

Continue



Chaves de oclusão

1. Eduardo G. M. Mangolin *CLASSIFICAÇÃO DAS MÁS OCLUSÕES 2. Natureza da Oclusão Ideal • John Turner (anatomista) início do séc. XVIII; • Carabelli séc. XIX descreve relações normais dos arcos dentários; • Angle séc. XX "A Linha de Oclusão dos Arcos superior e inferior passa através da fossa central ao longo do ângulo dos dentes superiores, bem como pelas cúspides vestibulares e bordos incisais dos dentes inferiores." 3. Natureza da Oclusão Ideal • John Turner (anatomista) início do séc. XVIII; • Carabelli séc. XIX descreve relações normais dos arcos dentários; • Angle séc. XX "A Linha de Oclusão dos Arcos superior e inferior passa através da fossa central ao longo do ângulo dos dentes superiores, bem como pelas cúspides vestibulares e bordos incisais dos dentes inferiores." GRABER, T. M., Diagnóstico e Plano de Tratamento em Ortodontia, p. 25, ed. 30.2000 4. "É um complexo estrutural composto fundamentalmente por dentes e ossos basais, caracterizado pela relação normal dos chamados planos inclinados dos dentes, que estão individual e coletivamente localizados em harmonia arquitetônica com seus respectivos ossos basilis e com a anatomia craniana, exibem corretos contatos interproximais e inclinações axiais e possuem, associados a eles, crescimento, desenvolvimento e localização normais dos tecidos adjacentes". Strang (1950) Oclusão Normal 5. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews As 6 chaves de oclusão de Andrews são as somas de todas as características que uma oclusão normal deve apresentar: • Chave 1 – Relação Molar; • Chave II – Angulação mesiodistal dos dentes (Angulação da Coroa); • Chave III – Inclinação vestibulolingual dos dentes. (Inclinação da coroa); • Chave IV – Ausência de rotações dentais; • Chave V – Áreas de contato interproximal justo; (Contatos Justos); • Chave VI – Curva de Spee; 6. Ilustração dos dentes superiores em um aspecto lateral e frontal, mostrando a inclinação dos longos eixos das raízes. 7. Visão frontal e lateral de uma mandíbula e os seus dentes, exemplificando a correta inclinação axial dos dentes. 8. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave 1 – Relação Molar São avaliados 4 fatores para definir a 1a chave de oclusão: 1 - Ocorre quando a cúspide mesiovestibular do 1oMolar superior ocui no sulco mesio vestibular do 1oMolar inferior. 1.2 - Vertentes externa distal da cúspide distovestibular do 1oMolar superior permanente com a vertente externa mesial da cúspide mesiovestibular do Zomolar inferior permanente. 1.3 - A cúspide mesiopalatina do 1oMolar superior ocuindo na fossa central do 1oMolar inferior. 9. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave 1 – Relação Molar 1.4 – as cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores; 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. 10. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave 1 – Relação Molar 11. A cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente ocui no sulco mesiovestibular do primeiro molar superior permanente inferior. 12. A cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente ocui no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior. 14. O canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia 15. O canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia 16. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave II – Angulação mesiodistal dos dentes (Angulação da Coroa) [] Todas as coroas apresentam angulação positiva para mesial. [] A linha que passa pela coroa e raiz dental configura uma curva de convexidade anterior necessária à estabilização funcional de cada dente em particular e de todo o arco em conjunto. [] A inclinação mesiodistal corresponde a coroa desta curva. [] Cada elemento dental tem uma angulação mesiodistal. Tanto no arco inferior quanto no superior. 17. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave II – Angulação mesiodistal dos dentes (Angulação da Coroa) 18. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave III – Inclinação vestibulolingual dos dentes. (Inclinação da coroa) 1. A maior parte dos incisivos superiores apresenta uma inclinação para vestibular. E os incisivos inferiores para lingual.