FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

MAGNA CRISTINA TEIXEIRA DE QUEIROZ

TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO DE CLASSE II COM AVANÇO MANDIBULAR: *RELATO DE CASO*

NATAL/RN

30/01/2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

MAGNA CRISTINA TEIXEIRA DE QUEIROZ

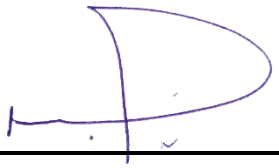
TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO DE CLASSE II COM AVANÇO MANDIBULAR: *RELATO DE CASO*

ARTIGO CIENTÍFICO APRESENTADO AO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU DA FACULDADE SETE LAGOAS-FACSETE. COMO REQUISITO PARCIAL PARA A CONCLUSÃO DO CURSO DE ORTODONTIA.
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ORTODONTIA.
ORIENTADOR: PROF. NEY TAVARES LIMA NETO.

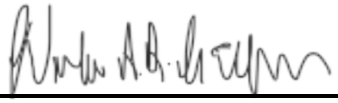
NATAL/RN

30/01/2022

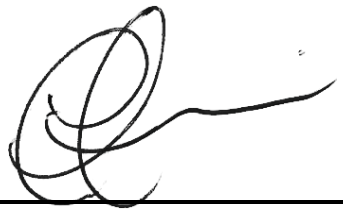
ARTIGO CIENTÍFICO COM O TÍTULO “TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO DE CLASSE II COM AVANÇO MANDIBULAR: RELATO DE CASO” DE AUTORIA DA ALUNA MAGNA CRISTINA TEIXEIRA DE QUEIROZ, APROVADO PELA BANCA EXAMINADORA FORMADA PELOS SEGUINTES PROFESSORES:



Prof. Ms. Ney Tavares Lima Neto – Orientador



Prof.MS. Nivaldo Antônio Bernardo de Oliveira – Coorientador



Prof.MS. Carmen Cristina Zimmer de Assis - Coordenadora

NATAL/RN

30/01/2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO DE CLASSE II COM AVANÇO MANDIBULAR: *RELATO DE CASO*

CLASS II ORTHOSURGICAL TREATMENT WITH MANDIBULAR ADVANCEMENT: CASE REPORT

RESUMO

A discrepância esquelética de classe II apresenta uma alta incidência, exigindo a capacitação do ortodontista ao realizar um correto diagnóstico e elaborar recursos terapêuticos buscando resultados satisfatórios, já que ela representa a maioria dos casos de pacientes que procuram tratamento ortodôntico nos consultórios atualmente. A má oclusão de classe II pode ter origem em discrepâncias esqueléticas, dentárias ou ambas e a partir disso, o ortodontista irá definir os procedimentos escolhidos para o tratamento da mesma. A interação entre a ortodontia e a cirurgia ortognática está na busca por solucionar problemas funcionais e estéticos dos pacientes. Diante da grande importância da associação da cirurgia ortognática à ortodontia, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico, visando a expor os conceitos para realizar um correto planejamento e preparo ortodôntico em casos cirúrgicos, abordando diagnóstico, tratamento, benefícios e mudanças de perfil no tratamento orto-cirúrgico da maloclusão do tipo classe II de uma paciente sem crescimento. Neste trabalho foi tratada uma paciente de 29 anos, sexo feminino, leucoderma. Na análise facial, observaram-se os terços faciais harmônicos e equilibrados, dolicofacial, selamento labial passivo, ângulo nasolabial suavemente aberto, perfil convexo, boa simetria facial, linha queixo pescoço diminuída, sulco mentolabial aberto, pouca projeção de pogônio, sendo diagnosticada como padrão facial do tipo II, sendo tratada com cirurgia ortognática. O tratamento obteve resultado satisfatório. Concluiu-se que o tratamento cirúrgico oferece ainda uma melhora na estética dos pacientes, devolvendo-lhes auto estima, o que culmina em ganhos psicossociais e de qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Classe II. Tratamento Orto-Cirúrgico. Cirurgia Ortognática. Avanço mandibular.

ABSTRACT

Class II skeletal discrepancy has a high incidence, requiring orthodontist training to make a correct diagnosis and develop therapeutic resources seeking satisfactory results, since it currently represents the majority of cases of patients seeking orthodontic treatment in dental offices. Class II malocclusion can originate from skeletal discrepancies, dental discrepancies or both, and based on this, the orthodontist will define the procedures chosen for its treatment. The interaction between orthodontics and orthognathic surgery is aimed at solving patients' functional and aesthetic problems. In view of the great importance of associating orthognathic surgery with orthodontics, the objective of this study is to report a clinical case, aiming to expose the concepts for carrying out correct planning and orthodontic preparation in surgical cases, addressing diagnosis, treatment, benefits and profile changes in the Ortho-surgical treatment of a class II malocclusion in a patient with no growth. In this work, a 29-year-old female patient with leucoderma was treated. In the facial analysis, the facial thirds were harmonious and balanced, dolichofacial, passive lip sealing, gently open nasolabial angle, convex profile, good facial symmetry, reduced chin-neck line, open mentolabial sulcus, little pogonion projection, being diagnosed as a pattern type II facial, being treated with orthognathic surgery. The treatment obtained a satisfactory result. It was concluded that surgical treatment also improves the aesthetics of patients, restoring their self-esteem, which culminates in psychosocial gains and quality of life.

