

FACULDADE SETE LAGOAS

FACSETE

WANDERLEY NOGUEIRA

TRATAMENTO COMPENSATÓRIODA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III -

RELATO CASO CLÍNICO

PORTO VELHO/RO

2018

WANDERLEY NOGUEIRA

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III -
RELATO CASO CLÍNICO

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

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Andreia Regina Boff Lemos

Co-orientador: Prof.Dr. Fabrício PinelliValarelli

PORTO VELHO/RO

2018

FACSETE

Artigo intitulado "TRATAMENTO COMPENSATORIO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III" de autoria do aluno Wanderley Nogueira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Fabrício PinelliValarelli - FACSETE

Prof^a. Me. Juliana Volpato Curi Paccini - FACSETE

Prof^a. Dr. Rodrigo Cançado- FACSETE

Porto Velho/RO,17 de Março de 2018.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, toda a minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional, a facete e seu corpo docente, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, toda a confiança no mérito e ética aqui presente.

A todos que direto ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A classe III compensatório foi tratado conforme a escolha de um dos planos de tratamento proposto a paciente, onde foi realizado um tratamento mais conservador com tempo clínico maior, foi usado durante mecânica ortodôntica desgastes interproximais, elásticos, e torques para ganho de espaço e finalizar o caso.

O objetivo desse trabalho foi relatar caso clínico onde tínhamos pouco espaço no arco e apinhamentos severo, foi proposto extrações para que o caso finalizasse com maior perfeição e com tempo clínico mais rápido. O mesmo não foi aceito pela paciente, portanto sendo finalizado compensatoriamente.

Descrição: Má oclusão de Classe III, compensatório,

ABSTRACT

The compensatory class III was treated according to the choice of one of the treatment plans proposed to the patient, where a more conservative treatment with a longer clinical time was performed, interproximal, elastic, and torque gains were used during orthodontic mechanics to gain space and finish the case.

The objective of this study was to report a clinical case where we had little space in the arch and severe crowding, it was proposed extractions so that the case ended with greater perfection and with faster clinical time. The same was not accepted by the patient, therefore being finalized compensatorily.

Description: Class III malocclusion, compensatory,

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografias extrabucais iniciais.....	9
Figura 2 – Fotografias intrabucais iniciais.....	9
Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial.....	10
Figura 4 – Telerradiografia inicial.....	11
Figura 5 – Fotografias iniciais da instalação do aparelho.....	12
Figura 6 – Fotografias intrabucais com elástico corrente.....	12
Figura 7 – Fotografias intrabucais com elástico de classe III.....	13
Figura 8 – Fotografias intrabucais com elásticos de intercuspidação.....	14
Figura 9 – Fotografias intrabucais com a Placa de Hawley e 3x3.....	14
Figura 10 – Fotografias intrabucais finais.....	15
Figura 11 – Radiografia panorâmica final.....	16
Figura 12 – Telerradiografia final.....	16
Figura 13 – Tabela de variáveis cefalométricas.....	17
Figura 14 – Sobreposição de imagem dos perfis inicial e final.....	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Variáveis cefalometricas ao inicio e final do tratamento ortodôntico.....	9
-------------------------------------------------------------------------------------	---

SUMÁRIO

1			–
Resumo.....			5
2			–
Introdução.....			8
3 – Caso clínico.....			9
3.1	–	Opções	de
tratamento.....			11
4			–
Resultados.....			17
5			–
Discussão.....			19
5.1	–	Efeitos	do
propulsor.....			20
6			–
Conclusão.....			21
7			–
Bibliografia.....			2

INTRODUÇÃO

A procura pelo tratamento ortodôntico pelos adultos está crescendo cada vez mais, principalmente quando a preocupação maior é estética.^{1 2 3} A saúde e estética dentárias, se altera de acordo com a idade e com as condições socioculturais e parece haver uma motivação maior do gênero feminino para se submeter ao tratamento ortodôntico, em relação ao masculino.² A estética e o que motiva os pacientes adultos a procura pela ortodontia^{2 4}

