FACSETE
FACULDADE SETE LAGOAS

Maurício Barbosa de Melo

MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III ESQUELÉTICA POR DEFICIÊNCIA MAXILAR: QUANDO INICIAR O TRATAMENTO?

Trabalho de Conclusão de Curso 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: Odontologia.

Aprovado em 01/04/2025 pela banca constituída dos seguintes professores:

Orientador:

Prof. Dr. Sisenando Itabaiana Sobrinho

Membros:

Prof. Examinador(a) I Prof. Esp. Geraldo José Correa

Prof. Examinador(a) II Prof.ª Esp. Maiana Borges dos Santos

Vitória da Conquista - BA
2025

MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III ESQUELÉTICA POR DEFICIÊNCIA MAXILAR: QUANDO INICIAR O TRATAMENTO?[2]

Mauricio Barbosa de Melo[1]

Sisenando Itabaiana Sobrinho [2]

RESUMO

A má oclusão de classe III de Angle causa, em algumas crianças, uma estética facial desagradável, pois ocasiona um perfil facial côncavo e uma mordida cruzada anterior. Por isso, o presente artigo visa identificar o período ideal que pode ser iniciado o tratamento ortopédico da má oclusão de Classe III esquelética por deficiência maxilar. A metodologia aplicada é a pesquisa bibliográfica; através dela, procura-se entender a síndrome da classe III abordada na temática do ponto de vista estético, dentário, esquelético e estatístico; para esclarecer a importância do tratamento precoce dessa anomalia dento-esquelética; e para analisar como deve ser feito o tratamento e o acompanhamento do paciente.

Palavras-chave: Má Oclusão de Classe III. Tratamento Precoce. Protocolo Tradicional. Acompanhamento.

ABSTRACT

Angle Class III malocclusion causes unpleasant facial aesthetics in some children, as it results in a concave facial profile and an anterior crossbite. Therefore, this article aims to identify the ideal time to begin orthopedic treatment for skeletal Class III malocclusion due to maxillary deficiency. The methodology applied is bibliographic research; through it, we seek to understand the Class III syndrome addressed in the topic from an aesthetic, dental, skeletal and statistical point of view; to clarify the importance of early treatment of this dentoskeletal anomaly; and to analyze how the treatment and follow-up of the patient should be carried out.

Keywords: Class III Malocclusion. Early Treatment. Traditional Protocol. Follow-up.

INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III de Angle por deficiência maxilar é caracterizada basicamente por uma mesioclusão entre as arcadas dentárias, podendo envolver retrusão maxilar, prognatismo mandibular ou a associação de

[1]Bacharel em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Pós-graduando em ortodontia pela Associação Brasileira dos Especialistas da Odontologia – ABEPO. Pós-graduado em Docência do Ensino Superior pelo CEOB. Cirurgião-Dentista no Consultório Odontológico, no município de Oliveira dos Brejinhos/BA; Cirurgião-Dentista no Programa de Saúde da Família - PSF, no município de Oliveira dos Brejinhos/BA. E-mail: mauriciojcmelo@gmail.com

[2]Artigo científico apresentado a Associação Brasileira dos especialistas da odontologia – ABEPO, como requisito avaliativo do trabalho de conclusão do curso (TCC), da Especialização em Ortodontia; sob orientação do docente Dr. Sisenando Itabaiana sobrinho. Vitória da Conquista/BA, 2025.

ambos, o que definirá o plano de tratamento a ser instituído (ALMEIDA et al., 2016).

A causa da má oclusão de Classe III de Angle é multifatorial, sendo resultado da interação entre os fatores hereditários/genéticos com os fatores ambientais. A hereditariedade é definida como a transmissão de características genéticas dos pais para os filhos, sendo que a herança genética familiar tem uma forte influência nas dimensões esqueléticas craniofaciais, contribuindo para o desenvolvimento da má oclusão de Classe III. Já os fatores ambientais são: os aspectos geográficos e climáticos, dieta, hábitos deletérios, condições socioeconômicas, educação e doenças que podem exercer influência “in útero” ou após o nascimento. A conjugação diferenciada dos fatores genéticos e ambientais, nos membros de uma população, determina a susceptibilidade maior ou menor de cada indivíduo para desenvolver a má oclusão de Classe III (ACHACHE. D, 2021).

