



Rede credenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

DEBORA BIBIANO

TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II, COM EXTRAÇÃO
DE DOIS PRÉ-MOLARES SUPERIORES

PORTO VELHO/RO

2018

DEBORA BIBIANO

TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II, COM EXTRAÇÃO
DE DOIS PRÉ-MOLARES SUPERIORES

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensus da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Hediberton Aguiar

Co-orientador (a): Prof.

PORTO VELHO/RO

2018

BIBIANO, Débora.

Tratamento da má oclusão de Classe II, com extração de dois pré-molares superiores-Relato de caso clínico / Débora Bibiano. – Porto Velho:

2018.

xx f.; 30 cm.

Orientação: Prof. Hediberton Aguiar.

Artigo (Especialização) Departamento de Pós-Graduação em Odontologia – Especialização em Odontologia, Subárea Ortodontia. FACSETE-Ciodonto, 2018.

1. Mordida Aberta. 2. Má oclusão de Angle Classe II. 3. Biprotusão.

BIBIANO, Débora. Tratamento da má oclusão de Classe II, com extração de dois pré-molares superiores -Relato de caso clínico.

FACSETE

Artigo intitulado "TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II, COM EXTRAÇÃO DE DOIS PRÉ-MOLARES SUPERIORES de autoria da aluna Débora Bibiano, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. - FACSETE

Prof^a. - FACSETE

Prof^a. - FACSETE

Porto Velho/RO, 09 de Fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre guiar meus caminhos.

Aos meus filhos amados, pela ausência, compreensão e paciência, e por estarem sempre ao meu lado apoiando nas horas mais difíceis, como nos momentos alegres.

A meu Pai e minha mãe, que sempre me serviram de exemplo de bom caráter e honestidade, me dando a educação necessária para poder estar hoje concluindo mais uma etapa de minha vida.

Ao Prof. Hediberton Aguiar, pelo exemplo de pessoa e profissional, pelas orientações recebidas.

E a Ciodonto, pela oportunidade de estudo.

RESUMO

O objetivo deste artigo é mostrar um caso clínico quanto ao tratamento da má oclusão de classe II, com extração de dois pré-molares superiores. Sabe-se que devido à alta incidência da má oclusão de Classe II, os ortodontistas devem ter pleno controle das diversas condutas de tratamento ao tratar esta má oclusão. A paciente pesquisada trouxe o tratamento superior, com desvio nos dentes superiores e inferiores, sendo de Classe II completa, realizando assim, o tratamento na mesma. A proposta foi de realizar um plano de tratamento com extrações de pré-molares superiores, onde após a finalização do tratamento, o aparelho foi removido e uma contenção 3x3 foi instalada nos dentes ântero-inferiores. Para os dentes superiores foi confeccionada uma placa de Hawley com um orifício na região da papila incisiva. O orifício tem como função reeducar a postura da língua, evitando sua interposição entre os dentes anteriores durante a fala e deglutição.

Descrição: Classe II. Caso Clínico. Tratamento.

ABSTRACT

The objective of this article is to show a clinical case regarding the treatment of class II malocclusion, with extraction of two upper premolars. It is known that due to the high incidence of Class II malocclusion, orthodontists must have full control of the different treatment channels when treating this malocclusion. The patient under investigation brought the superior treatment, with deviation in the upper and lower teeth, being Class II complete, thus performing the treatment in the same. The proposal was to carry out a treatment plan with extractions of upper premolars, where after finishing the treatment, the device was removed and a 3x3 restraint was installed in the antero-inferior teeth. For the upper teeth a Hawley plate with a hole in the region of the incisive papilla was made. The orifice has as a function to reeducate the posture of the tongue, avoiding its interposition between the anterior teeth during speech and deglutition.