Sendo assim o planejamento do adulto deve-se levar em primeira escolha sua queixa principal para solucionar o problema percebido pelo paciente, e ao fim do tratamento ter sucesso, com mínimo de perda periodontal e com bom equilíbrio funcional.^{1 4}

Deve-se considerar no tratamento uma abordagem multidisciplinar, com elaboração de um plano de tratamento bastante diferenciado, adequando a mecânica à necessidade de cada indivíduo em particular.⁴

Um dos fundamentos mecânicos da aparelhagem ortodôntica fixa é a possibilidade de se incorporar aos dentes dispositivos de apoio, através de bandas ou anéis cimentados ou de colagens, capazes de liberar forças armazenadas pelos arcos dos aparelhos ortodônticos fixos, e conseqüentemente, permitir a movimentação dentária.⁵ Por mais sofisticados que sejam os detalhes que envolvem a fabricação das peças constituintes do aparelho ortodôntico, as forças mecânicas não têm características intrínsecas direcionais, isto é, há sempre a necessidade de um operador, ou seja, o ortodontista, que impõe a intensidade das forças e determina o sentido das mesmas. Portanto, somente a partir da correta montagem dos acessórios e da manipulação destes aparelhos, é possível movimentar os dentes e atingir a oclusão normal.⁵

A maior preocupação do ortodontistas quando se trata de um tratamento compensatório é a falta de espaço no arco, encontrando assim um grande risco de apinhamentos dentário, onde esta presente na maioria das más oclusões,

requerendo do profissional um conhecimento amplo sobre o diagnóstico e plano de tratamento.^{1 3 6} A primeira escolha seria desgastes dentários, que referem-se à diminuição das dimensões mesiodistais com objetivo de corrigir apinhamentos suaves ou moderados, bem como eliminar a desproporção natural de tamanho dentário entre os arcos, e requerem o conhecimento de vários aspectos clínicos para serem realizados.^{2 6}

A má oclusão de Classe III é um tipo de desvio dentoalveolar onde tratada durante fase de crescimento teremos um resultado mais favorável, a abordagem da Classe III requer cuidados especiais no diagnóstico e nas decisões quanto à época de tratamento e tipos de intervenção.^{7 8}

O artigo teve como objetivo relatar o tratamento de um paciente classe III com perfil facial favorável, mordida topo a topo e apinhamentos, realizando um tratamento mais conservador, sendo eles desgastes interproximais e elásticos.

CASO CLÍNICO

Paciente M.P.D.S, 33 anos, gênero feminino, apresentou-se para tratamento na clínica ortodôntica, com queixa principal de dente virado e se achava um pouco 'bicuda'. No exame extrabucal observou-se boa harmonia dos terços faciais, perfil levemente convexo e selamento labial bom (Figura 1A-C).



Figura 1 (A- C) - Fotografias extrabucais iniciais: A) extrabucal frontal; B) extra bucal sorrindo; C) extra bucal lateral.

Na análise intrabucal paciente apresentava uma meia classe III lado direito, mordida de topo a topo, leve apinhamento superior e um pouco mais severo inferior, linha média dentaria superior coincidente com plano sagital mediano, linha media dentaria inferior desviada para esquerda, curva de spee plana, dentes angulados (Figura 2A – E).





Figura 2(A-E)- Fotografias intrabucais iniciais: A) Intra bucal lateral direita; B) Intrabucal frontal; C) Intra bucal lateral esquerda; D) Oclusal superior; E) Oclusal inferior.

Na radiografia panorâmica inicial, observa-se aspecto de normalidade dentoalveolares, ausência dos dentes 18, 28, 38, 48, dente 37 com obturação satisfatória, material restaurador na coroa dos dentes 13,14, 16,17,24,25,26,27,35,36,37,46,47, seio maxilares com transparência normal(Figura 3).



Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial

Na telerradiografia observa-se uma leve protrusão dos incisivos (Figura 4).



Figura 4 – Telerradiografia inicial

3- OPÇÕES DE TRATAMENTO

Após toda anamnese do paciente, análise intra e extrabucal, perfil, laudos radiográficos e principalmente queixa principal do paciente foi proposto um plano de tratamento mais invasivo onde iríamos proporcionar ao paciente uma maior perfeição de sua oclusão e um tempo de tratamento muito mais rápido, o mesmo não foi aceito e paciente preferiu um tratamento mais conservador:

Primeira opção: extração de 4 (quatro) pré-molares, retração da bateria anterior, uso de elástico classe III, nesse plano de tratamento teríamos um ganho de espaço suficiente para normalizar apinhamento, corrigir a classe III, com tempo de finalização de tratamento mais rápido e uma certeza que seu perfil iria melhorar bastante.

Segunda opção e aceita pela paciente: Tratamento compensatório, sem extração de quatro pré-molares, desgastes interproximais para ganho de espaço, eliminando apinhamento, torques no fio de aço, uso de elásticos classe III e corrente, corrigindo linha média, mordida de topo a topo e encaixando

molares em classe I, nesse caso não tendo muito sucesso no perfil da paciente. Sendo assim uma opção mais conservadora, levando a um maior tempo de tratamento.

4- PLANO DE TRATAMENTO

Após aceitação do plano de tratamento pelo paciente, foi dado início com montagem do aparelho fixo, bráquetes pré-ajustados Roth e arcos contínuos, alinhamento e nivelamento, iniciando com .012, .014,.016,.018 de Niti, 18 e 20 de aço com elástico corrente, 19x15 niti e 19x25 aço com elástico classe III, foi usado mola aberta entre 32 e 41 abrindo espaço para dente 31.(Figura 5A-E).



Figura 5 (A-C) – A) Fotografia intrabucal lateral direita; B) Fotografia intrabucal frontal; C) Fotografia intrabucal lateral esquerda.

Durante mecânica foi sendo feito pequenos desgastes interproximais para ganho de espaço, e uso elástico corrente para fechar esse espaço, eliminando apinhamento e nivelando os dentes.



Figura 6 (A-C) – A) Fotografia intrabucal lateral direita; B) Fotografia intrabucal frontal; C) Fotografia intrabucal lateral esquerda.

Após apinhamento resolvido e dentes alinhados e nivelados, a paciente ainda continuava de topo a topo, portanto foi feito torques no fio de aço e uso de elástico classe III unilateral, para encaixar mordida.



Figura 7 (A-C) – A) Fotografia intrabucal lateral direita; B) Fotografia intrabucal frontal; C) Fotografia intrabucal lateral esquerda.

Avaliando um bom trepasse horizontal e vertical, com correta relação de caninos em classe I, foi feita as intercuspidação dos dentes.

Figura 8 ()

Após remoção do aparelho fixo superior, foi instalada a placa de Hawley como contenção superior e no inferior, foi instalado contenção 3x3



Figura 9 (A-E) – A) Fotografia intrabucal lateral direita; B) Fotografia intrabucal frontal; C) Fotografia intrabucal lateral esquerda; D) Fotografia oclusal superior; E) Fotografia oclusal inferior.

Remoção do aparelho e fotografias finais (Figura 10 A-E).



Figura 10 (A-E) –A) Fotografia intrabucal lateral direita final; B) Fotografia intrabucal frontal final; C) Fotografia intrabucal lateral esquerda final; D) Fotografia intrabucaloclusal superior final; E) Fotografia intrabucaloclusal inferior final.

Na radiografia panorâmica observa-se o bom posicionamento das raízes (Figura 11).

FIGURA 11

Na telerradiografia lateral, observa-se a melhora da inclinação dos incisivos (Figura 12).



