

**FLÁVIA AMATA MUDADO DE CASTRO ALBUQUERQUE**

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE PARCIALMENTE  
DESDENTADO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE: *UM  
RELATO DE CASO CLÍNICO ACOMPANHADO POR 20 ANOS***

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2018**

Flávia Amata Mudado de Castro Albuquerque

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE PARCIALMENTE  
DESDENTADO COMPROMETIDO PERIODONTALMENTE: *UM  
RELATO DE CASO CLÍNICO ACOMPANHADO POR 20 ANOS***

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Ortodontia.

**Orientador:** Prof. Dr. Alexandre Fortes Drummond  
**Colaborador:** Prof. Dr. Esdras de Campos França

Belo Horizonte  
2018

## Ficha Catalográfica

A345t Albuquerque, Flávia Amata Mudado de Castro.  
2018 Tratamento ortodôntico em paciente parcialmente  
MP desdentado comprometido periodontalmente : um relato de caso  
clínico acompanhado por 20 anos / Flávia Amata Mudado de  
Castro Albuquerque. -- 2018.

25 f. : il.

Orientador: Alexandre Fortes Drummond.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de  
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Ortodontia. 2. Má oclusão. 3. Periodontia. 4. Doenças  
periodontais. 5. Relatos de casos. I. Drummond, Alexandre  
Fortes. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade  
de Odontologia. III. Título.

BLACK - D4



Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia da aluna **FLÁVIA AMATA MUDADO DE CASTRO ALBUQUERQUE**, do Curso de Especialização em Ortodontia, realizado no período de 23/02/2016 a 21/12/2018.

Aos 11 dias do mês de dezembro de 2018, às 8:00 horas, na sala de Pós-Graduação (3418) da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores Alexandre Fortes Drummond (orientador), Marcelo Araújo Lombardi e Henrique Pretti. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada **“Tratamento ortodôntico em paciente periodontal parcialmente edêntolo: um acompanhamento de 20 anos”**. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pela aluna foi 100 (cem) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua Aprovação. Para constar, eu, Alexandre Fortes Drummond, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2018.

  
Prof. Alexandre Fortes Drummond  
Orientador

  
Prof. Marcelo Araújo Lombardi

  
Prof. Henrique Pretti

A **Deus**, por me guiar durante todo caminho e me carregar no colo nos meus tropeços.

Ao **Miguel**, a razão de tudo.

## **AGRADECIMENTO**

Ao Rodrigo por estar ao meu lado sempre, sem medir esforços, me enchendo de amor e carinho. Por todos os momentos de aprendizado, incentivo e motivação. Fonte de inspiração e um dos maiores motivos por eu estar aqui hoje.

Aos Meus Pais, que têm vibrado pelas mais simples vitórias da minha vida. Por apoiarem e incentivarem todos os meus sonhos. Por cada minuto dedicado a cuidar do meu pequeno para que eu pudesse concluir este curso.

Aos meus queridos Nando e Mari, por existirem na minha vida e estarem presentes sempre, dividindo comigo todos os momentos.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Alexandre Fortes Drummond, por toda atenção, dedicação e confiança depositadas em mim. Não tenho como agradecer a oportunidade de ter sido orientada por você. Sempre compreensivo, amigo, disposto a ajudar, orientando com paciência e sabedoria.

Ao Prof. Dr. Esdras de Campos França, meu amigo, que faz com que a ortodontia seja leve e sempre está disponível e disposto a ajudar.

Aos Professores que fizeram parte deste curso, por participarem da minha formação doando conhecimento e experiência, em especial ao Prof. Marcelo Lombardi, pela amizade, pela paciência e disposição em ensinar; ao Prof. Dr. Henrique Pretti, pelos ensinamentos e oportunidades oferecidas; à querida Prof. Dra. Giselle Cabral, minha musa, que com toda sua ternura e carinho, me fizeram por inúmeras vezes ter força para continuar. À não menos querida Prof. Dra. Leniana Neves, sempre se dedicando a transmitir todo seu conhecimento e amor pela ortodontia. Ao Prof. Me. Leonardo Foresti, pela sua dedicação em ensinar, especialmente pelas tardes de monitoria. À Prof. Dra. Elizabeth Lages, pelas conversas, pela oportunidade de aprender no projeto de fissurados; à Prof. Dra. Soraia Macari, por toda sua ajuda e orientação.

