



FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

TAIANA DA SILVA DANTAS

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM EXTRAÇÃO
DOS DOIS PRIMEIROS PRÉ-MOLARES SUPERIORES**

Salvador

2025

TAIANA DA SILVA DANTAS

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II COM EXTRAÇÃO
DOS DOIS PRIMEIROS PRÉ-MOLARES SUPERIORES**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Ortodontia da FACSETE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Ms. Romão Tormena Junior

Salvador

2025

D192t

Dantas, Taiana

Tratamento da má oclusão de classe ii com extracao dos primeiros pre-
molares superiores /
Dantas,Taiana – 2016

Numero de f.20; il.

Orientador: Romão Tormena Junior

Trabalho de conclusão de curso (pós graduação em ortodontia) –
Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2025

1. Má oclusão de Angle Classe II. 2. Extrações Dentarias. 3. Pré - molar
superior

I. Titulo. II. Romão Tormena Junior.

CDD: 610.631

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulada “Tratamento da má oclusão de classe ii com extração dos dois primeiros pré-molares superiores” de autoria da aluna Taiana da Silva Dantas aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Antônio Carlos de Lacerda França – Faculdade Sete Lagoas – Orientador

Valba Luz de Augusto Oliveira – Faculdade Sete Lagoas – Professora

Paulo Roberto Pagano– Faculdade Sete Lagoas – Professor

Salvador, 20 de julho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Elísio e Maria pela educação que me deram, por todas renuncias que fizeram para hoje eu estar aqui formada. Obrigada pela paciência e carinho, sempre se fizeram presentes em todos os momentos que precisei.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus**, pelo dom da vida, por estar sempre comigo e ter dado a chance de concluir mais uma etapa da minha vida.

Ao meu **orientador Prof. Dr. Romão** que dedicou muito do seu tempo me orientando, embora tivesse outros interesses a resolver. Obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade, paciência e dedicação ao longo deste período. Aos nossos queridos **Prof. França e Profª Valba**, responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, compartilhando a cada dia os seus conhecimentos conosco. Aos colegas de clínica, principalmente **Ari e Naftali** por compartilharem seus conhecimentos e materiais comigo. Aos amigos de curso, muito especiais.

Obrigada a todos vocês por participarem desta minha etapa, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

RESUMO

A má-oclusão de classe II caracteriza-se por um relacionamento incorreto dos arcos superior e inferior, tanto por alterações esqueléticas, como por alterações dentárias, ou ainda, por uma combinação desses fatores. O tratamento mais adequado para o sucesso do tratamento ortodôntico da má-oclusão de classe II é complexo, incluindo tratamento ortodôntico compensatório, com aumento da inclinação dentária inferior e diminuição da superior ou extrações. Ortopédico com avanço mandibular ou retrusão maxilar ou associações entre eles. Assim, o objetivo desse trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente adulta, padrão I classe II divisão 1, com excessiva protrusão dos incisivos superiores, em que foi realizada a extração dos primeiros pré-molares superiores e retração com alça de Bull e perda de ancoragem. Obteve-se melhora significativa no aspecto facial com expressiva redução do *overjet* e restabelecimento das funções normais.

Palavras-chave: Má oclusão de Angle Classe II. Extrações dentárias. Pré-molar superior.

ABSTRACT

The malocclusion of class II is characterized by an incorrect relationship of the upper and lower arches, both skeletal changes, such as dental changes, or even a combination of these factors. The most appropriate treatment for the success of orthodontic treatment of Class II malocclusion is complex, including compensatory orthodontic treatment, with increased lower dental slope and decreased upper or extractions. With orthopedic mandibular advancement or jaw retrusion or associations between them. The objective of this study was to report the clinical case of an adult patient, standard I Class II division 1 with excessive protrusion of the upper incisors, where the extraction of the first premolars and retraction with Bull strap and loss was conducted anchorage. It achieved a significant improvement in facial appearance with a significant reduction in overjet and restore normal functions.

Key words: Malocclusion, Angle Class II. Tooth Extraction. Bicuspid.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 RELATO DE CASO.....	10
3 DISCUSSÃO.....	16
4 CONCLUSÕES.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

A má-oclusão de Classe II é a mais encontrada na população em geral, atingindo 42% da população paulista, com faixa etária entre 07 e 12 anos, o que justifica grande interesse dos ortodontistas em sua resolução (MARTINS, 1997).

