Cada dia! Principalmente por tudo isso ter sido vivido em um ambiente de respeito ao ser humano, criado por todos do Centrinho e inspirado pelo Dr. Gastão.

A sua Ortodontia, às vezes ousada e desafiadora, mas embasada em conceitos morfológicos, clínicos e científicos, se deve em parte à sua experiência com a Ortodontia complexa e limítrofe dos pacientes com fissuras labiopalatinas? Terumi Okada

Poderia dizer que sim, foi a principal influência. Começando pelo diagnóstico, falho quando feito pela cefalometria em pacientes com deformidades esqueléticas e, portanto, não aplicável à maior parte dos portadores de fissuras completas. Pelo prognóstico difícil de ser feito com base convencional, por ser determinado, além de pelos fatores da herança genética, pela fissura e pelos tratamentos que ela exige e, ainda, pelos transtornos funcionais que acarreta. Complexidade, como você diz, que limitava metas terapêuticas e exigia compreensão dessas limitações para não transgredir e ter instabilidade como resposta. Individualizar e compensar foram as palavras-chave na época. Eram tempos de dogmas, de metas rígidas, com base numérica, que, quero acreditar, hoje só a Ortodontia ortodoxa finge ainda acatar. Difícil quebrar esses paradigmas, principalmente para o jovem que eu era então. Mas o compromisso com os pacientes que precisavam do tratamento ortodôntico, como parte de um atendimento interdisciplinar, começou a ditar os procedimentos que começaria a usar e, progressivamente, a organizar e protocolar⁴.

Contar como foi a minha primeira expansão

rápida da maxila pode ser um bom exemplo. O recurso que eu aprendi para fazer expansão foi o arco em W. Ele era limitado quando a intenção era uma expansão de base óssea. Expansão rápida da maxila não era rotina, eu não tinha aprendido a fazer, mas os resultados que podiam ser conseguidos eram estimulantes. Os artigos do Haas eram claros e, tomando coragem, decidi fazer a primeira expansão, seguindo sua receita. Disse para ele, quando o trouxemos para Bauru em 2001 — para ministrar um curso e receber nossas homenagens —, que todos aqui tínhamos sido alunos dele e, eu, o primeiro e o mais agradecido. Separar, bandar, moldar, obter o modelo com as bandas, ir ao laboratório onde um técnico, também pela primeira vez, ia fazer um expansor. Fazer, cimentar e ativar. A emoção de ver os segmentos fissurados se afastando, a mordida se descruzando. Emoção e satisfação. Passamos a fazer muitas expansões. Contrariando o conceito da época, expandindo a maxila de crianças na dentadura mista precoce, jovens e adultos. Essa experiência multiplicada pelos nossos

profissionais deu base para mudar o desenho do aparelho expensor, usando fios retangulares ao invés da barra vestibular¹⁰, variar os dentes de ancoragem conforme a idade⁹, permitir a expansão continuada com a troca do parafuso^{7,8} (Fig. 2C), criar protocolos específicos para expansão em diferentes idades^{5,7,8,13}.

Assim era naqueles tempos mágicos de descoberta. Necessidades diferentes justificando métodos diferentes. Usar braquetes com angulação invertida para incisivos centrais e superangulação para caninos vizinhos à fissura, respeitando limites ósseos por ela impostos. Nivelar as arcadas dentárias em segmentos e, então, expandir e fazer o nivelamento total⁸ (Fig. 2B). Finalizar com relações de classe II para caninos e/ou molares, de modo simétrico ou não. Extrair incisivo inferior em pacientes com fissura de lábio e palato bilateral, para compensar o menor tamanho dos incisivos centrais superiores (Fig. 2A). Compensar inclinando incisivos em direção contrária à discrepância esquelética, geralmente do padrão III, mas concentrando a compensação na arcada inferior.



FIGURA 2A - Como os incisivos apresentam redução nas suas dimensões, como rotina na fissura bilateral completa de lábio e palato, uma opção para ajustar os perímetros da região anterior superior e inferior das arcadas dentárias era extrair um dos incisivos centrais inferiores.

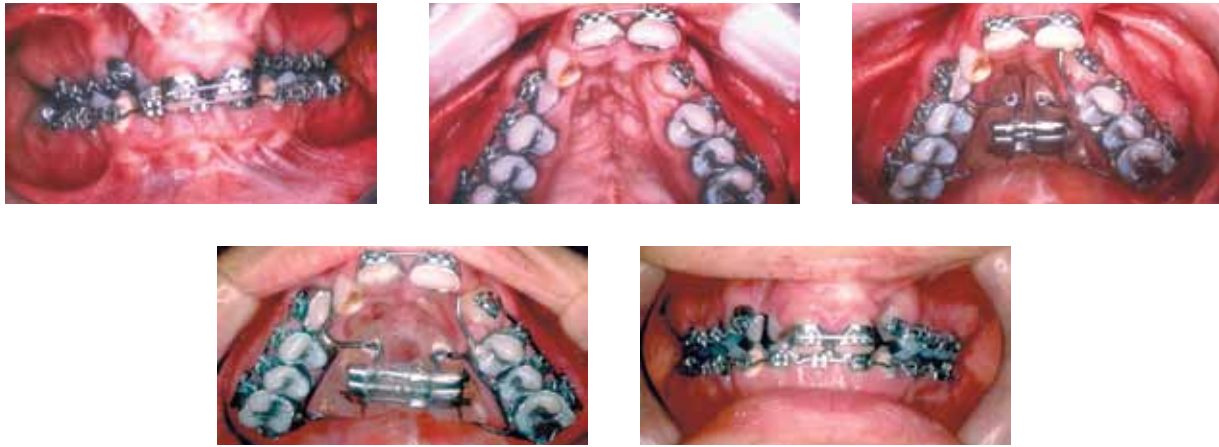


FIGURA 2B - Arcadas dentárias niveladas e alinhadas, a superior em segmentos, o que era rotina pré-expansão. A expansão executada não foi suficiente para corrigir a mordida cruzada, o que exigiria um novo agendamento do paciente para uma expansão adicional. Isso era um problema, com tempos operacionais e custos adicionais.



FIGURA 2C - Quando o expansor era esgotado e a oclusão não corrigida, aos invés de fazer novo aparelho, por ideia do Prof. Dr. Reinaldo Mazzottini, passamos a travar a base em acrílico do expansor, fazer a remoção do parafuso, que era fechado e novamente fixado na base. As travas eram removidas e a expansão continuada. Após isso, finalmente a mordida era descruzada.

Claro que isso extrapolou o atendimento aos pacientes com fissura, e contaminou todo o meu universo ortodôntico de prática clínica e ensino. Pessoas competentes e especiais, que acreditaram em mim — como o Dr. João Cardoso Neto, parceiro de clínica particular há 31 anos —, permitiram a aplicação desses conceitos de uma maneira intensa. Acho que, nesse ponto, é possível entender onde está a raiz dos conceitos que me permitiram desenvolver: o diagnóstico baseado no padrão

de crescimento facial⁴; a necessidade de aceitar as limitações das ações ortodônticas, como regra cerceadas pelos limites dentoalveolares; os meus braquetes individualizados¹²; a mecânica segmentar com arcos contínuos, onde segmentado é o aparelho, e não o fio. Nada é por acaso. Individualização e compensação ainda são palavras-chave no meu pensamento ortodôntico e refletem a influência da experiência com a Ortodontia complexa e limítrofe dos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas.

O atendimento aos pacientes com fissuras labiopalatinas atualmente ocorre quase 100% no SUS, e o panorama inicial era de centralizá-lo no Centrinho de Bauru. No entanto, a tendência atual é a criação de vários minicentros espalhados em diversas regiões brasileiras, coordenados por diferentes profissionais com protocolos variados. Como você vê esse panorama de descentralização? Terumi Okada

Não sei se a centralização que ocorreu nos primeiros tempos foi um fato planejado. Prefiro pensar que ela foi consequência da qualidade do tratamento que o Centrinho oferecia: interdisciplinar e com possibilidades e facilidades que os pacientes e seus responsáveis não encontravam em outro lugar. Como resultado, muitos centros formadores na área médica, e alguns em outras áreas, passaram a ter uma ação muito secundária em termos de quantidade de pacientes ou, então, pararam de atender. Nesse ponto, a concentração no Centrinho de Bauru passou a ser quase a única opção. Embora essa centralização possa ser vista com bons olhos na perspectiva de formação de pessoal — que é necessária e que vem sendo cumprida pelo HRAC —, ela não era ideal para a prestação de serviços. Acho que a descentralização é o melhor sistema, e isso parece absolutamente viável com o atendimento praticamente sustentado pelo SUS. Centros espalhados em áreas estratégicas, dentro desse nosso país continental, oferecem vantagens, mas desde que seja respeitado um protocolo consistente²⁹. Esse protocolo — que tende, em linhas gerais, a ser mundial — deve privilegiar a relação custo-benefício, com resultados proporcionais aos investimentos de toda ordem feitos pelos envolvidos no processo (profissionais, pacientes e entidade mantenedora). O que não é razoável admitir é que, após toda a experiência vivida, documentada e disponível em pleno século XXI, o protocolo — que, se não determina resultados fantásticos, poupa o paciente de longos tratamentos — seja preterido por preferências ou técnicas antigas e obsoletas, revestidas e com novo nome. Esse é um risco que tem que ser admitido e exige vigilância para ser evitado.

