

RICHARD PARKHOUSE DESFRUTA DO SOL E DO NOVO GUIA TIP-EDGE DURANTE O RODEIO EM SEDONA, PÁGS 2 & 4.



Publicado quadrimestralmente nos EUA



DR. PETER KESLING, À ESQUERDA, REVISOU OS MODELOS DO DR. MARK PECHERSKY GANHANDO O PRÊMIO CASO TIP-EDGE NO ENCONTRO AMERICANO DE FORÇAS LEVES, EM PITTSBURGH, PA.

VERÃO 2000

LINHAS DE CANTO

QUANDO INICIAR DEVAGAR OU RAPIDAMENTE

Existem indicações para começar um tratamento comodamente ou decididamente, Reportagem de Capa.



Movimento dentário diferencial apresenta o novo GUIA TIP-EDGE

Um canino na capa faz a "dança diferencial" enquanto o leitor desfruta do Tip-Edge, Pág. 3.



ORTODONTISTAS TORNAM-SE INVISÍVEIS?

A revista TIME prevê que os ortodontistas irão desaparecer em 10 à 15 anos, Pág. 4.



GRÁFICO TIP-EDGE



Tippy marca outro gol—o braquete C.A.T. foi interrompido. Com isto tornam-se três fora de fabricação e ainda existem mais em sua mira.

Reportagem de Capa

Início de Tratamento Ativo ou Passivo

Por Richard T. Conlin, D.D.S.—Pittsburgh, Pennsylvania
Tradução: Dr. Fernando de Abreu Pereira

Quando o Dr. P. Raymond Begg desenhou um aparelho que melhoraria a abertura de mordida e a colocação dos dentes sobre as suas bases apicais naturais, ele viu a necessidade de usar:

1. Um braquete livre de fricção.
2. Um arco .016" duro, resiliente.
3. Forças elásticas leves.

Isto se tornou o padrão.

Com a nova tecnologia, mais opções tornaram-se disponíveis e isto tornou possível manter o padrão clássico com abordagens diferentes. Este papel discute duas opções básicas para iniciar um caso, ativo ou passivo. Elas se fizeram possíveis com a introdução do arco de níquel titânio, e os braquetes Tip-Edge.

O Início Ativo

Porque abertura de mordida

nos permite superar interferências oclusais e "tratar o caso," nós usamos um "equilíbrio de forças" consistindo em algumas vezes de dobras de ancoragem profundas e forças elásticas leves. Nós temperamos este equilíbrio de forças de acordo com a severidade do caso. No estágio um de um caso clássico de Classe II Divisão 1 ou Divisão 2 há uma urgência para:

1. Abrir a mordida e trazer os dentes anteriores para topo a topo.
2. Retrair os dentes anteriores para posições seguras.
3. Trasladar a mandíbula para uma posição de Classe I.

Isto então exigirá toda a "atividade" que nós podemos reunir—exageradas dobras de abertura de mordida com 2 onças de força elástica a serem usadas 24

horas por dia. Nós nos abtemos e administramos de forma clássica.

Indicações:

Ativo:

1. Casos de Classe II, Divisão 1 ou 2.
2. Casos de Classe I com protusões maxilares excessivas.
3. Todas as mordidas profundas.
4. Bi-protusões maxilares.

O Início Passivo

Em muitos casos não há overjet apreciável nem overbite. O caso não é muito protusivo e os problemas são principalmente dentários, oposto ao esquelético. Alguns têm espaço disponível adequado enquanto outros possam estar mui-

Veja REPORTAGEM DE CAPA na próxima pág.

Um Caso de Início Ativo

Amber é uma menina branca de 14-anos e 7-meses, com uma maloclusão Classe II Divisão 1.

Leituras Cefalométricas:

Wits	+6 mm
FMA	29°
1-SN	115°
T A-Po	+5 mm

Todas as razões estão aqui para um "início ativo." Em quase 15 anos, o crescimento de A.D. foi muito atrasado e então era necessário capturar, se possível, algum crescimento residual a fim de transladar a mandíbula. Além do que, ambos segmentos anteriores maxilares e mandibulares estavam além dos limites anteriores e a mordida estava moderadamente fechada. Nossa missão era abrir, retraindo e transladar imediatamente.