Aos professores Eliezer Andrade e Marcelo Soukie Flávia Bartolomeo que também saíram de suas atividades habituais nos próprios consultórios para transmitir o seus conhecimentos de forma brilhante nas clínicas.

Aos meus queridos amigos e colegas de especialização, por poder contar com vocês em todos os momentos. Com vocês ficou mais leve, mais suave, mais feliz! Vocês são amigos para toda vida. Obrigada por fazerem parte disso! Vou sentir falta de vocês todos os dias!

À Eloiza, pelo carinho e dedicação a Ortodontia, por colocar “ordem na casa” e principalmente pelas confidências de mãe para mãe.

Às Funcionárias Alfa e Sandra, pela convivência e carinho com que sempre me trataram.

Aos meus Pacientes, pela colaboração e paciência, sendo incansáveis durante os atendimentos.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tenho orgulho em ter me formado nessa faculdade, que além do poderoso instrumento de trabalho, proporcionou a convivência com pessoas tão queridas a mim. Com respeito, admiração e gratidão, exaltarei sempre o nome desta instituição.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung



## RESUMO

Este relato de caso demonstra o tratamento interdisciplinar de um paciente adulto com má oclusão de classe II, perfil convexo, com perdas dentárias múltiplas e histórico de doença periodontal. O paciente foi tratado ortodonticamente por meio de exodontia dos primeiros pré-molares superiores para adequação de espaço protético e obtenção de guia de caninos além de proporcionar a correta reposição dos incisivos centrais e laterais superiores, por meio de implantes osseointegrados. Ao final do tratamento foi estabelecido um perfil facial e um sorriso agradável, oclusão adequada e bons resultados gerais de tratamento, incluindo a condição periodontal, permanecendo estável por 20 anos após o tratamento ortodôntico ativo.

**Palavras-chave:** Terapia ortodôntica/periodontal combinada. Tratamento multidisciplinar. Edentulismo parcial.

## **ABSTRACT**

### **Orthodontic treatment in a parcial edentulous periodontal patient: a case report with 20 years follow-up**

This case report demonstrates the interdisciplinary treatment of an adult patient with Class II malocclusion, convex profile, with multiple dental losses and a history of periodontal disease. The patient was orthodontically treated by means of exodontia of the first maxillary premolars for adequacy of prosthetic space and obtaining guide of canines besides providing the correct replacement of the central and lateral maxillary incisors, through osseointegrated implants. At the end of treatment, an aesthetic facial profile, a pleasant smile, adequate occlusion and good overall treatment results, including the periodontal condition, were established and remained stable 20 years after active orthodontic treatment.

**Keywords:** Combined orthodontic/periodontal therapy. Multidisciplinary treatment. Partial edentulism.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografias facial e intra-orais pré-tratamento.....	15
Figura 2 - Radiografia panorâmica pré-tratamento.....	15
Figura 3 - Fotografias intra-orais: início da mecânica.....	18
Figura 4 - Fotografias intra-orais de retração de caninos.....	18
Figura 5 - Fotografias intra-orais pós-tratamento imediato.....	19
Figura 6 - Fotografias facial e intra-orais controle 20 anos.....	20
Figura 7 - Radiografia panorâmica controle 20 anos.....	20

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. RELATO DE CASO .....</b>	<b>14</b>
2.1. Diagnóstico e etiologia.....	14
2.2. Objetivos do tratamento.....	16
2.3. Plano de tratamento .....	16
2.4. Evolução do tratamento .....	17
<b>3. DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A crescente procura pelo tratamento ortodôntico tem aumentado nas últimas décadas. O aumento da expectativa de vida aliada às exigências estéticas da sociedade contemporânea tornaram necessária a longevidade dentária (MALTAGLIATI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; PABARI et al., 2011).

Somam-se ainda a estes aspectos, a busca por qualidade de vida por parte dos pacientes adultos, vislumbrando nos dentes, melhores condições de saúde e conforto ao desempenhar suas funções mastigatórias, bem como a melhora da autoestima e bem estar social (MALTAGLIATI et al., 2013).

Diversas são as causas que fazem com que o paciente não procure tratamento odontológico precoce; e entre elas a falta de condições financeiras é uma das principais (MALTAGLIATI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013). Desta forma, um acúmulo de problemas de ordem protético-periodontais pode ocorrer ao longo dos anos, transformando casos clínicos possivelmente simples em tratamentos extensos e de maior complexidade.