Baseado em sua experiência, como vislumbra a reabilitação de excelência dos pacientes com fissuras labiopalatinas? Terumi Okada

A excelência na reabilitação dos pacientes portadores de fissuras labiopalatinas exige muitos componentes. Começa por uma equipe interdisciplinar, com profissionais que tenham conhecimento apurado dos recursos disponíveis na sua área para diagnóstico, prognóstico e tratamento desses pacientes. Ainda, é importante que cada um reconheça exatamente o grau de importância de sua participação no processo, e respeite a hierarquia dos procedimentos estabelecidos. Isso deve ser determinado em um protocolo que defina as condutas, as épocas em que serão adotadas e as estratégias de tratamento. A colaboração do paciente e dos responsáveis parece ser fundamental e, aparentemente, dependente do nível socioeconômico e cultural desses. É claro que condições financeiras são necessárias para que tudo isso possa funcionar a contento, o que pode ser um problema para um sistema totalmente dependente do Estado.

Do ponto de vista técnico, acho que temos condições de formação profissional e o protocolo²⁹ que o HRAC adota é bom. Do ponto de vista da aplicação do tratamento, respeitar as estratégias, principalmente a idade para adoção dos procedimentos, é muito importante. O comportamento do paciente — desde atitudes simples, como métodos preventivos para cárie dentária, até a dedicação aos procedimentos recomendados pelos terapeutas — também contribui para a qualidade do processo reabilitador.

No consultório particular, onde as limitações que afetam esse contexto para excelência são mais facilmente controladas, resultados muito interessantes podem ser obtidos para crescimento facial, desenvolvimento das arcadas dentárias e da oclusão e fala. As condições para estética facial dependem do tipo de fissura, do padrão facial do paciente e do investimento que o paciente e seus responsáveis estão dispostos a fazer. Como rotina, os resultados são bons, embora permaneçam sinais mais ou menos sutis da lesão.

A evolução do tratamento da paciente da Figura 3 representa bem, no meu entender, a excelência



FIGURA 3A - Paciente com 10 anos, portadora de fissura completa de lábio e palato unilateral direita, operada de lábio e palato mole (3 meses de idade), palato duro, septo nasal e rebordo alveolar (5 anos e 10 meses), e enxerto ósseo alveolar há 6 meses (9 anos e 6 meses). A face é padrão III, moderada retrusão maxilar, provavelmente com etiologia determinada pela fissura. As relações oclusais são típicas, com caninos e dentes anteriores em relação de classe III, mordida cruzada posterior bilateral e anterior de topo.

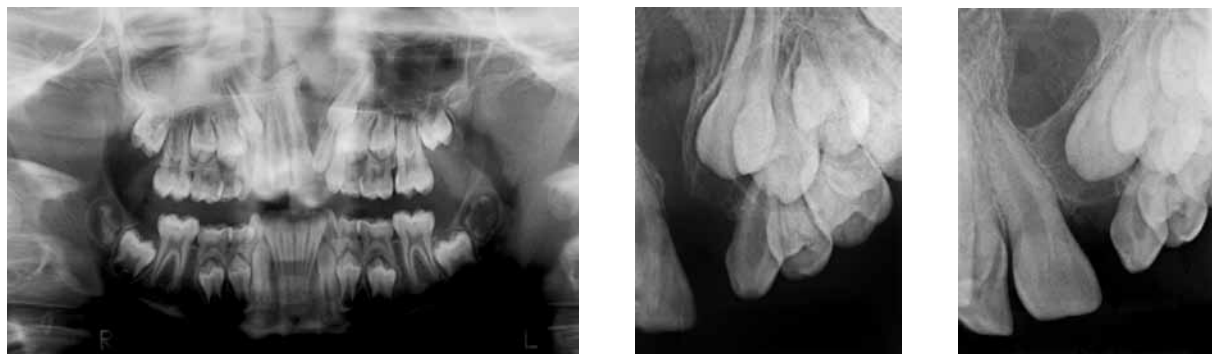


FIGURA 3B - A radiografia panorâmica feita antes da cirurgia do enxerto ósseo alveolar mostra a presença de um pré-canino na área da fissura, que foi removido antes da cirurgia de enxerto. As radiografias periapicais permitem avaliar o resultado do enxerto 3 meses após sua realização. Uma ponte de tecido ósseo foi formada, e a fissura não existe mais.



FIGURA 3C - O tratamento com expansão rápida da maxila e tração maxilar, realizado 6 meses após o enxerto ósseo, descurvou a mordida, mas não provocou o rompimento da sutura mediana da maxila.



FIGURA 3D - O impacto da expansão rápida da maxila e da tração maxilar sobre a face foi relativo, mas capaz de melhorar a discrepância sagital.



FIGURA 3E - Paciente aos 13 anos e 9 meses de idade, ao final do surto de crescimento, com o padrão III mantido e face aceitável.

na reabilitação da fissura labiopalatina. De modo resumido, o protocolo prevê: cirurgias primárias conservadoras, feitas com qualidade, no primeiro ano de vida, por um cirurgião experiente; revisões para estética do lábio e nariz, feitas cada vez

mais cedo (o que não é necessariamente bom); acompanhamento com especificidade para terapia com fonoaudióloga e um programa preventivo para cárie dentária e monitoramento de erupção (atenção com disgenesias) e crescimento até a fase



FIGURA 3F - A evolução da oclusão mostra a influência do fator etiológico fissura, restringindo o crescimento maxilar e determinando uma relação transversal pobre. A radiografia periapical revela que não há mais fissura alveolar, com o canino fazendo erupção mesial e ocupando a área de enxerto. A preservação do canino decíduo ajudou esse vetor mesial de erupção do canino permanente, favorável à área enxertada.



FIGURA 3G - Tratamento ortodôntico compensatório foi executado de acordo com o protocolo para más oclusões do padrão III. A expansão rápida da maxila, executada de modo convencional, dessa vez foi capaz de romper, embora parcialmente, a sutura mediana da maxila. Esse resultado não é frequente, mas, quando ocorre, favorece o resultado final do tratamento.



FIGURA 3H - O tratamento teve sequência de acordo com o protocolo, com início pela arcada superior, usando braquetes da prescrição III, desgaste na mesial dos primeiros pré-molares e distal dos caninos inferiores, e o uso de elásticos com direção de classe III, apoiados nos caninos, desde o início do nivelamento da arcada inferior.

pré-enxerto (9-11 anos). Nesse ponto, faz-se o preparo da maxila, geralmente com expansão, contenção da forma obtida e enxerto ósseo conforme o protocolo²⁹. Depois, na dentadura permanente, avaliação ortodôntica e planejamento — geralmente

muito parecido, nos casos que evoluem bem, com os tratamentos ortodônticos para pacientes sem fissura. Nessa paciente, a expansão rápida da maxila foi executada após o enxerto ósseo, e a sutura mediana foi rompida (Fig. 3G).

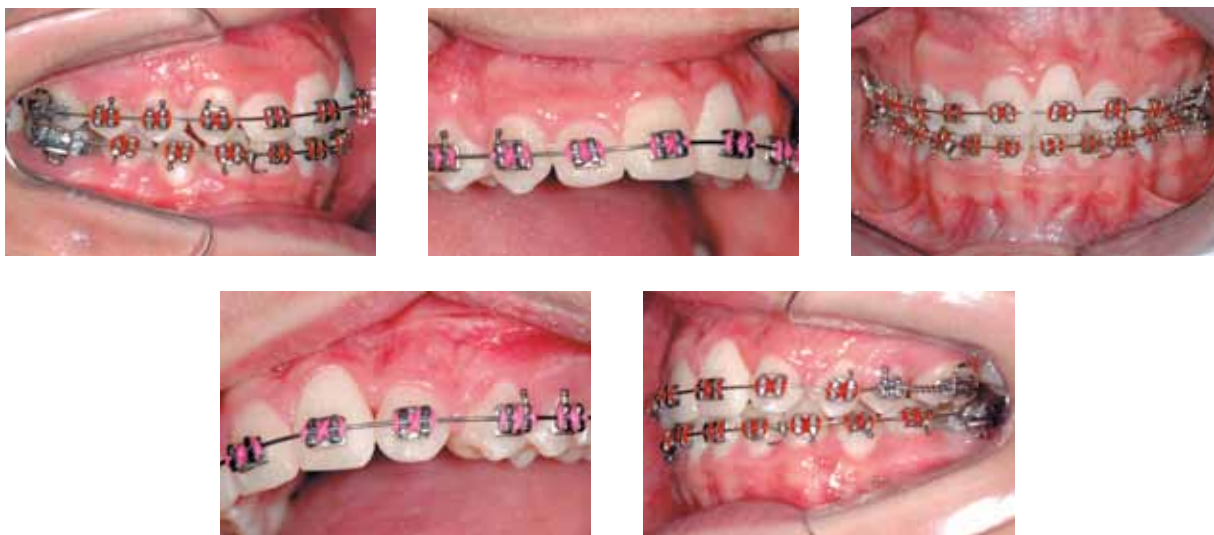


FIGURA 3I - Na fase final de nivelamento, a oclusão foi corrigida, com relação molar e canino de classe I do lado direito, e com o dente 23 na posição do incisivo lateral (braquete de canino colocado invertido), dente 24 na posição de canino (com braquete de canino). Os braquetes da arcada superior são da prescrição I, para evitar fechamento do ângulo nasolabial. O protocolo de tratamento é compensatório para más oclusões do padrão III em indivíduos brancos. Veja como o reparo da fissura no alvéolo é clinicamente ótimo.

