YNGRID GOMES DE MORAES

TRATAMENTO DE CLASSE II SUBDIVISÃO COM EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS.

PORTO VELHO

2025

TRATAMENTO DE CLASSE II SUBDIVISÃO COM EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS.

Yngrid Gomes de Moraes[1]
Juliana Volpato Curi Pacini[2]

RESUMO

Este artigo tem como objetivo mostrar um caso de uma paciente do gênero feminino, que apresentava uma má oclusão de classe II Subdivisão e a presença de um dente supranumerário na arcada superior. O plano de tratamento para este caso, foi realizado mediante o protocolo de extração assimétrica de 3 pré-molares e o dente supranumerário para corrigir a má oclusão de classe II subdivisão e o desvio da linha mediana superior e inferior.

PALAVRAS CHAVES: Ortodontia, Má oclusão e Extração dentária.

CLASS II SUBDIVISE TREATMENT WITH ASYMETRIC EXTRACTIONS

ABSTRACT

This article aims to show a case of a female patient, who had a Class II malocclusion subdivision and the presence of a supernumerary tooth in the upper jaw. The treatment plan for this case was conducted by asymmetric extraction protocol of 3 premolars and supernumerary tooth to correct the malocclusion Class II subdivision and the diversion of the upper and lower midline.[1]

KEYWORDS: Orthodontics, Malocclusion and Tooth extraction.

[1] Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Graduado em Odontologia Faculdade Aparicío Carvalho Fimca, em 2021.

[2]Mestre em Ortodontia pela Unicid – SP, em 2012; Especialista em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em 2003; Graduada em Odontologia pela Faculdade Araçatuba UNESP, em 1997. Orientadora.

1.**INTRODUÇÃO**

Muitas más oclusões apresentam relações oclusais assimétricas, que caracterizam-se por uma relação oclusal ântero-posterior normal em um lado dos arcos dentários e do outro uma relação anormal, indicando uma má oclusão unilateral de Classe II ou de Classe III, também conhecidas de Classe II ou III subdivisão ou assimétrica[1]. Esta peculiaridade pode dificultar um correto diagnóstico, devido principalmente à origem multifatorial destas assimetrias, exigindo do profissional um conhecimento adequado dos prováveis fatores causais, dentários e/ou esqueléticos para a elaboração do correto plano de tratamento[2-4].

Em 2001,Janson[5]. Indicaram que os componentes dentoalveolares representam os principais fatores etiológicos de uma relação ântero-posterior assimétrica na Classe II subdivisão, caracterizada principalmente por uma posição mais distal do primeiro molar inferior em relação ao primeiro molar superior, unilateralmente. De acordo com estes componentes dentoalveolares, os autores classificaram as más oclusões assimétricas em:

- Tipo 1: má oclusão subdivisão proveniente do posicionamento mais para distal do primeiro molar inferior do lado da Classe II, com prevalência de 61,36% dos casos estudados;
- Tipo 2: o problema encontrado está relacionado com o posicionamento mais para mesial do primeiro molar superior do lado da Classe II, presente em 18,18% dos casos e 25,45% dos pacientes estudados apresentaram uma combinação dos dois tipos.

O presente trabalho relata um caso clínico tratado com extrações assimétricas e atípicas de uma paciente do gênero feminino, que apresentava uma má oclusão de Classe II, subdivisão direita, agravada pela presença de um dente supranumerário no arco superior e com desvio das linhas médias dentárias.

2. APRESENTAÇAO DO CASO CLÍNICO

Paciente D.L.S., 17 anos, gênero feminino procurou a clínica de especialização em Ortodontia, com a queixa de descontentamento da estética do seu sorriso, pois seus dentes eram apinhados. Ao exame clínico extrabucal inicial observou-se que a paciente apresentava uma assimetria facial dentro dos padrões de normalidade, perfil suavemente

convexo, padrão mesofacial e com selamento labial passivo. No exame do sorriso, pode-se verificar que a linha média dentária superior se encontrava desviada para o lado esquerdo, em relação ao plano sagital mediano. (Fig.1 A-C)**.**



FIG.1-A FIG.1-B FIG.1-C

FIG.1 (A-C) - Fotos extrabucais iniciais.

No exame clínico intrabucal foi diagnosticada uma má oclusão de Classe II subdivisão direita com suave apinhamento dos arcos dentários e também a presença de um elemento dentário supranumerário entre os dentes 22 e 24 (incisivo lateral superior esquerdo e primeiro pré-molar superior esquerdo). Infra oclusão do 23 (canino superior esquerdo) e trespasse vertical de 2mm e horizontal de 3mm. (Fig. 2 A - C) As linhas médias dentárias não estavam coincidentes entre si e nem com plano sagital mediano, sendo a superior desviada para a esquerda em 3mm e a inferior para direita em 5mm em relação ao plano sagital mediano.