Surge então um desafio para os profissionais envolvidos: adequar as técnicas existentes às limitações terapêuticas de cada especialidade, buscando uma abordagem interdisciplinar que requer planos de tratamento mais abrangentes e complexos (OLIVEIRA et al., 2013, PINHO et al., 2012). Segundo Watanabe et al. (2014), adequar as expectativas dos pacientes e a viabilidade dos tratamentos ainda representa um desafio diante de problemas como: perdas de elementos dentários, rebordo alveolar atrofiado, espaços interdentários alterados por extrusão e migração dentária, perda exagerada de suporte ósseo e a dificuldade em se obter uma ancoragem ortodôntica satisfatória na ausência de vários dentes,

O tratamento ortodôntico pode apresentar-se mais complicado em pacientes que apresentam histórico de doença periodontal ativa ou em controle, e requer além de técnicas biomecânicas diferenciadas, uma compreensão da situação biológica específica aos pacientes e um plano de tratamento interdisciplinar. Muitas vezes a doença tem várias complicações, incluindo inclinação, extrusão ou até mesmo perda de um ou vários dentes, associada a uma oclusão traumática que pode contribuir para a evolução de doença periodontal destrutiva (FEU et al., 2012).

Adultos com tecidos periodontais normais e/ou reduzidos, porém saudáveis, podem ser submetidos ao tratamento ortodôntico com aparelhos fixos, mas, na presença de processo inflamatório, o movimento ortodôntico pode causar um agravamento das perdas ósseas, o que contraindica a terapia ortodôntica. Em contrapartida, o tratamento ortodôntico pode suprimir a migração dos dentes, auxiliar no controle da placa bacteriana e estabelecer boa oclusão para promover a integralidade dos tecidos periodontais (CIRELLI et al., 2006; CAO et al., 2015).

De qualquer forma, o paciente que apresenta doença periodontal crônica, mesmo que controlada, necessita de manutenção dos tecidos periodontais de proteção e suporte livres de inflamação. A realização de controle e adequação periodontal deve ser frequente durante todo o tratamento ortodôntico (GKANTIDIS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com Maruo et al. (2010) e Farret et al. (2013), o edentulismo parcial é uma das consequências de um histórico de doença periodontal. Nestes casos, o tratamento ortodôntico pode ser restrito ou às vezes até impossível devido à dificuldade de se obter uma boa ancoragem para os movimentos dentais, suporte reduzido, e presença de uma prótese, que pode interferir, limitar e até mesmo impedir os movimentos.

O tratamento ortodôntico nestes pacientes deve ser caracterizado por forças mais suaves, objetivando movimentar lentamente os dentes através do rebordo, o que evitaria o agravamento de perda de estrutura óssea, tanto no sentido vertical, como horizontal (GERMEC-CAKAN et al., 2014; GKANTIDIS et al., 2010). Faz-se necessário portanto, uma atuação interdisciplinar e individualizada, a fim de se alcançar a adequação da oclusão e reestabelecimento de condição periodontal saudável. Sendo assim, um plano de tratamento de modo a prever as necessidades futuras, conduzir as etapas no curso da terapia ortodôntica e assim, devolver a função e estética ao paciente é imprescindível.

Este planejamento interdisciplinar prevê as posições finais que os dentes e os implantes deverão ocupar ao final do tratamento. Após a finalização ortodôntica inicia-se a fase cirúrgica com reconstruções ósseas e gengivais para instalação de implantes dentários, previamente planejados e, posteriormente, a finalização do trabalho por meio de restaurações e ajuste oclusal (GKANTIDIS et al., 2010).

Baseado na relevância do assunto, este trabalho objetivou apresentar e discutir sobre um acompanhamento de 20 anos pós tratamento ortodôntico e

reabilitador de um paciente adulto, parcialmente desdentado, com necessidades protéticas e periodontais.

## 2.RELATO DO CASO

### 2.1.Diagnóstico e Etiologia

Paciente do sexo masculino, 40 anos de idade, com perdas dentárias múltiplas, portando uma prótese fixa superior deficiente, foi referenciado pelo seu protesista para tratamento interdisciplinar.