A necessidade do tratamento precoce da má oclusão de classe III por deficiência maxilar está relacionada ao tipo de ossificação da maxila e da mandíbula. A ossificação da maxila é exclusivamente intramembranosa, crescendo por aposição e reabsorção óssea em quase toda sua extensão e por proliferação de tecido conjuntivo nas suturas que a conectam ao crânio e à base do crânio; logo a maxila é mais passível de redirecionamento e remodelação diante das forças ortopédicas por causa justamente da sua maleabilidade óssea. Já a ossificação da mandíbula é mista: intramembranosa e predominantemente endocondral. A ossificação endocondral ocorre nos côndilos da mandíbula, recobertos por tecido conjuntivo fibroso, enquanto que a ossificação intramembranosa é responsável pela formação dos ramos e do corpo mandibular. Além disso, a mandíbula é menos passível de redirecionamento e remodelação diante das forças ortopédicas por possuir um osso mais compacto do que esponjoso (JANSON et al., 2013).

> A ossificação endocondral que está presente no côndilo se faz devido aos variados níveis de pressão que ocorrem nessas superfícies condilares. Dessa forma, um mecanismo de crescimento endocondral é necessário, pois os côndilos crescem em direção à articulação e sofrem pressão direta dos músculos da mastigação, situação que não seria suportada pelo crescimento por modelo intramembranoso (JANSON et al., 2013, p.18).

Quanto ao tratamento, diferentes maneiras de intervir têm sido utilizadas na má oclusão de Classe III de Angle. De modo geral, o tratamento pode ser realizado com aparelhos intra ou extraorais e deve ser realizado o mais precoce possível, logo que o problema for detectado, obtendo-se resultados satisfatórios. Mas, resultados esses que necessitam de acompanhamento até o final do crescimento, visto as altas taxas de recidivas decorrentes do fator genético envolvido. Além disso, das diversas formas possíveis de tratamento da má oclusão de Classe III, vamos nos ater no presente trabalho, ao protocolo convencional, ou seja, Expansão Rápida da Maxila (ERM) associada à Máscara Facial (MF), pois é a opção terapêutica mais utilizada no tratamento da má oclusão de Classe III esquelética por deficiência maxilar (RAMADAN et al., 2018).

REVISÃO DE LITERATURA

Má Oclusão De Classe III De Angle

A má oclusão de classe III de Angle pode ser classificada em: Classe III dentária quando se observa um bom posicionamento das bases ósseas e inadequado posicionamento dentário (inferiores ocluindo mesialmente aos superiores); em classe III funcional ou pseudo classe III, caracterizada por uma mordida cruzada anterior quando a mandíbula fecha em máxima intercuspidação, porém sem a presença de discrepância esquelética, e em classe III esquelética, apresentando retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular, ou uma associação de ambos os fatores esqueléticos (ACHACHE. D, 2021).

O presente trabalho abordará sobre a má oclusão de classe III esquelética por deficiência maxilar. Esta anomalia pode ser analisada do ponto de vista estético, dentário e esquelético. Do ponto de vista estético ou facial, as características da face são: um perfil facial reto ou suavemente côncavo, deficiência da projeção zigomática, lábio inferior e mento mole posicionados à frente do lábio superior e terço inferior aumentado (Figura 1). Quantos às alterações dentárias, a mordida cruzada anterior (MCA) e posterior (MCP) são características que podem ser observadas na má oclusão de Classe III, quando a causa dessa má oclusão for um mau posicionamento das bases ósseas (Figura 1). Já com relação ao perfil

esquelético, ela pode ser causada por uma deficiência maxilar isolada ou combinada a um pequeno prognatismo mandibular (ESTELITA et al., 2021).

> O tratamento precoce da má oclusão de Classe III tem mostrado efetividade do ponto de vista esquelético, em especial quando essa má oclusão possui um componente de retrusão maxilar isolada ou combinada a um pequeno prognatismo mandibular — o que representa grande parte dos pacientes com essa deformidade (42% a 60%). Dessa forma, uma intervenção precoce pode atuar mais facilmente sobre o crescimento da maxila, interceptando a Classe III definida pelo posicionamento retruído da maxila (ALMEIDA et al., 2016, p.56).