ANGLE (1899) caracterizou a Classe II como uma má-oclusão onde o molar inferior está distalmente posicionado em relação ao superior. Porém, com o advento da radiografia cefalométrica, observou-se que, além do determinante dentário, haviam ainda fatores esqueléticos envolvidos no desenvolvimento da má-oclusão de Classe II.

A classe II possui 2 divisões: Classe II, 1ª divisão e Classe II, 2ª divisão. A sobressaliência é excessiva na Classe II, 1ª divisão, e o overjet provavelmente acentuado. A Classe II, 2ª divisão, caracteriza-se por apresentar overbite acentuado, labioversão dos incisivos superiores laterais e uma função labial mais normal (MOYERS, 1991).

A má oclusão Classe II de Angle é caracterizada por uma discrepância dentária ântero- posterior, que pode ou não estar associada a alterações esqueléticas. Além do comprometimento estético, o fato de vir associada a um overjet acentuado faz com que o paciente fique mais exposto a traumas dentários. (FREITAS,2009).

O tratamento da má-oclusão de Classe II varia conforme a fase de crescimento que o paciente se encontra e, em qual base óssea expressa a discrepância ântero-posterior, porém, sempre que possível, procura-se idealizar um tratamento conservador. Diversos mecanismos podem ser utilizados para a correção desta má oclusão como: aparelhos ortopédicos para avanço mandibular, distalizadores intrabucais, elásticos intermaxilares de Classe II, extrações de quatro pré-molares ou apenas dois pré-molares superiores, extrações de segundos molares e até mesmo cirurgias ortognáticas, em casos extremos. (ZANELATO, 2005).

Segundo Jansom et al., (2009), para empreender um tratamento ortodôntico com duas extrações superiores, o paciente deve ser portador de três requisitos: 1º, Classe II de Angle de uma cúspide inteira; 2º, ângulo ANB entre 0,5º e 3,5º graus, e 3º, arco dentário inferior com discrepância de modelo zero. E quanto à quantidade de dentes que deverão ser extraídos, se dois ou quatro pré- molares, vai depender da severidade da má oclusão classe II, do perfil facial do paciente e da presença de apinhamentos.

Outra opção de tratamento da classe II dentária seria o uso de aparelhos extra- ou intra-

buciais, que são utilizados na distalização dos molares superiores quando se tem uma relação de classe II de até 4mm, associada a um tipo facial braqui ou mesofacial, de preferência com mordida profunda anterior, sendo que o dispositivo extra-bucal, apesar de ser eficiente, apresenta uma série de inconvenientes, destacando-se entre eles, a necessidade de cooperação do paciente. Em virtude da total dependência da colaboração e aceitação do paciente, aparelhos alternativos intra-buciais foram sendo criados, promovendo assim, um maior controle do tratamento por parte do profissional. (OLIVEIRA et al., 2004). Para a realização deste tratamento, possivelmente o paciente terá necessidade de realizar as extrações dos terceiros molares, finalizando assim, o tratamento com 28 dentes permanentes.

Uma das alternativas para tratamento da classe II é a extração de primeiros pré-molares superiores e a conseqüente retração da bateria ântero-superior. O presente relato visa mostrar o tratamento de uma classe II em adulto jovem, paciente ligeiramente dólico, protrusão exagerada dos incisivos, classe II divisão 1, por meio da extração de primeiros pré-molares superiores e perda de ancoragem.

2. RELATO DE CASO

Paciente N.C.S, jovem adulto, sexo feminino, 17 a, feoderma, apresentou-se para tratamento ortodôntico em Clínica particular dos autores, tendo como queixa principal: “Dentes para frente”. Estado de saúde geral relativamente bom e sem histórico de doenças graves ou traumatismos. Realizada a avaliação clínica por meio da análise facial em normas frontal e lateral, análise funcional, análise dentária.