(também tem uma certa inclinação para a vestibular mas são mais lingualizados) 2.Os caninos e pré molares têm inclinação para a lingual semelhantes E os primeiros e segundos molares também têm inclinação semelhante. 3.As inclinações dos dentes inferiores são progressivamente para lingual. 19. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave III – Inclinação vestibulolingual dos dentes. (Inclinação da coroa) 20. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave IV – Ausência de rotações dentais 21. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave V – Áreas de contato interproximal justo. (Contatos Justos) 22. As 6 Chaves de Oclusão de Andrews • Chave VI – Curva de Spee [] Curva de Spee: Apresenta profundidade que varia de um plano raso a ligeiramente côncava. Curva de Spee irregular pode afetar os movimentos verticais, laterais, anteriores e posteriores da mandíbula. 23. Malocusão 24. Outra variação da oclusão normal é denominada de malocclusão. • Este conceito, apesar de correto, faz com que praticamente a totalidade dos casos se enquadrem na classe das malocclusões. 24. Ao estabelecer com precisão as determinantes da oclusão perfeita, Andrews estava contribuindo para objetivar e padronizar a finalização do tratamento ortodôntico. 25. Não há dúvidas que limite da movimentação ortodôntica está na devolução das seis chaves de oclusão perfeita, plenamente viáveis na clínica ortodôntica. 36. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO Definição – “É um processo de análise dos casos de malocclusão com o propósito de separá-los em um pequeno número de grupos, sendo que cada grupo seja caracterizado por certas variações específicas e fundamentais na oclusão normal.” Strang, R. H. A., A Text Book of Orthodontia, Lea e Febiger, Philadelphia, cap. 01 e 06, 1950. 37. Quais as finalidades da classificação? 1.) Comparação 2.) Facilidade de referência 3.) Comunicação pessoal Não fornece: 1.) Etiologia 2.) Prognóstico 3.) Melhor método de tratamento A classificação foi criada em 1899, e posteriormente modificada em 1907. 1.) É uma classificação dentária 2.) É antero-posterior 3.) É estática 4.) É intra-bucal 38. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO • Angle • Lischer • Simon 39. Malocclusão Angle (1907) Modelo • Todos os casos de malocclusões inserem-se, naturalmente, em um número muito pequeno e facilmente reconhecido de grupos, ou três grandes classes, com suas divisões e subdivisões. • Quando assim classificadas, a extensão de variação do normal em cada caso é facilmente compreendida, e a necessidade de tratamento se faz manifestada”. 40. Angle classifica de acordo com a posição do primeiro molar permanente. • Primeiro dente permanente a erupcionar • Não depende da esfoliação de nenhum dente decíduo • Localizado em área de grande condensação óssea • Dente de grande volume 42. Malocclusão CLASSE I • A mandíbula e o arco dentário inferior estão em uma posição normal em relação à base craniana, com os primeiros molares em chave de oclusão em ambos os lados da arcada. • A malocclusão é essencialmente restrita a má posição dentária e, geralmente, a função muscular é normal. Assim, é comum na região anterior, a presença de apinhamentos, mordida aberta ou sobremordida exagerada. 43. Malocclusão CLASSE I • Uma situação comumente observada é a protrusão dos dentes anteriores superiores e inferiores, com todo o segmento posterior bem relacionado. Esse tipo de malocclusão é denominada de biprotrusão, e insere-se na classe I de Angle (caso os molares estejam em chave de oclusão). 45. Malocclusão CLASSE II A mandíbula e o arco dentário inferior estão posicionados distalmente em relação ao arco dentário superior e à anatomia craniana. A cúspide méso- vestibular do primeiro molar superior ocui anteriormente ao sulco méso- vestibular do primeiro molar inferior. Há duas divisões na Classe II: • Divisão 1 A relação molar é aquela descrita acima, e os incisivos superiores encontram-se projetados vestibularmente. Assim, é comum haver sobremordida exagerada e overjet acentuado. 