

FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

RAMON DE MATTOS

**TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III
ESQUELÉTICA EM PACIENTE JOVEM APÓS O SURTO DE
CRESCIMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

SETE LAGOAS

2017

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III ESQUELÉTICA EM PACIENTE JOVEM APÓS O SURTO DE CRESCIMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Ramon de Mattos¹
Vera Aparecida Parelli²

RESUMO

A má oclusão de classe III pode ser dentária, esquelética e funcional. A dentária é caracterizada por um posicionamento mesial do primeiro molar inferior em relação ao primeiro molar superior. Na esquelética uma posição anteriorizada da mandíbula em relação à base craniana e/ou maxila pode ser observada. Enquanto na funcional, a posição anteriorizada da mandíbula é obtida devido ao seu deslocamento decorrente de uma interferência oclusal. A má oclusão de Classe III abrange menos de 5% da população e está ligada a fatores etiológicos gerais e locais, sendo fortemente relacionada à hereditariedade. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a resolução da má oclusão de classe III esquelética tem prognóstico duvidoso sendo a cirurgia ortognática a melhor opção de tratamento. No entanto, alguns pacientes não aceitam a opção cirúrgica e uma camuflagem é utilizada de forma aceitável para a correção do problema dentário. Este relato de caso clínico apresenta o tratamento compensatório como a abordagem de escolha para o tratamento da classe III esquelética de um paciente em fase final de crescimento.

Palavras-chave: Má oclusão. Classe III. Expansor de HAAS. Exodontia de pré-molares.

ABSTRACT

Class III malocclusion can be classified as dental, skeletal or functional. Dental class III is characterized by a mesial positioning of lower first molar in relation to the upper first molar. Skeletal class III is one of the type of skeletal dysplasia associated with excessive mandibular growth and/or maxillary deficiency. In functional class III, an anterior displacement of the mandíbula occurs due to na occlusal interference. Class III malocclusion is less prevalent, only 5% of the population and is associated with general and local etiological factors, being strongly related to heredity. When it is not diagnosed and treated early, skeletal class III needs assistance of surgical orthodontics in non-growing patients. However, orthodontic camouflage is one of the options for the treatment of such cases. This case report presents a compensatory treatment for skeletal class III malocclusion as the alternative of choice in a patient in a final phase of growth.

INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III descrita por Angle (1899) é caracterizada por uma relação molar na qual, o sulco méso-vestibular do primeiro molar inferior posiciona-se mesialmente em relação à cúspide méso-vestibular do primeiro

¹Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); graduado em Odontologia.

²Mestre em Ortodontia; graduada em Odontologia. Orientadora.

molar superior (SOUSA *et al.*, 2010). A classe III pode ser esquelética, dentária ou funcional. Nos casos de uma classe III esquelética, pode-se observar uma retrusão maxilar com uma mandíbula normal, uma mandíbula protruída com uma maxila normal ou a combinação de ambos; sendo, a retrusão maxilar, o principal agente causador deste tipo de classe III. Na classe III dentária, a má oclusão é estritamente dentária sendo observada uma posição maxilo-mandibular normal. Já a classe III funcional, também denominada pseudo Classe III, é o resultado de um deslocamento para frente da mandíbula devido a interferências oclusais. (PROFFIT *et al.*, 2007).

Como relatado, na discrepância esquelética, uma posição anteriorizada da mandíbula em relação à base craniana e/ou maxila pode ser encontrada. Cefalometricamente, indivíduos classe III apresentam base posterior do crânio mais longa, ângulos do plano mandibular maiores, ângulo goníaco aumentado, mandíbulas maiores em comprimento, protrusão dos incisivos superiores e retrusão dos incisivos inferiores quando comparados à indivíduos classe I (GRAVELY, 1984; GUYER *et al.*, 1986; BORTOLOZO *et al.*, 2002).

A etiologia da má oclusão de Classe III está ligada a fatores gerais, locais e hereditariedade. Os fatores gerais são distúrbios hormonais, fissura palatina, lábio leporino e traumatismos. Os fatores locais são geralmente a causa da Classe III funcional ou pseudo classe III, como: problemas de postura mandíbula, perda prematura de primeiros molares, distúrbios na erupção dos incisivos e hipertrofia de adenóides e tonsilas. Dentre os fatores etiológicos, a hereditariedade, por sua vez, tem-se mostrado preponderante na instalação da má oclusão de Classe III esquelética (BERTOZ *et al.*, 1997; MAIA & MAIA, 2002).