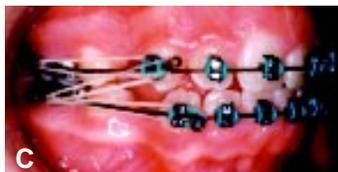


Figura 1, A-D.

Arcos multi-looping (.016") foram selecionados com elásticos leves (2-onças) para iniciar, Figura 1A&B. Estas forças foram continuadas até que os dentes dela tornaram-se topo a topo e a mecânica do estágio dois foi iniciada, Figura 1C&D.

REPORTAGEM DE CAPA

Início de Tratamento Ativo ou Passivo . . . *Continuação da pág. 1*

to apinhados. Em nenhum caso parece haver emergência nem urgência. Nosso objetivo no estágio um é simplesmente:

1. Arrumar os dentes em uma maneira aceitável para que então nós possamos prosseguir com os estágios remanescentes do tratamento.

Nossas necessidades então são somente passivas. Nós podemos deixar o dente em “queda livre” ou à revelia para quaisquer posições que estiverem disponíveis sobre as bases apicais. Isto requer somente força passiva sem dobras nos arcos nem força elástica alguma. Esta “passividade” ocorrerá com arcos de níquel titânio muito leve de .012” ou .014”.

Indicações

Passivo:

1. Casos de Classe I com apinhamento.
2. Casos limítrofes de tratamentos—extração ou não extração.
3. Casos extremamente apinhados de qualquer Classe aonde o encaixe apropriado do arco é impossível ou difícil.
4. Casos de Classe III. Racional: Mecânica passiva não alterará o padrão esquelético e um arco ativo pode ser colocado com pouca dificuldade seguindo um estágio passivo curto.

Um Caso de Início Passivo

Keith é um menino branco de 13-anos de idade, com uma maloclusão de Classe I muito apinhada.

Leituras Cefalométricas:

Wits	+1 mm
FMA	26°
1-SN	115°
1 A-Po	+1 mm

Desde que uma Classe I de bases apicais não requerem um potencial de crescimento e extrações de pré-molares fornecem espaços mais do que adequados para desapinhar os dentes anteriores, não havia urgência. Além disso, um arco multi-looping seria um tanto difícil na boca deste pré-adolescente muito ativo. A missão é simples: obter um engajamento onde e quando possível tão como posiciona-lo para o próximo estágio (dois) de tratamento.

Conclusão

Não há substituto para um arco e elásticos ativos quando tratando o mais difíceis tipos de maloclusões e mordidas profundas. O início “ativo” produzirá rápida abertura de mordida e condições para um tratamento mais fácil.

Em algum caso, onde não há urgência, o início “passivo” será mais fácil para o operador e muito mais confortável para o paciente. Isso pode, entretanto, tomar mais tempo para produzir o resultado desejado.

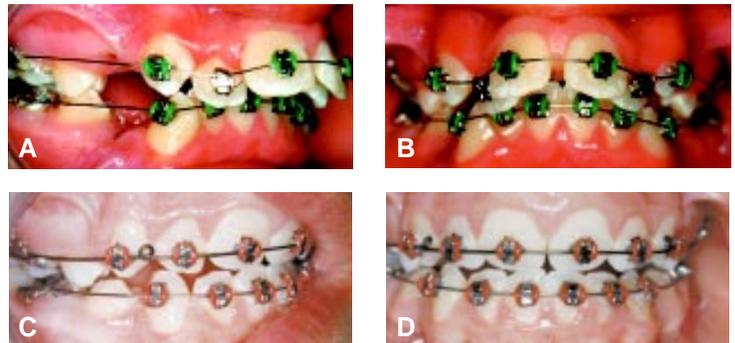


Figura 2, A-D. Arcos (.014”) de níquel titânio foram colocados, engajados aonde foi possível, Figura 2 A&B e após uma consulta, 5 semanas, foi possível o encaixe total. Dez meses depois foram colocados arcos .022” superior e 016” inferior de aço inoxidável. Note que ambos os dentes anteriores superiores e inferiores foram retráidos e os espaços das extrações fecharam se somente, por meio de forças leves de elásticos de Classe II, Figura 2 C&D.