Figura 1 – Características faciais e dentárias.



Fonte: (GABRIEL et al., 2013).

De acordo com a análise cefalométrica de Ricketts, o paciente portador da síndrome da classe III esquelética por deficiência maxilar possui a convexidade do ponto A negativa, ou seja, o ponto A, na maxila, está posicionado atrás do Plano Facial (NaPo). Considerando que a norma clínica é de 2 mm aos 8,5 anos de idade, ou melhor, o ponto A deve estar posicionado a 2 mm, à frente, do Plano Facial (NaPo). Além disso, no diagnóstico da classe III esquelética, outros valores também importantes devem ser analisados [Tabela 1] (JOSÉ, A.I.G. et al., 2016).

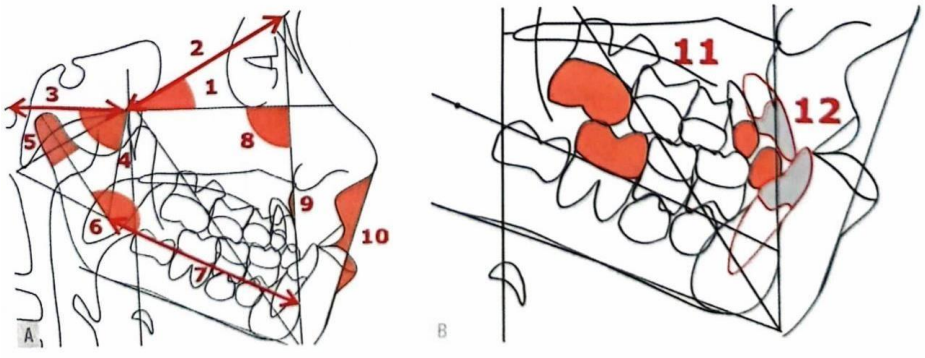
Na telerradiografia de perfil são analisados 12 sinais que podem coexistir, ou não, em um mesmo paciente, cujo prognóstico estará em função do número e da importância dos desvios desses sintomas cranianos, mandibulares, faciais e dentários [Figura 2A e B] (JOSÉ, A.I.G. et al., 2016, p. 523).

Tabela 1: Desvios desses sintomas cranianos, mandibulares, faciais e dentários.

SINAIS CRANIANOS	1 – Deflexão craniana > 27° ±2°
	2 – Base anterior do crânio curta
	3 – Distância Pório-PTV < 39,0 mm
SINAIS MANDIBULARES	4 – Posição do ramo (Xi.Cf.Fankfurt): > 75°
	5 – Colo do côndilo longo e estreito
	6 – Ângulo condilomandibular obtuso
	7 – Corpo mandibular (Xi-Pm) > 65,0 mm
SINAIS FACIAIS	8 – Ângulo facial (Frankfurt.Na-Po) > 90°
	9 – Convexidade negativa (A-NaPo)
	10 – Perfil côncavo
SINAIS DENTÁRIOS	11 – Relações de oclusão canino e molar de Classe III
	12 – Relação de oclusão incisiva invertida

Fonte: (JOSÉ, A.I.G. et al., 2016).

Figura 2A e B: Sinais de alarme da classe III cirúrgica.



Fonte: (JOSÉ, A.I.G. et al., 2016).

Ainda sobre o perfil esquelético, os pacientes que apresentam deficiência maxilar isolada ou combinada a um pequeno prognatismo mandibular são ideais para serem submetidos ao protocolo convencional, ou seja, Expansão Rápida da Maxila (ERM) associada à Máscara Facial (MF). Por outro lado, pacientes com

excesso mandibular apresentam pior prognóstico e maior chance de recidiva, devido ao caráter hereditário e à dificuldade de controlar o crescimento mandibular (ROMANO et al., 2020).

> A grande maioria dos casos de Classe III com excesso mandibular tem indicação de cirurgia ortognática, devido à dificuldade em controlar seu potencial de crescimento. As deficiências maxilares são menos complexas e, teoricamente, mais fáceis de serem corrigidas; porém, também podem indicar intervenção cirúrgica. (ROMANO et al., 2020, p.146).