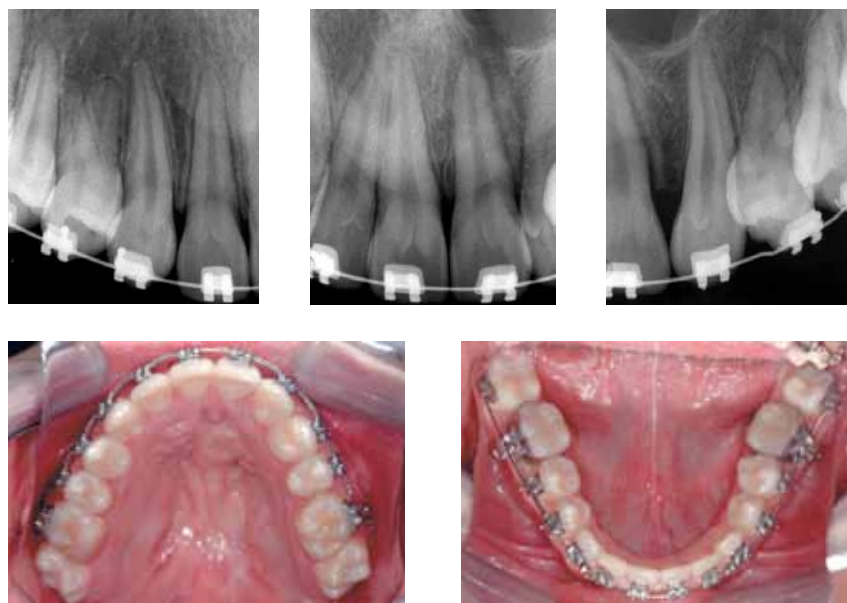


FIGURA 3J - Pode-se observar que a forma da arcada superior é similar à que pode ser obtida em uma maxila não fissurada, e a posição dos dentes da região anterior da maxila é simétrica.

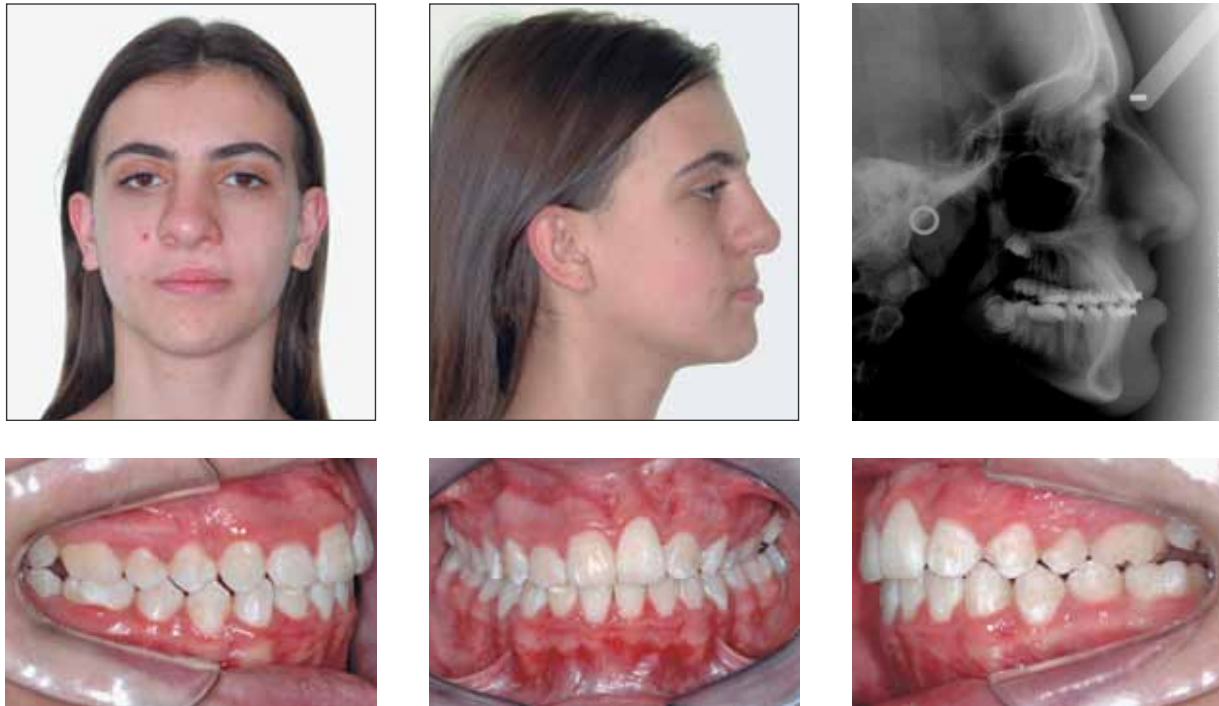


FIGURA 3K - Ao final do tratamento, os resultados são bons para a oclusão. A face mantém características de um padrão III, por deficiência maxilar, com envolvimento maior do tecido mole, com relações esqueléticas e dentárias aceitáveis (veja radiografia lateral da face). O déficit estético relacionado ao tecido mole pode ser muito aliviado por cirurgias de retoque no lábio e no nariz, inclusas na fase final do protocolo de tratamento que a paciente vai realizar.

Isso pode acontecer¹⁵ e agrega valor ao tratamento, permitindo uma oclusão final ainda mais parecida com a obtida nos pacientes sem fissura.

A cirurgia ortognática pode ser utilizada quando o paciente exige proximidade maior com a normalidade, e constitui recurso absolutamente eficaz e indispensável para resolver grandes discrepâncias.

Sua posição pouco ortodoxa quanto à utilização da cefalometria como a principal ferramenta no diagnóstico das más oclusões tem sido muito discutida e, por que não dizer, criticada. Você poderia tecer alguns comentários acerca dessa sua posição? Dione do Vale

Desde o final da década passada, não é mais preciso argumentar para considerar absolutamente descartado o diagnóstico cefalométrico. Os que continuam a utilizá-lo estão distantes dos conceitos de diagnóstico que regem a Ortodontia contemporânea, e a eles cabe argumentar para defender essa

posição anacrônica e sem sentido. A cefalometria continua sendo uma ferramenta útil de avaliação dos pacientes ortodônticos, mas não para diagnóstico, e sim para estudos, sejam eles de crescimento, de efeitos dos aparelhos sobre dentes ou sobre o esqueleto etc. Nessa perspectiva, as análises cefalométricas deveriam ser ensinadas dentro de um tópico como história da Ortodontia, para serem conhecidas como cultura ortodôntica, e não como métodos viáveis de planejamento.

Reconhecer o padrão de crescimento como fator etiológico primário a determinar as más oclusões, considerar e investigar o conjunto de alterações que as definem, extrapolando as limitações da classificação de Angle, são obrigações que o conhecimento disponível impõe sobre preferências. Análises faciais qualitativas, análises morfológicas das radiografias ou tomografias da face e dos modelos das arcadas dentárias são os métodos competentes para diagnosticar e prognosticar em Ortodontia⁴.

Os casos de Padrão II e III tratados compensatoriamente podem ter os seus resultados comprometidos durante a fase final do crescimento. Na tentativa de minimizar esse problema, você individualiza a escolha do tipo de contenção utilizada. Até que ponto você considera que essa individualização consegue minimizar os efeitos negativos decorrentes do crescimento pós-tratamento? Dione do Vale

Não acho que podemos considerar os tratamentos compensatórios das más oclusões do padrão II e do padrão III como tendo o mesmo destino na fase final de crescimento. Para as más oclusões do padrão II, o consenso clínico que tem suporte na literatura é de que, quando causadas por protrusão maxilar, elas devem ser tratadas na dentadura mista e, quando causadas por deficiência mandibular, elas devem ser tratadas na dentadura permanente, de preferência no surto de crescimento. Em ambas as circunstâncias, a melhor “contenção” que se pode ter, para preservar os resultados na fase final de crescimento e mesmo depois, são relações oclusais bem estabelecidas e um padrão funcional adequado (relação labial de contato, respiração nasal, padrão de deglutição adequado à idade). Desse modo, nesses pacientes a contenção é convencional, com placa de Hawley por 6 meses de uso contínuo, depois 18 meses para dormir e barra lingual fixa 3x3 até os 30 anos, e opcional para a vida toda.