Nota do Editor: Dr. Conlin prometeu enviar os registros finais de ambos os casos para publicação em uma edição futura do *Tip-Edge Today*.

P's e R's

P. *Eu tenho um caso de protrusão bimaxilar no qual foram extraídos os quatro primeiros pré-molares. Os dentes anteriores alinharam-se, mas parecem estar mais inclinados a medida em que eles movem-se para a posição topo à topo. Isto é um problema. Eu estou com medo de retraindo todos os dentes anteriores de uma só vez porque eu não quero sobrecarregar a ancoragem. Eu deveria iniciar retraindo os caninos?*

Thibodaux, LOUISIANA

R. Aparentemente pela sua pergunta você está trabalhando com o Tip-Edge com uma formação de edgewise. Você deve se dar conta que a função do slot padrão do edgewise (tanto o zero-zero ou o pré-ajustado) assim como os tubos molares tornam cada dente a ser retido como um dente de ancoragem. O slot Tip-Edge permite que os dentes inclinem-se. Isto permite a retração dos seis dentes anteriores sem perda significativa de ancoragem.

Você deveria colocar arcos .022” passando nos tubos oclusais e aplicar E-Links® com 3 onças de força do circulo canino aos molares. O paciente deveria usar elásticos intermaxilares (2 à 3 onças) com necessário para manter os dentes anteriores topo à topo a medida em que os espaços se fecham. Consulte o capítulo do Estágio Dois do GUIA TIP-EDGE.

As Melhores Declarações Dos Desinformados em Tip-Edge

A seguinte declaração foi feita pelo Dr. Robert C. L. Sachdeva em uma entrevista com o Dr. Larry White, Editor do JOURNAL OF CLINICAL ORTHODONTICS, em abril de 2000.

“Além disso, o medo de colocar forças excessivas sobre a denteção e causar o descolamento dos braquetes, resultam no impedimento do ortodontista de usar arcos de tamanho total.”

Dr. Sachdeva precisa ser informado que já que o slot do braquete Tip-Edge aumenta efetivamente em tamanho, os ortodontistas que os usam não temem colocar arcos de tamanho total (mesmo retangular). Não há força excessiva que possa causar descolamento ou desconforto.

Quarta Edição do Guia Tip-Edge

Dr. Peter Kesling recentemente completou uma nova quarta edição do TIP-EDGE GUIDE. Originalmente publicado em 1988, o Guia passou por seis impressões através das quatro edições.

Comparado à terceira edição a qual surgiu originalmente em 1996, a quarta tem 263 paginas com muitas mudanças e adições. Existem quatro novos Relatos de Casos, reimpressões adicionais de artigos do TIP-EDGE TODAY e mais Perguntas e Respostas.

Para se manter à frente das mudanças de tecnologia e aumentar a percepção do movimento dentário diferencial com braquetes Tip-Edge, os objetivos dos estágios um e dois foram misturados. Existem agora somente três objetivos no estágio um mas sete no estágio dois.



O uso de Barras de Torque foi modificado para mais ações e suas aplicações esclarecidas através de novas ilustrações. O aparelho Outrigger®, a resposta para a não cooperação com elásticos, foram cobertos como também o uso da nova identificação de elásticos pelos seus reais valores Tru-Force®.

Qualquer um usando em sua prática Tip-Edge deverá ter esta quarta edição em sua biblioteca. Uma leitura cuidadosa pode servir tanto como ambos, uma revisão e um curso avançado. Um canino na capa exhibe continuamente o movimento dentário diferencial através de uma ação lenticular mágica—não requer baterias!

Barras de Torque—Aumentando sua efetividade e Facilitando a Colocação

Após mais de dez anos de experiência com Barras de Torque de níquel titânio e Deep Grooves (Canaletas Profundas), muito foi aprendido a respeito de seu uso e indicações.

O de maior importância é o fato de que as Barras de Torque são mais efetivas (liberam um grau maior de torque) se elas estiverem estendidas através dos braquetes dos caninos.

Quando a barra passa distal ao braquete do canino, as extremidades devem estar arredondadas e reduzidas em tamanho para facilitar o encaixe no slot do canino junto com o arco principal, Figura 1A.

