

Durante muito tempo a Ortodontia esteve voltada para o atendimento e tratamento de crianças e adolescentes, com uma diversidade de alternativas de tratamento para os mais diferentes tipos de má oclusão. Porém, o tratamento em adultos muitas vezes foi considerado inviável, tanto pelos problemas periodontais associados, ausências dentárias e suporte ósseo insuficiente como pela dificuldade no tratamento ortodôntico pela falta de uma melhor integração entre as áreas como a Periodontia, Dentística Restauradora, Odontologia Estética, Reabilitação Protética e Implantodontia.

Esta transdisciplinaridade associada aos grandes avanços tecnológicos e dos materiais tem propiciado a realização do tratamento em adultos de forma racional e eficiente. Muitos estudos têm sido conduzidos sobre o tema, mas Dr. Vincent Kokich, com seu vasto conhecimento e experiência clínica no tratamento de adultos, se tornou um dos professores mais requisitados em todo o mundo para ministrar cursos e conferências sobre este tema tão importante, devido à sua complexidade.

Dr. Kokich foi presidente do American Board of Orthodontics (2000-2001) e da American Academy of Esthetic Dentistry (1998-1999), e participa como editor associado das mais importantes revistas da Ortodontia americana e como consultor científico em outros periódicos também de grande projeção mundial. Os anos dedicados à Ortodontia podem ser vistos nos diversos capítulos de livros, nos artigos científicos publicados nas mais importantes revistas científicas e nas suas apresentações em congressos, como o 4º Encontro Internacional de Ortodontia Dental Press, realizado recentemente em Maringá.

Esta entrevista demonstra de uma maneira simples e objetiva, mas com imenso valor científico e clínico, um pouco do que o Dr. Kokich nos trouxe durante este evento.

Rosely Suguino

## Vincent G. Kokich

- Professor de Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Washington - EUA;
- Clínica particular em Tacoma, Washington - EUA;
- Ex-Presidente do American Board of Orthodontics;
- Ex-Presidente da American Academy of Esthetic Dentistry;
- Publicou 15 capítulos de livros e mais de 100 artigos científicos;
- Ministrou mais de 500 cursos em encontros e congressos de Ortodontia em vários países do mundo;
- Por sua excelência em Ortodontia, recebeu as seguintes premiações: Strang Award (1994), Salzmann Award (1996), Schluger Award (2000), Mershon Award (2001) e Dewel Award (2002);
- Pertence ao corpo editorial das seguintes revistas: American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, The Angle Orthodontist, Practical Reviews of Orthodontics, Journal of Esthetic Dentistry, Seminars in Orthodontics, Clinical Orthodontics and Research, Dental Traumatology, The Australian Dental Journal e The British Journal of Orthodontics.



**1) Dr. Kokich, já é conhecida a possibilidade de mover o pré-molar em um processo de crista alveolar na mandíbula com pouca ou nenhuma perda óssea adicional e apoio de tecido. Na verdade, com o uso de miniimplantes, a possibilidade de fechar espaços edêntulos com movimento mesial de dentes posteriores é uma realidade. Qual é a sua experiência com o movimento mesial de molares nas mesmas condições?** Marcos Janson

Tenho fechado espaços edêntulos existentes, resultantes de extração prévia de primeiros mo-

lares, em várias ocasiões. Em algumas dessas situações, tenho visto alguma recessão secundária na superfície vestibular da raiz mesiovestibular do segundo molar inferior. Em outras situações, não ocorre recessão. Por que haveria uma diferença? Podem haver várias razões. Em primeiro lugar, eu acredito que está relacionado ao fato de haver ou não uma deiscência subjacente no osso sobre a raiz mesiovestibular do molar. Se uma deiscência estiver presente, é provável que ocorra uma recessão durante o fechamento de espaço. Segundo, a recessão provavelmente é correlacionada

diretamente com o tipo e quantidade de tecido gengival que está presente em cada paciente. Se um paciente tiver um biotipo de tecido espesso, então isto poderia oferecer proteção ao dente, prevenindo a recessão. Porém, se o paciente tem uma zona estreita de gengiva e tem um biotipo de tecido fino, então a recessão pode ser mais provável durante o fechamento do espaço. Terceiro, eu tenho cuidado ao escolher os casos quanto ao fechamento de espaço. Eu quero que a crista edêntula tenha pelo menos a metade da largura do dente que estou movendo para essa área. No momento, eu não tenho nenhuma evidência de pesquisa para apoiar esta filosofia. Este simplesmente é um julgamento empírico que eu faço com cada paciente. Se a largura da crista tem pelo menos a metade da largura do molar, então eu acredito que o alvéolo mostrará remodelação favorável, à medida que os segundos molares se movem para uma crista alveolar mais atrésica.