Figura 12 – Telerradiografía lateral final

RESULTADOS

Para obtenção dos resultados, utilizou-se o programa Dophim®, comparando as telerradiografias inicial e final (Tabela 1).

Em análise dos componentes maxilares e mandibular não foi observado grandes alterações.

Os componentes dentários foram os que sofreram maiores alterações.

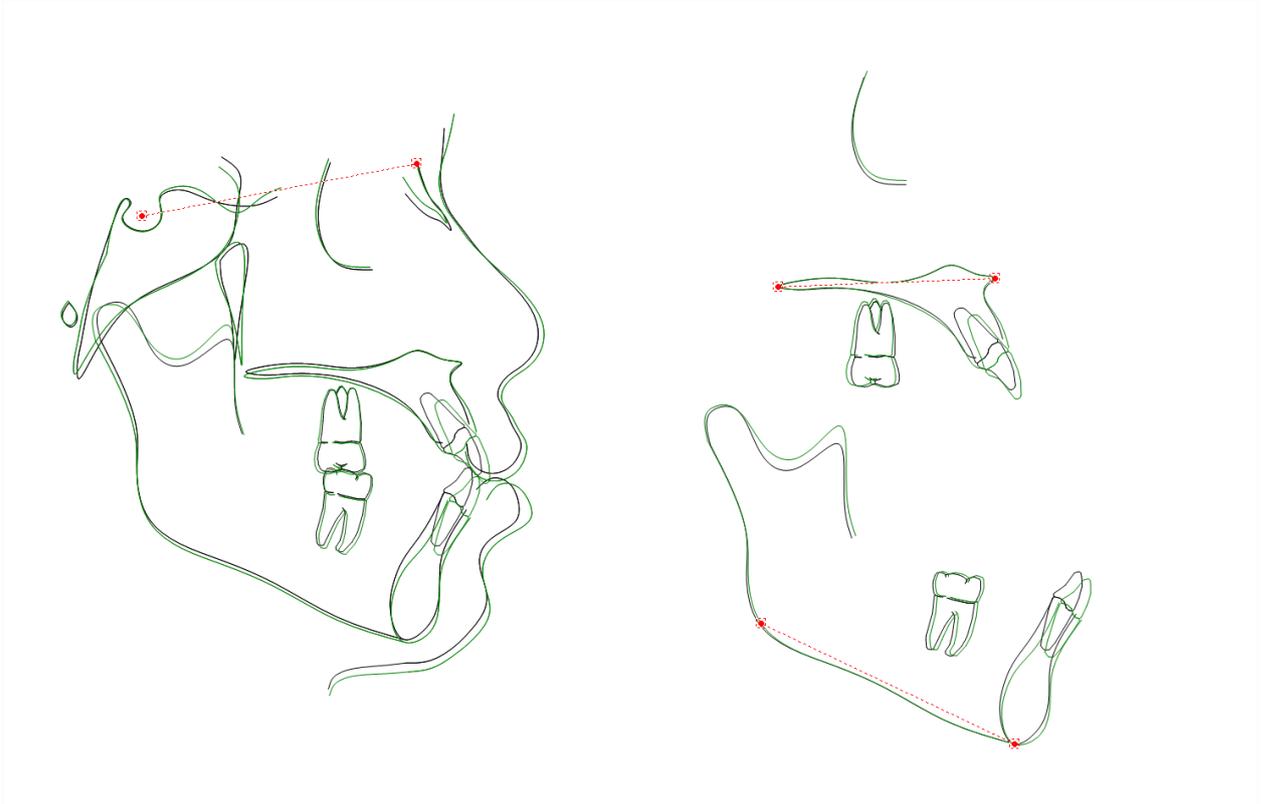
Nos componentes dentários superiores, os incisivos tiveram lingualização de 4,6° e protusão de 1,1mm. Em relação aos molares não tivemos grandes alterações. Nos componentes dentários inferiores, os incisivos tiveram vestibularização de 3° e protusão de 1,9mm. Em relação aos molares não tiveram grandes alterações. Tais resultados foram obtidos devido aos torques dados nos dentes anteriores para melhor posicionamento dos mesmos e uso dos elásticos que favoreceu uma pequena rotação da mandíbula no sentido anti-horário, melhorando a relação interarcos.