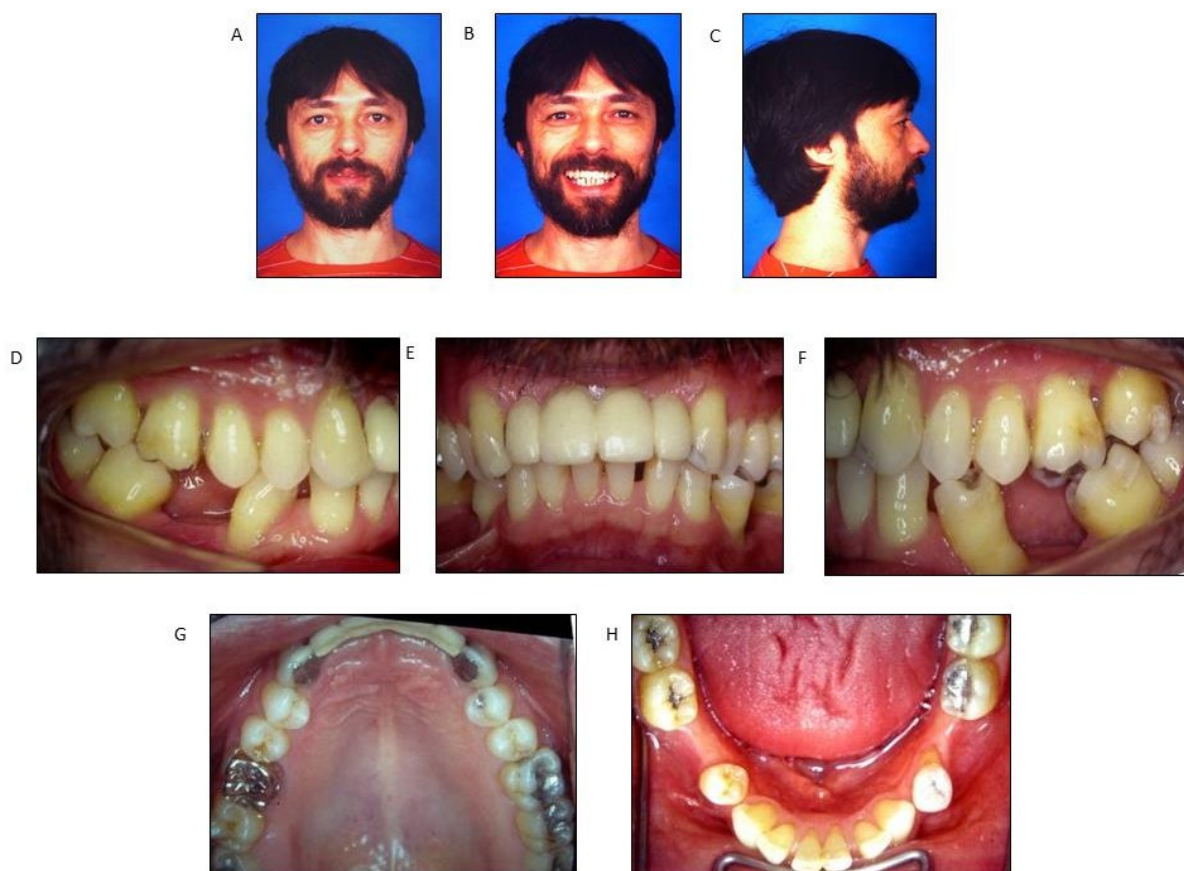
Sua queixa relacionava-se à insatisfação com o sorriso e impossibilidade de repor, adequadamente, as ausências dos elementos no arco superior (12, 11, 21 e 22) e no arco inferior (34, 36, 45 e 46), trazendo prejuízo à mastigação e à estética.

Ao exame extra oral, foi observada simetria facial, perfil convexo consequente de protrusão maxilar, selamento labial passivo, linha média dentária superior coincidente com o plano médio da face e inferior desviada para o lado direito (FIGURA 1 – A, B e C).