KEYWORDS: Class II. Ortho-Surgical Treatment. Orthognathic surgery. Mandibular advancement.

1. INTRODUÇÃO

A maloclusão de Classe II, definida por Angle (1889), representa um posicionamento anormal dos molares, no sentido anteroposterior, na qual o primeiro molar inferior permanente situa-se distalmente ao primeiro molar superior, ou seja, ocorre um posicionamento distal do primeiro molar inferior e de todo arco inferior. Essa classificação é indispensável, auxiliando na elaboração do devido tratamento e contribuindo para o seu diagnóstico (Souza, 2016).

A maloclusão de Classe II caracteriza-se por um relacionamento incorreto dos arcos superior e inferior, tanto por alterações esqueléticas quanto por alterações dentárias ou, ainda, por uma combinação destes fatores (FERREIRA et al., 2014).

Essa má oclusão é classificada em Classe II, 1ª divisão, onde a sobressaliência é excessiva e o overbite provavelmente acentuado. E em Classe II, 2ª divisão, em que, caracteriza-se por apresentar overbite acentuado, labioversão dos incisivos superiores laterais e uma função labial mais normal. Além disso, quando a distoclusão acontece somente de um lado do arco dental, a unilateralidade é considerada uma subdivisão. O perfil facial dos pacientes portadores dessa maloclusão apresenta-se geralmente convexo, com queixo posicionado para trás (MOYERS, 1991).

Essa oclusopatia apresenta uma alta incidência, segundo estudos epidemiológicos, exigindo a capacitação do ortodontista ao realizar um correto diagnóstico e elaborar recursos terapêuticos buscando resultados satisfatórios, já que ela representa a maioria dos casos de pacientes que procuram tratamento ortodôntico nos consultórios atualmente (QUAGLIO et al., 2009).

Na maioria das situações, a discrepância esquelética de Classe II não se autocorrige com o crescimento e, portanto, o tratamento ortodôntico visando corrigir a discrepância esquelética entre as bases ósseas se torna necessário (STAHL et al., 2008).

Desta forma, a cirurgia ortognática ofereceu ao cirurgião-dentista a possibilidade de corrigir displasias esqueléticas de pacientes que já passaram

da fase de crescimento, além de corrigir a maloclusão e melhorar esteticamente o perfil destes pacientes. (Oliveira MFV, 2010.)

Nessa perspectiva, diante da grande importância da associação da cirurgia ortognática à ortodontia, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico, visando a expor os conceitos para realizar um correto planejamento e preparo ortodôntico em casos cirúrgicos, abordando diagnóstico, tratamento, benefícios e mudanças de perfil no tratamento orto-cirúrgico da maloclusão do tipo classe II de uma paciente sem crescimento.

2. DESENVOLVIMENTO

As classificações das más oclusões foram criadas com o intuito de favorecer o trabalho dos ortodontistas, agrupando pacientes com aspectos semelhantes numa mesma classe, apresentando como vantagens a facilidade de comunicação entre os profissionais e a rapidez na identificação dos aspectos envolvidos nos casos clínicos, permitindo uma comparação entre eles, facilitando a abordagem (FERREIRA, 2008).

A avaliação do perfil facial é de grande importância no tratamento ortodôntico, visto que as alterações que ocorrem na face podem influenciar na estética final (Santos; Ruellas 2009).

Foram então definidas três classes de má oclusão, sendo elas: a classe I, na qual essa relação estaria normal; a classe II, na qual o primeiro molar inferior estaria posicionado distalmente em relação ao primeiro molar superior; e a classe III, em que o primeiro molar inferior está posicionado mesialmente ao primeiro molar superior (PROFFIT, FIELDS, SARVER, 2007).

A Classe II ainda apresenta subgrupos, levando em consideração o posicionamento dos incisivos superiores, denominados de 1ª divisão e 2ª divisão. A má oclusão de classe II pode ter origem em discrepâncias esqueléticas, dentárias ou ambas e a partir disso, o ortodontista irá definir os procedimentos escolhidos para o tratamento da mesma (DOLCE et al, 2011).

Os pacientes que realizam a cirurgia ortognática buscam-na devido a grande discrepância das bases ósseas e, geralmente, a queixa principal está relacionada a estética facial. (SILVA, 2005; PROFFIT & WHITE JR, 2011; ARAUJO & ARAUJO, 2000; GARCIA & OLIVI, 2015).