**2) Alguns relatos de pesquisa têm sugerido reinserção da membrana periodontal com intrusão, em pacientes com perda óssea e incisivos extruídos. Qual é a sua abordagem nestes casos específicos?** Marcos Janson

Eu discordo das reivindicações de alguns pesquisadores de que a intrusão de dentes periodontalmente envolvidos resulta em reinserção do ligamento periodontal e no aumento na quantidade de inserção clínica. Eu tenho intruído e esplintado dentes durante anos em muitos adultos. Nestes casos, o osso segue os dentes, à medida que são intruídos. Este processo ajuda a manter o espaço biológico do paciente. Na verdade, um de meus estudantes de pós-graduação está agora envolvido em um projeto de pesquisa que está medindo a distância da junção cimento-esmalte para o nível ósseo alveolar, antes e após significativa intrusão de incisivos superiores e inferiores. Nós selecionamos uma amostra grande de pacientes e publicaremos esta informação depois que o projeto estiver concluído, em meados de 2008. Entretanto, até o momento, parece que, à medida que os dentes são intruídos, o nível ósseo move-se apicalmente a

mesma quantidade que a junção cimento-esmalte, mantendo assim a mesma quantidade de inserção periodontal.

**3) A Implantologia cria opções para melhorar a restauração estética dos dentes anteriores superiores. Que aspectos são importantes quando os implantes substituirão incisivos laterais superiores congenitamente ausentes, especificamente em relação ao sucesso em longo prazo da papila?** Marcos Janson

O sucesso estético de coroas de implante de incisivo laterais superiores não está relacionado somente à cor da restauração de porcelana, mas também está relacionado diretamente ao nível da margem gengival vestibular e às alturas das papilas que moldam a coroa do implante. As alturas das papilas podem ser positivamente ou negativamente afetadas pelo tratamento ortodôntico. Há três pontos importantes para o ortodontista lembrar em relação à margem gengival e à papila. Em primeiro lugar, os pacientes que nós tratamos são relativamente jovens. Em muitos casos, as margens gengivais sobre os incisivos centrais, após tratamento ortodôntico, não estão no seu nível adulto. Na maioria dos adultos, a margem gengival deveria estar a aproximadamente 1mm da junção cimento-esmalte. Porém, em pacientes ortodônticos adolescentes, a margem gengival pode estar a 2 ou 3mm, ou mais, da junção cimento-esmalte. Portanto, antes do implante ser colocado na posição do incisivo lateral, a margem gengival e o osso devem ser posicionados apicalmente através de cirurgia, assim as eventuais margens gengivais e papila serão corrigidas esteticamente na vida adulta. Um segundo ponto para se lembrar é que a quantidade de espaço entre o implante e o dente adjacente afeta a altura da papila após a restauração de implante. Uma regra geral é que quanto mais estreito o espaço entre implante e dente adjacente, mais curta será a papila naquela região. Então, o ortodontista tem que prover espaço suficiente, de forma que o cirurgião terá 1mm pelo menos, ou mais, entre o implante e o dente adjacente. O terceiro

ponto para se lembrar é que a direção do movimento dentário, durante a abertura ortodôntica de espaço para um implante de incisivo lateral, afetará a estética papilar. À medida que um incisivo central e um canino são separados, a papila permanecerá próxima ao dente que não é movido. Uma depressão gengival chamada *Atherton's Patch* é formada adjacente ao dente que está se movendo, durante a abertura espacial. Em crianças, o *Atherton's Patch* é temporário e tende a melhorar com a irrupção dos dentes. Porém, em adultos esta depressão na gengiva afeta a altura papilar e pode exigir técnicas cirúrgicas especiais para melhorar a estética papilar.