A má oclusão de Classe III é a relação oclusal menos comum, abrangendo menos de 5% da população. Nos Estados Unidos, a má oclusão de Classe III verdadeira é encontrada em menos de 1% da população (DAHER *et al.*, 2007). Enquanto no Brasil, parece atingir 6,2% da população (BITTENCOURT & MACHADO, 2010).

A abordagem da Classe III requer cuidados especiais no diagnóstico e nas decisões quanto à época de tratamento e tipos de intervenção. Alguns autores advogam que a cirurgia pós-crescimento é o procedimento indicado para se tratar a má oclusão de classe III, enquanto outros propõem que o problema seja tratado durante a fase de crescimento (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008).

De fato, as más oclusões de classe III exibem alterações esqueléticas e dentárias desde idade muito precoce (GUYER *et al.*, 1986). A identificação precoce da Classe III esquelética necessita de uma avaliação detalhada de várias características facial, oclusal e cefalométrica. O objetivo do tratamento em idade precoce é corrigir a discrepância transversal, o overbite e o overjet e reduzir o apinhamento (DILIO *et al.*, 2014).

No entanto, dependendo da severidade da Classe III e da idade do paciente, especialmente nos casos em que existe um prognatismo mandibular, é necessário o tratamento ortodôntico seguido de cirurgia ortognática. Em casos limítrofes, nos quais os pacientes ainda estão em fase de crescimento, o tratamento compensatório pode ser uma alternativa válida para o sucesso do tratamento (MORA *et al.*, 2007). Ao tratar o paciente classe III ortodonticamente, seja em idade de crescimento ou em pacientes adultos, as posições antero-posteriores e vertical dos componentes faciais, bem como as relações dentárias, devem ser consideradas de forma que o excesso ou deficiência sejam tratados onde este realmente existe (GUYER *et al.*, 1986).

Este relato de caso clínico apresenta o tratamento compensatório como a abordagem de tratamento para a classe III esquelética em paciente em fase final de crescimento.

DESENVOLVIMENTO

Proposição

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico no qual compensações dentárias foram utilizadas para camuflar a relação esquelética de classe III em um paciente jovem em fase final de crescimento.

Relato de Caso Clínico

O paciente E.S.C.J, sexo masculino, 16 anos e 4 meses, melanoderma, compareceu à clínica de ortodontia da Facsete (Sete Lagoas/MG) com a seguinte queixa principal: “consertar os dentes e arrancar”. O paciente apresentava bom estado de saúde geral, respiração e deglutição normais. No exame clínico extra-bucal, em norma frontal, o paciente apresentava boa

simetria facial e selamento labial. Em norma lateral, o paciente exibia um padrão facial de classe III e ângulo naso-labial normal (Figura 1).

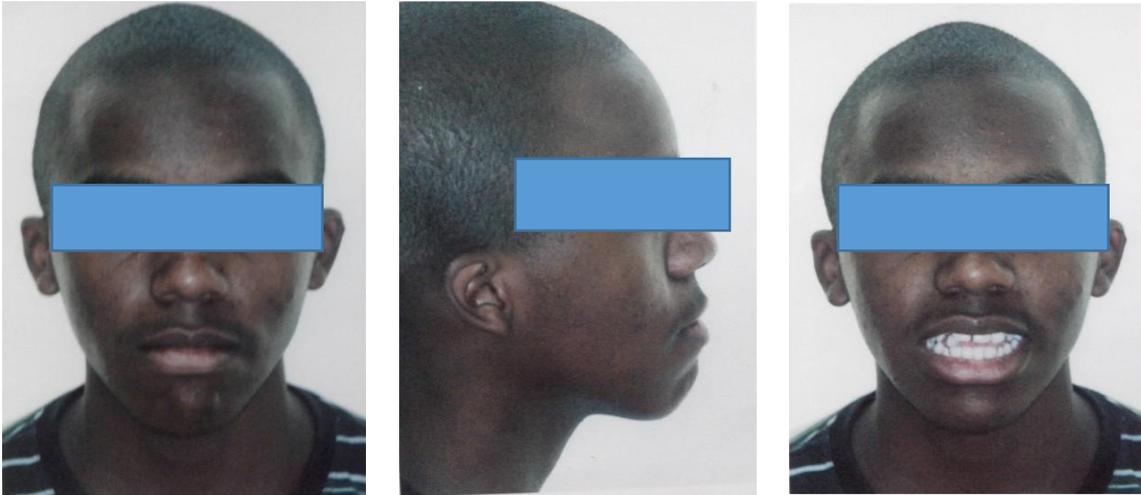


Figura 1: Fotos iniciais extra-bucais de frente, perfil e sorriso.