Description: Class II. Clinical case. Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografias extrabucais iniciais	10
Figura 2 – Fotografias intrabucais frontal e laterais ao início do tratamento	11
Figura 3 – Radiografia panorâmica ao início do tratamento	11
Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento	12
Figura 5 – Início do tratamento para nivelamento de espaço	13
Figura 6 – Alinhamento e nivelamento	14
Figura 7 – Elásticos correntes	15
Figura 8 – Placa de Hawley com orifício recordatório e contenção 3X3	16
Figura 9 – Fotografias extrabucais imediatamente após a remoção do aparelho	16
Figura 10 – Fotografias intrabucais imediatamente ao final do tratamento	17
Figura 11 – Radiografia panorâmica ao final do tratamento	17
Figura 12 –Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento	17
Figura 13A – Sobreposição (em base do crânio S–N) do início (preto) e final do tratamento (verde).....	18
Figura 13B – Sobreposição em Plano Palatino (ENA-ENP) e 15C – sobreposição em plano mandibular (GoMe).....	18
Tabela 01 - Tabela de variáveis cefalométricas	19

SUMÁRIO

1 – Resumo	06
2 – Introdução	09
3 – Descrição de Caso clínico	10
3.1 – Tratamento	12
4 – Resultados	18
5 – Discussão.....	21
6 – Conclusão	24
7 – Referências Bibliográficas	25

INTRODUÇÃO

A má oclusão de classe II caracterizada pela relação anteroposterior dos molares, que pode estar acompanhada por um degrau aumentado entre as bases ósseas. Essa condição dentária é a mais prevalente das más oclusões tratadas pelos ortodontistas. Exigindo do profissional, os aspectos importantes para o diagnóstico, como: se essa Classe II é dentária ou esquelética, e, ainda, se o problema tem origem na maxila, na mandíbula ou na sua associação.^{[1],[2],[3]}

O plano de tratamento sempre que possível deve ser de forma conservadora, por isso se deve levar em conta a severidade da má oclusão, grau de apinhamento, o perfil do paciente, a idade e o padrão facial.^{[4],[5],[6]}

Contudo, estudos recentes têm demonstrado que, para uma mesma idade e grau de severidade, o protocolo de tratamento da má oclusão de Classe II com extrações de dois pré-molares superiores apresenta maior eficiência do que o protocolo de tratamento com extrações de quatro pré-molares ou sem extrações. Portanto, pode-se afirmar que a escolha do protocolo de tratamento a ser aplicado na correção da má oclusão de Classe II constitui um dos poucos meios, senão o único, do qual o profissional pode lançar mão para influenciar significativamente a taxa de sucesso dos tratamentos.

O presente relato descreve o tratamento da má oclusão de classe II, com extração de 2 pré-molares superiores.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.S.M., 12 anos, gênero feminino, procurou atendimento na clínica ortodôntica tendo como queixa principal o mau posicionamento dos dentes superiores. No exame extrabucal, observou-se assimetria facial dentro dos padrões de normalidade, boa harmonia dos terços faciais com suave inclinação da linha bipupilar e do sorriso, perfil facial suavemente convexo com selamento labial passivo (Fig. 1A-C).



Figura 1A

Figura 1B

Figura 1C

Figura 1(A-C) - Fotografias extrabucais iniciais

Na análise intrabucal, diagnosticou-se uma má oclusão de Classe II, trespasse vertical de 3mm, trespasse horizontal 1mm e apinhamento dentário severo na arcada superior e moderado na inferior. Observou-se também, desvio da linha média dentária superior de 3mm para o lado direito, linha média dentária inferior coincidente com o plano sagital mediano e curva de Spee acentuada.



Figura 2 A

Figura 2B

Figura 2 C



Figura 2 D

Figura 2 E

Figura 2 (A-E) – Fotografias intrabucais frontal e laterais ao início do tratamento

A paciente é de classe II completa, com o superior over-jet, trazendo boas exposições dos incisivos superiores. Esta tem apinhamento do dente 13 e sua linha média superior está desviada para o lado direito.

Do lado direito a paciente apresenta relação de molar 1/2 classe II e do lado esquerdo molar de Classe I. Quanto a oclusão posterior, na cúspide x embrasuras, tem ocorrência entre esquerdo e direito, sendo assim, de classe II bilateral, com desgaste de 23 ao 43.

A trespasse vertical é de 2 mm e a horizontal de 3 mm, com ausência da curva de Spee.

Na radiografia panorâmica inicial, observou-se características de normalidades das estruturas dento alveolares, apinhamento dentário na arcada superior como também giroversões dos caninos inferiores e ausência dos terceiros molares superiores e inferiores.



Figura 3 – Radiografia panorâmica ao início do tratamento.

