

Expandir ou não expandir?

Flavia Artese¹

Durante minha formação ortodôntica, no início dos anos 90, as dimensões da arcada inferior eram consideradas invioláveis. E as expansões da arcada superior eram conseguidas, em crianças, por meio de expansão palatina e, em adultos, por meio de expansão cirurgicamente assistida. No entanto, nem sempre a face e a má oclusão possuem as mesmas necessidades. Não é incomum ficarmos em dúvida sobre como alinhar dentes em pacientes com faces côncavas e que não se beneficiariam das extrações dentárias. Muito pelo contrário, poderiam ter benefícios por meio da projeção e expansão dos dentes.

Essa primeira edição de 2020 da *Dental Press Journal of Orthodontics* possui uma série de artigos que contribuem de maneira importante para um dilema que encontramos na prática clínica: a necessidade de conseguir espaço nas arcadas dentárias sem extrações.

Nos anos 2000, com a introdução dos braquetes autoligáveis, vivemos um estímulo às grandes expansões das arcadas. Na época, propunha-se que o baixo atrito entre braquetes e fio estimularia um benefício ósseo, gerando uma área de neoformação nos locais das expansões, chamada de desenvolvimento das arcadas. Porém, um dos estudos publicados na presente edição (pgs. 47-55), realizado por pesquisadores

espanhóis, mostra com clareza que não há diferenças nos resultados das dimensões das arcadas expandidas com braquetes autoligáveis ou convencionais. Fica claro, também, que a expansão ocorre independentemente do tipo de braquete utilizado.

Reconhecendo que executamos expansões dentárias seja com arcos ortodônticos ou com dispositivos intrabuciais, o que se sabe sobre essas expansões? Quais são os seus limites? Quais seriam as consequências ao extrapolarmos o envelope ósseo alveolar? O caso clínico do BBO (pgs. 70-79) apresenta o relato de caso de uma jovem de 14 anos de idade com evidente constrição maxilar, que nessa idade fez uso de um expansor Hyrax. Nessa tentativa de tratamento, percebeu-se que a sutura palatina não estava se abrindo, e a expansão passou a ser dentária. Esse artigo discute os métodos atuais viáveis para o diagnóstico da maturação sutural por meio de tomografias computadorizadas, e descreve que os resultados nesses casos são obtidos por meio de mudanças dentoalveolares. Essas expansões dentoalveolares ocorrem por uma verticalização dos dentes posteriores e uma consequente remodelação óssea nesse sentido¹. No entanto, estudos em longo prazo mostram que a incidência de recessão gengival é maior na região de molares e pré-molares superiores²

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária (Rio de Janeiro/RJ, Brasil).

nos pacientes submetidos à expansão dentoalveolar. E que expansões de 1 a 5 mm são uma alternativa aceitável às extrações dentárias, se houver um controle tridimensional do movimento, assim como boa saúde e fenótipo periodontal³.

Fatores que foram associados a um menor risco de recessões incluem maior altura de gengiva queratinizada, maior espessura óssea e dimensão final da distância intercaninos. Para cada 1 mm de altura de gengiva queratinizada, há uma chance 80% menor de recessão. Para cada 1 mm de espessura óssea, há 116% menos chance de recessão gengival; e para cada 1 mm de aumento na distância intercaninos inferior, há de 39 a 47% de chance de recessão gengival⁴.

A frequência das recessões gengivais parece não aumentar com o tratamento ortodôntico em pacientes jovens⁵. No entanto, sabe-se que essas são mais prevalentes na população adulta, ocorrendo em 38% dos pacientes com mais de 30 anos de idade, em pelo menos um dente, sendo essas recessões mais frequentes na região média da arcada⁵. Portanto, um diagnóstico sempre criterioso em relação aos fatores de risco para as recessões gengivais deve ser realizado nos tratamentos expansionistas em adultos.

Outros dois trabalhos dessa edição abordam esse problema. Um deles, de Figueiredo et al. (pgs. 56-63), avaliou o impacto estético de caninos superiores com recessão e demonstrou que a presença dessa situação pode impactar negativamente a estética do sorriso. O Tópico Especial, escrito pelo Dr. Carlos Alexandre Câmara (pgs. 80-88), também nos mostra uma forma de diagnóstico visual, com a utilização do *template* SmileCurves, para as inclinações dos caninos superiores.

Expandir ou não expandir acaba sendo uma decisão multifatorial e vai muito além das nossas vontades ou, até mesmo, dos desejos dos pacientes. A adequação do volume dentário sobre o volume ósseo

sempre apresentará limites, que devem ser avaliados e considerados no plano de tratamento. Não há aparelhos mágicos e ainda não descobrimos métodos não invasivos para formar osso na região vestibular dos dentes. Na realidade, para solucionar nosso dilema clínico, a informação é sempre bem-vinda, na intenção de executarmos uma Ortodontia não iatrogênica — e nessa edição da DPJO há muito conhecimento para se expandir.

Segue o meu convite e estímulo à leitura.

Identificação dos autores (ORCID[®])

Flavia Artese: 0000-0003-2690-2152[®]

REFERÊNCIAS

1. Handelmann C. Nonsurgical rapid maxillary alveolar expansion in adults: A clinical evaluation. *Angle Orthod* 1997;67(4):291-308.
2. Morris JW, Campbell PM, Tadlock LP, Boley J, Buschang PH. Prevalence of gingival recession after orthodontic tooth movements. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2017;151(5):851-9.
3. Bassarelli T, Dalstra M, Melsen B. Changes in clinical crown height as a result of transverse expansion of the maxilla in adults. *Eur J Orthod*. 2005 Apr;27(2):121-8.
4. Sawan NM, Ghoneima A, Stewart K, Liu S. Risk factors contributing to gingival recession among patients undergoing different orthodontic treatment modalities. *Interv Med Appl Sci*. 2018 Mar;10(1):19-26.
5. Mortellaro C, Pavese M, Corrente G, Abundo R. Periodontal evaluation in patients undergoing maxillary expansion. *J Craniofac Surg*. 2000;11(5):491-4.