Fig. 1 – Foto frontal

Em norma frontal pode-se observar que a paciente apresenta face de formato oval, ausência de assimetrias significativas, terços faciais proporcionais, porém com dificuldade de selamento labial e exposição dos incisivos superiores. (Fig.1)

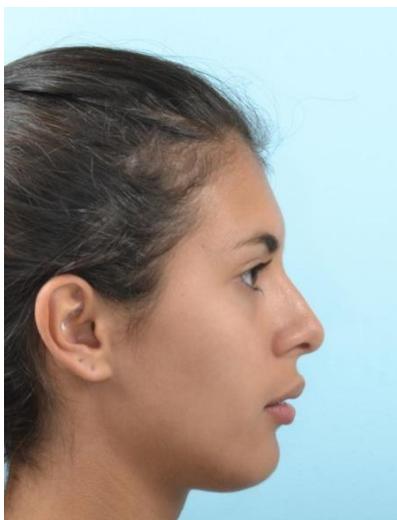


Fig. 2 – Foto de perfil

Na análise facial em perfil, verificou-se a protrusão do lábio superior, mento levemente proeminente e com boa relação com o lábio inferior, interposição do lábio inferior e leve aumento da dimensão vertical. (Fig.2).



Fig.3 – Foto do sorriso

Na análise da estética do sorriso pode-se observar corredor bucal intermediário, boa exposição de incisivos. (Fig. 3).

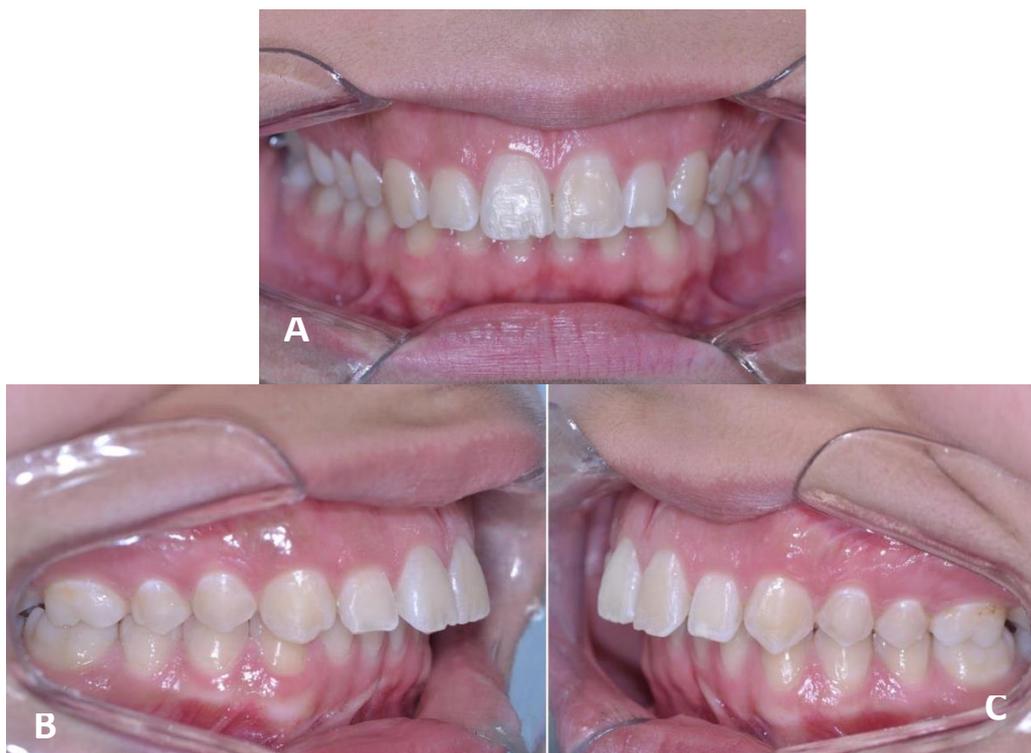


Fig. 4(A-C) – Fotos intraorais. A) Frontal. B) Perfil direita. C) Perfil esquerda.

Na análise de fotos intraorais (Figuras 4 – A, B, C) constatou-se a presença de maloclusão de Classe II, 1ª divisão (Angle), também foi observado um ligeiro apinhamento ântero-superior e sobremordida acentuada.

Na documentação ortodôntica foram realizadas as análises cefalométricas padrão USP, McNamara, e Ricketts. Para o padrão USP: Análise esquelética – classe II esquelética, maxila e mandíbula retruída; Análise de crescimento - padrão de crescimento vertical e padrão dolicocefálico; Análise dentária – Incisivos superiores vestibularizados e protruídos em relação à maxila, e os incisivos inferiores estavam bem posicionados (Fig.5). Análise estética – Perfil convexo e mento com boa amplitude.