Para as más oclusões do padrão III, a perspectiva é muito diferente e as preocupações com o crescimento pós-tratamento são maiores. O processo da criação dessa má oclusão, de modo contínuo ao longo do crescimento²⁸, exige um protocolo diferente. O tratamento clássico, como descrito nessa entrevista, é a expansão rápida da maxila e a tração maxilar, que caracteriza a primeira fase, na dentadura mista precoce. A melhor contenção para esse procedimento é nenhuma contenção e, sim, uma supercorreção. Depois, é preciso aguardar o final do surto de crescimento facial, geralmente dois anos após a menarca em meninas e a pubescência plena em meninos, checado sempre com uma

radiografia carpal que deve detectar o estágio IJ de Hagg e Taranger²⁰, marco para iniciar o tratamento ortodôntico compensatório ou definir a necessidade de um tratamento corretivo com cirurgia ortognática⁴. Tratamentos ortodônticos feitos antes desse momento, mesmo com uma correção oclusal de qualidade, ao contrário do que se admite para o tratamento compensatório das más oclusões do padrão II, não são garantia de estabilidade. Se o tratamento ortodôntico compensatório for a opção, após a sua execução — a partir desse ponto, considerado marco inicial —, o programa de contenção convencional já descrito pode receber como acréscimo a contenção dentoalveolar de Osamu¹⁴, que terá sua indicação relacionada à quantidade de movimento compensatório realizado na arcada inferior ou, em outras palavras, a quantidade de inclinação lingual introduzida nos dentes da arcada inferior (Fig. 4). Essa placa, quando indicada, e isso é muito frequente, é utilizada durante dois anos para dormir. Além disso, nos controles pós-remoção do aparelho, atenção especial é dada para a relação vertical e horizontal dos incisivos, para detectar toques primários nessa região, resultantes de recidiva ou instabilidade determinada por crescimento terminal da mandíbula. Quando isso acontece, a remoção do 3x3 está indicada, algumas vezes associada com um desgaste interproximal dos incisivos inferiores, para permitir um movimento lingual de ajuste desses dentes.

Concluindo a resposta a sua pergunta, espero que tenha ficado claro que, embora sejam tomadas essas providências quanto às contenções, as ações que realmente contam para minimizar os efeitos negativos decorrentes do crescimento pós-tratamento são aquelas relacionadas à idade em que os tratamentos são realizados (mais importante para o padrão III) e a qualidade das relações oclusais e do padrão funcional permitido a esses pacientes, principalmente os do padrão II.

Admitindo-se que a oclusão “normal” e bela aceita inúmeras possibilidades de angulações e inclinações, devido à imensa variabilidade



FIGURA 4 - Oclusão final e a placa de Osamu modificada, sem a cobertura oclusal, colocada com objetivo de dar estabilidade ao movimento de inclinação lingual empregado nos dentes inferiores, durante tratamento compensatório de uma má oclusão do padrão III.

morfológica, os braquetes pré-ajustados oferecem poucas prescrições? Laurindo Furquim

A oclusão normal não é uma, mas, sim, muitas. Todos sabemos disso e, cada vez mais, um número maior de profissionais aceita a tese consequente: a individualização de braquetes. Originalmente, na perspectiva do autor do conceito e do aparelho Straight-Wire, L. Andrews, o ideal seria um braquete para cada dente de cada paciente. Isso não era, e ainda não é, viável; mas, com certeza, um dia o será. Por essa limitação, o Straight-Wire começou com muito menos do que isso, mas pelo menos com um braquete desenhado para cada dente, ou seja, um braquete para incisivo central superior, outro específico para incisivo lateral superior e assim por diante. Já foi uma grande evolução. Além disso, mas sem despertar interesse, também foram propostos braquetes para posicionar, de modo compensado em inclinação, incisivos superiores e inferiores. O tempo passou, a compreensão de quanto o tratamento compensatório é frequente² foi estabelecida e outras prescrições foram propostas, entre as quais as minhas¹². Dessa forma, temos muitas prescrições, mas elas ainda não são

suficientes para uma individualização absoluta. O que deve ser feito para sanar essa limitação é a combinação de braquetes de diferentes prescrições, que possam dar, no conjunto, a possibilidade da individualização que é exigida para cada caso. É importante que essas combinações sejam feitas sempre com braquetes da mesma linha (modelo e marca), para repetir as características de fabricação, preservando outros detalhes, como por exemplo o posicionamento para *in-set* e *off-set*. Um exemplo dessa combinação acontece com frequência no tratamento compensatório das más oclusões do padrão face longa moderada, quando a meta terapêutica é manter os dentes onde eles estão. Nessa situação, são utilizados braquetes não protrusivos para a arcada superior (prescrição II plus) e para a arcada inferior (prescrição III), o que é uma combinação que não contribui para aumentar a protrusão comum ao nivelamento e alinhamento. Além das prescrições impressas nos braquetes, lembre-se que, para angulações — sem dúvida o fator mais importante na individualização —, as alterações no posicionamento dos braquetes podem criar uma gama ampla de variações.

Isso é tão importante, e um recurso usado de modo tão frequente, que meus braquetes para incisivos centrais e laterais superiores da prescrição I e II (eles são iguais) foram desenhados sem curvatura na base, para permitir essa variação na posição durante a colagem direta, para individualizar a angulação, sem perder as outras prescrições impressas no braquete.

Para inclinação, dependendo da exatidão da prescrição de braquetes disponível e em utilização no seu paciente, o que deve ser feito é o uso de fios de modo individualizado, para não ler (fio redondo), ler parcialmente (fio retangular com folga, por exemplo 0,019"x0,025" em canaleta 0,022"x0,030") ou ler totalmente a inclinação impressa na base dos braquetes (fio retangular com folga mínima, por exemplo 0,021"x0,025" em canaleta 0,022"x0,030"). De qualquer modo, não tenha dúvidas, o futuro vai nos brindar com uma ampliação das prescrições, quem sabe até chegar à proposta considerada utópica de um braquete para cada dente, de cada paciente.

Os melhores tratamentos realizados em pacientes Padrão II com deficiência mandibular que conheço são os do Dr. Carlos Martins Coelho utilizando o APM. Nesses tratamentos destaca-se o posicionamento dos incisivos inferiores. O controle do torque parece bastante consistente. Quando questionado se esses resultados advêm de aplicação de torque lingual nos incisivos inferiores, o Dr. Carlos nega, afirmando que esse procedimento pode ser adotado em alguns casos específicos, mas isso não é a rotina. O Dr. Carlos utiliza braquetes dos incisivos com -1 grau de inclinação e 2 graus de angulação; e os caninos inferiores com angulação de 7 graus. Admitindo-se que os pacientes Padrão II com deficiência mandibular possuem incisivos compensados para vestibular, a colocação de um fio retangular sem torque irá impingir a esses dentes um torque lingual.

Em sua opinião, as angulações e inclinações dos braquetes inferiores fazem alguma diferença no tratamento das más oclusões de Classe II em pacientes Padrão II com deficiência mandibular quando esses utilizam APM?

Laurindo Furquim

Essa pergunta compreende muitos questionamentos. Para respondê-los, acho importante considerar conceitos estabelecidos para o tratamento compensatório das más oclusões do padrão II, deficiência mandibular. Eles deveriam ser a base para nossas ações clínicas.

- a) Os aparelhos propulsores da mandíbula, entre os quais o APM, são efetivos clinicamente, e conseguem a correção da má oclusão principalmente com alterações dentoalveolares. As repercussões sobre o esqueleto, incluindo crescimento mandibular, são de pequena magnitude e temporárias, de modo similar a outros procedimentos de avanço mandibular^{1,16}. Mesmo quando os resultados para crescimento são significativos no manejo da mandíbula, como já comprovado para o aparelho de Herbst, eles não são mantidos de modo consistente ao final do crescimento²⁵.
- b) Nessa perspectiva, a conclusão — de novo, constante na literatura — para o uso de todos os aparelhos empregados para o tratamento das más oclusões do padrão II, deficiência mandibular, é que os dentes inferiores são movimentados para a frente (os incisivos inclinados para vestibular); independentemente do sistema de ancoragem utilizado, a movimentação dos incisivos é de difícil controle²⁴. Torque lingual no fio ou inclinação lingual inserida na base dos braquetes de incisivos não conseguem impedir essa tendência. Uma evidência que prova isso vem especificamente da amostra do Dr. Carlos Martins Coelho, tratada com APM e que, conforme você cita, tem muita qualidade. Quando analisada por cefalometria, os resultados mostram que os incisivos inferiores são inclinados para vestibular²⁷. Isso apesar

dos braquetes com -1 grau de angulação, que seriam utilizados pelo autor.

- c) A correção oclusal conseguida com esses tratamentos é estável, desde que uma boa intercuspidação dentária tenha sido obtida ao final da terapia e que o paciente possua um bom padrão funcional²⁵, permitindo ajustes compensatórios no pós-tratamento. Esses ajustes significam mais movimento de mesma natureza (inclinação) e direção dos efetuados no tratamento ativo.