Para Martins os benefícios estéticos promovem também bem-estar psicológico, social, e um ganho de autoestima. Os pacientes cirúrgicos que possuem maloclusão esquelética Classe II são indivíduos que possuem uma grande insatisfação com a sua aparência física, assim como a sua oclusão.

A complexidade do tratamento orto-cirúrgico exige uma equipe multidisciplinar e uma boa relação entre os profissionais e também do paciente com a equipe, devendo ser esclarecido todas as dúvidas pré e pós-cirúrgico (RIBAS *et al.,*2005; LAUREANO FILHO *et al.*, 2002).

Na fase da ortodontia pré-cirúrgica objetiva-se a descompensação, ou seja, um bom posicionamento dos dentes na base óssea e também dos lábios, permitindo a obtenção da Classe I de molar e canino pós cirurgia (PROFFIT *et al.,*1995;URSI *et al.*, 1999; ARAÚJO,1999).

A interação entre a ortodontia e a cirurgia ortognática está na busca por solucionar problemas funcionais e estéticos dos pacientes. A ortodontia trabalha sobre dentes e processo alveolar, ao passo que a cirurgia age diretamente nos ossos basais, alveolares e anexos bucais, e ambos visam restabelecer o equilíbrio estético e/ou funcional (MEDEIROS & MEDEIROS,2001).

Para tratamentos orto-cirúrgicos é necessário ação da equipe multisdisciplinar para um resultado satisfatório, composta por ortodontista, cirurgião bucomaxilofacial, periodontista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo. Com o avanço das técnicas cirúrgicas os resultados eram muito mais satisfatórios, porém ainda existia a dificuldade dos pacientes no pós-operatório, devido a imobilização total da mandíbula através do bloqueio intermaxilar com fios de aço durante 45-60 dias. Com o advento da fixação rígida com placas de titânio na década de 90 o bloqueio intermaxilar não era mais necessário tornando o pós-operatório mais tolerável ao paciente. (JANSON, 2020).

Antes da montagem do aparelho fixo é feito o plano de tratamento, o qual é definido pelo ortodontista e pelo cirurgião bucomaxilofacial. O plano de tratamento é definido, principalmente, através do tipo de cirurgia a ser realizada, necessidade de exodontia (s), resolução de eventuais problemas transversais e como será realizada a correção da curva de oclusão superior e inferior. (JANSON, 2020).

O tratamento cirúrgico ortognático tem como objetivo devolver a estética do paciente, mas também e indicado para o restabelecimento de uma boa oclusão e função articular, ativação neuromuscular adequada e posição harmônica das bases esqueléticas. Desta forma, é importante que o paciente atinja uma satisfação total do tratamento, atingindo objetivos funcionais e estéticos (Filiaci *et al*., 2012). Existe uma melhora significativa na aparência dental e oral de pacientes classe II submetidos ao tratamento orto cirúrgico (Torgersbråten *et al.*, 2021).

Cirurgias ortognáticas influenciam no aspecto psicológico dos indivíduos. Em pacientes classe II, as alterações no ângulo facial, ângulo de convexidade, protrusão do lábio inferior e ângulo mentolabial foram significativamente correlacionados com melhorias na satisfação do paciente e na qualidade de vida (Baherimoghaddam *et al.,* 2014).

Kalella et al. (1998) relataram que no preparo ortodôntico pré-cirúrgico deve-se realizar alinhamento e nivelamento dentário dentro de suas respectivas bases ósseas, corrigindo todas as compensações dentárias possíveis, visando à estabilidade futura entre os maxilares após a cirurgia ortognática. Salientaram ainda que o tratamento ortodôntico nas fases pré cirúrgico é de fundamental importância no sucesso do procedimento cirúrgico, assim como na estabilidade pós-cirúrgica. O preparo ortodôntico (Ortodontia pré-cirúrgica) apresenta-se como um ponto crucial no sucesso do tratamento combinado, uma vez que este passo dará todas as condições ideais para que a cirurgia seja bem realizada e, consequentemente, aumente a estabilidade do tratamento.

De maneira geral o fator estético é mais relevante em relação ao fator funcional para a maioria dos indivíduos, o que contraindica apenas o tratamento ortodôntico para a correção das deformidades dentoesqueléticas com grande comprometimento facial em adultos. Assim, a cirurgia ortognática torna-se uma realidade na Odontologia, garantindo completo restabelecimento estético e funcional dos pacientes. Um correto diagnóstico realizado pela análise facial e radiográfica, manipulação dos modelos de gesso e plano de tratamento conjunto entre ortodontista e cirurgião bucomaxilofacial determinam o procedimento integrado mais oportuno para a correção isolada ou conjunta

das discrepâncias esqueléticas dos maxilares (TUCKER, 2000; LAUREANO et al., 2002).