O paciente estava em fase de dentadura permanente, com caninos superiores decíduos ainda presentes (53 e 63), terceiros molares ausentes, apresentando uma má oclusão Classe III de Angle, mordida aberta (-3mm), mordida cruzada posterior bilateral, apinhamento severo superior e moderado inferior (Figuras 2 e 3).



Figura 2: Fotos iniciais intra-buciais.



Figura 3: Fotos dos modelos iniciais.

A radiografia panorâmica revelou a presença de todos os dentes permanentes com terceiros molares em fase de rizogênese, dentes decíduos 53 e 63 ainda em posição, além de uma boa simetria mandibular e côndilos normais (Figura 4). Na teleradiografia, o paciente apresentava falta de selamento labial, chanfradura mandibular, boa sínfise e vias aéreas normais (Figura 5).



Figura 4: Radiografia panorâmica inicial.



Figura 5: Telerradiografia inicial.

A análise cefalométrica da telerradiografia é apresentada na tabela 1. Em termos gerais, as análises de Ricketts e USP revelaram ser o paciente dólicofacial severo, portador de uma classe III esquelética, mordida aberta esquelética, retrusão maxilar, protrusão mandibular, perfil côncavo e incisivo inferior e superior protruídos e vestibularizados.

Análise de Ricketts			
	Norma	Inicial	Final
Eixo facial	90° ± 3	81°	86°
Profundidade facial	87° ± 3	89°	87°
Plano mandibular	26° ± 4	32 °	30°
Altura facial inferior	47° ±4	57°	54°
Arco mandibular	26° ± 4	35 °	35°
Convexidade do ponto A	2mm ± 2	-1mm	-2mm
Profundidade maxilar	90° ± 3	89°	86°
Posição Incisivo Inferior 1 - Apo	1mm ± 2	10mm	13mm
Inclinação Incisivo Inferior 1.Apo	22° ± 4	23,5°	33°

1.1	130°	118°	101°
Plano Oclusal	1mm	1mm	1mm
Posição Incisivo Superior 1- Apo	4mm ± 2	11mm	13mm
Inclinação Incisivo Superior 1.Apo	28° ± 4	40°	45°
Protrusão lábio inferior	-2mm± 2	4mm	5mm
Análise de USP			
F.NP	88 ° ± 1	90°	95°
NAP	0° ±2	-2°	-2°
SNA	82°	80°	81°
SNB	80°	81°	81°
ANB	2°	-1°	-1°
SND	76°	78°	78°
NS.GN	67°	72°	72°
NS.PLo	14°	19°	17°
NS.GoGn	32°	32°	34°
GoGn.PLo	18°	18°	18°
1 / . / 1	131°	108°	101°
1/ . NS	103°	122°	127°
1/ . NA	22°	42°	46°
1/ - NA	4 mm	13mm	16mm
/1 . NB	25°	31°	34°
/1 - NB	4 mm	11mm	14mm
/1 - NP	0 mm	10mm	12mm
1/ - órbita	5 mm	18mm	22mm
/1 – linha I	0 mm	-11mm	-14mm
H.NB	9-12°	7°	10°
H-nariz	9-11mm	0mm	-1mm
P-NB	0 mm	0mm	0mm
Eminência Mentoniana	8 mm	8mm	8mm
FMA	25°	31°	29°
FMIA	68°	58°	70°
IMPA	87°	89°	81°

Tabela I: Análises cefalométricas inicial e final.

O tratamento iniciou com a instalação de um expansor de Haas modificado com uma grade para impedir a interposição lingual (Figura 6). O protocolo de ativação constou de 2/4 de volta no momento da instalação e ¼ de volta uma vez ao dia até que as cúspides palatinas dos primeiros molares superiores tocassem as cúspides vestibulares dos primeiros molares inferiores. Nesse momento, o expansor de HAAS foi travado utilizando um fio de amarrilho e mantido em posição por quatro meses.