**4) Adultos podem ser tratados diferentemente dos pacientes ortodônticos jovens? Nesse caso, como e de que modo?** Leopoldino Capelozza Filho

Pacientes ortodônticos adultos podem ou não diferir de pacientes ortodônticos adolescentes, dependendo da severidade da má oclusão, da quantidade de restaurações, de trauma prévio ou abrasão dos dentes, da suscetibilidade para doença periodontal, dos distúrbios temporomandibulares e do histórico de cáries. Embora esses aspectos pareçam difíceis de superar, durante o tratamento de um paciente adulto, é possível administrar estes problemas adicionais com ajuda de nossa equipe de Odontologia. A Odontologia interdisciplinar é freqüentemente requisitada para administrar o tratamento de um paciente ortodôntico adulto. Eu estou trabalhando habitualmente com periodontistas, endodontistas cirurgiões-bucais e maxilofaciais, como também o dentista restaurador, para tratar de modo completo uma má oclusão no adulto. Os ortodontistas têm que perceber que a Ortodontia pode ser apenas uma pequena parte de um plano de tratamento adulto. Os ortodontistas apenas fazem parte do time interdisciplinar. Uma das vantagens maravilhosas no tratamento de um adulto é que eu tenho vários anos de história para observar na boca de um paciente, o que me dará um entendimento melhor do potencial de problemas durante o tratamento de cada um

deles. Eu acredito que os ortodontistas não entendem como usar a história do passado do paciente odontológico para moldar e determinar o plano de tratamento apropriado para cada paciente ortodôntico adulto.

**5) Ao avaliar um paciente ortodôntico adulto, como você determina a oclusão apropriada a produzir para cada paciente?** Leopoldino Capelozza Filho

Esta área é onde os ortodontistas cometem erros. Eles acreditam que todo adulto tem que ter uma oclusão perfeita em Classe I de Angle, ao término do tratamento ortodôntico. Esta idéia é absurda. Muitos adultos viveram por muitos anos com uma má oclusão. Essa má posição dentária pode não estar causando nenhum problema ao paciente. Talvez o paciente precise simplesmente ter seus dentes alinhados, ter espaço aberto para restaurações, arcos nivelados para melhorar problemas de sobremordida, dentes irrompidos para superar problemas periodontais ou dentes verticalizados para restaurações futuras. Nestes casos, uma oclusão Classe I de Angle ideal pode não ser necessária, especialmente se o paciente não tem DTM, nenhum problema periodontal ou nenhuma abrasão dentária. Sim, há razões para estabelecer uma oclusão Classe I de Angle em alguns adultos, mas nem sempre é necessário. Eu uso minha equipe interdisciplinar para ajudar a determinar a oclusão apropriada para cada paciente. Em quase todos os adultos que eu trato, construo um modelo em cera para simular a eventual oclusão. Isso é extremamente útil, de forma que todos os participantes no tratamento do paciente terão uma compreensão das metas e eventual resultado da porção ortodôntica do tratamento.

**6) Com base em sua experiência tratando adultos, que preocupações pós-tratamento os ortodontistas deveriam considerar ao tratar pacientes ortodônticos adultos?** Leopoldino Capelozza Filho

Com as crianças e adolescentes, as preocupações pós-tratamento giram em torno da contenção.

Muitos pacientes jovens não são bons em usar placas contensoras depois que os aparelhos fixos são removidos. Adultos são tipicamente mais cooperativos quanto ao uso de retentores ortodônticos. Provavelmente minha preocupação maior pós-tratamento com pacientes adultos seria o acompanhamento do tratamento periodontal e restaurador, que é necessário após a Ortodontia. O tratamento interdisciplinar do adulto pode durar vários anos. Alguns pacientes simplesmente se cansam do processo, ficam sem dinheiro, perdem seu seguro de saúde ou mudam sua atitude sobre a importância dos seus dentes. É por isso que o processo de trabalho de equipe é tão importante. O paciente precisa ter uma visão do processo inteiro, antes de iniciar qualquer tratamento. Por isso a equipe tem que continuar encorajando e informando os pacientes ao longo de todo o processo de tratamento, de forma que eles mantenham-se focalizados até que as restaurações finais sejam feitas.