FIG.2-A FIG.2-B FIG.2-C

FIG. 2 (A-C) Fotos intrabucais iniciais (frontal e laterais). Observa-se o desvio das linhas médias superior para o lado esquerdo e inferior para o lado direito.



FIG. 3-A FIG.3-B

FIG.3 (A-B) presença do dente supranumerário na arcada superior e suave ântero-inferior.

Pela radiografia panorâmica inicial (Fig.5) podem-se observar características de normalidade das estruturas dentoalveolares com a presença de um elemento dentário supranumerário entre os dentes 22 e 24 (incisivo lateral superior esquerdo e o primeiro pré-molar superior esquerdo), como também a infra-oclusão do dente 23 (canino superior esquerdo). Os terceiros molares apresentavam-se em estágio de formação radicular e não foram observadas imagens características de tratamentos restauradores e nem endodônticos.

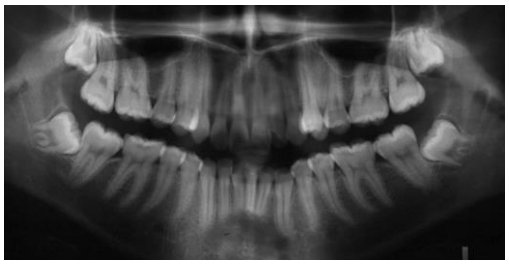


FIG 5. Radiografia panorâmica inicial.



FIG.6 Telerradiografia Inicial

Na telerradiografia inicial identificou-se um padrão mesofacial com suave convexidade do perfil ósseo e tegumentar. (FIG 6)

3. TRATAMENTO DE ESCOLHA

Após o estudo detalhado e análise da patologia oclusal da paciente, optou-se pelo tratamento com extrações de três pré-molares, sendo dois primeiros pré-molares superiores e um primeiro pré-molar inferior do lado esquerdo, juntamente com a extração do dente supranumerário com posterior fechamento dos espaços, objetivando assim, uma melhora do perfil facial da paciente e um resultado estável.

4. SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO

Inicialmente foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados com prescrição Roth e slot “.022x30”, logo em seguida foram realizadas as extrações dos três primeiros pré-molares, sendo os primeiros pré-molares superiores e o primeiro pré-molar inferior esquerdo (14, 24 e 34) juntamente com o elemento supranumerário.

As fases de alinhamento e nivelamento foram realizadas com a sequência de fios de níquel-titânio (NiTi): “.012”; .014”; .016”; .018” e .019x.025” e após .019”x.025”de aço

inoxidável (Figura 7 A-E). A mecânica de retração da bateria anterior ocorreu com a utilização de elásticos em cadeia de molar a molar no fio .019x.025” de aço, associados a um elástico intrabucal de Classe II do lado direito (elástico 3\16 médio). (Figura 8 A-E). Após o fechamento dos espaços, realizou-se a mecânica de intercuspidação, utilizando o fio.018 de aço nos arcos superior e inferior associados a um elástico intrabucal em forma de triângulo (13, 43 e 44 e 23, 33 e 35 - elástico 3\16 médio) (Fig.9 A-E). Após a correção da má oclusão, removeu-se o aparelho fixo e foram instaladas as contenções, sendo uma contenção removível no arco superior (Placa de Hawley modificada) e uma fixa no arco inferior 3x3 canino a canino (Fig.10-E). A análise cefalométrica comparativa também foi realizada após a finalização do tratamento (Tabela 1) .



FIG.7-A FIG.7-B FIG.7-C



FIG.7-D FIG.7-E

FIGURA 7 (A-E) - Início da mecânica de alinhamento e nivelamento.



FIG.8-A FIG.8-B FIG.8-C



FIG.8-D FIG.8-E

FIGURA 8(A-E) - Início da mecânica de fechamento dos espaços com o uso de elástico de classe II do lado esquerdo.