Figura 6: Aparelho de HAAS modificado com grade.

Concomitantemente, procedeu-se a montagem do aparelho fixo inferior (roth 022), com exceção dos caninos inferiores que encontravam-se girovertidos (Figura 7).



Figura 7: Montagem do aparelho fixo inferior.

Os caninos superiores decíduos foram extraídos e, após 4 meses da utilização do expensor de Haas como contenção, foi realizada a montagem do aparato fixo superior, sem, no entanto, a utilização de fio, e a retração do canino superior direito foi executada com o auxílio de um elástico em cadeia da aleta distal do braquete do canino à um gancho soldado ao anel do primeiro pré molar superior direito (Figura 8). A retração procedeu-se por dois meses até que o canino ocupasse o espaço da extração.

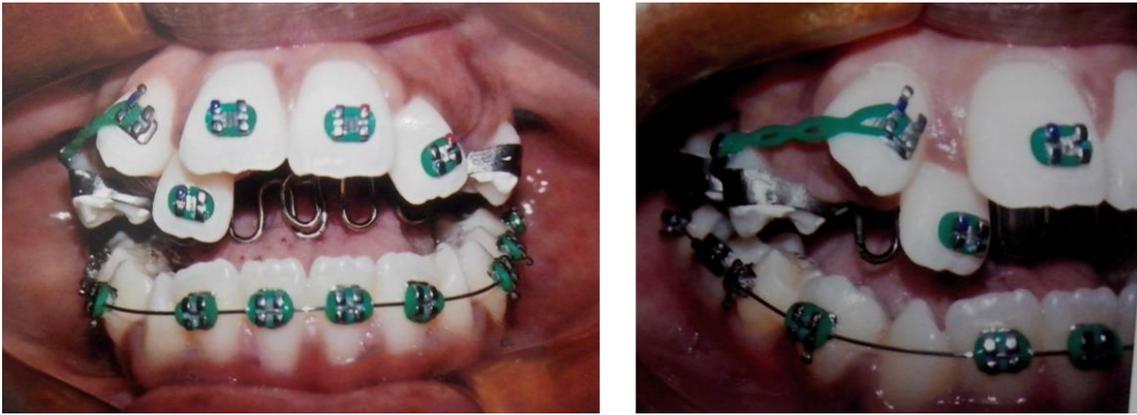


Figura 8: Montagem do aparelho fixo superior. Em detalhe, retração do canino superior direito com o auxílio de um elástico em cadeia.

Iniciou-se, assim, a fase de alinhamento e nivelamento superior, o expansor de Haas foi removido e uma barra palatina foi instalada. O elástico de classe III foi utilizado desde os fios iniciais com forças leves (70g). Uma mola foi utilizada para manutenção do espaço para erupção do canino superior esquerdo (Figura 9).



Figura 9: Fase de alinhamento e nivelamento (superior fio termo 0.16"x0.22", inferior fio NiTi 0.14") com utilização de elástico classe III e mola entre os elementos 22 e 24. Barra palatina (ancoragem).

Batentes posteriores foram instalados nos primeiros molares superiores (Figura 10) e o alinhamento e nivelamento foi conduzido utilizando a sequência de fios a seguir: NiTi 0.14", Niti 0.16", Termo 0.16"x0.22", NiTi 0.19"x0.25", Aço 0.19"x0.25".



Figura 10: Fase de alinhamento e nivelamento utilizando batente posterior.

Quando o canino superior esquerdo começou a irromper na cavidade bucal, foi colado um acessório, e o fio de aço 0.19"x0.25" superior foi substituído pelo fio NiTi 0.12" associado a um NiTi 0.20". Posteriormente, foi realizado um bypass no elemento 23 utilizando o fio NiTi 0.12" e o de aço 0.18" (Figura 11).



Figura 11: Erupção do canino superior esquerdo, colagem do acessório, tracionamento do canino utilizando um fio NiTi 012 e confecção de um bypass nessa região, respectivamente.