Analisando esta má oclusão do ponto de vista estatístico, o desenvolvimento do padrão facial de classe III tem sido fortemente associado à herança genética, bem como a diferentes grupos étnicos. Além disso, a população oriental apresenta maior prevalência, entre 4% a 13%, enquanto que os norte-americanos e os brasileiros mostram uma prevalência de 1% a 4% e 6,75%, respectivamente (ESTELITA et al., 2021).

> Apresenta a menor prevalência entre as más oclusões, comprovada por meio de vários estudos no Brasil e exterior, com diversos percentuais, variando de acordo com a população estudada, região e tamanho da amostra. Esse tipo de má oclusão acomete de 0,5% a 5% dos indivíduos na Europa e EUA, de 2% a 5% da população brasileira e de 4% a 13% da população japonesa (ROMANO et al., 2020, p.135).

A Importância do Tratamento Precoce

Os pais de forma apreensiva buscam tratamento para os seus filhos o mais cedo possível por causa da estética desagradável que a má oclusão de classe III, quando esquelética, pode causar – perfil facial côncavo e uma mordida cruzada anterior. Por isso, nos casos de Classe III, o tratamento precoce sempre é interessante, por reduzir a severidade do caso e os problemas psicossociais; porém, a possibilidade de recidiva e intervenção cirúrgica não deve ser descartada (ALMEIDA et al., 2016).

> A má oclusão de Classe III é uma das más oclusões de maior impacto na estética facial. Levando em conta estes fatos, deixar uma criança com uma deformidade facial associada ao prognatismo mandibular atravessar toda a infância e adolescência sem nenhum tratamento, apenas por supor que na fase adulta aquele tipo de deformidade poderá requerer uma correção cirúrgica, não parece estar em consonância com o propósito de uma ciência que visa melhorar a qualidade de vida do indivíduo, não apenas do ponto de vista físico, mas também psíquico e social (ESTELITA et al., 2021, p.75).

Além disso, a realização do tratamento precoce da má oclusão de classe III por deficiência maxilar é de fundamental importância, pois esta anomalia pode piorar com o crescimento facial. Diante disso, deve-se aproveitar da maleabilidade do osso da maxila e tratar o mais cedo possível, devolvendo à criança o equilíbrio mastigatório, esquelético e psicossocial (ALMEIDA et al., 2016).

> O tratamento precoce, no mínimo, provê melhoras estéticas tanto no relacionamento dos dentes quanto no equilíbrio da face e na aparência do sorriso, contribuindo para um melhor desenvolvimento psicossocial do indivíduo numa época crítica de estruturação da psique humana e inserção social (ESTELITA et al., 2021, p.76).

Outro ponto positivo no tratamento precoce é a redução do número de pacientes submetidos ao tratamento orto-cirúrgico. Além disso, a interceptação precoce diminui os efeitos dentários e aumento os efeitos ortopédicos, principalmente na maxila (ROMANO et al., 2020).

> O tratamento da má oclusão de Classe III esquelética na fase de crescimento com o protocolo convencional de protração maxilar promove o avanço da maxila, rotação horária da mandíbula, vestibularização dos incisivos superiores e verticalização dos inferiores. Sua indicação é mais eficiente na dentadura decídua ou mista jovem e, após essa fase, diminui-se o ganho esquelético, aumentando as compensações dentárias. (MANHÃES et al., 2018, p.93).

Protocolo Convencional e o Acompanhamento

O tratamento da má oclusão de classe III esquelética por deficiência maxilar é realizado, na maioria dos casos, em duas etapas: ortopedia (infância) e ortodontia corretiva (adolescência). Os objetivos principais do tratamento interceptativo são: corrigir a mordida cruzada posterior e anterior, protrair a maxila, melhorar o relacionamento anteroposterior entre a maxila e a mandíbula, e promover modificações no perfil facial, que se apresenta côncavo (ROMANO et al., 2020).

> Grande parte das crianças com má oclusão de Classe III, incluindo aquelas com prognatismo mandibular, tratadas em duas fases (ortopedia na infância + ortodontia corretiva na adolescência), chegam à idade adulta com uma estética facial satisfatória e, principalmente, com autoestima e autopercepção positivas, não manifestando qualquer desejo de serem submetidas à correção cirúrgica (ESTELITA et al., 2021, p.75).