Na telerradiografia inicial, identificou-se um padrão facial mesocefálico, perfil suavemente convexo.



Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento

Plano de tratamento

Após o diagnóstico da má oclusão da classe II completa, foi proposto para a paciente que a primeira opção de tratamento seria a extração de dois pré molares superiores (dentes 14,24), havendo a extração, a instalação do aparelho e o uso de elástico (3/16) para a correção da classe II. Essa alternativa de tratamento foi baseada no propósito de melhorar a harmonia da face.

A segunda opção de tratamento poderia ser feito o tratamento compensatório sem extrações. Entretanto, com a paciente apresentava apinhamento severo no arco superior, optou-se pelas extrações de dois pré-molares.

Por fim, a paciente concordou com a primeira opção de tratamento, realizando assim, o tratamento ortodôntico.

Tratamento

Inicialmente, foram realizadas as extrações dos dentes 14 e 24, logo em seguida, foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição

Roth, com slot $.022 \times .030$ ". Nas fases de alinhamento e nivelamento, foi utilizada a seguinte seqüência de fios de níquel-titânio (NiTi) $.014$ ", $.016$ ", $.018$ ", $.019 \times .025$ ".



Figura A

Figura B

Figura C



Figura D

Figura E

Figura 5 (A-E) – Início de tratamento para nivelamento e fechamento de espaço na oclusal superior

Após a extração dos dentes 14 e 24 foram feitas as instalações do aparelho superior e o uso de elástico de Classe II para fechamento de espaços.



Figura A

Figura B

Figura C



Figura D

Figura E

Figura 7 (A-E) – elásticos correntes

Logo após o final dessa fase, já não havia grandes espaços das extrações previamente realizadas. Foram inseridos arcos retangulares .019"x.025" de aço inoxidável com torque vestibular resistente conjugados ao uso de elásticos de Classe II.

A mecânica de intrusão dos molares permaneceu ativa até o fechamento de espaço. Nesse momento, foram adicionados elásticos corrente na região de caninos para a sobrecorreção do trespasse positivo na região anterior (Figura 13).

Após a correção da má oclusão, foi realizada a remoção do aparelho e instaladas as contenções, sendo a placa de Hawley no arco superior e 3X3 no arco inferior. Recomendou-se, também, a utilização da placa de contenção superior 24 horas por dia, durante 6 meses, e uso noturno após esse período, totalizando 12 meses de uso. A 3x3 inferior foi recomendada o uso por tempo indeterminado.



Figura A

Figura B

Figura C



Figura D

Figura E

Figura 8 (A-E) – Placa de Hawley com orifício recordatório e contenção 3x3.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 9 (A-C)– Fotografias extrabucais imediatamente após a remoção do aparelho.



Figura A

Figura B

Figura C



Figura D

Figura E

Figura 10 (A-E) – Controle após 6 meses da remoção do aparelho ortodôntico e Maxila e Mandíbula após a remoção do aparelho ortodôntico.



Figura 11 – Radiografia panorâmica ao final do tratamento



Figura 12– Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento

Após 4 anos e 11 meses do término do tratamento, a paciente não retornou ao consultório para o controle dos resultados obtidos com o tratamento ortodôntico.

SOBREPOSIÇÕES DOS TRAÇADOS INICIAL E FINAL

O aparelho foi removido após um período de quatro anos e onze meses de tratamento. Os componentes esqueléticos, maxilar e mandibular, sofreram alterações, assim como a relação entre a maxila e mandíbula. O componente

vertical sofreu sensível diminuição verificada pelas variáveis FMA, SN.PIOcl e AFAI (Tabela I) (Figura 13A).

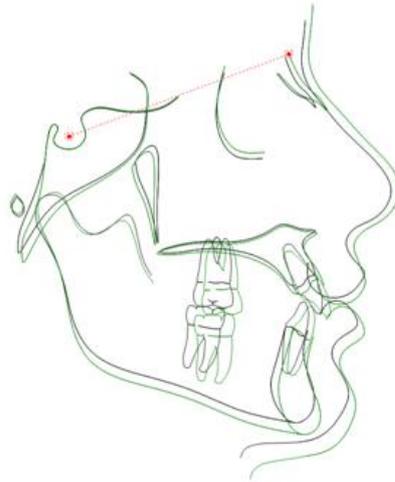


Figura 13 A – Sobreposição (em base do crânio S–N) do início (preto) e final do tratamento (verde).