A colagem dos caninos inferiores foi realizada apenas após a exodontia dos primeiros pré-molares inferiores, evitando, assim, uma possível piora na relação de classe III do paciente. Após a extração dos elementos 34 e 44, giroversão dos caninos inferiores foi corrigida e uma relação de classe I de

canino pôde ser vislumbrada. Nesta fase do tratamento o paciente apresenta linha média coincidente, diastemas, molares em relação de classe III e incisivos quase de topo (Figuras 12 e 13).



Figura 12: Fotos intrabucais 22 meses após o início do tratamento.



Figura 13: Radiografia panorâmica 20 meses após o início do tratamento.

Na análise da telerradiografia em norma lateral final (Figura 14) foram observados os valores demonstrados na Tabela 1. Em linhas gerais, não foram verificadas quaisquer alterações esqueléticas no paciente, as alterações foram estritamente dentárias. Notou-se uma vestibularização e protrusão dos incisivos superiores e inferiores e a manutenção da falta de selamento labial.



Figura 14: Telerradiografia de perfil 20 meses após o início do tratamento.

DISCUSSÃO

A má oclusão de Classe III pode ser tratada de diversas maneiras. Dependendo da forma de como a Classe III se expressa e da idade do paciente, os tratamentos poderão ser ortopédicos, ortodônticos ou ortodônticos cirúrgicos.

Não há, no entanto, unanimidade entre os autores quanto a essas questões. De fato, a literatura ortodôntica é repleta de trabalhos com relatos de condutas diversas no tocante ao problema. Não são poucos os que advogam que a cirurgia pós-crescimento é o procedimento indicado para se tratar esse

desvio. Outros propõem que o problema seja tratado durante a fase de crescimento (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008). Geralmente, o tratamento de escolha é corrigir o componente esquelético e a má oclusão dentária (Dilio et al., 2014). No entanto, nos casos em que não existe mais crescimento, o clínico deve optar ou pelo tratamento de camuflagem, através de compensações dentárias, ou pela alternativa cirúrgica para corrigir o desequilíbrio esquelético (BILODEAU, 2011).

Este trabalho relata o caso clínico de um paciente classe III esquelética e dentária, com mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior e apinhamento. O tratamento iniciou com a correção da discrepância transversal e correção da mordida cruzada posterior com a utilização de um aparelho expensor do tipo Haas com grade para evitar a interposição lingual, atuando, assim ao mesmo tempo, no componente vertical caracterizado pela mordida aberta.

O aparelho expensor do tipo HAAS é caracterizado como um dispositivo dentomuco-suportado no qual, as forças geradas pela expansão são transmitidas aos dentes, paredes ósseas vestibulares e processos alveolares palatinos (HAAS, 1965). Ele é utilizado para corrigir alterações maxilares como a atresia maxilar e as discrepâncias de perímetro na arcada dentária superior (BERND, 2011), característicos da mordida cruzada. Adicionalmente à correção da mordida cruzada, a expansão maxilar associada à tração reversa da maxila ou com aparelho fixo é uma opção de tratamento da má oclusão de Classe III em jovens após o pico de crescimento puberal (DILIO *et al.*, 2014). De fato, a utilização de um expensor maxilar do tipo Haas neste trabalho teve o objetivo de promover a correção da mordida cruzada posterior e auxiliar no tratamento da classe III. No entanto, o tratamento da má oclusão de Classe III em jovens após o pico de crescimento puberal tem prognóstico duvidoso e os efeitos ortopédicos podem ser iguais ou menores do que os efeitos ortodônticos, dependendo da idade do paciente (DILIO *et al.*, 2014). Deveras, a análise cefalométrica realizada 20 meses após o início do tratamento, demonstrou a ausência de efeitos ortopédicos significativos neste paciente.

O tratamento compensatório de Classe III pode ser aplicado em jovens e adultos nos quais a cirurgia ortognática não está indicada ou a mesma não é a escolha do paciente (DILIO *et al.*, 2014). A proposta de cirurgia ortognática foi

apresentada ao paciente e responsáveis que optaram por sua não realização, sendo a abordagem compensatória o tratamento de escolha para este caso.