O tratamento ortopédico pode ser realizado tanto com aparelhos intraorais quanto extraorais. Os aparatos extraorais produzem forças ortopédicas e trazem bons resultados em curtos períodos de tempo, mas dependem quase que exclusivamente do grau de engajamento do paciente com o tratamento, visto o comprometimento estético pelo uso do aparelho. Além disso, O uso de aparelhos extraorais para a correção da má oclusão de Classe III torna-se viável em casos onde há comprometimento maxilar, sendo realizada a protração da mesma. Por outro lado, não ocorre nos aparelhos intraorais, onde há mais aceitação e utilização dos mesmos. No que se refere aos aparelhos intraorais, a utilização de vários modelos é relatada, tais como Bionator III, Frankel III e Eschler, onde há presença de componente controlador mandibular e liberação do componente maxilar, para o correto desenvolvimento e crescimento da maxila (RAMADAN et al., 2018).

A máscara facial é o aparelho extraoral mais utilizado no tratamento da má oclusão de classe III esquelética por deficiência maxilar. Diversos tipos de máscara facial têm sido relatados na literatura para protração maxilar, entre elas a de Delaire, a de Petit, e o Arco Facial Basculante Inferior de Ação Reversa de Baptista. No presente trabalho, atentaremos somente à Máscara Facial de Petit, visto que a escolha de qualquer uma delas irá depender da habilidade e experiência do ortodontista executante (RAMADAN et al., 2018).

O protocolo convencional, ou seja, Expansão Rápida da Maxila (ERM) associada à Máscara Facial (MF) é a opção terapêutica mais utilizada no tratamento da má oclusão de Classe III esquelética por deficiência maxilar, com nenhuma ou pequena protrusão mandibular (Figura 3). É bom ressaltar que a disjunção palatina realizada antes da protração maxilar potencializa os resultados do tracionamento, favorecendo o movimento para frente da maxila (MANHÃES et al., 2018).

> A expansão rápida da maxila (ERM) tem como objetivo principal desarticular a maxila e estimular a atividade celular das suturas, potencializando os resultados da protração; além disso, promove aumento ortopédico na sua dimensão transversal, favorecendo a correção da discrepância da Classe III, principalmente aquela com envolvimento de deficiência maxilar (ALMEIDA et al., 2016, p.56).

Figura 3: Protocolo Convencional (ERM + MF).



Fonte: (GABRIEL et al., 2013).

O tempo de tratamento ativo para se obter uma sobrecorreção ortopédica satisfatória e uma melhora no perfil facial da paciente dependerá dos seguintes fatores: da gravidade do problema, da idade e colaboração da criança e da correta aplicação do protocolo (MANHÃES et al., 2018).

Sobre a aplicação do protocolo convencional de expansão rápida da maxila associada à máscara facial tipo Petit, este ocorre da seguinte maneira: ¼ de ativação do disjuntor pela manhã e ¼ à noite, durante 15 dias. Após a abertura desejada do parafuso do disjuntor, inicia-se a terapia com a Máscara Facial tipo Petit (MF), que deve ser usada por 12 meses, em média, durante 24 horas por dia, exceto durante as refeições e no período escolar, com aplicação de cerca de 500gF de cada lado, por meio do uso de elásticos extrabucais de ½" pesado (ROMANO et al., 2020).

> A mordida cruzada posterior foi corrigida e sobrecorrigida em 15 dias. O parafuso expansor foi imobilizado com resina acrílica autopolimerizável e, nesse mesmo dia, foi instalada máscara facial (MF) de Petit, com 500gF de cada lado. A paciente foi orientada a usá-la 24 horas por dia, exceto durante as refeições e no período escolar. Para alcançar a força adequada, foi utilizado elástico ½" pesado, dividido ao meio por um nó. A protração maxilar foi realizada por 12 meses (ROMANO et al., 2020, p.137-138).

Já com relação ao acompanhamento, a sua finalidade é verificar a estabilidade oclusal e analisar o resultado estético atingido ao longo do crescimento ativo do paciente, ou seja, acompanha-se a criança até o final da adolescência, momento este que pode surgir 3 situações: o tratamento ortopédico sozinho resolveu, o tratamento ortopédico deve ser associado ao tratamento ortodôntico

corretivo, ou após tratamento ortopédico, o tratamento orto-cirúrgico deve ser indicado (ROMANO et al., 2020). As figuras 4 a 10 mostram um resultado satisfatório através da combinação do protocolo convencional (ERM + MF) com a ortodontia corretiva.