No exame intra-oral, observou-se presença de prótese fixa superior, de 6 elementos, tendo como pilares os caninos superiores, insatisfatória, do ponto de vista funcional e estético. Também observou-se presença de recessão gengival generalizada e ausência dos primeiros molares permanentes inferiores, trazendo como consequência migração e inclinação dos elementos 37 e 47 para os espaços edêntulos além do deslocamento de 2mm da linha média dentária inferior para o lado direito. Os caninos apresentavam relação dentária de classe II. O trespasse horizontal era de 3 mm, e o trespasse vertical apresentava-se sem alterações. Havia 8mm de espaço edêntulo na região dos primeiros molares inferiores direito e esquerdo somados. (FIGURA 1 – D, E, F, G e H). Na radiografia panorâmica não se observam quaisquer alterações (FIGURA 2).



Figura 1- Fotografias faciais e intra-orais pré-tratamento



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

Figura 2: Radiografia panorâmica pré-tratamento



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

Foi realizado exame periodontal completo, confirmando as perdas de suporte ósseo nos segundos pré-molares e molares inferiores, porém, com ausência de condição periodontal inflamatória ativa.

## 2.2. Objetivos do tratamento

Os objetivos do tratamento foram: proporcionar condições para que se obtivesse uma reabilitação oral satisfatória(1), melhorar o perfil facial (2), alcançar um trespasse horizontal adequado(3) obtendo uma correta relação de caninos em classe I(4), atentando-se para não agravar as perdas de suporte periodontal; adequar os espaços edêntulos no arco inferior para reabilitação com implantes osseointegrados(5), substituição da prótese dentária fixa convencional superior por uma prótese suportada por implantes(6), melhorar a função oclusal (7) e a estética do sorriso(8).

## 2.3. Plano de tratamento

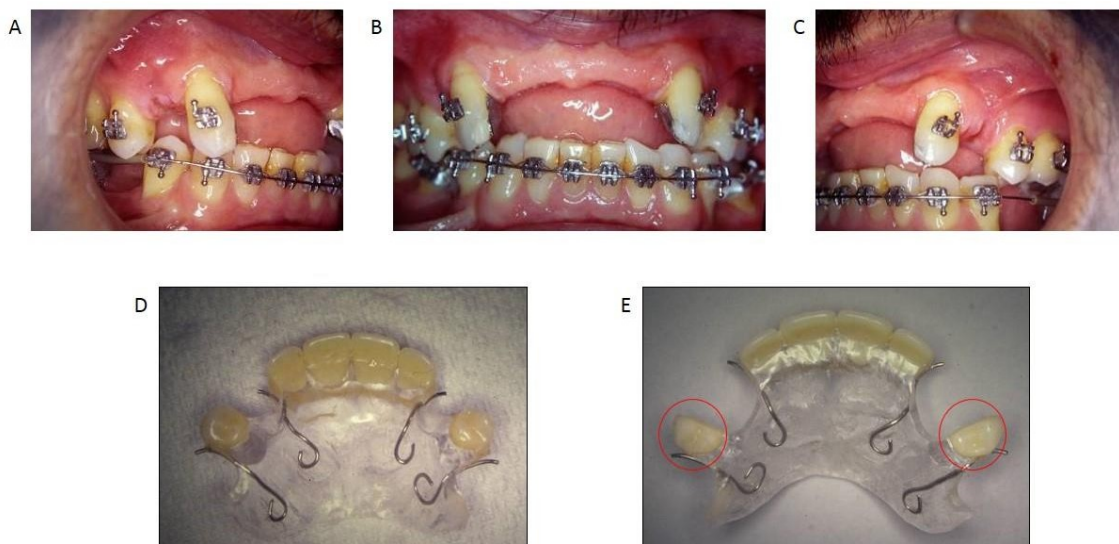
- 1 . Instalação de aparelho fixo no arco superior associado à exodontia de primeiros pré molares superiores para adequação de espaço protético e obtenção de guia de canino.
2. Instalação de aparelho fixo no arco dentário inferior para adequação dos espaços protéticos através da verticalização e mesialização dos segundos molares, de forma a proporcionar a correta reposição dos primeiros molares, por meio de implantes osseointegrados.
3. Correção da angulação mesial dos caninos superiores juntamente com a mesialização e alinhamento dos primeiros pré-molares inferiores para correção do trespasse horizontal e obtenção de classe I de caninos.
4. Remoção do aparelho fixo pós fase de contenção fixa, ajuste oclusal em relação cêntrica e adaptação de contenções.
5. Abordagem periodontal conservadora durante todo o tratamento
6. Instalação de implantes dentários na região anterior da maxila e posterior da mandíbula.