Resumindo e levando o foco para o que deve dar sustentação à minha resposta, parece que o tratamento das más oclusões do padrão II com deficiência mandibular é, de fato, compensatório e implica em movimentação da arcada dentária

inferior para a frente, com movimento de inclinação dos incisivos. Isso não parece ser possível de ser controlado. Esse é o ponto que sustenta minha estratégia para definir a inclinação para braquetes na arcada inferior de pacientes que recebem a indicação para esse tratamento: concordar ou aceitar a inclinação que esses dentes geralmente já exibem e que será aumentada¹². Assim, os braquetes de incisivos têm uma prescrição para inclinação de $+8$ graus, que chamamos de II "plus", e que clinicamente muitas vezes é "minus", já que é comum que pacientes portadores dessa má oclusão apresentem inclinações de coroa muito superiores a esse valor durante e ao final do tratamento¹⁸. Essa inclinação não deveria ser considerada exagerada, porque há pesquisas feitas

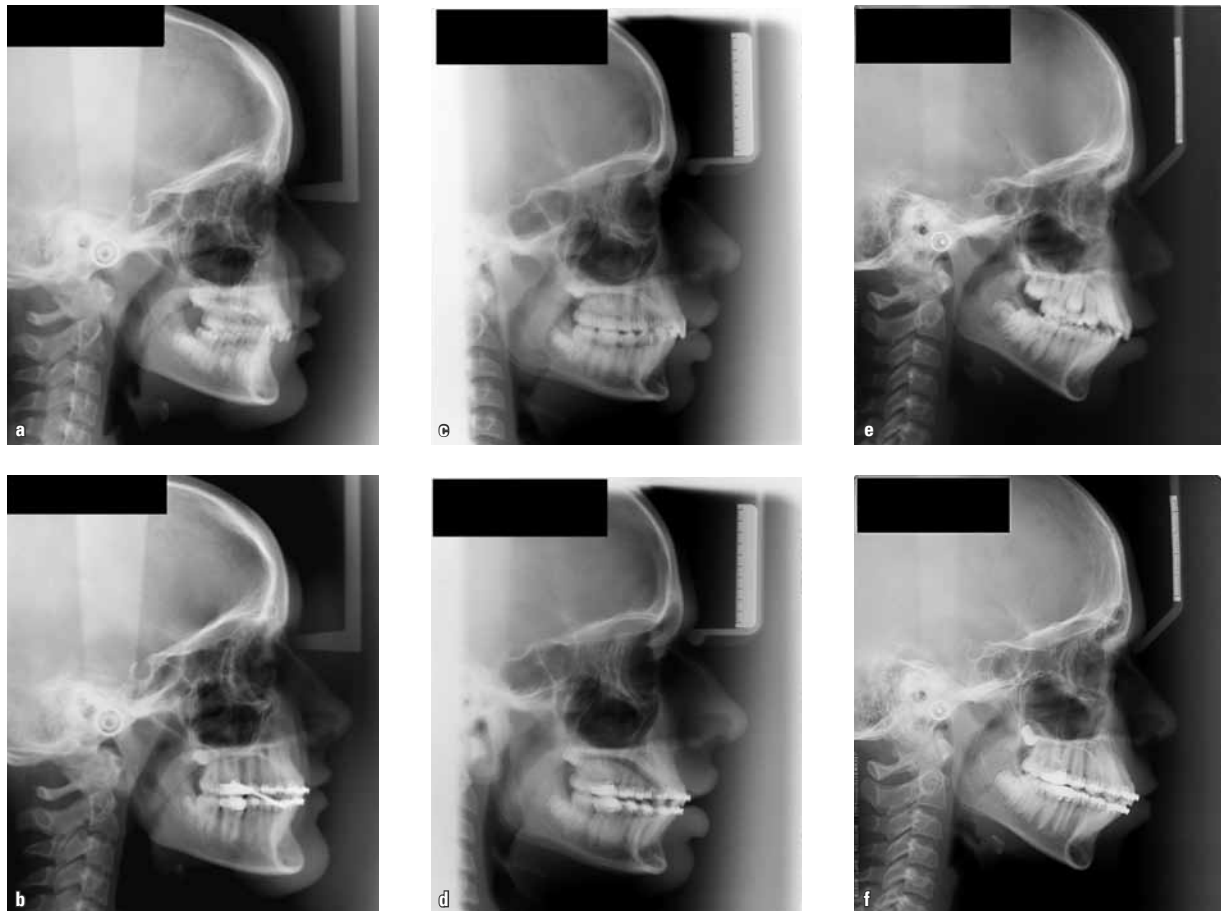


FIGURA 5 - Radiografias laterais de face, iniciais e finais, de diferentes pacientes que fizeram uso de APM, mostrando o que parece ser a inexorável inclinação vestibular dos incisivos inferiores.

com amostras de oclusão tratadas, e definidas como ótimas³, que exibem valores muito acentuados para inclinação de incisivos inferiores (valor máximo +15 graus). Esses valores, que guardam correlação com valores cefalométricos (Wits) que sugerem relação maxilomandibular do padrão II, são, portanto, esperados e aceitáveis.

Bem, +15 graus é muito maior do que +8 graus. O que faço para ajustar essa diferença quando a inclinação de incisivos inferiores é maior do que a prescrita no braquete? Aquilo que basicamente todos fazemos: usar fios retangulares de menor calibre, geralmente 0,019"x0,025" em canaletas 0,021"x0,025". Isso cria o chamado ângulo de folga, que varia de 7 a 10 graus (*in vitro*) e permite uma folga média conservadora de 7 graus entre a inclinação que o dente apresenta e a inclinação impressa na base do braquete¹¹. Desse modo, por exemplo, se um paciente estiver com o braquete da prescrição II plus (+8 graus) em incisivos inferiores que estiverem com uma inclinação de até +15 graus, teoricamente eles não estarão recebendo um torque clinicamente significativo se o fio retangular for 0,019"x0,025". Há evidências de que isso seja real, a partir de resultados extraídos de uma pesquisa que realizamos com tomografia em pacientes do padrão II¹⁸. Há, portanto, uma margem de segurança bastante ampla para a proposição que adoto. Se, no mesmo exemplo que acabo de dar, o paciente estivesse com um braquete com prescrição -1 para inclinação, essa margem de segurança cairia para +6 graus, ou seja, a partir daí, com valores maiores para inclinação (o que é comum), os incisivos inferiores presumivelmente receberiam torque lingual, inadequado para a intenção terapêutica e para as condições de base óssea que a tomografia tem evidenciado. Portanto, respondendo agora de maneira direta sua pergunta, a inclinação presente no braquete pode fazer diferença no tratamento das más oclusões do padrão II, deficiência mandibular. Porém, isso pode ser mascarado na maioria dos casos pelo uso de um fio retangular de calibre progressivamente

menor, quanto maior for a diferença entre a prescrição para inclinação presente no braquete e a real inclinação do dente na base óssea.

Como estou em busca de braquetes que façam a diferença e permitam a individualização, o que é a essência da técnica Straight-Wire, a ideia é fazer pesquisas que deem suporte para a compreensão exata dessa variação e forneçam subsídios para a construção de braquetes com prescrição para inclinação vestibular ainda maiores. Isso define o quanto considero absurdo, do ponto de vista da lógica e da biologia, restringir o movimento de inclinação vestibular dos incisivos quando avanços mandibulares são realizados nos tratamentos compensatórios das más oclusões do padrão II. Não há suporte na literatura para outra tese.

Quanto à angulação, fator primário na compensação, acho que os braquetes que você cita, com angulação de +7 graus para caninos e +2 graus para incisivos, que são braquetes protrusivos, são apropriados para a maior parte dos casos indicados para uso de aparelhos como o APM. Minha prescrição II¹² para a arcada inferior é semelhante, com angulação de canino menor, igual a +5 graus. Minha restrição para o uso desses braquetes seria para os casos onde houver apinhamento na região anteroinferior. Nessa circunstância, usaria braquetes da minha prescrição II, fazendo a colagem direta dos braquetes sem angulação nos incisivos centrais e laterais, e com angulação mínima de +3 graus nos caninos. Isso porque não faz sentido usar braquetes que, introduzindo angulação, criam demanda de espaço em uma área apinhada e que vai receber inclinação vestibular como consequência do tratamento com avanço mandibular. Assim agindo, braquetes menos angulados exigirão menor protrusão para nivelar e alinhar, e uma menor inclinação vestibular final deverá ser o resultado.

Qual a sua opinião sobre o protocolo para a cirurgia ortognática com benefício antecipado? Você considera essa possibilidade uma realidade ou um retrocesso? Em que casos

você recomendaria esse protocolo, considerando o risco da instabilidade? Susana Rizzato

Jamais um retrocesso. Com certeza uma possibilidade real para alguns casos e dificilmente uma conduta de rotina. Não é um retrocesso porque, conforme pode se depreender no artigo que introduz o assunto¹⁷, ele só é possível pela adoção irrestrita de conhecimento disponível, começando pela adoção de um diagnóstico apurado com base em conceitos atuais de padrão de crescimento e de base morfológica, com destaque hierárquico para a face. Além disso, a confiança gerada pelo apuro na técnica cirúrgica, possibilidade de predição de resultados, a garantia de estabilização dos movimentos cirúrgicos dada pelo uso de fixações rígidas, e a possibilidade de movimentos ortodônticos garantidos pelas miniplacas representam evolução das áreas envolvidas (Ortodontia e Cirurgia). Não seria razoável adotar esse procedimento em outro contexto que não fosse o criado por essa evolução técnica e científica. Por outro lado, não se pode esquecer que a principal motivação para esse processo é dar menos desconforto estético ao paciente, o que é louvável e pode viabilizar o tratamento para alguns indivíduos que não concordariam em passar um período de tempo com suas relações faciais mais prejudicadas. Na minha perspectiva, baseada em minha experiência com os procedimentos convencionais, o uso desse protocolo parece mais atraente para cirurgias confinadas a um dos ossos, maxila ou mandíbula, principalmente para correção das más oclusões do padrão III com avanço de maxila ou redução de mandíbula. Com certeza, começaria a desenvolver experiência com esse procedimento através dessas indicações.