Segundo Laureano et al. (2002), a combinação dos procedimentos ortodônticos e cirúrgicos permite a correção das más oclusões severas e deformidades faciais bem como a obtenção de uma boa função com estabilidade, finalizando com uma aparência esteticamente agradável com o objetivo de atingir harmonia facial, harmonia dentária, oclusão funcional, saúde das estruturas orofaciais e estabilidade do procedimento.

2.1. RELATO DE CASO

Paciente T.P.A., 29 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou atendimento na Clínica de Especialização em Ortodontia do Centro de Pós-Graduação em Odontologia (CPGO/Facsete), em Natal/RN. A mesma relatou como queixa principal “Mordida toda errada. Me acho dentuça, minha bochecha é toda mordida. Quando sorrio, os dentes não preenchem bem o sorriso. Dor, barulho e estalido na ATM”.

Na análise facial, observaram-se os terços faciais harmônicos e equilibrados, dolicofacial, selamento labial passivo, ângulo nasolabial suavemente aberto, perfil convexo, boa simetria facial, linha queixo pescoço diminuída, sulco mentolabial aberto, pouca projeção de pogônio, sendo diagnosticada como padrão facial do tipo II (Fig 1).

A. B. C.



Figura 1. (A) Foto extra-oral frontal; (B) Foto extra-oral frontal sorrindo e; (C) Foto extra-oral perfil.

Ao exame intraoral, apresentava, presença do decíduo 85; ausência do 24, 35 e 45; linha média inferior desviada para direita; overjet (sobressaliência) acentuado; overbite (sobremordida) normal; mordida cruzada posterior unilateral (direito); Curva de Spee ligeiramente acentuada. A relação molar e canino era de Classe II do lado direito e esquerdo (Fig.2 e Fig.3).

A. B. C.



Figura 2. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão frontal e; (C) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo.

A. B.



Figura 3. (A) Foto intra-oral oclusal superior e; (B) Foto intra-oral oclusal inferior.

Radiograficamente, pode-se observar os dentes 18, 25, 28, 38, 34 e 45 ausentes, presença do elemento decíduo 85 (em processo de reabsorção radicular fisiológica), dente 48 em inclusão óssea, posição horizontal, em proximidade imaginológica com o dente adjacente e canal mandibular, dente 16 com imagem radiopaca compatível com material restaurador, dente 37 com aumento do espaço do ligamento periodontal, dente 12 apresentando reabsorção dentária externa, além de imagem radiopaca compatível com alongamento do processo estiloide/ligamento estilohioideo calcificado do lado esquerdo e aplainamento de cabeça de mandíbula, lado direito. (Fig. 4).



Figura 4. Radiografia panorâmica

A análise cefalométrica permitiu um diagnóstico de padrão dolicofacial. Os incisivos superiores e inferiores apresentam-se vestibularizados e a paciente apresenta uma tendência de crescimento vertical. Além disso, a paciente

apresentava a maxila bem posicionada em relação a base anterior do crânio e a mandíbula retruída em relação ao plano mandibular, e foi diagnosticada como Classe II esquelética. Abaixo estão expostos os valores das medidas cefalométricas de USP e Jarabak do caso clínico.

Tabela 1. Medidas cefalométricas de USP.

Medida	Obtido	Padrão	Desvio
SNA	82,611º	82.0 ± 2.0	
SNB	74,881º	82.0 ± 2.0	
ANB	7,73º	2.0 ± 2.0	
FMA	38,869	25.0	
EIXO Y	73,754	67.0	
N-A. Pog	18,846	0.0 ± 2	
S-N. Go-Me	45,848º	32.0	
IMPA	99,579	87.0	
Incl. Inc. sup	66,62º	-	

Tabela 2. Medidas cefalométricas de JARABAK.

Medida	Obtido	Padrão	Desvio
A. Sela	116.126º	123.0 ± 5.0	
A. Art.	156.589º	143.0 ± 6.0	
Ang. Go.	133.134º	130.0 ± 7.0	
Go. Sup.	48.498º	53.5 ± 1.5	
Go. Inf.	84.636º	72.5 ± 2.5	
Base Cran Ant	64.477 mm	71.0 ± 3.0	
Base Cran Post	25.301 mm	32.0 ± 3.0	
Alt. R.	39.607 mm	44.0 ± 5.0	
C. Mand.	58.088 mm	71.0 ± 5.0	

Objetivos do tratamento: Alinhar e nivelar; Correção de giroversões; Dissolver apinhamentos; Corrigir curva de spee; Descompensar para realizar cirurgia ortognática.