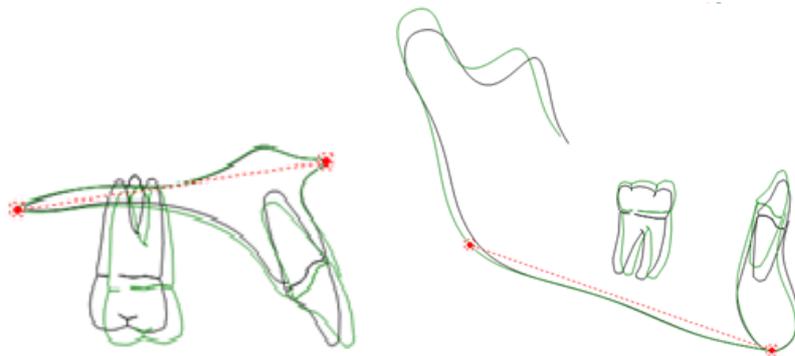


Figura 13 B- Sobreposição em Plano Palatino (ENA-ENP) e 13C – sobreposição em plano mandibular (GoMe)

RESULTADOS

Houve mudanças significativas nos componentes esqueléticos maxilo-mandibular nas bases ósseas. Entretanto, pode-se observar grandes diferenças dentoalveolares, alinhamento e nivelamento do arco superior e no perfil tegumentar da paciente ficou suavemente convexo.

No componente dentoalveolar superior, a vestibularização dos incisivos superiores, foi alterada de 19.9 para 28.6 graus, ocorrendo uma grande inclinação para lingual. Em medidas lineares, mostra-se a retração dos incisivos superiores modificada de 3.0 mm para 5.5 mm.

No componente dentoalveolar inferior, os incisivos apresentaram uma importante lingualização de 17.6 para 19.8 graus, a retração dos incisivos inferiores foi bem observada através da medida linear houve um aumento de 1.2 mm para 2.2 mm. Confirmando uma significativa lingualização e retração dentária tanto dos incisivos superiores quanto dos inferiores.

A AFAI sofreu uma diminuição em razão do giro da mandíbula no sentido anti-horário e os molares tiveram o efeito de mesialização durante a mecânica de fechamento de espaços e o uso do elástico de Classe II.

O perfil tegumentar apresentou melhora através da retração do lábio superior e inferior sendo possível através da mecânica empregada com extrações de pré-molares que tende a um perfil mais harmonioso, assim como o auxílio no fechamento de mordida e maior estabilidade por ter menor efeito de extrusão dos incisivos.

Os resultados foram constatados pela sobreposição das imagens das telerradiografias inicial e final pelo programa Dolphin (Tabela 1).

Tabela 1- Alterações das variáveis cefalométricas durante o tratamento ortodôntico e fase de controle.

Maxila para base craniana			
	SNA (°)	74.7	74.8
	Esqueleto maxilar (A-NaPerp) (mm)	-3.3	-5.0
	comprimento médio (Co-A) (mm)	72.0	72.8
Mandíbula para Base Craniana			
	SNB (°)	72.9	73.7
	Mand. Esqueleto (Pg-NaPerp) (mm)	-6.8	-8.2
	Comprimento mandibular (Co-Gn) (mm)	96.3	100.4
Relações Maxilo-Mandibulares			
	ANB (°)	1.8	1.1
	Mx/Md diff (Co-Gn - Co-A)(mm)	24.2	28.2
	Apreciação(mm)	-0.2	-0.1