Em segundo lugar, qualquer que seja o dente que suporte o final da Barra de Torque—canino ou incisivo lateral, deveria também receber uma mola Side-Winder.

Molas são indicadas nas extremidades das Barras de Torque porque as forças direcionadas gengivalmente podem causar com que as raízes se movam mesialmente.

Para assegurar o encaixe positivo das Barras de Torque, estas podem ser ligadas com ligaduras metálicas dentro do braquete do incisivo central, enquanto as extremidades da Barra ficam repousando passivamente na direção gengival. Pe-

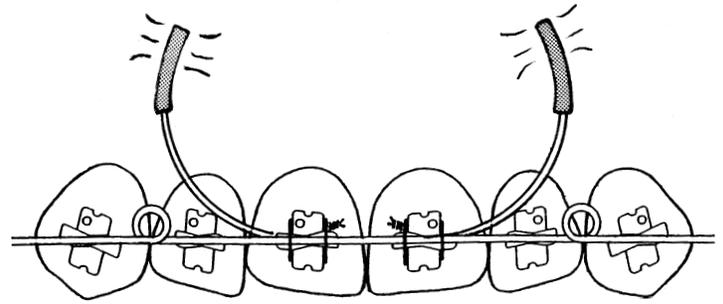


Figura 2. Para ajudar a assegurar um encaixe apropriado da Barra de Torque de 30°, esta pode ser ligada dentro das Deep Grooves dos incisivos centrais juntamente com o arco principal. As extremidades repousam passivamente em direção gengival, cobertas com pedaços de Bump-R-Sleeve. Não são necessárias molas Side-Winder nos incisivos central e lateral quando a Barra se estende distal aos caninos. Lembre-se a ponta vermelha da Barra fica do lado direito.

quenos pedaços de tubos Bump-R-Sleeve® (.018" I.D.) podem estar encapando as extremidades para dar conforto ao paciente, Figura 2.

Barras de Torque são indicadas sempre que arcos redondos .022" podem ser usados no estágio três. Isto incluiriam-se casos que não requerem torque dos caninos, pré-molares ou molares. As Barras podem também dar o torque mais rapidamente que as molas Side-

winder contra o arco retangular, porque as forças de torque são aplicadas imediatamente. Com as molas Side-Winder, as forças iniciais são somente de segunda ordem (verticalização distal das raízes) até que os slots comecem a se fechar contra as superfícies superiores e inferiores do arco retangular.

Referência:

1. Tip-Edge Guide, Quarta Edição, 2000, PC Kesling p. S3 Round-7.

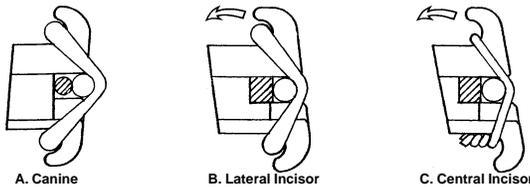


Figura 1, A-C. A) A extremidade da Barra de Torque é arredondada e repousa lingual ao arco principal no braquete do canino (Mola Side-Winder apagada para maior clareza), B) Barra de Torque dentro do Deep Groove atrás do arco principal no braquete do incisivo lateral, e C) Barra e arco principal presos no braquete do incisivo central por uma ligadura de aço.¹

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Um menino de onze anos de idade apresentou-se com uma maloclusão de Classe II severa. O overjet era de 10 milímetros e os incisivos inferiores apinhados estavam um a um milímetro da linha A-Po. Os dentes decíduos remanescentes e os quatro primeiros pré-molares foram extraídos. O tratamento começou um ano após aos caninos superiores terem irrupcionados.



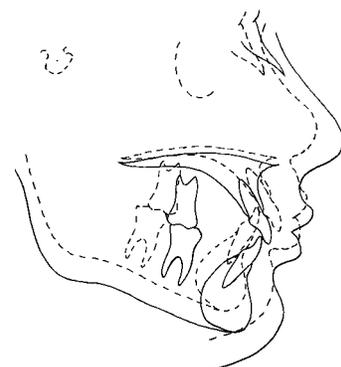
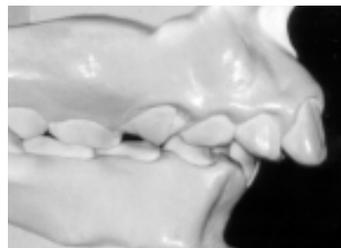
Quatro bandas nos primeiros molares, doze braquetes anteriores e dois arcos .016" de alta tensão, pré-formados colocados na primeira consulta. Tempo da consulta: 1 hora e 10 minutos—um início clássico com elásticos de Classe II com 2½ onças.