Diante do diagnóstico exposto, o planejamento da paciente consistiu em: Instalação de aparelho autoligado metálico SLI (Morelli) com prescrição Roth; Colagem direta de bráquetes do arco superior; Colagem direta de bráquetes do arco inferior; Solicitar exodontia do 48; Levante de mordida (biuld-up) no 2° molar inferior; Alinhamento e nivelamento; Descompensar para realizar cirurgia ortognática; Desgastes (stripping) na região anterior; mola fechada para manter espaço do elemento 85; moldagem de estudo para planejamento da cirurgia; Cirurgia ortognática virtual; Ajuste oclusal; Documentação final; Moldagem para contenção e instalação da contenção. O Planejamento da cirurgia ortognática consistiu em: Impacção maxilar; Avanço mandibular; Mentoplastia.

Primeiramente, em setembro de 2020, foi realizado anamnese, exame clínico, Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), encaminhamento para exodontia do 48; encaminhamento para CBMF para possível realização de cirurgia ortognática.

Em outubro de 2020 Moldagem de estudo (arco superior e inferior) para avaliar necessidade de instalação de do aparelho de expansão rápida de maxila Hyrax.

Na consulta ortodôntica do mês de dezembro de 2020, foi realizado colagem direta de bráquetes dos elementos 24 a 15 (Aparelho Autoligado Metálico SLH Morelli – Roth) e colagem dos Tubos 16, 26, 17 e 27 (Prescrição Roth);

A.



B.



C. D.



Figura 5. Fotos colagem superior; (A) Foto intra-oral em oclusão frontal; (B) Foto intra-oral oclusal superior; (C) Foto intra-oral em oclusão lado direito e; Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo.

Em janeiro de 2021 foi realizado colagem direta de bráquetes dos elementos 34 a 44 e dos tubos 36, 37, 46; Foi utilizado o fio ortodôntico .014” NiTi termoativado no arco (Superior); Fio .012” NiTi no arco (Inferior), além de mola fechada CrNi do 44 a 46.

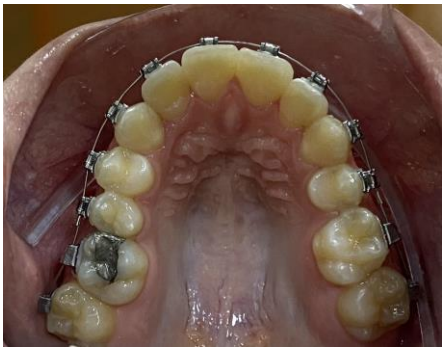
A. B.



C.



D.



E.



Figura 6. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal; Foto intra-oral oclusal superior; Foto intra-oral oclusal inferior.

Em novembro foi utilizado fio ortodôntico .019x.025” CrNi (Superiro); Fio .017x.025” CrNi (Inferior); Elástico em corrente médio do 36 ao 46; Amarrilho conjugado do 16 ao 26; Elástico 1/8 médio cruzado do 16 ao 26 e Moldagem de estudo para avaliação.

A.



B.



C.



D. E.

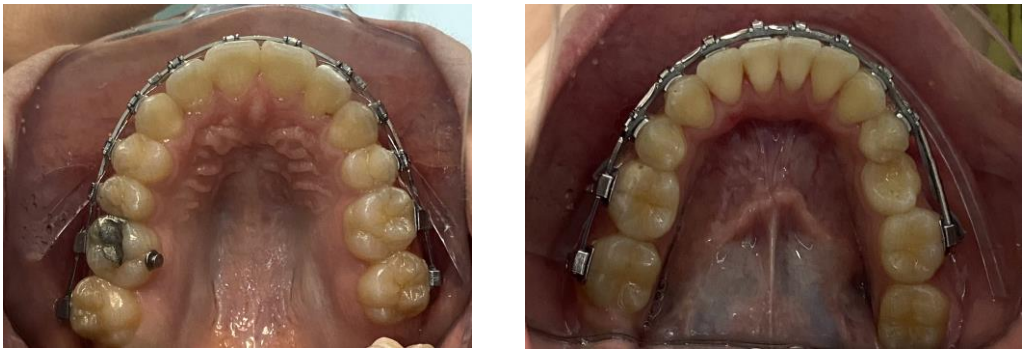


Figura 7. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal; Foto intra-oral oclusal superior; Foto intra-oral oclusal inferior.

Na consulta ortodôntica de março de 2022, foi utilizado o fio ortodôntico .019x.025” CrNi (Superior e Inferior); Além de ganchos bola entre os dentes para cirurgia ortognática.

A. B.



C.



D. E.



Figura 8. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal; Foto intra-oral oclusal superior; Foto intra-oral oclusal inferior.

A cirurgia ortognática foi realizada e o planejamento cirúrgico envolveu impacção maxilar, avanço mandíbula e mentoplastia.



Após a cirurgia ortognática, em julho de 2022, foi utilizado o fio .016”x.022” NiTi (S e I); elástico 1/8 M classe I (D e E).

A.