46. Malocclusão CLASSE II • Divisão 1 47. Malocclusão CLASSE II A mandíbula e o arco dentário inferior estão posicionados distalmente em relação ao arco dentário superior e à anatomia craniana. A cúspide méso- vestibular do primeiro molar superior ocui anteriormente ao sulco méso- vestibular do primeiro molar inferior. Há duas divisões na Classe II: • Divisão 1 A relação molar é aquela descrita acima, e os incisivos superiores encontram-se projetados vestibularmente. Assim, é comum haver sobremordida exagerada e overjet acentuado. 48. Malocclusão CLASSE II • Divisão 2 A relação de disto-oclusão dos molares também pode estar presente em apenas um dos lados da arcada, caracterizando as subdivisões. As figuras abaixo mostram um caso de Classe II divisão 2 subdivisão direita: 50. Malocclusão CLASSE II • Características: [] Comprometimento do perfil, apresentando-se retrognata Sobressalência e sobremordida excessiva. Pode vir acompanhada de extrausão dentária. Geralmente com comprometimento da curva de Spee. Lábios hipotônicos Pode induzir hábitos 51. Malocclusão CLASSE III • A mandíbula e o arco dentário inferior está posicionados mesialmente em relação à maxila e à anatomia craniana. • A cúspide méso-vestibular do primeiro molar superior ocui distalmente ao sulco méso-vestibular do primeiro molar inferior. • Os arcos dentais podem apresentar compensações como a inclinação lingual dos dentes anteriores inferiores e a projeção dos anteriores superiores, na tentativa de estabelecer contato. 52. Malocclusão CLASSE III • Características: [] Deformação facial Perfil côncavo Mento e lábio inferior protruído Mordida cruzada posterior e anterior ou de topo. Protrusão mandibular pu é rara. Geralmente causada por uma maxilaretrogna, ou por um misto de retratognatismo maxilar co prognatismo mandibular. 53. Malocclusão CLASSE III 55. Malocclusão Lischer: • Denominação das más posições dentárias individualmente. • Envolve somente a adição do sufixo “versão” à palavra indicadora da direção para a qual o dente desvia-se da posição normal. Moyers, R. C., Handbook of Orthodontics, Year Book Inc, Chicago, p. 303-318, 1974. 56. Malocclusão Lischer: mesioversão – mesial à posição normal; • Inversão – distal à posição normal; • linguoversão – lingual à posição normal; • labioversão ou bucoversão – na direção do lábio ou da bochecha; • infraversão – abaixo da linha de oclusão – supraversão – acima da linha de oclusão; • axioversão – inclinação axial incorreta; 4.) Dente de grande volume. 89. Apesar das várias críticas sofridas por Angle, seu sistema de classificação é simples e de fácil agrupamento, sendo a mais utilizada até os dias de hoje. • Apesar dos conceitos Gnátostáticos de Simon serem de difícil compreensão em sua época, são muito empregados atualmente, principalmente após o advento da radiologia cefalométrica. • Classificação de Lischer, para o posicionamento individual dos dentes, é utilizada com muita frequência na prática da clínica ortodôntica, devido à facilidade de comunicação. Conclusão 90. CONSIDERAÇÕES • E bastantes provável que todos os casos encontrados estejam incluídos nas classificações acima. Ainda permanece, contudo, uma possível Classe - a saber, onde uma das metades laterais encontra-se em oclusão mesial, enquanto a outra está em distal, mas casos assim são tão raros que nenhuma outra referência se faz necessária. 91. CONSIDERAÇÕES • A perda de um dente por extração é, geralmente, seguida por mudanças tão marcantes nas posições dos dentes remanescentes que tanto o diagnóstico e o tratamento ficam muito complicados. Assim, cuidado e bom julgamento devem ser exercidos, dando-se a devida atenção para a inclinação de cada dente e para outras alterações que resultem da extração. 