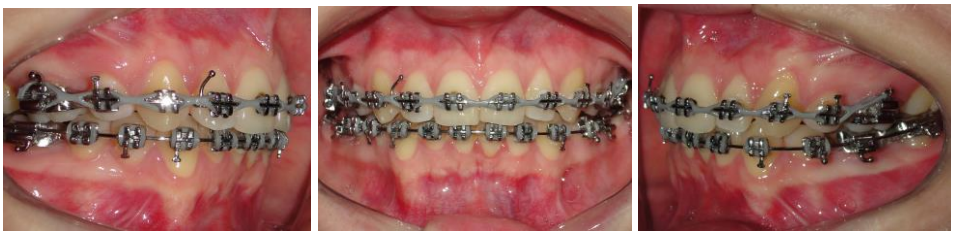


FIG.9-A FIG.9-B FIG.9-C

FIGURA 9 (A - C) Finalização da mecânica de fechamento dos espaços.



FIG.10-A FIG.10-B FIG.10-C

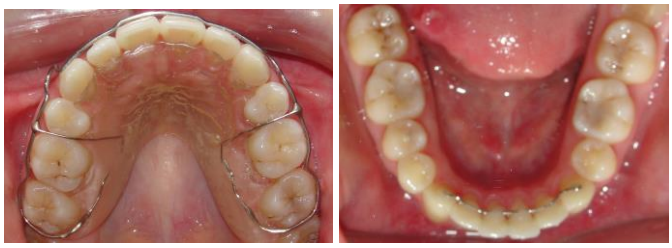


FIG.10-E FIG.10-D

FIGURA 10 (A-D) - Após a remoção do aparelho fixo, foi realizada a instalação das contenções superior e inferior.



FIG.11-A FIG.11-B FIG.11-C

FIGURA 11(A-C) - Fotos extrabucais finais.

A paciente após a remoção do aparelho ortodôntico, realizou novos exames de imagem, sendo uma telerradiografia e panorâmica final.



FIGURA 12 - Telerradiografia final.



FIGURA 13 - Panorâmica Final.

5. RESULTADOS CEFALOMÉTRICOS

Variáveis	Inicio	Final
Componente Maxilar		
SNA (°)	83.6	82.1
Co-A (mm)	77.4	77.9
Componente Mandibular		
SNB (°)	77.3	77.1
Co-Gn (mm)	102.5	102.5
Relação entre Maxila e Mandíbula		
ANB (°)	6.2	5.0
Wits (mm)	1.5	1.3
Componente Vertical		
FMA (°)	28.7	27.3
SN . GoGn (°)	35.3	34.1
SN. ocl (°)	18.9	18.1
AFAI (mm)	63.2	62.0
Componente Dentoalveolar Superior		
IS.PP (°)	13.8	113.4
IS - NA (mm)	4.8	2.7
IS - PP (mm)	27.2	27.1
MS - PT Vertical (mm)	17.5	20.9
MS - PP (mm)	17.2	18.7
MS. - SN (°)	75.3	81.7
Componente Dentoalveolar Inferior		
IMPA (L1-MP) (°)	99.0	98.3
II - NB (mm)	8.4	6.1
II- GoMe (mm)	35.6	36.1
MI - Sínfise (mm)	14.9	12.6
MI – GoMe (mm)	22.5	21.2
MI. GoMe (°)	74.7	43.6
Relação Dentária		
Sobressaliência (mm)	5.1	3.7
Sobremordida (mm)	2.2	3.5
Perfil Tegumentar		
LI- Linha E (mm)	-2.4	-3.1
LS- Linha E (mm)	-3.0	-3.5
ANL (°)	12.1	114.5

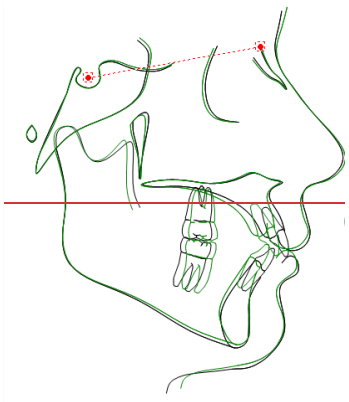
Tabela 1.

6.DISCUSSÃO

As más oclusões assimétricas dificultam o correto diagnóstico e planejamento devido a sua complexidade etiológica e necessitam de um controle adequado da mecânica, que varia dependendo diretamente do posicionamento das linhas médias dentárias, em relação ao plano sagital mediano. Inúmeras propostas para correção destas assimetrias foram relatadas na literatura, levando-se sempre em consideração as características da severidade, da discrepância ântero-posterior, da etiologia (dentária ou esquelética), da idade e da colaboração do paciente[6,7,9 10 11].