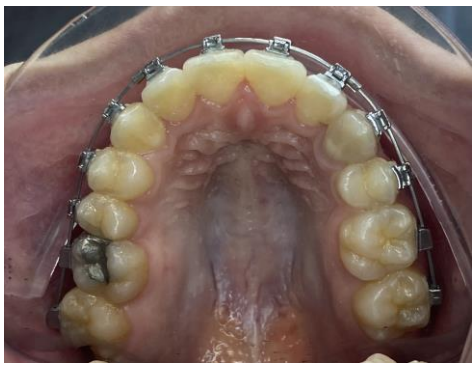
B.



C.



D.



E.



Figura 9. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal; Foto intra-oral oclusal superior; Foto intra-oral oclusal inferior.

Em setembro de 2022, foi removido o aparelho do arco inferior (prescrição ROTH) e realizado colagem direta de bráquetes dos elementos 34 ao 44

(Aparelho Convencional metálico morelli MBT); Fio .016”x.022” NiTi (Superior); fio .016” NiTi (Inferior);

A.



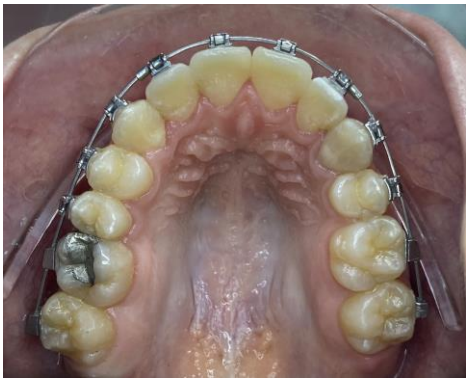
B.



C.



D.



E.



Figura 10. (A) Foto intra-oral em oclusão lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão lado esquerdo; (C) Foto intra-oral em oclusão frontal; Foto intra-oral oclusal superior; Foto intra-oral oclusal inferior.

Tabela 3. Medidas cefalométricas de USP (Documentação final)

Medida	Obtido	Padrão	Desvio
SNA	82,532º	82.0 ± 2.0	
SNB	73,59º	82.0 ± 2.0	
ANB	8,942º	2.0 ± 2.0	
FMA	39,736º	25.0	
EIXO Y	74,78º	67.0	
N-A. Pog	20,546º	0.0 ± 2	
S-N. Go-Me	48,251º	32.0	
IMPA	102,381º	87.0	
Incl. Inc. sup	20,536º	22 ± 5	



Figura 11: (A) Foto extra-oral frontal; (B) Foto extra-oral frontal sorrindo e; (C) Foto extra-oral perfil (Documentação final).

A. B. C.



Figura 12: Fotos antes da Cirurgia Ortognática: (A) Foto intra-oral em oclusão lateral lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão frontal; (C) Foto intra-oral oclusal lado esquerdo.

A. B. C.



Figura 13: Fotos depois da Cirurgia Ortognática: (A) Foto intra-oral em oclusão lateral lado direito; (B) Foto intra-oral em oclusão frontal; (C) Foto intra-oral oclusal lado esquerdo.

A. B. C.



Figura 14: (A) Foto extra-oral frontal; (B) Foto extra-oral frontal sorrindo e; (C) Foto extra-oral perfil (Antes da Cirurgia Ortognática).

A. B. C.



Figura 15: (A) Foto extra-oral frontal; (B) Foto extra-oral frontal sorrindo e; (C) Foto extra-oral perfil (Depois da Cirurgia Ortognática).

A. B. C.



Figura 1: (A) Foto extra-oral perfil; (B) Foto extra-oral perfil e; (C) Foto extra-oral perfil sorrindo (Depois da Cirurgia Ortognática).

3. CONCLUSÃO

Baseado no que foi exposto, conclui-se que é necessária a conscientização da importância na correção de grandes discrepâncias maxilomandibulares com interação de uma equipe multidisciplinar (Ortodontia, Cirurgia Buco-Maxilo-facial, Psicologia, Fonoaudiologia), bem como um criterioso diagnóstico e de uma rigorosa execução nos procedimentos pré e pós-cirúrgicos para que os ganhos estéticos e miofuncionais possam ser estáveis.

O preparo psicológico é de extrema importância, visto que a cirurgia levará a alterações irreversíveis na face e a condição psicológica está diretamente relacionada ao pós-cirúrgico e ao sucesso do caso tratado.

O tratamento cirúrgico oferece ainda uma melhora na estética dos pacientes, devolvendo-lhes auto estima, o que culmina em ganhos psicossociais e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.R.; PEREIRA, A.L.; ALMEIDA, R.R.; DE ALMEIDA-PEDRIN, R.R.; FILHO, O.G. Prevalence of malocclusion in children aged 7 to 12 years. Dental Press J Orthod 2011 Jul-Aug;16(4):123-131.

ANGLE, E.H. Classification of malocclusion. Dental Cosmos. 1899; 41(1):248-357.

ALVES, F. A**.** Ortodontia - Terapia Biofuncional. São Paulo: Santos, 2003.