A sobressaliência não foi observado grandes alterações.

No perfil tangumentar houve diminuição do ângulo nasolabial, e uma protusão do lábio superior, deixando a paciente com perfil suavemente convexo.

Componentes e Variáveis		Inicial	Final
Componente Maxilar	SNA (°)	87.8	88.0
	Co-A (mm)	80.4	80.3
Componente Mandibular	SNB (°)	82.4	82.5
	Co-Gn (mm)	105.8	105.9
Relação entre Maxila e Mandíbula	ANB (°)	5.4	5.5
	WITS (mm)	2,7	-0,1

Componente Vertical	FMA (°)	31,9	31,7
	SN.GoGn (°)	32,7	33,1
	Sn.ocl (°)	66,9	67,1
	AFAI (mm)	66,6	67,0
Componente dentoalveolar Superior	IS.NA (°)	25,9	21,3
	IS-NA (mm)	3,4	4,5
	IS-PP (mm)	26,3	28,6
	MS-PTV (mm)	17,4	17,7
	MS-PP (mm)	22,7	22
	MS-SN (°)	80,8	19,4
Componente Dentoalveolar Inferior	II.NB (°)	27,5	30,5
	II-NB (mm)	8,2	10,1
	II-GoMe (mm)	39,6	37,8
	MI-Sínfise (mm)	15,7	15,8
	MI-GoMe (mm)	26,1	26,4
	MI.GoMe (°)	57,6	58,8
Relações Dentárias	Sobressaliência (mm)	2,2	2,3
	Sobremordida (mm)	1,6	1,5
Perfil Tegumentar	ANL (°)	118,2	115,0
	Li-Plano E (mm)	4,5	6,6
	Ls-Plano E (mm)	3,0	3,2



DISCUSSÃO

O tratamento compensatório da má oclusão de Classe III é um desafio para o ortodontista clínico em sua prática diária. O diagnóstico diferencial deve ser realizado através da avaliação funcional, cefalométrica e da análise facial subjetiva. A escolha entre as análises cefalométricas e/ ou análise facial subjetiva vai depender da formação e da experiência de cada profissional.⁹

No Brasil, em um estudo realizado com estudantes escolares na cidade de Bauru, estima-se que em torno de 3% da população seja portadora desse tipo de má oclusão. Em termos populacionais, considerando raça, a prevalência seria de 3% a 5% em indivíduos brancos¹⁵ e negros, enquanto que amarelos seria de 14%.^{9 10 11}

É de suma importância lembrarmos que em casos de compensação de Classe III, a importância de um diagnóstico preciso, baseado na queixa principal do paciente, é ainda maior^{2 4}.

De acordo com Angle (1900) abordagem da Classe III requer cuidados especiais no diagnóstico e nas decisões quanto à época de tratamento e tipos de intervenção.

A identificação precoce da Classe III necessita de uma avaliação detalhada de várias características facial, oclusal e cefalométrica.¹² O objetivo do tratamento em idade precoce é corrigir a discrepância transversal, o overbite e o overjet e reduzir o apinhamento. Dependendo da severidade da Classe III e da idade do paciente, especialmente nos casos em que existe um prognatismo mandibular, será necessário o tratamento ortodôntico seguido de cirurgia ortognática.^{13 14} No entanto, 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.^{10 11}

O tratamento compensatório dos indivíduos Classe III, depende de alguns fatores, tais como idade, envolvimento da base esquelética (maxila, mandíbula ou ambas), envolvimento da AFAl, grau de compensação prévia e agradabilidade facial.¹⁵