Em 1996, você publicou um artigo cuja amostra era de pacientes adultos submetidos à expansão ortopédica da maxila não assistida cirurgicamente. Na conclusão do artigo, cerca de 80% dos casos atingiram os objetivos terapêuticos almejados, muito embora com pouca resposta ortopédica e,

consequentemente, com pouca abertura do diastema interincisivos centrais. Hoje — considerando a necessidade de uma resposta ortopédica mais significativa para diluir discrepâncias negativas da arcada dentária superior; pensando na condição respiratória em relação à resistência nasal e, finalmente, pensando na condição periodontal decorrente de perdas na tábua ósea vestibular dos dentes de ancoragem —, você mantém sua posição frente à expansão ortopédica da maxila em pacientes adultos? Susana Rizzato

Essa pergunta tem o mérito de permitir atualizar meus conceitos sobre expansão rápida da maxila sem assistência cirúrgica em pacientes fora da fase de crescimento. O artigo ao qual você se refere foi publicado em 1996¹³ e depois traduzido e publicado na Revista Dental Press em 1999⁵. Nele, apresento os resultados obtidos com a expansão rápida da maxila sem assistência cirúrgica, utilizada em pacientes fora da fase de crescimento, durante um período de aproximadamente dez anos. Esses pacientes foram de nossa clínica particular, tratados em sequência e que, orientados sobre as limitações do processo e o caráter de investigação que tinha o procedimento, aceitaram se submeter a ele. A motivação para essa pesquisa foi a falta de definição que havia na literatura sobre os limites de idade para expansão rápida da maxila, com uma tendência de admitir a impossibilidade desse processo após o final do crescimento. A minha experiência prévia a essa pesquisa dava subsídios para divergir desse conceito, já que havia expandido muitos pacientes adultos. A necessidade — inicialmente com pacientes portadores de fissuras e, depois, com pacientes dos cursos de pós-graduação e especialização — tinha impelido a indicação desse procedimento em pacientes adultos, com resultados limitados, mas suficientes para tratar a má oclusão. Com essa perspectiva, a tentativa de fazer expansão rápida em adultos, independentemente da idade, foi considerada

como proposição e ensejou o artigo a que me referi. Os resultados atingiram plenamente os meus objetivos, principalmente pela qualidade do material e método. Afinal os pacientes foram tratados em sequência, atendidos sempre pelos mesmos profissionais (Dr. João Cardoso Neto e eu), usando sempre o mesmo tipo de aparelho (expansor de Haas modificado^{5,13}), confeccionado pela mesma técnica de laboratório. Além disso, um histórico de ocorrências era registrado no prontuário para posterior avaliação.

Ao final do experimento, quando a amostra pareceu substantiva, os resultados definiram as possibilidades e limitações da expansão rápida da maxila após a fase de crescimento, que constam das conclusões do artigo. A Figura 3 demonstra as possibilidades do processo. Essas possibilidades e a experiência de vivenciar os tratamentos dos pacientes da amostra, que não pode ser totalmente expressa em palavras, influenciaram de modo definitivo o protocolo que adotamos hoje para esse procedimento. Após finalizar esse



FIGURA 6A - Paciente adulta jovem (21a, 6m), padrão I limítrofe para III, por moderada deficiência maxilar. Relação molar de $\frac{1}{2}$ classe II do lado direito, $\frac{1}{4}$ classe III do lado esquerdo, construída com perdas precoces dos dentes 26, 36 e 46, e recente do 16. Uma moderada expansão de maxila poderia ser útil.



FIGURA 6B - Com a aceitação das limitações do processo pela paciente, um aparelho expansor adaptado à ausência do dente 16 foi indicado. Foi obtida uma expansão que exemplifica bem as possibilidades em pacientes fora da fase de crescimento. Veja que, após a ativação, um desgaste no acrílico foi necessário do lado direito, para aliviar a área pressionada e dor (problemas rotineiros nesse processo).

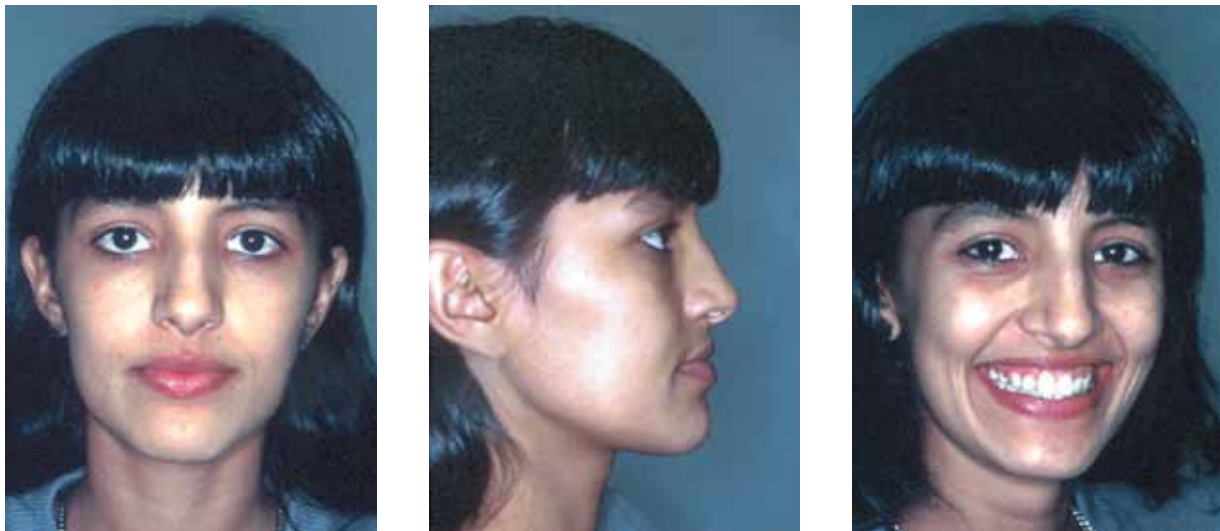


FIGURA 6C - A paciente, além da expansão, teve outros benefícios, como a colocação do dente 17 substituindo o dente 16 e uma melhora na posição dos outros segundos molares, todos substituindo os primeiros, e com todos os terceiros molares substituindo os segundos molares. Isso justifica o sorriso que ela exibe, mais que as alterações faciais, que foram sutis, mas positivas.

experimento, mudei de modo significativo minha posição em relação à indicação da expansão rápida da maxila sem assistência cirúrgica para pacientes fora da fase de crescimento. Em resumo, indico esse processo: apenas para pacientes até a faixa etária de 20 anos; sempre com o expensor de Haas modificado; que não necessitem de um ganho significativo de perímetro (abertura máxima na sutura de 4mm); que não tenham envolvimento periodontal nos dentes de suporte do aparelho; e que aceitem as intercorrências que podem decorrer do procedimento (dor, inflamação, ferida) e que possam receber medicação. A consideração de todos esses fatores limitantes, mais as possibilidades que temos de fazer expansões dentoalveolares superiores e constrictões dentoalveolares inferiores, sempre que apoiada em um diagnóstico morfológico e que dê suporte a essas condutas, restringe de modo significativo a indicação desse procedimento nos dias atuais.

Para finalizar, e resumindo a resposta à sua pergunta, as limitações para a expansão rápida da maxila sem assistência cirúrgica em pacientes fora da fase de crescimento são claras e restringem os efeitos do procedimento à correção de pequenas

discrepâncias dentoalveolares, sem nenhum efeito sobre a respiração e com riscos ao periodonto de suporte. Em contrapartida, seria conveniente considerar que, mesmo com a expansão rápida da maxila assistida cirurgicamente, não há garantias de mudança no modo de respirar³⁰ e há riscos para os dentes de suporte, incluindo periodonto, o que tem justificado o desenvolvimento de aparelhos expansores apoiados em implantes²¹.