Teste Padrão Esquelético			
	FMA (MP-FH) (°)	28.5	29.0
	SN - GoGn (°)	37.4	37.6
	Y-Axis (SGn-SN) (°)	70.8	71.2
	Palatal-Mand Angle (°)	27.4	26.8
	Plano de Occ para SN (°)	20.6	19.1
	Altura da face inferior (ANS-Me) (mm)	55.3	57.9
Dentição Maxilar			
	U1 - NA (°)	19.9	28.6
	U1 - Plano Palatal(°)	107.4	115.7
	U1 - NA (mm)	3.0	5.5
	U1 - PP (UADH) (mm)	23.6	24.1
	U2 - Ponta Premolar - PP perp (mm)	18.1	19.4
	U6 - PT Vertical (mm)	10.4	12.8
	U6 - PP UMKC (mm)	14.7	17.1
	U6 - SN (°)	67.8	72.8
Dentição mandibular			
	L1 - NB (°)	17.6	19.7
	IMPA (L1-MP) (°)	84.5	87.0
	L1 - NB (mm)	1.2	2.2
	L1-MP (perp HP) (mm)	33.2	35.2
	L2 Premolar Tip - MP perp (mm)	25.6	27.4
	Md 6 ápice para Símfise (mm)	17.5	16.4
	Md 6 coroa para sínfise (mm)	21.0	20.4
	L6 - MP UMKC (mm)	20.4	21.8
	L6 eixo longo - MP (°)	58.5	52.6
Relacionamento Dental			
	Relação Molar (mm)	2.1	2.4
	Overjet (mm)	4.3	4.1
	Overbite (mm)	3.4	2.9
	Ângulo Interincisal (U1-L1) (°)	140.7	130.6
Tecido macio			
	Interlabial Gap (mm)	1.7	1.1
	Lábio inferior para E-Plane (mm)	-1.5	-1.6
	Lábio superior para E-Plane (mm)	-2.6	-4.1
	Convexidade Facial (G'-Sn-Po') (°)	13.6	12.2
	Ângulo Nasolabial (CoI-Sn-UL) (°)	108.2	120.5
	Lábio inferior para H-Line (mm)	-0.1	0.8
	Subnasale to H-Line (mm)	5.0	2.9
	Lábio Superior - Linha S (mm)	0.2	-1.4
	Lábio inferior - Linha S (mm)	0.0	-0.0
	Linha de linha H até ponta de nariz	4.4	7.4

DISCUSSÃO

A estética é, atualmente, a principal razão da procura do tratamento ortodôntico, e os ortodontistas buscam identificar os vários fatores que comprometem a harmonia facial.

A análise facial é de suma importância para que se possa realizar o tratamento ortodôntico. a análise facial é muito importante no planejamento ortodôntico uma vez que visa estabelecer uma melhor estética facial e do sorriso.^{[7],[8],[9],[10]}

Diante do estudo de caso, a jovem procurou atendimento na clínica ortodôntica com queixa dos dentes superiores. Foi analisado o seu perfil, observando que, a respiração da paciente é normal, com boa dicção, com perfil convexo, selamento labial passivo, ângulo nasofacial fechado e desvio da linha mediana superior.

Através do exame extrabucal, constatou-se a presença de oclusão posterior e trespasse vertical e horizontal. E ainda, o fechamento mandibular em MIH não coincide com Relação Cêntrica. A paciente que participou do estudo de caso é de 1/2 classe II, com o superior over-jet, havendo boas exposições dos incisivos superiores, um apinhamento e a linha média superior está desviada para o lado direito.

Quando se trata da linha média da face, este é um dos pontos importantes na análise morfológica do sorriso do ponto de vista estético. Linhas médias dentárias coincidentes entre si e coincidentes com a linha média facial são importantes componentes estéticos e funcionais da oclusão, contribuindo para a harmonia do posicionamento dentário e para a harmonia da face.^{[11 12],[13],[14]}

A linha média é de suma importância no tratamento ortodôntico, pois, representa uma harmonia oclusal. O desvio da linha média está associado a um desequilíbrio oclusal^{[15],[16],[17],[18]}.

Dentre os fatores associados ao desvio da linha média pode-se citar: inclinação ou migração de dentes, discrepâncias de tamanhos de dentes^[19], coroas ou restaurações que alteram o tamanho dos dentes^[20], espaços, perdas precoce, diastemas, desvio mandibular^{[21],[22],[23]}.