#### 2.4. Evolução do tratamento

O tratamento proposto para o paciente foi o uso de aparelho ortodôntico fixo metálico pré-ajustado Prescrição Capelloza (Abzil/3M ESPE®, São José do Rio Preto, São Paulo) combinado com exodontia de primeiros pré-molares superiores. Inicialmente o paciente foi encaminhado ao periodontista para realização de terapia periodontal conservadora e instruções de higiene oral. Para o primeiro molar superior direito houve necessidade de cirurgia para redução de bolsa periodontal. Decorridos 30 dias, o paciente foi examinado e as condições periodontais se encontravam satisfatórias, com ausência de placa e de sangramento. Foi realizada a remoção da prótese fixa superior e exodontia dos primeiros pré-molares superiores, além da confecção de prótese parcial removível provisória para os dentes anteriores. Após a adaptação da prótese, o paciente retornou ao consultório onde foi montado o aparelho fixo nos arcos superior e inferior.

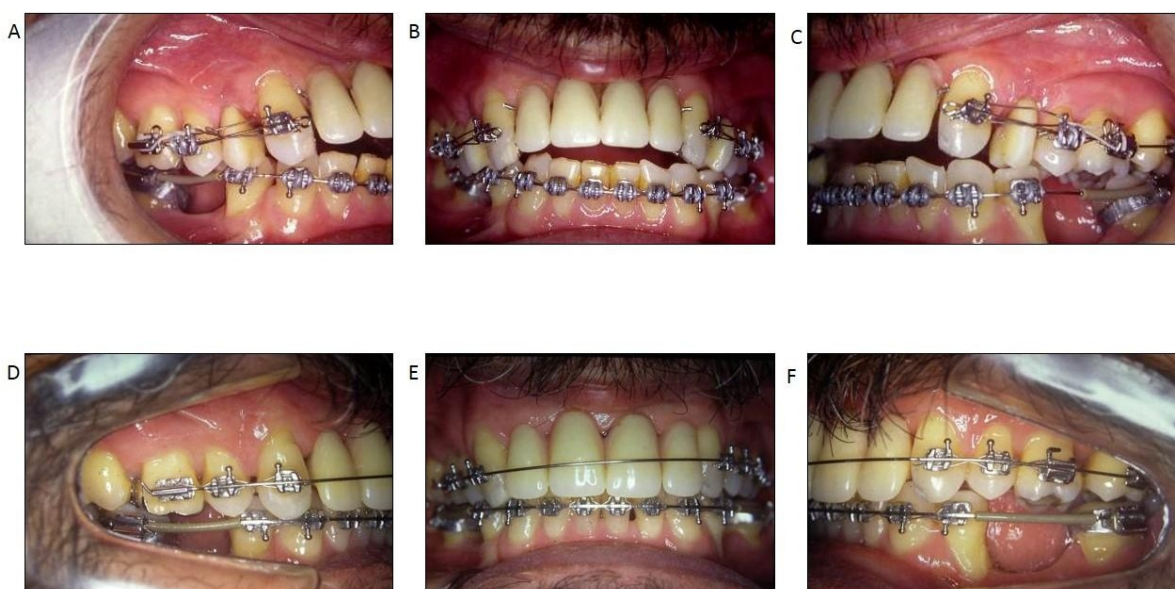
Foi realizada retração inicial dos caninos superiores por meio de fio passivos 0.18" aço com ancoragem recíproca entre molares e caninos (FIGURAS 3 e 4). Prosseguiu-se com alinhamento e nivelamento, sem ancoragem, com arcos pré-contornados de 0,012", 0,014" e 0,016" de NiTi; e 0,016" 0,018" e 0,020" de aço e posteriormente, fio retangular 0,019"x 0,025" de aço.

Figura 3: Fotografias intra orais do início da mecânica: colagem de braquetes no arco superior de forma passiva para início da mecânica de retração de caninos (A, B e C). Prótese parcial removível antes do início da retração (D) e após início da retração, mostrando em destaque o desgaste no dente de acrílico (E)



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

Figura 4: Fotografias intra-orais da retração de caninos: retração inicial dos caninos superiores por meio de fio passivos 0.18" aço com ancoragem recíproca entre molares e caninos (A, B e C). Fotografias após finalizada a retração (D, E e F)



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

A partir do fio de aço 0.18" inferior, uma mola de secção aberta foi instalada no espaço protético dos primeiros molares inferiores, obtendo-se a verticalização dos segundos molares e abertura de espaço para os implantes inferiores. Como auxiliar de mecânica, foram utilizados elásticos intermaxilares 1/8" médio de uso contínuo e força moderada até obtenção da intercuspidação satisfatória dos lados direito e esquerdo. A figura 5 mostra as imagens intra-orais do final imediato do tratamento, com as contenções instaladas.