ARAUJO, A M, ARAUJO, M M, ARAUJO, A. Cirurgia ortognática –solução ou complicação? Um guia para o tratamento ortognatico-cirurgico. R Dental Press Ortodon Facial, Maringá, v5, n5, 0 105-122, set/out, 2000.

Bentes, G. da S. B., de Oliveira, H. S. L., Martins, K. M., & Pimenta, Y. da S. (2021). A influência da cirurgia ortognática no âmbito psicossocial em pacientes com deformidades dentofaciais: Revisão de literatura / The association of orthognathic surgery in the psychosocial contex in patients with dentofacial deformities: Literature review. *Brazilian Journal of Development*, *7*(11), 108267–108277. https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-449 BOECK, E M, VEDOVELHO, S A S, LUCATO, A S, MAGNANI, M B B A, OUER, D F. Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão de classe III. R Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v4, n2, abr/maio, 2006.

Baherimoghaddam, T., Oshagh, M., Naseri, N., Nasrbadi, N. I., & Torkan, S. (2014). Changes in cephalometric variables after orthognathic surgery and their

relationship to patients' quality of life and satisfaction. *Journal of oral & maxillofacial research*, *5*(4), e6. https://doi.org/10.5037/jomr.2014.5406.

Bariani, R., Guimarães, C. H., Moura, W. S., Ortolani, C., Henriques, J., & Pereira-Bellini, S. A. (2018). Treatment of class II malocclusion and unerupted upper canines with self-ligating appliance. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, *29*(3), 391–395. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_231_15.

CAPELOZZA FILHO, L.; SUGUIMOTO, R.M.; MAZZOTTINI, R. *Tratamento ortodôntico-cirurgico do prognatismo mandibular: comentários através de caso cínico.*Ortodontia,São Paulo,v.23,n.3,p.48-60,1990.

Class II. Ortho-Surgical Treatment. Orthognathic surgery. Mandibular advancement.

DOLCE, C.; MCGORRAY, S.P.; BRAZEAU, L.; KING, G.J; WHEELER, T.T. Timing of Class II treatment: Skeletal changes comparing 1-phase and 2-phase treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007; 132: 481-9.

FERREIRA, F. M. et al. Arco seccionado de forças paralelas no tratamento da má oclusão de Classe II. Orthod. Sci. Pract**.**, v. 7, n. 25, p. 58-69, 2014

FERREIRA, F. V. Ortodontia : diagnóstico e planejamento. 7ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008 99-114.

FREITAS, J. C. Má oclusão Classe II, divisão 1, de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada**.** Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial vol.14 no.2 Maringá mar./abr. 2009.

Fujikami, TK. Estudio estadístico restrospectivo de pacientes adultos sometidos a cirurgia ortognática em el Hospital de Especialidades Del CMN XXI Del IMSS, durante el período de 1999 a 2001. Revista ADM, 2004, 61 (2): 43-53.

FERREIRA, F.A. Tratamento Ortodôntico em pacientes adultos: estética da face. OrtodontiaSPO, v.39, n.4, out\dez, 2006.

Filiaci, F., Ramieri, V., Fatone, F. M., Gennaro, P., Arangio, P., Rinna, C., Vellone, V., Agrillo, A., Ungari, C., & Cascone, P. (2012). New parameter for the evaluation of disgnathic patient's surgical planning: a preliminary report. *European review for medical and pharmacological sciences*, *16*(10), 1430–143

IANNUZZI, C. C. P. Revisão dos protocolos de tratamento para maloclusão Classe II de Angle**.** 2012. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, núcleo Florianópolis, Florianópolis, 2012.

Janson, Marcos. Orthodontia em adultos e tratamentos interdisciplinar. 3ºedição. Maringá-PR. Dental Press, 2020.

Klyak, HÁ; Mcneill, RW; West, RA. The emotional implact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. In: J. Orthod. V8, n3, 224-234 sept, 1985. Kaplan, H.: The logic of modern retention procedures. Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. 93 (1988) 325.

Maltagliati LA, Montes LAP. Análise dos fatores que motivam LAUREANO FILHO, JR; CARVALHO, R; GOMES, ACA; NOGUEIRA BESSA, R; CAMARGO IB. *Cirurgia Ortognática combinada: relato de um caso clínico.* Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo – Facial. 2002; 1(2): 01-11.

Li KK. Maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnea. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Mar;69(3):687-94.

Kiyak, HA; Vitaliano, PP; Crinean, J. Patients' expectations as predictors of orthognathic surgery outcomes. Health Psychol, 7(3):251-68, 198.

MARIA, F. R. T.; JANSON, G. R.P.; FREITAS, M. R.; HENRIQUES, J. F. C. Influência da cooperação no planejamento e tempo de tratamento da má oclusão de Classe II. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 10, n. 2, p. 44-53, mar./abr. 2005.

os pacientes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico. Rev. dent. press ortodon. ortop. facial. 2001; 12(6):54-60).

