

PLACA LÁBIO-ATIVA

INTRODUÇÃO

A estabilidade da expansão do arco dentário com tratamentos ortodônticos convencionais tem sido desapontadora⁹. Por outro lado, os ortodontistas e pacientes estão ficando mais preocupados quanto aos efeitos indesejáveis das extrações de pré-molares sobre o perfil facial. Vários autores têm demonstrado que no caso de extração de pré-molares, os lábios podem ficar mais retruídos, o ângulo nasolabial pode ficar mais obtuso e haver menos vermelhão evidente que nos casos sem extração^{1,2,3}.

Dessa forma, foi sugerido que a expansão quando obtida com a placa lábio-ativa (PLA) pode ficar mais estável⁵. Depois de oito semanas com a placa lábio-ativa, a pressão do lábio e bochechas diminui para níveis normais ou até menores. Esta alteração no equilíbrio da musculatura deve ajudar a evitar a recidiva¹⁰.

APRESENTAÇÃO DO APARELHO

A PLA é constituída de fio 0,9 mm e um escudo acrílico (escudo labial inferior), sendo que este último se interpõe entre o lábio inferior e os incisivos inferiores enquanto que as extremidades do fio são ajustadas no tubo dos primeiros molares permanentes⁸ (Fig. 1, 2 e 3).

INDICAÇÕES

- Ancoragem inferior¹¹;
- Recuperação do espaço mandibular, através da vestibularização dos incisivos inferiores e até distalização dos molares inferiores⁸.

EFEITOS DA PLACA LÁBIO-ATIVA

- Ancoragem do molar: a placa utiliza o escudo labial inferior para neutralizar o movimento mesial dos molares inferiores ou até distalizá-los, quando acrescentamos à PLA um elástico de Classe III. Ou seja, usa a hipertonicidade do lábio inferior contra os molares inferiores¹¹.

- Ganho de espaço mandibular: conquista de espaço no arco inferior pela ação funcional da língua nos incisivos inferiores,



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4

levando-os para vestibular, efeito alcançado devido a anulação da ação do lábio sobre os incisivos¹¹.

MODO DE INSTALAÇÃO

- Semelhante ao AEB (arco extrabucal).
- Materiais utilizados: PLA, alicate 139, alicate trident, alicate de corte pesado e caneta de retroprojetor (Fig. 4).

- Com a caneta de retroprojetor faz-se uma marca no fio na região de caninos inferiores (Fig. 5).

- No local da marca, utilizando um alicate 139 confecciona-se um "looping" no fio (do lado direito e esquerdo da PLA) (Fig. 6 a 13).

- Depois de fazer os "loopings", marca-se no fio da PLA a entrada do tubo do primeiro molar inferior (face vestibular da banda ortodôntica), respeitando o espaço de alguns milímetros do escudo labial inferior à face vestibular dos incisivos inferiores (Fig. 14).

- Com o alicate trident, confecciona-se uma dobra em baioneta, impedindo que o arco interno deslize totalmente dentro do tubo. Corta-se, com o alicate de corte pesado, o excesso do fio. Repete-se o procedimento do lado oposto (Fig. 15 ao 20).

- Estando os molares inferiores previamente bandados, instala-se a PLA colocando um lado de cada vez. A depressão encontrada no escudo labial deverá ser colocada para baixo, na região do freio labial inferior, evitando lesões no mesmo (Fig. 21, 22 e 23).