O tratamento não-cirúrgico de uma má oclusão de Classe III é, essencialmente, uma camuflagem que possibilita uma melhor harmonia da face. Consiste na adoção de procedimentos que, desde a dentadura mista, tracionem a maxila anteriormente e redirecionem a mandíbula em sentido horário, para baixo e para trás. A abordagem é contra-indicada para pacientes com características de face longa (mordida aberta), uma vez que a rotação mandibular agravaria o problema, aumentando a probabilidade de correção cirúrgica (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008). Adicionalmente, esta foi uma das razões pelas quais o tracionamento da maxila não foi realizado neste paciente.

Diferentes abordagens terapêuticas para o tratamento da classe III puramente ortodônticas, não cirúrgicas, podem ser adotadas, dependendo do diagnóstico e da observação dos diferentes casos, sendo elas: a) conduta mais conservadora, sem extrações; b) conduta sem extrações associada a desgastes interproximais no arco inferior; c) extração de primeiros pré-molares inferiores; d) extração de segundos pré-molares superiores e primeiros pré-molares inferiores; e) extração de um incisivo inferior; f) extração de primeiros molares inferiores (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008). No caso aqui exposto, optou-se pela extração dos primeiros pré-molares inferiores para a correção da classe III e da giroversão dos caninos inferiores.

A extração dos primeiros pré-molares inferiores tem como vantagens: um tempo de tratamento mais adequado, uma mecânica ortodôntica sem maiores complicações e a possibilidade de uma correção duradoura, caso não ocorra um crescimento fora de proporção. Como desvantagem, apresentam a finalização com os molares em Classe III e uma limitação de possibilidades ortodônticas futuras, caso haja um crescimento excessivo, e a necessidade de novo tratamento (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008). Em concordância, foi possível observar o término do caso aqui descrito numa relação de molares em classe III, apesar do correto relacionamento dos caninos em classe I.

Pithon & Bernardes (2007), relataram em seu trabalho, o tratamento de uma paciente com 13 anos e 4 meses de idade portadora de uma má oclusão de Classe III esquelética moderada com envolvimento maxilar, perfil côncavo, relação de molar classe I com apinhamento superior e inferior. A paciente foi

tratada com a expansão rápida da maxila, utilizando o aparelho expansor do tipo Haas, e exodontia de primeiros pré-molares inferiores. Com esses procedimentos, os autores conseguiram uma melhor harmonia entre arcos e relações caninas favoráveis aos movimentos excursivos mandibulares.

Hamamci *et al.* (2008), apresentaram o caso de uma paciente de 18 anos de idade classe III esquelética com apinhamento superior e inferior, linha média superior desviada para a esquerda, mordida aberta total (anterior 5mm), mordida cruzada posterior, maxila atrésica, perda do primeiro molar inferior esquerdo devido à cárie com o espaço da extração ainda presente. Para correção da atresia maxilar e mordida cruzada posterior foi realizada a expansão rápida da maxila. Foram extraídos os primeiros pré-molares superiores e o primeiro molar inferior direito devido à ausência do primeiro molar inferior no lado oposto. Procedeu-se o alinhamento e nivelamento com a técnica de Edgewise e os segundos molares inferiores foram mesializados com o intuito de fechar a mordida da paciente. No arco superior, o espaço da extração foi utilizado para dissolver o severo apinhamento superior. Ao final do tratamento, a mordida da paciente foi fechada, e apinhamento corrigido e as relações de sobressaliência e sobremordida apresentaram adequadas. Adicionalmente, houve um aumento no ângulo ANB de -1° para 2° devido à rotação mandibular.

Semelhantemente aos trabalhos de Pithon & Bernardes (2007) e Hamamci *et al.* (2008), neste artigo, a expansão rápida da maxila foi utilizada com o objetivo de melhorar a atresia maxilar, resolver o quadro de mordida cruzada posterior e auxiliar na dissolução do apinhamento superior. Neste caso, no entanto, o fechamento da mordida procedeu-se de forma diferente, pela intrusão dos molares devido à utilização de batentes nos dentes posteriores.

Assim como nosso trabalho, outros autores também relataram a extração de primeiros pré-molares inferiores como alternativa de camuflagem da má oclusão de classe III.