**7) Que contribuições o Conselho Americano de Ortodontia (American Board of Orthodontics) tem oferecido à Ortodontia e aos ortodontistas americanos? Jorge Faber**

Esta é uma excelente pergunta. Para respondê-la, tenho que fornecer alguma história de fundo. Quando o ABO foi criado, em 1929, os fundadores olhavam a certificação de maneira diferente da atual. O ABO foi o primeiro Conselho em toda a Odontologia. Ser certificado era considerado uma honra, não uma exigência. Na realidade, eu tenho certeza que os primeiros proponentes do ABO acreditavam que apenas alguns dos melhores ortodontistas poderiam atingir este nível de excelência. Durante os últimos 75 anos, o processo de certificação em Conselhos assumiu um significado totalmente diferente nos Estados Unidos. Em Medicina, a certificação é requerida como uma qualificação de nível para poder tratar o paciente. Na verdade, a re-certificação é norma em toda a Medicina e na maioria da Odontologia, inclusive na Ortodontia. A certificação pelo Conselho de Ortodontia também se

tornará uma qualificação de nível para ingresso. Em alguns anos, os residentes farão a fase III do exame clínico e estarão certificados após se formarem em um programa de Ortodontia. Porém, esta certificação terá limite de prazo e o indivíduo terá de renovar seu certificado algumas vezes durante a sua carreira em Ortodontia. Essa é uma excelente idéia. Isto é o que um conselho de certificação deveria ser. O Conselho Americano de Ortodontia deu uma ferramenta de medida à profissão, e todo ortodontista pode medir a qualidade do seu trabalho em qualquer paciente e saber se este atenderia aos padrões do Conselho. Isto no futuro ajudará não só a elevar a qualidade da Ortodontia, mas também melhorará a qualidade da educação ortodôntica, porque falhar ao ser certificado, após a conclusão de um programa ortodôntico, refletirá no mesmo e ajudará aquele programa a melhorar sua instrução. Estes são passos bons e necessários na evolução do processo de certificação do Conselho.

**8) Que benefícios recebem os ortodontistas quando são certificados pelo Conselho Americano de Ortodontia (American Board of Orthodontics)? Jorge Faber**

No passado, a certificação dada pelo Conselho era um assunto pessoal. O ortodontista certificado tinha um sentimento de realização. Porém, num futuro muito próximo, as coisas serão diferentes. Com todos os residentes tendo a oportunidade de serem certificados diretamente pelos seus programas de residência, eventualmente haverá poucos ortodontistas não certificados. Então, esses que não são certificados estarão em desvantagem aos olhos do público. Isto é como deveria ser. Mas lembre, o ABO não representa a comunidade ortodôntica. O ABO existe para proteger o público e assegurar que um ortodontista certificado é qualificado para tratar os pacientes. Nós ainda estamos longe de alcançar esta meta, mas isso já foi obtido em Medicina e já é tempo da Odontologia, especificamente a Ortodontia, sair do atraso para os dias atuais, no que se refere à certificação e processo de re-certificação.

---

**9) É importante que os ortodontistas se submetam a testes de Conselhos de seus respectivos países? Se afirmativo, por que?**

Jorge Faber

A resposta para esta pergunta depende totalmente da atitude do país, da percepção de renovação contínua da certificação e da força de compromisso da sociedade ortodôntica de cada país para melhorar o nível de excelência em cuidados ortodônticos. Como declarei anteriormente, esta evolução na definição de certificação do Conselho já mudou em Medicina e Odontologia nos Estados Unidos. Nós já fizemos essa transição. Nós agora consideramos a certificação dada pelo conselho não somente como uma honra obtida por alguns, mas como uma exigência para praticar a especialidade de Ortodontia. Infelizmente, outros países ainda têm a mesma atitude de 75 anos atrás sobre a certificação dada pelo Conselho. Que isso está reservado somente para alguns dos melhores, em minha opinião, é tolice. Certificação e re-certificação farão parte do futuro e os grandes vencedores nesse processo serão os programas de pós-graduação, os ortodontistas formandos, os ortodontistas em prática, os pacientes que nós tratamos e a reputação da Ortodontia.

---

**Marcos Janson**

- Mestre e Especialista em Ortodontia pela FOB – USP /Bauru.
- Ortodontista Clínico em Bauru-SP.
- Professor dos cursos de Especialização em Ortodontia da ABCD-Bahia, UNIC-Cuiabá e USP – Bauru.

**Leopoldino Capelloza Filho**

- Professor Assistente Doutor da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.
- Responsável pelo Setor de Ortodontia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, em Bauru-SP.

**Jorge Faber**

- Doutor em Biologia - Morfologia, Laboratório de Microscopia Eletrônica da Universidade de Brasília.
  - Mestre em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
  - Clínica privada focada no atendimento de pacientes adultos.
-