> Inicialmente, avaliações trimestrais foram realizadas para observação das mudanças dentárias e esqueléticas. Após 12 meses, a paciente passou a ser acompanhada semestralmente durante todo o período de crescimento e desenvolvimento, para avaliar as características oclusais e a estabilidade da correção da má oclusão de Classe III. A partir dos 12 anos de idade, foram solicitadas radiografias cefalométricas laterais da face a cada 2 anos, para verificar a evolução do crescimento e permitir o planejamento das futuras correções (ROMANO et al., 2020, p.139-140).

Figura 4: Fotografias faciais e intrabucais iniciais aos 06 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 4, demonstra o momento em que a criança iniciou o tratamento, sendo aos 06 anos de idade e foi acompanhada até os 17 anos (ROMANO et al., 2020).

Figura 5: Fotografias faciais e intrabucais após tratamento com ERM e MF aos 07 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 5, demonstra o resultado, após um ano, do tratamento ortopédico (ERM + MF), a saber: correção da mordida cruzada anterior e posterior, e melhora no perfil facial da criança (ROMANO et al., 2020).

Figura 6: Fotografias faciais e intrabucais ao fim do crescimento aos 16 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 6, são fotografias realizadas após o fim do crescimento da paciente, aos 16 anos de idade, observando: os terços faciais proporcionais, perfil levemente côncavo, apinhamento ântero-inferior e classe III de molar. Diante disso, duas opções de tratamento foram propostas à paciente e sua família, a saber: o tratamento ortodôntico-cirúrgico e a camuflagem ortodôntica (ortodontia corretiva). A camuflagem ortodôntica foi o tratamento escolhido, pois o perfil era levemente côncavo e não incomodava muito a paciente (ROMANO et al., 2020).

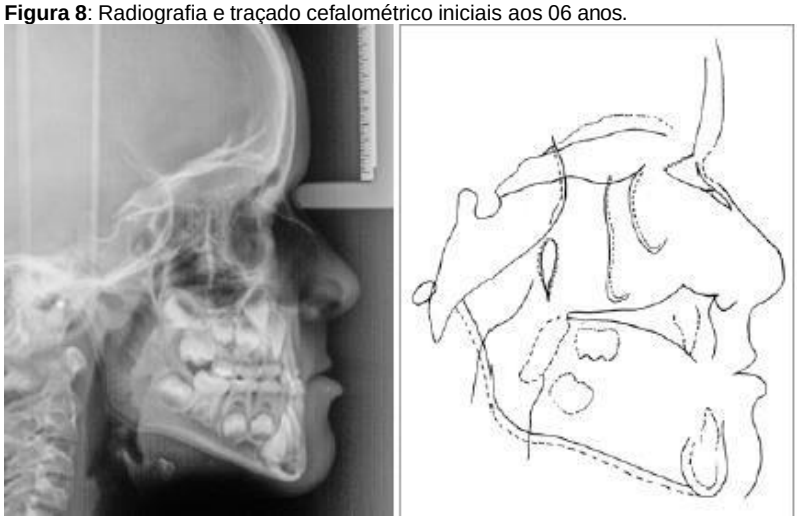
Figura 7: Fotografias faciais e intrabucais pós-tratamento ortodôntico corretivo aos 17 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 7, são fotografias após a ortodontia corretiva, aos 17 anos de idade, demonstrando: um bom alinhamento e nivelamento, classe I de molares e caninos, overjet e sobremordida corretos, linhas médias coincidentes, correta intercuspidação e melhora no perfil facial (ROMANO et al., 2020).