Figura 5- Fotografias intra-orais pós tratamento imediato



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

Alcançado este objetivo, o paciente foi encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial para instalação implantes osteointegrados nas áreas previamente planejadas. Posteriormente, foi encaminhado ao protesista para a realização da reabilitação protética através de coroas sobre implantes metalocerâmicas, restabelecendo a função e a harmonia do sorriso.

O paciente manteve o controle pós tratamento com visitas anuais durante os primeiros 5 anos e posteriormente de 5 em 5 anos até 20 anos após o término do tratamento. O resultado encontra-se estável e bastante satisfatório (FIGURAS 6 e 7).

Figura 6 - Fotografias facial e intra-orais controle 20 anos



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

Figura 7- Radiografia panorâmica controle 20 anos



Fonte: Arquivo Prof Dr. Alexandre F. Drummond

### 3.DISCUSSÃO

A odontologia beneficiou-se nos últimos anos de avanços tanto tecnológicos quanto científicos, viabilizando a reabilitação de forma conservadora dos mais distintos problemas encontrados na clínica odontológica (De AVILA et al., 2014; JANSON et al., 2011). Neste caminho, a ortodontia associada à implantodontia e à prótese vem colaborando de forma relevante na reabilitação dos pacientes parcialmente desdentados, agregando soluções conservadoras. Não menos relevante, a periodontia também se coloca como ponto chave, desde a consideração da saúde dos tecidos até a fase de reconstrução dos suportes periodontais. Aliado aos progressos em todas as áreas, se faz necessário um plano de tratamento interdisciplinar, de forma a prever os procedimentos futuros e embasar a terapia ortodôntica, viabilizando a futura instalação de implantes osseointegrados (De AVILA et al., 2014).

Neste relato de caso, optou-se pela extração dos primeiros pré-molares superiores associado à retração dos caninos superiores, a fim de se obter uma relação satisfatória destes. Dessa forma, foi possível adequar os espaços protéticos superiores, os quais encontravam-se deficientes. Foi utilizada mecânica de arcos contínuos, por meio de um aparelho convencional straight-wire, aplicando-se forças ortodônticas leves e fazendo a retração dos caninos com técnica de deslize. Ao mesmo tempo que se evoluía o tratamento no arco superior, no arco inferior, por meio do conjunto de molas abertas adaptadas ao arco retangular, foi possível adequar os espaços protéticos e verticalizar os molares inferiores, sem extrusão significativa.

Estudos tem indicado que este tipo de mecânica apresenta boa previsibilidade e bom controle de movimentos dentários, além de poucos efeitos colaterais. Ademais, uma oclusão mutilada por ausências dentárias e elementos mal posicionados poderá culminar com recessão gengival e comprometimento de suporte periodontal, conforme aqui observado. Neste contexto, o movimento ortodôntico poderá favorecer ganho de osso alveolar com espessamento dos tecidos gengivais, podendo resultar em melhora dos defeitos relativos à recessão. Diante da necessidade de intervenção cirúrgica,

esta condição poderá, ainda, garantir melhor prognóstico a longo prazo (GKANTIDIS et al., 2010).

Estudos clínicos demonstraram que a movimentação ortodôntica, na presença de patologias periodontais, funciona como fator coadjuvante da perda óssea além de ser um fator iatrogênico durante a movimentação (JANSON et al., 2011). Durante todo o tratamento o paciente foi orientado a realizar a manutenção da sua higiene oral e consequente condição periodontal com auxílio do periodontista responsável, a partir de visitas frequentes. Esta conduta foi adotada durante todo o período de tratamento ortodôntico.

Apesar da ortodontia buscar sempre uma oclusão ideal, como as relações de molares em classe I, nestes casos, para evitar tratamentos longos e efeitos colaterais indesejáveis opta-se por uma oclusão funcional, tornando o tratamento mais objetivo e conservador. Partindo desse pressuposto, a ortodontia torna-se uma indicação do tratamento multidisciplinar, pois permite a readequação das posições dentárias individuais para posterior reabilitação protética.