Para diferenciarmos e entender sobre as classificações, Edward H. Angle descreveu a má oclusão de Classe III como uma condição em que o primeiro molar inferior está posicionado mesialmente ao primeiro molar superior, sendo assim muitas vezes em caso de tratamento compensatório o paciente acaba sendo finalizado em classe III de Angle, relação molar e classe I canina.¹⁶

Ao iniciar tratamento compensatório, deve-se deixar claro ao paciente o grande risco de recidiva, onde estamos optando por um tratamento mais conservador, e obedecendo a vontade do paciente, nossa primeira escolha seria um tratamento mais invasivo, com tempo clínico muito mais rápido, e risco de recidiva muito baixo, com grande sucesso de finalização, mais o mesmo não foi aceito pelo paciente, no entanto deve-se abrir mão de nossa busca pela perfeição e seguir a vontade e expectativa do paciente.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, pode-se concluir que pacientes classe III ao iniciarmos o planejamento podemos ter apenas duas formas de tratamento, compensatório ou cirurgias ortognática. Sendo que precisamos seguir sempre a queixa principal do paciente, e qual sua expectativa no final do tratamento, muitas vezes ortodontista pode procurar a oclusão perfeita (sete chave de oclusão) e a mesma não é interesse do paciente. Onde diagnosticadas e tratadas no decorrer do crescimento é melhor opção.

O caso apresentado classe III topo a topo sem extração com tratamento compensatório, tivemos maiores tempo clinico, maior cooperação da paciente, mais obedecendo a queixa principal e respeitando vontade da paciente, finalizando assim com grande sucesso.

REFERÊNCIAS

1. al gja. Ortodontia em adultos e tratamento interdisciplinar. dental press 2008.
2. al CFa. Tratamento ortodôntico em adultos: uma abordagem direcionada. dental press 2001 63 - 80.
3. Arnett GW, Worley CM, Jr. The Treatment Motivation Survey: defining patient motivation for treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999 Mar; 115(3):233-8.
4. BUTTKE. Indicando pacientes adultos para o tratamento ortodôntico. J AmDentAssoc Brasil 1999 2(4):48 - 54.
5. INTERLANDI. Ortodontia: mecânica do arco de canto introdução à técnica. Sarvier 1986.
6. de Harfin JF. Interproximal stripping for the treatment of adult crowding. J Clin Orthod 2000 Jul; 34(7):424-33.
7. H AE. Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae, Angle's system. 6th ed. Philadelphia: SS White Dental Manufacturing. White Dental Manufacturing 1900 5 - 15.
8. W.R P. Contemporary orthodontics. Mosby 1986.
9. AL CHFA. . Intervenção não cirúrgica da má oclusão de Classe III: quando e como tratá-la? dental press 2006 4(6).
10. Mora DR, Oberti G, Ealo M, Baccetti T. Camouflage of moderate Class III malocclusions with extraction of lower second molars and mandibular cervical headgear. Prog Orthod 2007 8(2):300-7.
11. Daher W, Caron J, Wechsler MH. Nonsurgical treatment of an adult with a Class III malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007 Aug; 132(2):243-51.
12. AL SFA. Má oclusão de Classe III: época oportuna de tratamento. dental press 1995 28(3):74 - 84.
13. al Ma. Cirurgia ortognática para o ortodontista. ED SANTOS 2004.
14. Mucha JN. Treatment of a patient with unerupted mandibular molars, lateral open bite, and class II subdivision malocclusion. World J Orthod 2004 Winter; 5(4):345-56.
15. Ngan PW, Hagg U, Yiu C, Wei SH. Treatment response and long-term dentofacial adaptations to maxillary expansion and protraction. Semin Orthod 1997 Dec; 3(4):255-64.
16. al CUa. Ortodontia interceptadora viabilizando a correção da má oclusão de Classe III: caso clínico. Ortodon Ortop 2004 9(53):53 - 5.