Bittencourt (2009), descreveu o caso clínico de um paciente adulto, 27 anos de idade, classe III esquelética, classe III dentária subdivisão direita, inclinação vestibular dos incisivos superiores e verticalização dos inferiores, linha média inferior desviada 4mm à esquerda, sobressaliência de -1mm, mau posicionamento individual de alguns dentes, mordida cruzada no 16 e na região anterior, ausência do 36 e migração para distal com giroversão dos dentes 34 e

35. O plano de tratamento consistiu da exodontia do dente 44 e utilização do sistema Edwise. Elástico em cadeia foi utilizado para a movimentação do dente 43 para distal. Em seguida, esse foi também incluído na unidade de ancoragem e foi utilizado elástico em cadeia, individualmente, para a movimentação dos dentes 42, 41, 31 e 32, para o lado direito, até a correção da linha média. A mecânica intermaxilar com elástico de Classe III no lado direito foi realizada como reforço de ancoragem. Ao final do tratamento, o autor revela ter alcançado um bom resultado devido à correção da relação de Classe III na região dos caninos no lado direito, e o descruzamento na região anterior.

Satish *et al.* (2013), apresentaram o caso de um paciente de 27 anos de idade com má oclusão de classe III esquelética e mordida cruzada anterior, perfil côncavo e relação de classe I de molar em ambos os lados. O tratamento ortodôntico iniciou com o alinhamento e nivelamento seguidos da extração dos primeiros pré-molares inferiores e retração dos dentes anteriores inferiores de forma a obter trespases horizontal e vertical positivos camuflando, ortodonticamente, a má oclusão de classe III moderada.

Moura & Cruz (2015), relataram um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 25 anos 8 meses de idade, apresentando uma relação dos primeiros molares de Classe III de Angle, trespasse horizontal negativo de 1 mm, apinhamento antero-inferior, mordida cruzada posterior esquerda e mordida aberta na região de incisivos laterais e caninos, assimetria esquelética mandibular à direita com conseqüente desvio de linha média superior, um padrão esquelético de Classe III, com retrusão maxilar e um bom posicionamento mandibular em relação à base do crânio. O paciente foi tratado com a mecânica do arco reto, exodontia dos primeiros pré-molares inferiores e retração dos caninos inferiores com arcos segmentados com molas verticais. Para intensificar o fechamento dos espaços e melhorar o posicionamento dentário, utilizou-se o elástico de Classe III durante a retração. Seguindo a proposta de camuflagem ortodôntica, com extração de dois pré-molares inferiores, os objetivos dos autores foram alcançados com a obtenção de um bom alinhamento e nivelamento dos arcos, estabelecendo-se uma oclusão funcional, com relação de Classe I de canino, trespases horizontal e vertical adequados.

Alam *et al.* (2016), descreveram o caso de uma paciente de 22 anos classe III esquelética apresentando protrusão mandibular e retrusão maxilar

(ANB=-7°), mordida cruzada anterior severa com incisivos superiores retroinclinados e ausência de espaço para os caninos superiores os quais se encontravam em infravestibuloversão. O plano de tratamento ideal de tratamento consistia na protração maxilar e retrusão mandibular cirúrgicas o qual, não foi aceito pela paciente. No tratamento compensatório para camuflagem foi realizada a extração dos incisivos laterais superiores e primeiros pré-molares inferiores, com alinhamento e nivelamento utilizando a mecânica de Edgewise e um plano de mordida posterior removível. Ao final do tratamento, houve a correção da mordida cruzada anterior com caninos em classe I e uma boa estética facial.

De forma semelhante à estes trabalhos, nossos resultados têm mostrado que a extração de pré-molares associada à retração dos dentes anteriores e inferiores e utilização de elástico classe III são uma boa alternativa de tratamento compensatório para a correção da classe III dentária.

CONCLUSÃO

Este relato de caso clínico apresentou o tratamento compensatório de uma má oclusão de Classe III de um paciente jovem que já havia completado seu crescimento. Ele consistiu da expansão do arco superior e extração dos primeiros pré-molares inferiores com utilização de elásticos de classe III. Esta técnica mostrou-se satisfatória na correção da classe III de caninos.

REFERÊNCIAS

ALAM, M. K; SHAHID, F.; NOWRIN, S. A. **Non surgical treatments of skeletal class III malocclusion with severe anterior cross bite: a case report.** International Research Journal of Medical Sciences, v.4, n.12, 2016.