Com o objetivo de verificar as alterações ocorridas durante o tratamento ortodôntico proposto ao paciente, foram realizadas análises cefalométricas comparativas do início e do final do tratamento onde se constatou os seguintes resultados:

Na maxila e mandíbula e nas relações que as envolvem, não houve alterações significativas, isto se deu, porque as bases ósseas, não sofreram modificações com o tratamento ortodôntico proposto, pois a paciente não estava mais em fase de crescimento e a mecânica empregada não seria capaz de realizar tais modificações (Fig 14)



Nos componentes dentoalveolares superiores observaram-se através das grandezas cefalométricas IS – NA (mm), MS – SN (º) que houve uma movimentação significativa de lingualização dos incisivos e mesialização dos molares superiores.

Já nos componentes dentoalveolares inferiores verificou-se que as variáveis II – NB (mm), II – GoMe (mm), MI – Sínfise (mm) e MI.GoMe(mm) sofreram alterações, onde verificou-se uma lingualização e extrusão dos incisivos inferiores, como também uma mesialização dos molares (Fig 16).

O resultado do tratamento ortodôntico com extrações assimétricas e uma extração atípica, apresentado neste trabalho para a correção da Classe II assimétrica, reflete os diversos trabalhos encontrados na literatura referentes aos resultados oclusais dos tratamentos ortodônticos com extrações assimétricas de três pré-molares.

7. CONCLUSÃO

Os resultados terapêuticos obtidos neste trabalho com as extrações assimétricas e uma extração atípica permitem indicar que:

- As más oclusões assimétricas necessitam de um correto diagnóstico para facilitar a escolha do melhor protocolo a ser seguido;
- Extrações assimétricas permitem uma correção dos desvios de linha média e da discrepância ântero-posterior;
- A extração do dente supranumerário possibilitou a obtenção do espaço necessário para o correto alinhamento e nivelamento do canino superior do lado esquerdo.

REFERÊNCIAS.

1. ANGLE EH. Classification of malocclusion. Dent Cosmos. 1899;41:248-64.
2. WERTZ RA. Diagnosis and treatment planning of unilateral Class II malocclusions. Angle Orthod. 1975;45(2):85-94.
3. ALAVI DG BE, SCHNNEIDER BJ. Facial and dnetal arch asymmetries in Class II subdivision malocclusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1988;93(1):38-46.
4. ROSE JM. SADOWSKY C BE, MOLES R. Mandibular skeletal and dental asymmetry in Class II subdivision malocclusions. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1994;93(1):38-46.
5. JANSON GRM, A.; WOODISEDE, D.G.; DE FREITAS, M.R; PINZAN,A. Three-dimensional evaluation of skeletal and dental asymmetries in Class II subdivision malocclusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2001;119(4):406-18.
6. BURSTONE CJ. Diagnosis and treatment planning of patients with asymmetries. Semin Orthod. 1998;4(3):153-64.
7. TOOD MH, M.; SHEEHAN, T.; KINSER, D. Asymmetric extraction treatment of a Class II Division 1 subdivision left malocclusion with anterior and posterio crossbites. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1999;115(4):410-7.
8. LL. M. Dimensions of the denture: back to basicis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1994;106:535-42
9. TERRY.HK. The labiolingual appliance. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1969;115(5):410-7.
10. CJ. B. The uses of the computer in orthodontic practice (part 1). J Clin Orthod. 1979;4(3):442-53.
11. . JG. Estudo tidimensional das assimetrias dentárias e esqueléticas na má oclusão de Classe II subidvisão. (tese). Bauru: Faculdade de Odontologia de bauru, Universidade de São Paulo. 1998.
12. WOHL TSB, E.; PEARSON, H.E. Nonextraction treatment of unilateral Class II, Division i malocclusion with asymmetric headger. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1998;113:483-7.
13. FIORENTINO GB, M. Asymmetric mandibular space closure. J Clin Orthod. 1996;30(9):519-23.
14. SHROFF BS, S.M. Treatment of patients with asymmetries using asymmetric mechanics. 1998.
15. COPE JB BP, COPE DD, PARKER J, BLACKWOOD HO,3RD. Quantitative evaluation of craniofacial chnagues with Jasper Jumper therapy. Angle Orthod. 1994;64(2):113-22.
16. JANSOn GRP PA, DAINESI EA, FREITAS MR. Dental asymmetry and ists implications in orthodontic treatment: a case report. Ortodontia. 1995;28:68-73.
17. Janson.G DEA, Henriques.J.F,Freitas.M.R, Lima.K.J.R.S. . Class II subdivision treatment success rate with symmetric and asymmetric extraction protocols. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2003;124:257-63.
18. BALDO TDO. Eficiência do tratamento do tratamento de má oclusão de Classe II, subdivisão com extrações de três pré-molares e quatro pré-molares. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. 2010.