No presente caso, a abordagem interdisciplinar foi fundamental para resultados bem sucedidos, onde a atuação da equipe de atendimento conseguiu prover ao paciente uma função adequada e consequente estética ao final da conclusão do plano de tratamento proposto.



#### **4. CONCLUSÃO**

O manejo interdisciplinar, incluindo periodontia, ortodontia, implantes e próteses, foi usado para um paciente com múltiplos dentes ausentes, histórico de doença periodontal e presença de uma má oclusão. A cooperação dos campos interdisciplinares e o planejamento cuidadoso do tratamento foram necessários, e uma oclusão funcional foi alcançada como resultado. Por fim, neste paciente, os resultados demonstraram que uma abordagem interdisciplinar bem conduzida permitiu o sucesso da intervenção e a estabilidade dos resultados. O acompanhamento aos 20 anos pós-tratamento confirmaram a boa escolha do planejamento, do tratamento e dos resultados ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

CAO T.; XU L.; SHI J.; ZHOU Y. **Combined orthodontic-periodontal treatment in periodontal patients with anteriorly displaced incisors.** Am.J.Orthod Dentofacial Orthop 2015;148:805-13.

CIRELLI J.A.; CIRELLI C.C.; HOLZHAUSEN M.; MARTINS L.P.; BRANDAO C.H. **Combined periodontal, orthodontic, and restorative treatment of pathologic migration of anterior teeth: a case report.** Int J Periodontics Restorative Dent 2006;26:501-6.

De AVILA E.D.; De MOLON R.S.; CARDOSO M.D.E.A.; CAPELOZZA FILHO L.; CAMPOS VELO M.M.; MOLLO F.D.E. A. JR. **Aesthetic rehabilitation of a complicated crown-root fracture of the maxillary incisor: Combination of orthodontic and implant treatment.** Case Rep Dent 2014;2014:9253635.

FARRET M.M.; FARRET M.M.; CARLESSO J.; CARLESSO O. **Orthodontic treatment and implant-prosthetic rehabilitation of a partially edentulous patient.** J Prosthodont 2013;22:587–590.

FEU D.; MENEZES F.C.; MENDES MIGUEL J.A. **Orthodontic treatment in the severely compromised periodontal patient.** *Journal of Orlliodontics*, Vol. 39, 2012, 303-313

GERMEC-CAKAN D.; CANTER H.I.; CAKAN U.; DEMIR B. **Interdisciplinary treatment of a patient with bilateral cleft lip and palate and congenitally missing and transposed teeth.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2014;145: 381-92.

GKANTIDIS N.; CHRISTOU P.; TOPOUZELIS N. **The orthodonticperiodontic interrelationship in integrated treatment challenges:a systematic review.** J Oral Rehabil 2010;37:377-90.

JANSON M.; JANSON G.; MURILLO-GOIZUETA O.E.F. **A modified orthodontic protocol for advanced periodontal disease in Class II Division 1 malocclusion.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2011;139(Supp):S133-44.

MALTAGLIATI L.A.; MONTES L.A.P. **Análise dos fatores que motivam os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2013 Nov-dez; 12(6): 54-60.

MARUO H.; MARUO I.T.; SAGAA.Y. **Orthodontic prosthetic treatment of an adult with a severe Class III malocclusion.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010;138:820-828

OLIVEIRA P.G.G.S.A.; TAVARES R.R.; FREITAS J.C. **Assessment of motivation, expectations and satisfaction of adult patients submitted to orthodontic treatment.** Dental Press J Orthod. 2013 Mar-Apr;18(2):81-7.

PABARI S.; MOLES D.; CUNNINGHAM S. **Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients.** Am J of Orthod and Dentofacial Orthop, 2011; 140, e263–e272.

PINHO T.; NEVES M.; ALVES C. **Multidisciplinary management including periodontics, orthodontics, implants, and prosthetics for an adult.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2012;142:235-45.

WATANABE Y.; MOHRI T.; YOSHIDA R.; YAMAKI M.; SAITO I. **Orthodontic treatment combined with tooth transplantation for an adult patient with a missing mandibular first molar: long-term follow-up.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2014;145:S114-24.