O plano de tratamento da má oclusão de Classe II varia conforme a fase de crescimento que o paciente se encontra e, em qual base óssea expressa a discrepância ântero-posterior. Vários mecanismos podem ser utilizados para a correção desta má oclusão como: aparelhos ortopédicos, distalizadores, elásticos intermaxilares de Classe II, extrações de pré -molares ou apenas de pré -molares

superiores, extrações de segundos molares e até mesmo cirurgias ortognáticas, em casos extremos.^[18]

Ainda, o tratamento da má oclusão de Classe II realizado por meio de um tratamento extracionista, realizado por meio das extrações dos segundos molares superiores, deve obedecer a um protocolo.^{[21],[22]}

Assim, conforme o estudo de caso, a paciente apresenta do lado direito a relação de molar 1/2 classe II e do lado esquerdo molar de Classe I. Quanto a oclusão posterior, na cúspide x embrasuras, tem ocorrência entre esquerdo e direito, sendo assim, de classe II bilateral.

Existem quatro tipos de assimetrias dentofaciais que podem requerer especial consideração no tratamento das maloclusões. Em primeiro lugar, os deslocamentos unilaterais ântero-posteriores, descritos como as diferenças horizontais ântero-posteriores de tamanho, forma e/ou posição das estruturas, nos lados direito e esquerdo da face. Em segundo lugar, os deslocamentos verticais, definidos como diferenças em altura entre as estruturas dentofaciais dos dois lados da face^[21]. Em terceiro lugar, deslocamentos laterais poderiam ocorrer em relação ao plano médio sagital, com variações horizontais no tamanho, forma e/ou posição das partes dentofaciais dos dois lados da face e, finalmente, os deslocamentos por rotação aparecem descritos como um deslocamento de todo o corpo da maxila ou de variações em tamanho de todo o ramo^{[24],[23],[25],[26]}.

As linhas médias são determinadas em relação cêntrica e o primeiro contato dentário. Se os deslizamentos oclusais alteram a posição da articulação, não pode ser realizada uma determinação confiável da linha média, observam-se as posições relativas aos pontos do tecido mole (ponte nasal, ponta do nariz, filtro, ponta do mento) e aos pontos dentários (linha média do incisivo superior, linha média do incisivo inferior). O filtro é uma estrutura da linha média confiável e pode ser utilizado, na maioria das vezes, como a base para a determinação da linha média^[27]
28].

De acordo com os autores, os desvios da linha média dentária são o resultado de múltiplos fatores dentários que incluem: espaços, rotações dentárias, ausência de dentes, dentes posicionados para vestibular ou para lingual, coroas ou

restaurações que mudam o tamanho dentário, diferença congênita no tamanho dentário de esquerda para a direita.^{[29],[20]}

Os desvios na linha média dentária são tratados ortodonticamente e extrações assimétricas de pré-molares podem ser necessárias para centralizar as linhas médias, dentária e esquelética, conforme o estudo da paciente, não ocorrendo assim, a indicação de cirurgia.

A possibilidade de um tratamento ortodôntico com o objetivo de uma melhor harmonia facial e centralização da linha média dentária superior e inferior entre si e com a linha média facial é válida com a utilização de extrações assimétricas de pré-molares^{[26],[28],[29]}.

Extrações dentárias é um tema polêmico na ortodontia e necessita de uma criteriosa análise de cada paciente, sendo esta análise facial, dentária e radiográfica para tal decisão^{[18],[20],[29]}.

A existência de apinhamentos quanto mais severo, mais indicativo de um plano de tratamento com extrações de um ou mais elementos dentários^{[16],[18],[21]}.

Para que ocorra o tratamento, é visto que a utilização de radiografias auxilia o ortodontista na visualização diferenciada da face e uma ótima avaliação da harmonia entre as estruturas externas e internas, determinando como os lábios e os tecidos moles se comportam nas diferentes posições da fala, sorrisos e risadas, tendo como ponto inicial a linha média facial^{[24],[18],[13]}.

Assim, após a extração ocorre no decorrer do tratamento a retração da má oclusão de Classe II por meio da distalização. Através dos estudos, o plano de tratamento de pacientes fundamenta-se no diagnóstico de uma má oclusão de Classe II, com aproximadamente 3 a 4 mm, associada a um tipo facial mesofacial.

Para a realização deste tratamento, possivelmente o paciente terá a necessidade de realizar as extrações dos terceiros molares, finalizando assim, o tratamento com 28 dentes permanentes, que no caso da paciente em estudo, tinha ausência dos terceiros molares, ficando no total 26 dentes permanentes, após a extração de dois pré molares superiores.

O tratamento da má oclusão de Classe II realizado por meio de um tratamento extracionista, realizado por meio das extrações dos pré molares superiores.