92. Referências Bibliográficas GRABER, T. M., Diagnóstico e Plano de Tratamento em Ortodontia, p. 25, ed. 3.2000. Moyers, R. C., Handbook of Orthodontics, Year Book Inc, Chicago, p. 303-318, 1974. SALZMANN, J. A., Principles of Orthodontics, J. B. Lippincott Co., p. 386-415, 1943. Protração 77. Sistema de Simon • Plano Orbital [] Desvios do Plano Orbital - relações antero-posteriores Salzmann, J. A., Principles of Orthodontics, J. B. Lippincott Co., p. 386-415, 1943. STRANG, R. H. A., A Text Book of Orthodontia, Lea e Febiger, Philadelphia, cap. 01 e 06, 1950. STRANG, R. H. W. Tratado de Ortodontia. Buenos Aires, Bibliografía Argentina, 1957. p.66. ANGLE, E.H. Classification of Malocclusion: Dental Cosmos, p. 248-264, 1899. Em sua pesquisa, utilizando uma amostragem de 120 casos (modelos) de oclusão perfeita, com muita propriedade, propõe seis características obtidas do conhecimento atual da oclusão na dentadura natural. As 6 chaves da oclusão perfeita não são novidades conceituais, mas sim a reunião de leis, princípios, conceitos e regras da mais alta importância para a Ortodontia Contemporânea. Chave 1 – Relações Interarcos. Dentre as 6 chaves, a primeira se reveste de suma importância pelas características encontradas de forma significativa na coleção de 120 modelos que oclusão perfeita. O autor dividiu esta chave em 7 itens: As cúspides mesiovestibulares dos primeiros molares superiores permanentes (16 e 26) ocuam nos sulcos mesiovestibulares dos primeiros molares inferiores (36 e 46); As pontes (cristas) marginais distais dos dentes 16 e 26 devem ocuir com as cristas marginais mesiais dos 37 e 47; As cúspides mesiopalatinas dos 16 e 26 devem ocuir nas fossas centrais dos 36 e 46; As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores devem manter uma relação cúspide-ameia com os dentes 34, 35, 36, 44, 45 e 46; As cúspides palatinas dos pré-molares superiores devem ocuir com as fossas distais dos dentes 34, 35, 44 e 45; Os caninos superiores devem fazer uma chave perfeita com uma relação cúspide-ameia com os dentes 33, 34, 43 e 44; Os incisivos superiores devem fazer uma sobremordida e uma sobressalência com os inferiores, de modo a promoverem uma protrusiva que desloca os dentes posteriores. As relações interincisivos devem mostrar coincidência de suas linhas médias. Antes de continuar, você sabia que temos um canal no Youtube? Teremos conteúdos como esse transformados em vídeos e precisam que você se inscreva ► (só clicar na imagem:) Chave 2 – Angulação das Coroas. Para Andrews, a angulação das coroas clínicas de todos os dentes se apresentam inclinadas mesialmente. Quando a angulação se apresentar invertida, a notação é negativa. Chave 3 – Inclinação das Coroas. Por intermédio de uma tangente às faces vestibulares, acompanhando o longo eixo das coroas em relação ao plano occlusal de Andrews, verifica-se a seguinte disposição: Os incisivos centrais e laterais superiores têm inclinação positiva; Os incisivos inferiores, pré-molares e molares superiores e inferiores mostram inclinações negativas, que aumentam progressivamente em direção posterior. Chave 4 – Ausência de Rotações. Arcos dentários com ausência de rotações apresentam um perímetro normalizado, sem espaços interdentários. Chave 5 – Pontos de Contatos Justos. Na ausência de discrepância no diâmetro mesiodistal de coroa, as relações interproximais devem ser as mais justas possíveis. Os profissionais da área da odontologia estudam sistemas e classificações para entender mais sobre questões relacionadas à cavidade bucal. Os ortodontistas, por exemplo, se baseiam nas chaves de oclusão de Andrews. Esse sistema de classificação é utilizado, principalmente, na hora dos diagnósticos e tratamentos das oclusões dentárias dos pacientes. Mas, afinal, o que são as chaves de oclusão de Andrews? As chaves de oclusão de Andrews indicam as características ideais para uma oclusão dentária adequada do ponto de vista morfológico. Importante: no total existem seis chaves de oclusão de Andrews. Se você ficou interessado pelo assunto, então fique ligado neste artigo! Isso porque vamos tirar todas as suas dúvidas e mostrar curiosidades sobre as chaves de oclusão. Vamos começar? Conhecendo Mais Sobre as Oclusões Dentárias A oclusão dentária indica o contato entre a parte superior e inferior da arcada dentária. Dessa forma, os dentes ficam alinhados e o encaixe é considerado adequado. Além disso, uma oclusão dentária correta permite que algumas funções da cavidade