

# CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETIOLOGIA DAS MÁIS OCLUSÕES

## **Arnaldo Pizan**

Mestre em Odontologia Ortodontia FOB pela Universidade de São Paulo (USP); Doutorado em Odontologia (Prótese Dentária) pela USP; Professor Livre-docente da FOB-USP-Bauru em regime de tempo integral.

Em trabalho de Almeida e Colaboradores, publicado em 2011, nas cidades paulistas de Lins e Promissão, revela uma triste constatação: os casos de crianças examinadas entre 7 e 12 anos, mostraram que 55,25% de más oclusões, correspondem à Classe I e 38% à Classe II.

Desconsiderando o rigor na evolução das pesquisas, em 1970 a Almeida e Colaboradores, pesquisando nas cidades de Bauru e Marília (com água fluoretada) encontraram casos de Classe I em 73,6 e 62,6 respectivamente e de Classe II, divisão 1, em 12,7 e 8,6 respectivamente.

A adoção de um critério mais rígido de classificação e prevalência, poderia explicar essas diferenças, mas o que chama mais atenção é que a Classe I, mesmo sendo a maior ocorrência, não condiz com a população de pacientes presentes nas clínicas, onde o tratamento para a Classe II é a mais procurada.

Quando consultamos a literatura, vemos uma grande quantidade de publicações de tratamentos propostos para a Classe II, demonstrando a preocupação e a procura. A resposta poderia estar, pelas consequências presentes na estética.

Mas, Sassouni em 1970, publicou um trabalho demonstrando que temos 128 combinações que resultam em Classe II.

Nos trabalhos, mesmos os mais atuais, parece-me que faltam detalhes mais específicos de que tipo de Classe II, está sendo testado ou encetado o tratamento. Falar somente em Classe II, parece-me genérico.

Nesse contexto, atribuo a importância de uma anamnese bem realizada e apoio de exames complementares, além do exame “dinâmico” realizado no próprio paciente, para planejar e indicar um determinado aparelho.

Tenho por princípio que um diagnóstico e um planejamento adequados, resultará num resultado (consequências) com melhores expectativas.

No Atlas de Crescimento Craniofacial de Martins e Colaboradores, publicado em 1998, na sua variável de número 27, sobre o eixo de crescimento facial descrito de Downs, as alterações entre os 6 e 18 anos, em brasileiros leucodermas, filhos e ou netos de portugueses, espanhóis e italianos, nessa medida, variam em ambos os gêneros em cerca de 1 grau.

Quer dizer, para mim, que o eixo de tendência de crescimento vertical, horizontal ou equilibrado, já está manifesto mesmo antes da maioria dos pacientes adentrarem ao consultório do ortodontista, não podendo surpreender o profissional e nem criar expectativas impossíveis.

Nas aulas de graduação (odontologia e fonoaudiologia), especialização, mestrado, doutorado e palestras, ressalto que o capítulo mais bonito na ortodontia é aquele que se refere à etiologia das más oclusões, onde são abordados causas pré e pós natais, hereditárias,

causas influenciadas pelo meio ambiente, que podem alterar a tendência de desenvolver determinadas más oclusões, além das interferências das causas proximais e locais. Esses conhecimentos são passados na formação do clínico geral, que são os primeiros a terem contato com o paciente que nos será encaminhado.

A etiologia é multifatorial, ou seja, devem acontecer simultaneidade de fatores, para que ela prevaleça, ressaltando-se a importância da idade, frequência, duração e intensidade da sua atuação.

A importância no aprofundamento do conhecimento das causas, podem ajudar no entendimento, e fazer profunda diferença no diagnóstico.

Exemplificando: o paciente é portador de uma relação ausência de contato labial ( lábios entreabertos) que levam os pais a procurarem o profissional.

Temos “n” maneiras ortodônticas de abordar o tratamento. Mas é necessário saber se temos simultaneidade de hábito ou problema respiratório que também impedem esse selamento labial.

Os otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos podem ser partes importantes da equipe para diagnóstico e do tratamento do paciente, envolvendo os riscos de recidivas se essas abordagens necessárias, não forem consideradas.

Conhecendo minuciosamente a provável origem, temos condições de abordar ortopedica, ortodôntica ou cirurgicamente, ou até uma combinação desses procedimentos.

Se não conhecermos os fenômenos naturais do crescimento, corre-se o risco de instalar aparelhos que farão o que o próprio crescimento faria, ou até mesmo dificultar a atuação da natureza.

A consulta inicial, onde se pergunta sobre a queixa principal do paciente, suas expectativas, seu interesse e motivação em corrigir, já podem também ajudar nas expectativas depositadas em nossos tratamentos.

A etiologia das cáries já é bem conhecida e mesmo assim, a falta de medidas preventivas, leva ao grande número de dentes decíduos e permanentes extraídos, alterando a oclusão e suas consequências observadas pelos clínicos de todas as especialidades da odontologia. Muitas vezes, a aplicação de aparelhos que interferem de alguma maneira no crescimento, podem resultar na resposta procurada pelos pacientes ou seus responsáveis.

Todo o nosso organismo é estudado nas aulas de anatomia, histologia, patologia, fisiologia, bioquímica que se constituem nas cadeiras básicas que irão dar o suporte necessário para adentrarmos no fascinante mundo da clínica.

Primeiro reconhecendo se o caso se aproxima ou se distancia na normalidade .

O mesmo princípio aplica-se à ortodontia, onde conhecimentos da normalidade de crescimento craniofacial, desenvolvimento normal das oclusões decídua e permanente, que antecedem as aulas de Classificação das Más Oclusões e que são complementadas pelas aulas de Etiologia das Más Oclusões.

Fico perplexo que o paciente descobrirá uma agenesia dentária somente aos 14 anos, pela falta de um simples exame radiográfico e de conhecimento sobre cronologia de erupção, do profissional que o acompanha regularmente.

No livro, publicado em 2013, Almeida no seu primeiro capítulo, dedica-se a informar sobre a Etiologia das Más Oclusões.

Fica patente a importância dada por esse autor, sobre esse conhecimento para adentrar nos seus outros 11 capítulos com propostas de tratamento.

Uma conduta normal é tomar um comprimido para uma dor de cabeça. Mas para não intoxicar seu organismo, é preciso estudar por quê?, está com dor de cabeça.

A solução pode ser a reposição de água, aquela mesma que você toma junto ao medicamento e que por sermos 70% de água, esquecemos de ingerir a quantidade diária certa para cada um de nós.

### **REFERÊNCIAS:**

ALMEIDA MR, PEREIRA ALP, ALMEIDA RR, ALMEIDA-PEDRIN RR, SILVA FILHO OG. PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO EM CRIANÇAS DE 7 A 12 ANOS DE IDADE. DENTAL PRESS J ORTHOD. 2011 JULY-AUG

ALMEIDA, R.R. et al. - Influência da fluoretação na prevalência das más oclusões. Estom. & Cult. 4:35-42, 1970

Almeida, R.A – Ortodontia preventiva e interceptora: mito ou realidade. Dental Press 2013

Martins e Colaboradores, Atlas de Crescimento craniofacial- -livraria Santos Editora Ltda. 1998

SASSOUNI, V.- The class II syndrome: differential diagnosis and treatment. Angle Orthod. 40(4), 1970