O tratamento ortodôntico realizado com extração somente de pré -molares superiores, para a camuflagem da Classe II, necessita de um protocolo de tratamento preciso e eficiente, atentando para o controle de ancoragem, além de ser necessário o completo conhecimento do aparelho ortodôntico utilizado para a obtenção de um ajuste ideal no final da mecânica ortodôntica com os molares posicionados em Classe I. [13],[25],[27]

Sendo assim, as extrações de pré -molares superiores, com o objetivo de tratar ou camuflar a má oclusão de Classe II significativa torna -se um meio viável, com um plano de tratamento fundamentado nos recursos de ancoragem posterior.

Quando tratamos uma má oclusão de Classe II ou realizamos uma mecânica de fechamento de espaços devemos ter um ótimo controle da inclinação dos incisivos. [25],[28],[29]

A mecânica realizada para o tratamento da má oclusão de Classe II nos arcos retangulares com auxílio dos elásticos intermaxilares, provoca retração dos incisivos superiores, porém estes incisivos não devem perder muita inclinação. Quando a inclinação dos incisivos não é controlada o trespasse horizontal é consumido impedindo a retração completa dos dentes anteriores superiores.

Assim, os incisivos superiores “tocam” nos incisivos inferiores impedindo a retração dos dentes anteriores superiores. Os incisivos inferiores, também por ação dos elásticos intermaxilares tendem a protruir e a vestibularizar consumindo assim, também o trespasse anterior. Quando realizamos uma mecânica de fechamento de espaço ocorre a mesma ação nos incisivos superiores, uma tendência de verticalização, todavia, para o sucesso do fechamento de espaço, a inclinação dos incisivos também deve ser controlada. [25],[26],[28]

CONCLUSÃO

Baseando-se no estudo acima, conclui-se que a centralização da linha média é um item importante na hora de se planejar um caso ortodôntico uma vez que ela proporciona uma atratividade do sorriso e uma melhor estética facial.

Por isso, deve-se planejar e tratar embasando por análise facial, tendo o bom senso para melhorar tanto o perfil da paciente quanto a harmonia dentária e um

pouco de intuição para fazer a diferença e obter um resultado satisfatório tanto para a paciente quanto para a própria ortodontista.

De acordo com o estudo de caso, pode-se constatar a efetividade da correção da linha média dentária através de tratamento ortodôntico com extrações assimétricas de pré-molares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

1. Antonarakis GS, Kiliaridis S. Treating Class II malocclusion in children. Vertical skeletal effects of high-pull or low-pull headgear during comprehensive orthodontic treatment and retention. (1601-6343 (Electronic))
2. Arnett GW, Bergman RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning--Part II. (0889-5406)
3. Asutay F, Yolcu U, Gecor O, et al. An evaluation of effects of platelet-rich-fibrin on postoperative morbidities after lower third molar surgery. (1119-3077)
4. Ayaz M, Kharbanda OP. Successful treatment of Class II malocclusion with bidental protrusion using standard edgewise prescription. (0976-237X) doi: D - NLM: PMC4792061 OTO - NOTNLM[published Online First: Epub Date]].
5. Baskaran M, Arularasan SG, Divakar TK, et al. Treatment of Micrognathia by Intraoral Distraction Osteogenesis: A Prospective Study. (2231-0746)
6. Bishara SE, Zaher Ar Fau - Cummins DM, Cummins Dm Fau - Jakobsen JR, et al. Effects of orthodontic treatment on the growth of individuals with Class II division 1 malocclusion. (0003-3219)
7. Bourzgui F, Sebbar M Fau - Nadour A, Nadour A Fau - Hamza M, et al. Prevalence of temporomandibular dysfunction in orthodontic treatment. (1879-680X (Electronic))
8. Cakir E, Malkoc S, Kirtay M. Treatment of Class II malocclusion with mandibular skeletal anchorage. (1097-6752 (Electronic))
9. Cardash HS, Ormanier Z Fau - Laufer B-Z, Laufer BZ. Observable deviation of the facial and anterior tooth midlines. (0022-3913)