bucal tenham um desempenho positivo, como: Função mastigatória; Função fonética; e Função de deglutição. No entanto, para uma oclusão ser considerada perfeita, ela precisa seguir as características do sistema de chaves de Andrews. Quais São as Chaves de Oclusão de Andrews? Como já vimos no começo deste artigo, há seis que determinam a oclusão perfeita de Andrews. Elas são: Relações dos molares ou interarcos; Angulação das coroas; Inclinação das coroas; Rotações; Pontos de contatos interproximais; e Curva de Spee. Relação dos Molares ou Interarcos A chave 1 apresenta as seguintes características: As cúspides mesiovestibulares dos primeiros molares permanentes superiores permanentes devem ocuir nos sulcos mesiovestibulares dos dentes antagonistas: As cristas marginais, que são distais, dos dentes 1º molares superiores precisam ocuir com as cristas marginais, que são mesiais, dos dentes 2º molares inferiores; As fossas centrais dos primeiros molares devem ser ocuidas pelas cúspides mesiopalatinas dos primeiros molares; As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores precisam ter a relação cúspide-ameia com alguns dos dentes pré-molares; As cúspides dos pré-molares superiores precisam ocuir as fossas distais de alguns dentes pré-molares; Dentes caninos superiores fazem uma chave adequada com a relação cúspide-ameia com os dentes caninos e pré-molares; e Dentes incisivos superiores participam na sobremordida sobre os dentes inferiores. Angulação das Coroas A chave 2 indica que o eixo da angulação das coroas são inclinadas de forma mesial. Inclinação das Coroas A chave 3 O eixo superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. 1.4 – a ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar... São avaliados 7 fatores para definir a 1ª chave de oclusão: 1.1 - Ocorre quando a cúspide méso vestibular do 1ºMolar superior ocui no sulco méso vestibular do 1ºMolar inferior. (Igual foi descrito por Angle, se lembra? se não, clique aqui e reveja a Classificação das Molocclusões de Angle). 1.2 - A crista marginal distal do primeiro molar superior permanente ocui na crista marginal mesial do segundo molar inferior. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.3 – A cúspide méso palatina do 1ºMolar superior ocui na fossa central do 1ºMolar inferior. 1.4 – As cúspides vestibulares dos pré-molares superiores possuindo relação de cúspide-ameia com os pré-molares inferiores. Fonte: Azenha, 2011 “ Comprø o Livro 1.5 – as cúspides palatinas dos pré-molares superiores possuindo uma relação cúspide-fossa com os pré-molares inferiores; 1.6 – o canino superior com uma relação cúspide-ameia com o canino e primeiro pré-molar inferior. A ponta da cúspide levemente mesial à ameia; 1.7 – Os incisivos superiores sobrepondo-se aos inferiores e as linhas medianas dos arcos coincidentes. Nossa 1ª chave foi muito importante, pois até então não se tinha uma referência tão precisa de uma oclusão ideal. Hoje tendo um modelo base, podemos buscar no tratamento ortodôntico, nos aproximarmos das 6 chaves descritas por Andrews. Tenho que decorar as 6 chaves? SIM e não. Na verdade as 6 chaves nos dão a referência de normalidade, sendo assim, se não soubermos o que é normal como sabemos corrigir o que está errado? Sendo assim as 6 chaves devem estar bem fixadas na cabeça de qualquer dentista, pois é peça fundamental no diagnóstico. Devemos sempre ter em mente que o ortodontista deve “Levar o que está errado para o lugar certo”, levando em consideração os conceitos de normalidade, porém sem esquecer que cada paciente é um ser único, e o que é normal em um caso pode não ser em outro, ou seja, não devemos nos limitar a tratar o paciente buscando as 6 chaves, devemos sempre avaliar o perfil do paciente e estruturas ósseas. Não adianta nada entregarmos uma oclusão perfeita e o paciente estar desconto com o perfil. (Pense nisso!!!) Eu vou ser um pouco radical e dizer que você dificilmente chegará as 6 chaves de maneira perfeita, o que temos que ter em mente é buscar se aproximar ao máximo delas, levando em consideração o item descrito acima. Bla bla bla, a parte, vamos começar