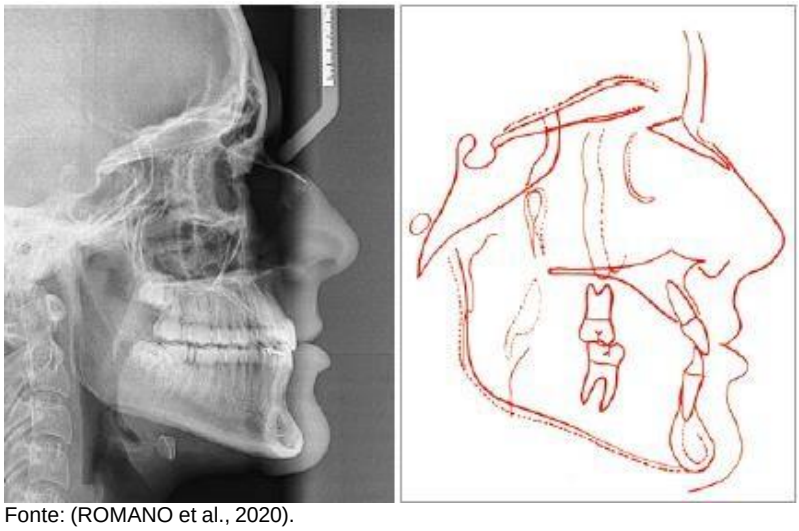
Figura 8: Radiografia e traçado cefalométrico iniciais aos 06 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 8, representa o traçado cefalométrico inicial da paciente aos 06 anos de idade, antes do tratamento ortopédico, demonstrando um perfil ósseo e tegumentar côncavos (ROMANO et al., 2020).

Figura 9: Radiografia e traçado cefalométrico pós-tratamento ortodôntico corretivo aos 17 anos.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

Na figura 9, representa o traçado cefalométrico da paciente, aos 17 anos de idade, após a ortodontia corretiva, demonstrando um perfil ósseo e tegumentar suavemente côncavos, ou seja, observa-se uma melhora no perfil facial (ROMANO et al., 2020).

Figura 10: Sobreposição dos traçados cefalométricos do início e do fim do tratamento ortodôntico corretivo.



Fonte: (ROMANO et al., 2020).

DISCUSSÃO

O tratamento precoce com o protocolo convencional [Expansão Rápida da Maxila (ERM) associada à Máscara Facial (MF)] é amplamente difundido e defendido pelos autores, sendo que a idade ideal para a intervenção apresentou-se ligeiramente divergente, a saber: existem autores defendendo que o melhor período para a realização do tratamento ocorre por volta dos 05-06 anos de idade, com a presença da dentição decídua completa ou início da dentição mista, coincidindo com a erupção dos incisivos superiores; Encontrou-se também autores indicando que certos casos podem ser iniciados entre sete e doze anos de idade, na fase da dentição mista, antes do pico do crescimento, porém com diminuição dos efeitos ortopédicos (RAMADAN et al., 2018).

Segundo Baccetti, “o período ideal para iniciar o tratamento de Classe III é a dentadura mista precoce, coincidindo com a erupção dos incisivos superiores” (Baccetti apud ALMEIDA et al., 2016, p.56).

Além disso, aproximadamente até os 8 anos de idade a interceptação precoce da má oclusão de classe III esquelética por retrusão maxilar utilizando o protocolo convencional produz maiores efeitos ortopédicos em relação aos inevitáveis efeitos

dentários. Após os 08 anos de idade, os efeitos ortopédicos começam a diminuir e os efeitos dentários aumentam na maxila, com mesialização dos molares e vestibularização dos incisivos. Por isso, para obter bons resultados ortopédicos, deve-se iniciar o tratamento o mais cedo possível, já na dentadura decídua ou mista jovem (MANHÃES et al., 2018).

> O tratamento precoce da má oclusão esquelética de Classe III realizado com o protocolo convencional de expansão rápida da maxila e máscara facial fornece resultados ortopédicos eficientes se realizado na dentadura decídua ou mista jovem (aproximadamente até os 8 anos de idade). Após essa fase, na dentadura mista tardia ou permanente jovem, diminuem os efeitos ortopédicos e aumentam os efeitos dentários de compensação (MANHÃES et al., 2018, p.47).