10. Dave Hr Fau - Samrit VD, Samrit Vd Fau - Kharbanda OP, Kharbanda OP. The extraction of maxillary lateral incisors for the treatment of a Class II crowded malocclusion: a case report. (0587-3908)
11. Durgesh BH, Gowda KH, AlShahrani OA, et al. Influence of premolar extraction or non-extraction orthodontic therapy on the angular changes of mandibular third molars. (1319-562X)
12. Gao X, Wang T, Song J. Orthodontic and surgical management of a patient with severe skeletal Class II deformity and facial asymmetry: A case report with a 5-year follow-up. (1097-6752 (Electronic))
13. Haque S, Sandler J, Cobourne MT, et al. A retrospective study comparing the loss of anchorage following the extraction of maxillary first or second premolars during orthodontic treatment with fixed appliances in adolescent patients. (1465-3133 (Electronic))
14. Houschyar KS, Momeni A, Pyles MN, et al. The Role of Current Techniques and Concepts in Peripheral Nerve Repair. (2090-1461 (Print)) doi: D - NLM: PMC4745297 EDAT- 2016/02/24 06:00 MHDA- 2016/02/24 06:01 CRDT- 2016/02/24 06:00 PHST- 2015/05/28 00:00 [received] PHST- 2015/09/29 00:00 [revised] PHST- 2015/10/20 00:00 [accepted] PHST- 2016/02/24 06:00 [entrez] PHST- 2016/02/24 06:00 [pubmed] PHST- 2016/02/24 06:01 [medline] AID - 10.1155/2016/4175293 [doi] PST - ppublish[published Online First: Epub Date]].
15. Janson G, Valarelli DP, Rizzo M, et al. Prevalence of extraction space reopening in different orthodontic treatment protocols. (1097-6752 (Electronic))
16. Koide D, Yamada KA-Ohoo, Yamaguchi A, et al. Morphological changes in the temporomandibular joint after orthodontic treatment for Angle Class II malocclusion. (2151-0903 (Electronic))
17. Lo Giudice A, Barbato E, Cosentino L, et al. Alveolar bone changes after rapid maxillary expansion with tooth-born appliances: a systematic review. LID - 10.1093/ejo/cjx057 [doi]. (1460-2210 (Electronic))
18. McLaughlin Rp Fau - Bennett JC, Bennett JC. The dental VTO: an analysis of orthodontic tooth movement. (0022-3875)

19. Miclotte A, Grommen B, Cadenas de Llano-Perula M, et al. The effect of first and second premolar extractions on third molars: A retrospective longitudinal study. (1879-176X (Electronic))
20. Miller EI Fau - Bodden WR, Jr., Bodden Wr Jr Fau - Jamison HC, Jamison HC. A study of the relationship of the dental midline to the facial median line. (0022-3913)
21. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. (0002-8177)
22. Moshiri S, Araujo EA, McCray JF, et al. Cephalometric evaluation of adult anterior open bite non-extraction treatment with Invisalign. (2177-6709 (Electronic))
23. Oz AA, Oz AZ, Yaziciooglu S, et al. Comparison of arch width changes following orthodontic treatment with and without extraction using three-dimensional models. (1119-3077)
24. Park JH, Chae JM, Bay RC, et al. Evaluation of factors influencing the success rate of orthodontic microimplants using panoramic radiographs. (2234-7518)
25. Peck S, Peck L. Selected aspects of the art and science of facial esthetics. (1073-8746)
26. Sadek S Fau - Newton T, Newton T Fau - Sayers M, Sayers M. How patient and carer expectations of orthodontic treatment vary with ethnicity. (1465-3133 (Electronic))
27. Schmitt L, Moltner A, Ruttermann S, et al. Study on the Interrater Reliability of an OSPE (Objective Structured Practical Examination) - Subject to the Evaluation Mode in the Phantom Course of Operative Dentistry. (2366-5017 (Electronic)) doi: D - NLM: PMC5003144 OTO - NOTNLM[published Online First: Epub Date]].
28. Schorn-Borgmann S, Lippold C, Wiechmann D, et al. The effect of e-learning on the quality of orthodontic appliances. (1179-7258) doi: D - NLM: PMC4555981 OTO - NOTNLM[published Online First: Epub Date]].
29. Teodorescu E, Crisan M Fau - Tarmure V, Tarmure V Fau - Galan E, et al. Upper airway cavities morphologic features in facial asymmetries. (1220-0522)