FIGURA 5

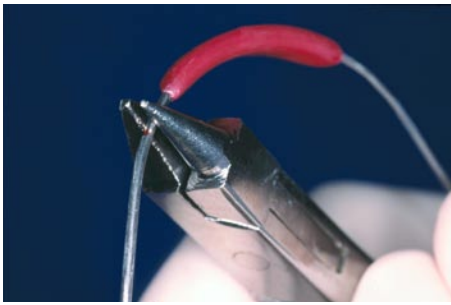


FIGURA 6

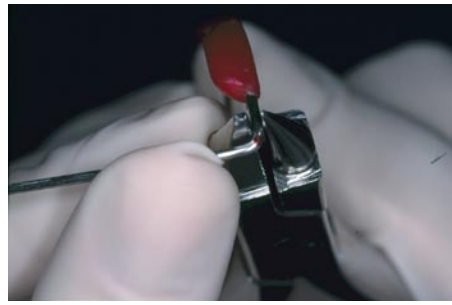


FIGURA 7

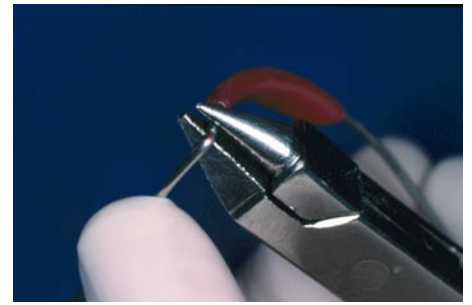


FIGURA 8



FIGURA 9

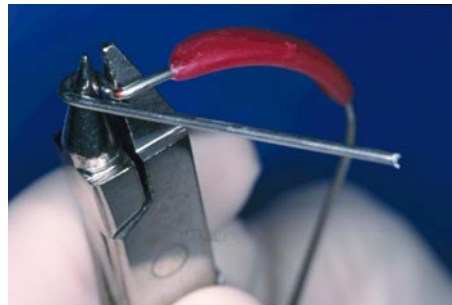


FIGURA 10



FIGURA 11



FIGURA 12

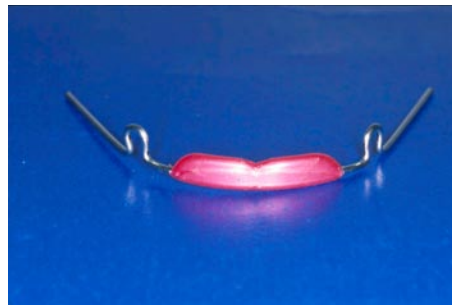


FIGURA 13



FIGURA 14

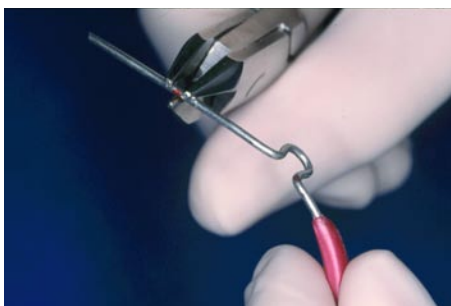


FIGURA 15



FIGURA 16

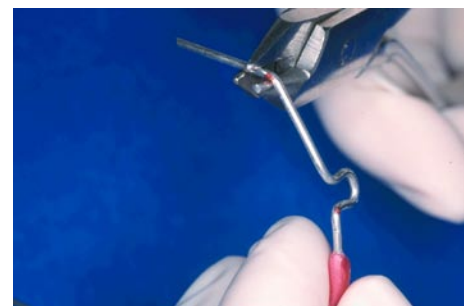


FIGURA 17

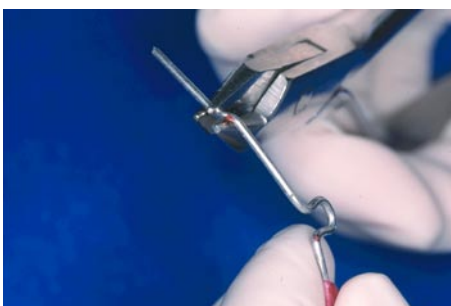


FIGURA 18



FIGURA 19



FIGURA 20



FIGURA 21



FIGURA 22



FIGURA 23

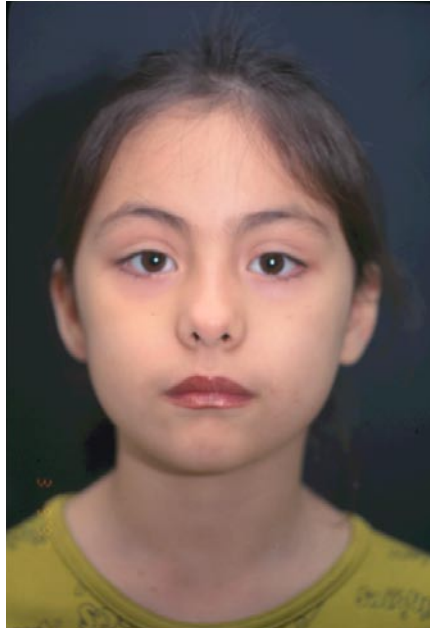


FIGURA 24

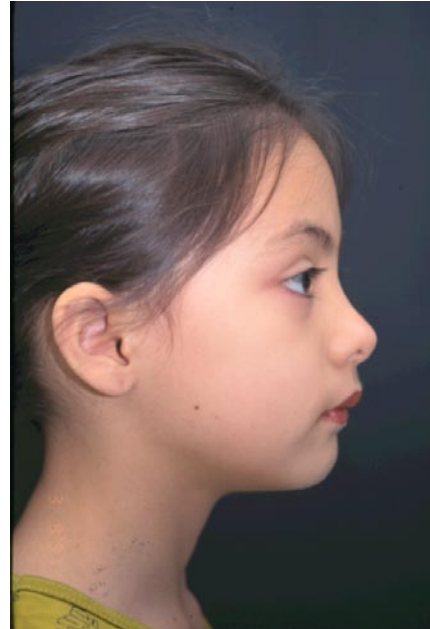


FIGURA 25



FIGURA 26



FIGURA 27



FIGURA 28



FIGURA 29