Os ortodontistas acabaram acatando o protocolo de tratamento ortopédico sugerido por Haas, e modificado por outros ortodontistas, na correção da má oclusão de Classe III com mordida cruzada anterior. Essa abordagem inclui a expansão e a tração reversa da maxila. Você acha que a mecânica transversal contribui para a resposta sagital na correção ortopédica precoce do Padrão III? Omar Gabriel

Gostaria de acrescentar à sua pergunta “sabidamente”. Os ortodontistas acabaram acatando, sabidamente, o protocolo de tratamento sugerido por Haas, e modificado por outros ortodontistas, na correção da má oclusão de Classe III. É um protocolo absolutamente eficaz, principalmente

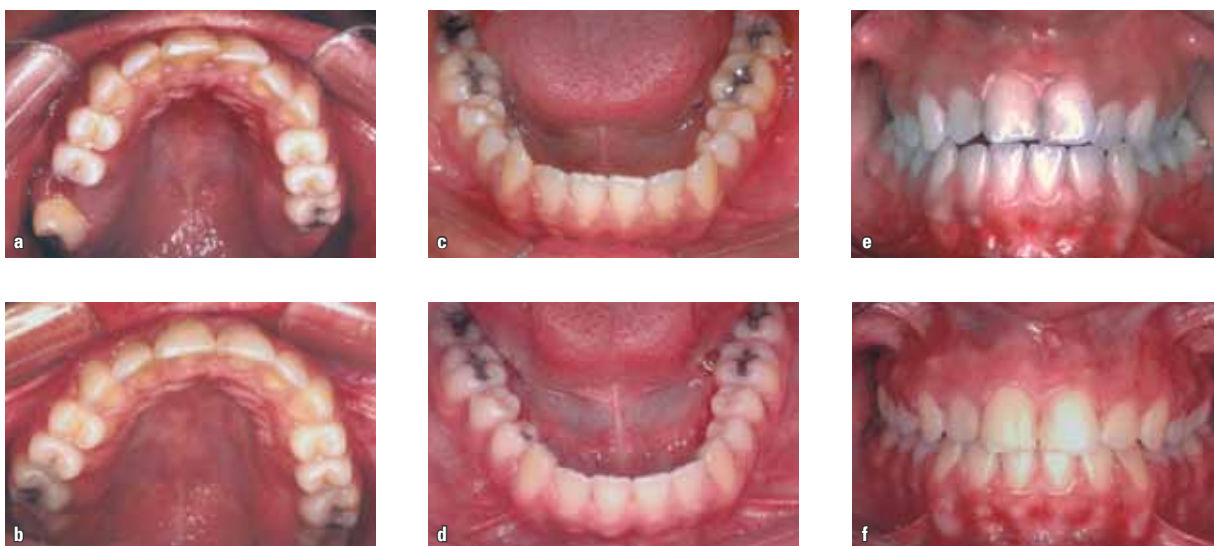


FIGURA 6D - As arcadas corrigidas mostram expansão para a arcada superior (canino = 2mm, pré-molar = 4,5mm, primeiro molar = 4,5mm) e alguma constrictão para a arcada inferior (canino = -1,5mm, pré-molar = 0mm, primeiro molar = -1mm), suficientes para permitir uma correta oclusão.



FIGURA 6E - Avaliação a longo prazo, 8 anos após o término do tratamento, com a paciente aos 31 anos de idade, parece justificar o tratamento realizado.

quando conseguimos atingir as metas definidas para o tratamento conforme proposto por Haas, o que não é usual¹⁹. Uma expansão rápida da maxila de grande magnitude e uma tração com força ortopédica pesada são as metas e, geralmente, boas respostas são obtidas com esse protocolo. Os efeitos transversais são significativos para a resposta sagital na correção ortopédica precoce das más oclusões do padrão III porque, como já sabíamos e recentemente foi enfatizado pelo protocolo de Liou^{22,23}, a expansão rápida da maxila feita com grande amplitude é fator primordial a ensejar uma resposta

ortopédica sagital mais significativa pela tração maxilar. Sua pergunta faz, ainda, menção à mordida cruzada anterior. Nessa circunstância, um recurso interessante é agregar ao aparelho expansor barras anteriores passando pela palatina dos incisivos superiores (Fig. 5), que irão impedir o movimento de inclinação palatina que esses dentes executam ao ocupar o espaço criado pela expansão rápida. Com o uso dessas barras confeccionadas com fio 0,5mm, os dentes poderão se mover em direção à linha média, sem inclinar para palatina, o que vai favorecer o descruzamento da mordida anterior.

O advento da tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone-Beam) tornou realidade a visualização das tábuas ósseas vestibular e lingual das raízes dentárias. De que maneira, ou até que ponto, essa imagem influenciará a liberdade de compensação dentária que se admite nas discrepâncias esqueléticas? Omar Gabriel

O uso da tomografia deve ser rotina em breve, permitindo avaliações morfológicas muito consistentes. Não acho que ela vai modificar os conceitos clássicos de compensação e, muito menos, mudar as metas terapêuticas para os

pacientes que tiverem essa indicação. Tratamentos com essas metas têm sido feitos há muito tempo e os resultados são bons, com evidências positivas na literatura, inclusive para o longo prazo, principalmente para as más oclusões do padrão II, deficiência mandibular, que são as más oclusões mais frequentes e quase sempre tratadas compensatoriamente. O que vai poder ser definido é a tolerância que o normal, expresso pela condição clínica, tem com a quantidade de osso na vestibular e lingual das raízes dentárias. Com certeza essa tolerância, confrontada com a imagem tomográfica, é maior do que se imaginava.



FIGURA 7A - Paciente com indicação para expansão rápida da maxila e risco de que os incisivos centrais façam movimento de inclinação para palatina, o que poderia provocar o cruzamento de mordida anterior.



FIGURA 7B - Quando for intenção evitar o movimento de inclinação dos incisivos superiores durante o movimento mesial para ocupação da área óssea criada pela expansão rápida da maxila, barras passivas apoiadas na palatina dos dentes incisivos superiores podem ser úteis.



FIGURA 8A - Paciente com má oclusão do padrão II, classe II, protrusão de maxila, moderada deficiência mandibular, e imagem tomográfica mostrando com maior clareza as relações dos incisivos (dentes 21 e 31, imagem tomada com corte no meio da coroa clínica) com as respectivas bases ósseas.

Em outras palavras, condições clínicas comuns para os dentes, principalmente incisivos, em tratamentos compensatórios, exibem imagens tomográficas com limites ósseos surpreendentemente exíguos. Isso vai reforçar o valor da avaliação clínica do periodonto, principalmente da margem de gengiva inserida, ao planejar e controlar, na clínica, movimentos dessa natureza. Um periodonto de qualidade suporta inclinação para vestibular, lingual ou

palatina. Assim, e isso é muito importante, vai ficar claro que, ao fazer um tratamento compensatório, o ortodontista deveria imitar o que a natureza faz quando ela própria compensa, ou seja, inclinar dentes para vestibular, lingual ou palatina. A visualização de dentes na base óssea, com a qualidade que a tomografia permite, deixa claro que é pretensão tentar fazer movimentos de corpo ao executar tratamentos compensatórios (Fig. 8A, 8B).

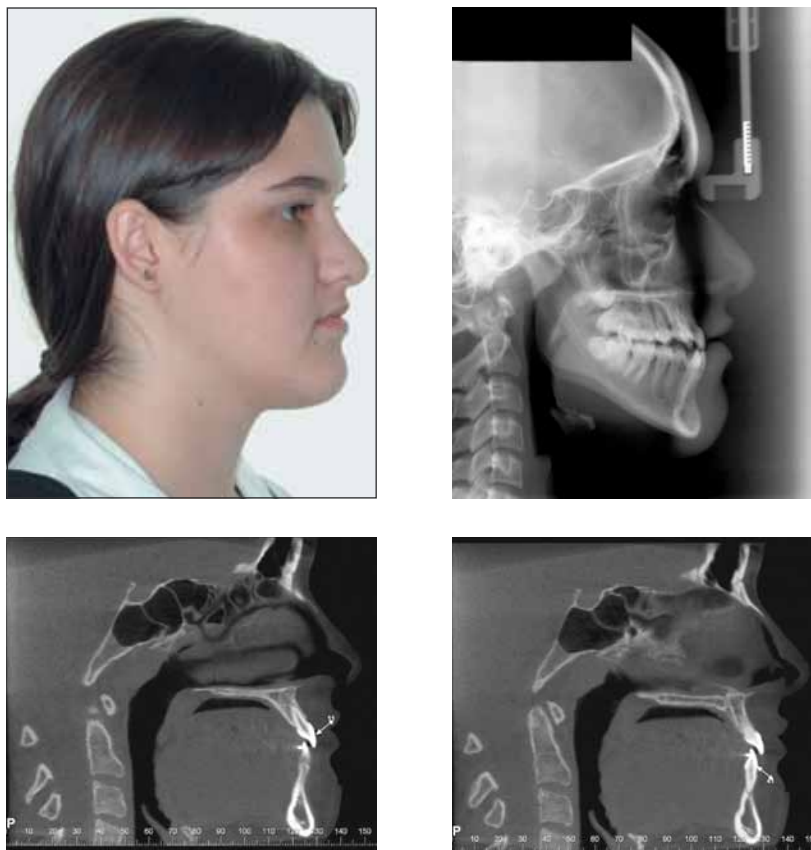


FIGURA 8B - Paciente com má oclusão do padrão III, classe III, prognatismo, com imagem tomográfica mostrando de modo nítido as limitações para suporte ósseo para todos os incisivos (dentes 11 e 21, dentes 21 e 31, imagens obtidas com corte no meio da coroa clínica) com as respectivas bases ósseas.