E por fim, a intervenção precoce deve ser realizada no fim da dentição decídua e início da dentição mista, por volta dos 06 anos de idade, para corrigir a desarmonia entre as bases ósseas e restituir o crescimento e desenvolvimento normal. O tratamento em idade precoce tem se mostrado eficiente por causa da bioplasticidade óssea da maxila, e por isso, a correção torna-se menos complexa, viabilizando a correção da mordida cruzada anterior e melhora significativa no perfil (ROMANO et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa maneira, fica claro a importância de realizar o tratamento da má oclusão de classe III esquelética por deficiência maxilar o mais precocemente possível, pois a interceptação precoce produz as seguintes vantagens: melhora na estética facial e na autoestima, tirando a criança de um problema psicossocial; maiores efeitos ortopédicos em relação aos dentários, aproveitando-se da maleabilidade óssea da maxila característica dessa fase; e redução do número de pacientes submetidos ao tratamento orto-cirúrgico. Além disso, pode-se concluir que a expansão rápida da maxila associada à máscara facial tem grande efetividade na correção da Classe III, e que esse tipo de tratamento continua sendo um forte aliado do ortodontista na correção precoce dessa má oclusão - sobretudo quando o tratamento é realizado em pacientes jovens que apresentam dentadura decídua ou mista precoce, por volta dos 6 aos 8 anos de idade.

REFERÊNCIAS

ACHACHE. D. **Etiologia e tratamento de maloclusão de Classe III – revisão narrativa.** Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, Porto, 2021.

ALMEIDA, R.P. et al. **Tratamento precoce de má oclusão de Classe III associando ERM e protração maxilar: relato de caso**. Revista Clínica Ortodôntica Dental Press. 2016 Fev-Mar;15(1):55-67.

CABRERA, C.A.G. et al. **Arquitetura Craniofacial: capítulo 1**. Orthológica, Soluções Ortodônticas Lógicas, editora Dental Press, 2010.

ESTELITA, S. et al. **Tratamento da má oclusão de Classe III com elástico intermaxilar na fase de dentadura mista: Capítulo 3.** Ortodontia Clínica Avançada, editora Dental Press, 2021.

GABRIEL, O.S.F. et al. **Tratamento ortopédico do padrão III: capítulo 16**. Ortodontia Interceptativa: Protocolo de tratamento em duas fases, editora Artes Médicas, 2013.

GOMES, S.G.F. et al. **Tratamento da classe III esquelética com protocolo de expansão rápida da maxila e máscara facial: um relato de caso.** Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Recife, 2018.

HELENA, R.J.S. **Tratamento precoce em pacientes classe III: relato de caso clínico.** Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas, 2019.

ITABORAHY, W. et al. **Protocolo Alt-RAMEC modificado para o tratamento precoce da Classe III com o Disjuntor DAFI: relato de caso.** Revista Clínica Ortodôntica Dental Press. 2020 Oct-Nov;19(5):101-14.

JANSON, G. et al. **Crescimento e desenvolvimento craniofacial: capítulo 1**. Introdução à ortodontia, editora Artes Médicas, 2013.

JOSÉ, A.I.G. et al. **Má Oclusão – Classe III: capítulo 19.** Ortodontia de Visão – filosofia de Ricketts, Livraria e editora Tota, 1ª edição 2016.

MANHÃES, F.R. et al. **Protocolo Manhães no tratamento precoce da Classe III esquelética: relato de caso.** Revista Clínica Ortodôntica Dental Press. 2018 Jun-Jul;17(3):36-53.

MANHÃES, F.R. **Tratamento precoce da má oclusão de Classe III com "ancoragem esquelética" — Hyrax híbrido, miniplaca e Barra Manhães: relato de caso.** Revista Clínica Ortodôntica Dental Press. 2017 Out-Nov;16(5):78-95.

RAMADAN L.P.B.M. et al. **Tratamento precoce da má oclusão de classe III: revisão de literatura.** J Dent Pub H. 2018;9(3):220-226.

ROMANO, F.L. et al. **Tratamento da má oclusão esquelética de Classe III: da infância até o fim da adolescência. Relato de caso.** Revista Clínica Ortodôntica Dental Press. 2020 Jun-Jul;19(3):134-48.

VIEIRA, M.A.B. **Tratamento precoce de paciente com padrões esquelético e dentário de Classe III.** Dental Press Journal of Orthodontics. 2015 Nov-Dec;20(6):97-109.

VOLPI, V. R. **Diagnóstico e tratamento da má oclusão pseudo-Classe III em crianças: revisão da literatura**. Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/213883>.