FIGURA 30



FIGURA 31



FIGURA 32



FIGURA 33



FIGURA 34

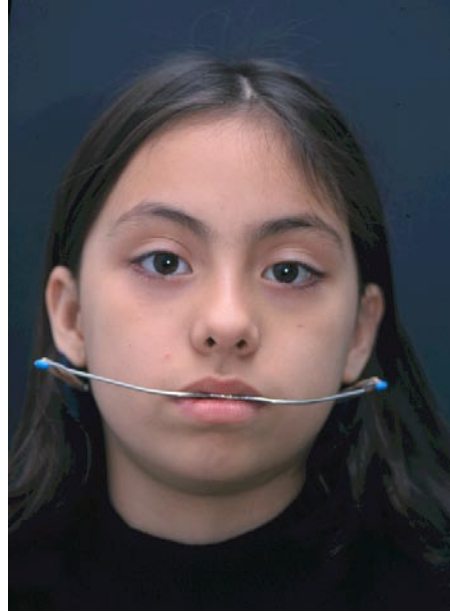


FIGURA 35

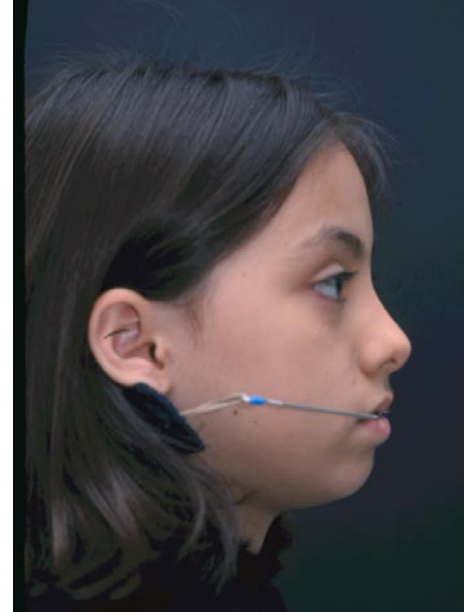


FIGURA 36



FIGURA 37



FIGURA 38



FIGURA 39



FIGURA 40



FIGURA 41



FIGURA 42



FIGURA 43



FIGURA 44



FIGURA 45



FIGURA 46



FIGURA 47



FIGURA 48



FIGURA 49



FIGURA 50



FIGURA 51



FIGURA 52



FIGURA 53



FIGURA 54



FIGURA 55



FIGURA 56



FIGURA 57



FIGURA 58



FIGURA 59

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O uso da PLA quebra o desequilíbrio entre o lábio e a língua (já que nessa situação a força exercida pelo lábio inferior sobre os incisivos inferiores é maior que a força da língua sobre os mesmos), pro-