ARAÚJO, E. A.; ARAÚJO, C. V. **Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 13, n. 6, p. 128-157, nov./dez. 2008

BERND, G. P. **Efeitos imediatos da expansão rápida da maxila na altura e espessura alveolar, com os disjuntores tipo Haas e Hyrax, em tomografias.** 70f. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Ortopedia Facial) - Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BERTOZ, F. A. et al. **Tratamento das Maloclusões de classe III.** Jornal brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial. Rio de Janeiro, v. 2. n.11, p.31-41, 1997. *In:* SOUSA, M. C. N; GONÇALVES, M. A.; PINHEIRO, P. M. M. **Má oclusão classe III de Angle: diagnóstico e tratamento precoce.** Revista científica do ITPAC, v.3. n.2., 2010.

BILODEAU, J. E. **Nonsurgical treatment of a Class III patient with a lateral open-bite malocclusion.** Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.140, n.6, p.861-868, 2011.

BITTENCOURT, M A. V. **Má oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v.14, n.1, p.132-142, 2009.

BITTENCOURT, M. A. V.; MACHADO, A. W. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. Dental Press J Orthod, v.15, n.6, p.113-122, 2010.

BORTOLOZO, M. A.; TOMÉ, M. C.; KRÜGER, A. R. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v.7, n.4, p. 69-79, 2002.

DAHER, W.; CARON, J.; WECHSLER, M. **Nonsurgical treatment of an adult with a Class III malocclusion.** Am J Orthod Dentofacial Orthop, v.132, p.243-251, 2007. *In:* DILIO, R. C.; MICHELETTI, K. R.; CUOGHI, O. A.; BERTOZ, A. P. M. **Tratamento compensatório da má oclusão de classe III. Revisão de literatura.** Arch Health Invest, v.3, n.3, p.84-93, 2014.

DILIO, R. C.; MICHELETTI, K. R.; CUOGHI, O. A.; BERTOZ, A. P. M. **Tratamento compensatório da má oclusão de classe III. Revisão de literatura.** Arch Health Invest, v.3, n.3, p.84-93, 2014.

GRAVELY, J. F. **A study of the mandibular closure path in Angle Class III relationship.** Br J Orthod, v.11, p.85-91, 1984. *In:* AL-HUMMAYANI, F. M. PseudoClass III malocclusion. Saudi Med J, v.37, n.4.

GUYER, E. C.; ELLIS, E. E.; McNAMARA, J. A. Jr.; BEHRENTS, R. G. **Components of class III malocclusion in juveniles and adolescents.** The Angle Orthodontist, p.7-24, 1986.

HAAS A. J. **The treatment of maxillary deficiency by opening the midpalatal suture.** Angle Orthodontist, v.35; p.200-217, 1965.

HAMAMCI, N.; TUMEN, E. C.; BASARAN, G.; AGACKIRAN, E. **Nonsurgical Treatment of a Case With Skeletal Class III Malocclusion and Total Open – Bite: A Case Report.** International Dental and Medical Disorders, v.1, n.1, p.15-23, 2008.

MAIA, F. A.; MAIA, N. G. **Mordida cruzada anterior na dentição decídua.** Revista Clin Ortodon Dental Press. Maringá, v.1, n.4, p.61-73, 2002.

MORA, D. R.; OBERTI, G.; EALO, M.; BACCETTI, T. **Camouflage of moderate Class III malocclusions with extraction of lower second molars and mandibular cervical headgear.** Prog Orthod, v.8, n.2, p.300-307, 2007.

MOURA, R. O. L; CRUZ, K. S. **Tratamento ortodôntico compensatório da má oclusão de Classe III esquelética.** Orthod. Sci. Pract., v.8, n.29, p.80-88, 2015.

MOYERS, R. E. **Etiologia da Maloclusão. Ortodontia.** 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. C. 07, p.126-140.

PITHON, M. M.; BERNARDES, L. A. A. **Tratamento da má oclusão Classe III esquelética através de expansão rápida da maxila associada à exodontia de pré-molares inferiores: relato de caso clínico.** Rev. Clín. Ortodon. Dental Press, Maringá, v. 6, n. 2, p.57-67, 2007.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W. Jr; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea.** Rio de Janeiro. Elsevier, 2007.

SATISH, H. A.; DAOKAR, S.; GULATI, M. **Different Non – Surgical Treatment Modalities for Class III Malocclusion.** Journal of Dental and Medical Sciences, v.9, n.6, p.48-52, 2013.