A exígua relação das raízes nas superfícies vestibular e lingual e, muitas vezes, do ápice radicular com a base óssea, indica que um controle de torque, ao exercer esses movimentos, não seria adequado^{10,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obrigado pela oportunidade que a Dental Press me permite, através dessa entrevista, de descrever de uma maneira mais informal detalhes de minha história e minhas relações com a Ortodontia. Obrigado pelos colegas que fizeram as perguntas e tornaram possível resgatar o passado e comentar o presente. Para encerrar, o futuro. Contrariando as perguntas e respostas, frequentemente pessimistas

sobre o futuro da Ortodontia, que muitas vezes são apresentadas na seção Entrevista, gostaria de expressar meu marcante otimismo. Ele é calcado na evolução da Ortodontia, da qual sou testemunha presencial e ocular nas últimas quatro décadas. A especialidade evoluiu em nosso país de uma maneira muito significativa, sob qualquer ângulo que se avalie. Temos um número muito significativo de pesquisas, que vêm gerando publicações numa espiral de qualidade progressiva e inexorável. Os critérios justos de seleção de professores nas universidades públicas e particulares de renome, a ação dos órgãos controladores e, por que não dizer, as exigências do mercado garantem essa perspectiva.

Revistas de qualidade, com esforços para publicações controladas e, inclusive em língua inglesa, como a Dental Press. Firms competindo pelo mercado brasileiro, inclusive com investimentos em fábricas, como os da 3M na Abzil. Uma sociedade que melhora seu poder de compra e que, reconhecida, valoriza a estética. Um completo e positivo panorama, que deve refletir um ensino qualificado e uma prestação de serviços de excelência. Nesse ponto, o mais importante na minha perspectiva, a evolução mais consistente e o melhor futuro. De uma especialidade destinada à elite, na década de 70; a uma especialidade acessível a uma parcela muito significativa da população, desde o final do século passado. Em um futuro próximo, disponível no serviço de saúde pública. Sim, junto com os esforços para o controle da cárie, permitido por uma Odontologia de alto nível, preocupações com as más

oclusões, repetindo o passado recente das sociedades mais avançadas do mundo. Como não ser otimista com um passado recente e um presente como esses? Muitos profissionais, cursos que não prezam o nível necessário de formação, tratamentos que não obedecem parâmetros rígidos de qualidade? Claro que existem, efeitos colaterais desse movimento, positivo em essência, que devem e precisam ser controlados. Não confundir esses desvios passíveis de críticas, com mudanças que significam evolução. A Ortodontia tende a ser ortodoxa. Não há evolução sem mudança de conceitos. Novos conceitos necessitam de novas perspectivas. Informações que, derivadas de pesquisas, devem gerar conhecimento. Ações terapêuticas que considerem o indivíduo, diagnosticado pelo que ele realmente é, e não pela relação dos seus molares. Mudar o olhar para mudar o fazer. Fazer o melhor em um futuro que pode ser brilhante.

REFERÊNCIAS

1. Aelbers CMF, Dermout LR. Orthopedics in orthodontics: part I, fiction or reality – a review of the literature. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1996 Nov;110(5):513-9.
2. Andrews LF. Entrevista. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 1997 set-out;2(5):6-8.
3. Cabrera CAG, Freitas MR, Janson G, Henriques JFC. Estudo da correlação do posicionamento dos incisivos superiores e inferiores com a relação antero-posterior das bases ósseas. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2005 nov-dez;10(6):59-74.
4. Capelloza Filho L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá: Dental Press; 2004.
5. Capelloza Filho L. Expansão rápida da maxila em adultos sem assistência cirúrgica. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 1999 nov-dez;4(6):76-83.
6. Capelloza Filho L. Entrevista. Reinaldo Mazzotini. *Rev Clín Ortod Dental Press.* 2008 jan-mar;7(3):48-56.
7. Capelloza Filho L, Mazzotini R. Um recurso clínico: substituição do parafuso expensor em meio à expansão ortopédica da maxila. *Ortodontia.* 1981;14(3):211-20.
8. Capelloza Filho L, Almeida AM, Ursi WJ. Rapid maxillary expansion in cleft lip and palate patients. *J Clin Orthod.* 1994;28(1):34-9.
9. Capelloza Filho L, Reis SAB, Cardoso Neto J. Uma variação no desenho do aparelho expensor rápido da maxila no tratamento da dentadura decidua ou mista precoce. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 1999 jul-ago;4(1):69-74.
10. Capelloza Filho L, Fattori L, Cordeiro A, Maltagliati LA. Avaliação da inclinação do incisivo inferior através da tomografia computadorizada. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2008 nov-dez;13(6):108-17.
11. Capelloza Filho L, Machado FMC, Ozawa TO, Cavassan AO. Folga braquete/fio – o que esperar da prescrição para inclinação nos aparelhos pré-ajustados. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* No prelo. 2010.
12. Capelloza Filho L, Silva Filho OG, Ozawa TO, Cavassan AO. Individualização de braquetes na técnica de Straight-Wire: revisão de conceitos e sugestão de indicações para uso. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 1999 jul-ago;4(4):87-106.

13. Capelozza Filho L, Cardoso Neto J, Silva Filho OG, Ursi WJ. Non-surgically assisted rapid maxillary expansion in adults. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1996;11(1):57-66.
14. Caricati JAP, Fuziy A, Tukan P, Silva Filho OG, Menezes MHO. Confeção do contensor removível Osamu. *Rev Clín Ortod Dent Press.* 2005 abr-maio;4(2):22-8.
15. Cavassan AO, Albuquerque MD, Capelozza Filho L. Rapid maxillary expansion after secondary alveolar bone graft in a patient with bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004 May;41(3):332-9.
16. Cozza P, Baccetti T, Franchi L, Toffo L, McNamara Jr JA. Mandibular changes produced by functional appliances in Class II malocclusion: a systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 May;129(5):599.e1-12.
17. Faber J. Anticipated benefit: a new protocol for orthognathic surgery treatment that eliminates the need for conventional orthodontic preparation. *Dental Press J Orthod.* 2010 Jan-Feb;15(1):144-57.
18. Fattori L. Avaliação das inclinações dentárias obtidas pela técnica Straight-Wire – prescrição Capelozza Classe II [dissertação]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista de São Paulo; 2006.
19. Haas AJ. Entrevista. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2001 jan-fev;6(1):1-10.
20. Hägg U, Taranger J. Maturation indicators and pubertal growth spurt. *Am J Orthod.* 1982 Oct;82(4):299-309.
21. Koudstaal MJ, Van der Wal KG, Wolvius EB, Schulten AJ. The Rotterdam palatal distractor: introduction of the new bone-borne device and report of the pilot study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Jan;35(1):31-5.
22. Liou EJ. Effective maxillary orthopedic protraction for growing Class III patients: a clinical application simulates distraction osteogenesis. *Prog Orthod.* 2005;6(2):154-71.
23. Liou E. Entrevista. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2009 set-out;14(5):27-37.
24. Pancherz H, Hansen K. Mandibular anchorage in Herbst treatment. *Eur J Orthod.* 1988 May;10(2):149-64.
25. Pancherz H. The effects, limitations, and long-term dentofacial adaptation to treatment with the Herbst appliance. *Semin Orthod.* 1997 Dec;3(4):232-43.
26. Pruzansky S. Pre-surgical orthopedics and bone grafting for infants with cleft lip and palate: a dissent. *Cleft Palate J.* 1964;1:164-87.
27. Siqueira DF. Estudo comparativo, por meio de análise cefalométrica em norma lateral, dos efeitos dentoalveolares e tegumentares produzidos pelo aparelho extrabucal cervical e pelo aparelho de protração mandibular, associados ao aparelho fixo, no tratamento da Classe II, 1ª divisão de Angle [tese]. Bauru (SP): Faculdade de Universidade de São Paulo; 2004.
28. Sugawara J, Mitani H. Facial growth of skeletal Class III malocclusion and the effects, limitations and long-term dentofacial adaptation to chin cap therapy. *Semin Orthod.* 1997 Dec;3(4):244-54.
29. Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
30. Warren DW, Hershey HG, Turvey TA, Hinton VA, Hairfield WM. The nasal airway following maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987 Feb;91(2):111-6.

Dione do Vale

- Mestre e Doutora em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.
- Responsável pelo Setor de Ortodontia do Centro de Atenção aos Defeitos de Face (CADEFI) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP, Recife / PE).

Susana Maria Deon Rizzato

- Mestre e Especialista em Ortodontia pela UFRGS e PUC-RS.
- Diplomada pelo Board Brasileiro de Ortodontia (BBO).
- Professora de Ortodontia da PUC-RS.

Laurindo Furquim

- Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Lins (1979).
- Especialização em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (1983).
- Doutorado em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru (2002).
- Atualmente é professor de Ortodontia na Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Terumi Okada Ozawa

- Doutora em Ortodontia pela FO Araraquara-UNESP.
- Ortodontista e Diretora de Divisão de Odontologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) - USP / Bauru.

Omar Gabriel da Silva Filho

- Coordenador do Curso de Atualização em Ortodontia Preventiva e Interceptiva, promovido pela PROFIS (Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal).
- Professor do Curso de Especialização em Ortodontia promovido pela PROFIS.
- Ortodontista do HRAC-USP (Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo), em Bauru.

Endereço para correspondência
Leopoldino Capelozza Filho
E-mail: lcapelozza@yahoo.com.br