Doze meses de tratamento, estágio três com fio redondo (.022") é iniciado com uma Barra de Torque de 30-graus para fornecer uma exigência maior de torque maxilar. Elásticos de Classe II, com três onças foram usados para a manutenção da correção do overjet.



Após oito meses um arco superior .0215" x .028" e molas Side-Winder foram colocadas para dar acabamento com a mecânica retangular do estágio três, incluindo o torque dos molares superiores.



M.W.	Menino, 12 Anos
Extração	4 primeiros pré-molares
Arcos Usados	7 (4 sup., 3 inf.)
Ajustes	18
Tempo de Tratamento	27 Meses
Contenção	Perfector Inferior 3 à 3

Alterações Cefalométricas:		
	Início-Pontilhado	Final-Sólido
1 A-Po	+1.0 mm	+1.5 mm
Wits	+2.5 mm	-2.0 mm
SN-MP	33.0°	29.5°
SNA	85.5°	79.0°
SNB	78.0°	76.0°
ANB	7.0°	3.0°
1-SN	105.0°	101.5°

Rodeio Ortodôntico

Nos dias 4 a 6 de maio, ortodontistas de todo o globo compareceram ao Rodeio Ortodôntico na bonita Sedona, Arizona. Foi um evento apreciado por todos. Clínicos renomados mundialmente e conferencistas forneceram individualmente um excelente programa educacional, com uma diversidade de tópicos e interessantes materiais.

Nos tópicos discutidos incluíram-se estética facial em tratamentos com extração versus sem extração, ATM—separando mitos da realidade e protegendo o exercício da sua profissão de implicações legais das incidências na ATM, maximizando a eficiência com o tratamento Tip-Edge, e construindo o exercício da sua profissão com braquetes estéticos.

Os eventos sociais foram igualmente interessantes, com passeios de jipe nas “Red Rock Mountains,” partidas de golfe e um exclusivo jantar ao por do sol com vista para o Grand Canyon. Os doutores testemunharam um das “mais incomparáveis belezas da terra” e foram tratados com a hospitalidade que somente a TP Orthodontics fornece!



Alguns dos palestrantes e participantes do Rodeio da TP em Sedona, Arizona. Da esquerda para direita: Drs. Richard Parkhouse, Fernando de Abreu Pereira, Jay Bowman, Ricardo Medellin e Mike Matson.

Concluindo o Treinamento Tip-Edge

Estudantes dos Países Baixos receberam seus certificados em abril de 2000. Estes doutores completaram um programa de dois anos em diagnóstico e plano de tratamento utilizando o aparelho Tip-Edge. Eles estão fotografados aqui com os Drs. William McCoy (esquerda) e Steve Gouw (Centro).



Revista Time Prevê o Desaparecimento dos Ortodontistas

Em 22 de maio de 2000, a edição da REVISTA TIME, estava com os ortodontistas listados como o número seis em uma lista de dez empregos/profissão que irão desaparecer nos próximos 10 a 15 anos devido às alterações tecnológicas. Eles sustentam que não existirão mais “bocas metálicas” porque os programas de simulação em 3-D estarão despejando “alinhadores” descartáveis.

Obviamente esta opinião foi criada pelos esforços da “Align Technology of Califórnia” os promotores do Invisalign System™ dos alinhadores de plástico transparente. Qualquer um com poucos anos de prática ortodôntica e experiência com posicionadores dentários e/ou aparelhos de contenção, sabe que eles estão completamente errados.

TIP-EDGE TODAY prevê que os ortodontistas irão permanecer, e Align Technology pode desaparecer, com o passar do tempo e/ou com o dinheiro gasto tentando executar movimentos dentários além da capacidade dos “alinhadores,” um aparelho criado somente para a contenção.