MANFRO, R.; CECCONELO, R.; FREY, M.A.T. Relação cirurgia ortognática, ortodontia e implantodontia: apresentação de caso clínico. Rev. Innovations Journal, n.1, p.39-42, jan\fev, 2006.

MENSINK G, GOORIS, P, MULDER F, GOORIS-KUIPERS C, MERKESTEYN R. Experiency your own orthognathic surgery: a personal case report. Angle Orthod.;85:890–896, 2015.

Rezende, RA; Medeiros, PJ; Matos, CC. Análise modelos para a cirurgia ortognática. RGO 1991; 39: 223-227.

MOYERS, R. E. Ortodontia**.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabw Musich, DR. Aspectos ortodônticos da cirurgia ortognática: In Graber, MT; Vanardall Júnior, RL. Ortodontia Princípios e Técnicas Atuais. Rio de Janeiro: Koogan 2002. p: 826-887.

Morelli JMG. Cirurgia Ortognática atuação Fonoaudiologica no pré e pós operatório [monografia]. Itajaí (SC): Cefac; 2001.

Niemeyer TC. Cirurgia Ortognática e Produção da fala [dissertação]. Bauru (SP): USP; 2004.

Oliveira MFV. Abordagem psicológica na cirurgia ortognática. In: Manganello LCS. Cirurgia ortognática e ortodontia. 2a ed. São Paulo: Santos; 2010. p. 707-17.

PATIL, R.V.; PRAKASH, A.; AGARWAL, A. Pendulum therapy of molar distalization in mixed dentition. Int J Clin Pedriatr Dent. 2016; 9 (1):67-73.

mixed dentition period.. Int J Clin Pedriatr Dent. 2017; 10 (3):299-301.

PROFFIT, W.R.; FIELDS, H.W.; SARVER, D. M. Ortodontia contemporânea. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): ELSEVIER, 2007.

Proffit, WR; Feelds JR . A etiologia dos problemas ortodônticos. In: Proffit, WR; Feelds, JR. Ortodontia Contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1995 p: 555-590.

RAMIREZ, S.; SIGUENCIA, V.; GARCIA, A.; BRAVO, M. Treatment of a Class II Division 2 Malocclusion in a teenage patient: Clinical case report. J Orthod Endod. Vol. 3. N. 4 : 13.

RIBAS, Marina de Oliveira; REIS, Luís Francisco Gomes; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; LIMA, Antônio Adilson Soares de. *Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais.* Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 10, n. 6, p. 75-83, nov./dez. 2005.

RIBEIRO, P. R. C. Má oclusão Classe II, 2ª Divisão de Angle, com sobremordida acentuada. Dental Press J Orthod**.**, v. 15, n. 1, p. 132-143, Jan./Feb. 2010.

RODY, W. J. I. R.; ARAÚJO, E. A. Extraction decision-making wigglegram. **J.** Clin. Orthod., Boulder, v. 36, no. 9, p. 510-519, Sept. 2002.

Ribas, M. d. O., Reis, L. F. G., França, B. H. S., & Lima, A. A. S. d. (2005). Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 10 (6)75-83. https://doi.org/10.1590/S1415-54192005000600009

SANTOS, R. L.; RUELLAS, A. C. O. Características cefalométricas de pacientes portadores de más oclusões Classe I e Classe II de Angle. R Dental Press Ortodon Ortop Facial**,** v. 14, n. 3, p. 94-101, mai./jun. 2009.

SILVA, G. H. S. Retratamento ortodôntico: uma abordagem cirúrgica. Revista SOB. 2005. 5(1): 69-79.

Souza, C., Paulo, C., Luiz, C., & Silvio, O. (2016). Prevalência de maloclusão Classe I, II e III de Angle em um Curso de Especialização em Ortodontia da Cidade de AnápolisSci. *Invest Dent*, 21(1) 2317-2835. http://dx.doi.org/10.29232/2317-2835.2016v21i1. URSI, W. J. S. et al. *Conceitos ortodônticos pré e pós-cirúrgicos*. In: ARAÚJO, A. Cirurgia ortognática. São Paulo: Ed. Santos, 1999. p. 77-88.

VASCONCELOS MB, CRAVINHOS JC, PINZAN-VERCELINO CR, VALE E NASCIMENTO AE. *Tratamento Ortocirúrgico da Classe III – Relato de Caso.*Orthodontic Science andPractice, 2011; 4(14): 549-555.

Wilmot, JJ; Barber, HD; Chou, DG; Vig, KW. Associations betweenseverityofdentofacialdeformity and motivation for orthodontic-orthognathic surgery treatment. Angle Orthod, 63(4):283-8, 1993.

Zambonato Rogerio. Cirurgia ortognática classe 2: [acesso em 25 out 2018]. Disponível em:https://rogeriozambonato.com.br/cirurgia-ortognatica-classe-2.