movendo um movimento anterior dos incisivos. O resultado é próximo ou igual nos incisivos e nos molares⁸;

- Quando usado a PLA, o espaço livre pode empregado para diminuir o apinhamento^{6,7};

- Dugoni et al.⁴ demonstraram que um tratamento como este é mais estável que a extração de pré-molares;

- Se o tratamento for administrado corretamente quanto ao tempo, mais de 2mm de espaço livre pode preservado de cada lado³.

REFERÊNCIAS*

- 1 - BISHARA, S.E.; CUMMINS, D.M.; ZAHER, A.R. A treatment and post-treatment in patients with class II division malocclusion after extraction and nonextraction treatment. **Am J Orthodontic**, v.111, p.18-27, 1997.
- 2 - BISHARA, S.E.; CUMMINS, D.M.; JACOBSEN, J.R.; ZAHER, A.R. Dentofacial and soft tissue changes in class II division 1 cases treated with and without extraction. **Am J Orthodontic**, v.107, p.28-37, 1995.
- 3 - COUNIHAN, D. Expansão do arco e a estética facial. **Revista Dental Press de Ortod. Ortop. Facial**, v.4, n.2, mar./abr.-1999
- 4 - DUGONI, S.A. et al. Early mixed dentition treatment: post evaluation of stability and relapse. **Angle Orthodontic**, v.65, p.311-320, 1996.
- 5 - MOAWAD, M.I et al. Lip adaptation to simulated dental arch alignment, Part 2: one week of simulated expansion. **Angle Orthodontic**, v.66, p.255-259, 1997.
- 6 - NEVANT, C.T; BUSCHANG, P.H.; ALEXANDER, R.G.; STEFFEN, J.M. Lip bumper therapy for gaining arch length. **Am J Orthodontic**, v.100, p.330-336, 1991.
- 7 - OSBORNE, W.S.; NANDA R.S.; CURRIER, G.F. Mandibular arch perimeter changes with lip bumper treatment. **Am J Orthodontic**, v.99, p.527-532, 1991.
- 8 - PROFFIT, W.R. **Ortodontia Contemporânea**. Ed. , 3a ed., ano.
- 9 - SHELLHART, W.G. et al. A prospective study of lip adaptation during six months of simulated mandibular dental arch expansion. **Angle Orthodontic**, v.67(1), p.47-54, 1997.
- 10 - SOO, N.D; MOORE, R.N. A technique for measurement of intraoral lip pressures with lip bumper therapy. **Am J Orthodontic**, v.99, p.409-416, 1991.
- 11 - VELLINI, F.F. **Ortodontia, Diagnóstico e Planejamento Clínico**. Ed. Artes Médicas, cap.19, p.391-418, 2000.

* Caso deseje obter os artigos referenciados acima, na íntegra, entre em contato com biblioteca@dentalpress.com.br (para artigos em inglês, consultar disponibilidade de versão traduzida para português)

Autoras: Dra. Calliandra Moura Pereira,
Dra. Carina Faleiros Demito

Coordenação e Revisão Científica: Dra. Ligiane Vieira Tokano Ramos

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização de:

DENTAL PRESS EDITORA LTDA.
Av. Euclides da Cunha, 1718 - CEP: 87015-180 - Maringá - Pr.
Fone/Fax: (44) 262-2425 - www.dentalpress.com.br
e-mail: dental@dentalpress.com.br