Já na análise de McNamara foram encontrados: tendência a crescimento vertical, AFAI aumentada, retrusão mandibular de -10mm, ângulo naso labial fechado, espaço aéreo diminuído na via aérea inferior.

A análise de Ricketts avaliou: relação molar de classe II, overjet acentuado, extrusão do incisivo inferior, altura facial inferior normal, protrusão e inclinação acentuada do incisivo superior, ângulo interincisivos diminuído, posição labial inferior protruído, comprimento labial superior longo, comissura labial alta.



Fig.5 – Teleradiografia Lateral

Após avaliação clínica e ortodôntica, de modo a atingir os objetivos pretendidos e, principalmente, a verticalização dos incisivos superiores com a redução da overjet, foi apresentada a paciente duas opções de tratamento, sendo a (1) a exodontia dos primeiros pré-molares superiores, em virtude da paciente já encontrar-se na fase adulta, (2) a colocação de miniplacas para a movimentação para distal de todos os dentes superiores. Esta possibilidade foi de imediato descartada pela extensão exagerada da movimentação, de 7 a 8 milímetros aproximadamente, para a correção da relação de caninos. A paciente escolheu a 1ª opção.

O tratamento teve início em abril de 2015, foram utilizados aparelhos fixos em ambas as arcadas e em todos os dentes, com bráquetes do sistema capelozza padrão 2 da Abzil. Após a montagem do aparelho superior, solicitou--se a extração dos primeiros pré-molares superiores. Na sequência foram feitas: 1- Montagem sem ancoragem. 2- Retração dos caninos em delta até classe I. 3- O alinhamento e nivelamento dos arcos maxilar e mandibular foram realizados com os seguintes arcos: níquel-titânio 0,014" e 0,016", aço inoxidável 0,018" x 0,020". Posteriormente foi feita a retração do bloco anterior, em fios de aço inoxidável 0,017" x 0,025". Retração com perda de ancoragem e a finalização do tratamento com fio 0,018" x 0,025".



Fig. 6 – Após remoção do aparelho inferior

A contenção superior e inferior foi feita com placa tipo hawley. Os objetivos do tratamento foram plenamente alcançados, pois obteve-se um bom selamento labial passivo e sorriso harmônico pela redução da protrusão do lábio superior e correção total do *overjet*. (Fig.7).

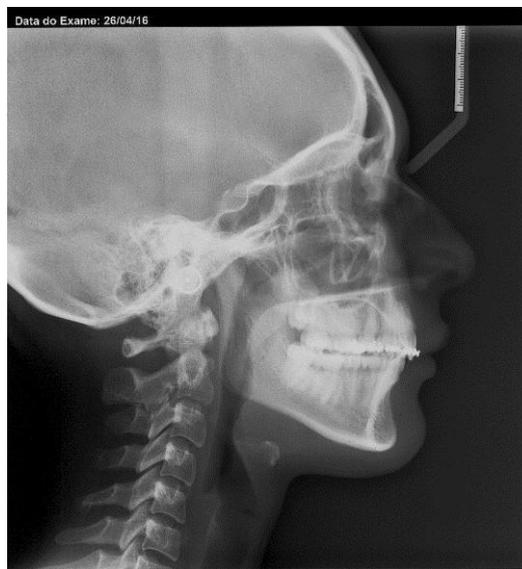


Fig.7 - Radiografia cefalométrica lateral pós-tratamento.

Da mesma forma foi obtida ótima intercuspidação, relações oclusais e contatos oclusais estáveis. Os molares foram mantidos em relação de Classe de II (Angle), porém os caninos corrigidos para relação de Classe I. (fig.8). Obteve-se melhora da relação anteroposterior ($ANB = 3^\circ$; $SNA = 80^\circ$ e $SNB = 77^\circ$). Como se pode ver na (tabela 1).

MEDIDAS	NORMA	ANTES	DEPOIS
SNA	0 82	0 78	0 80
SNB	0 80	0 73	0 77
ANB	0 2	0 5	0 3
1.NA	0 22	0 27	0 25
1-NA	4mm	8mm	7mm
1.NB	0 25	0 27	0 27
1-NB	4mm	7mm	7mm
Ang. Naso-Labial	0 110	0 94	0 100

Tabela 1 – Medidas cefalometricas pré e pós tratamento

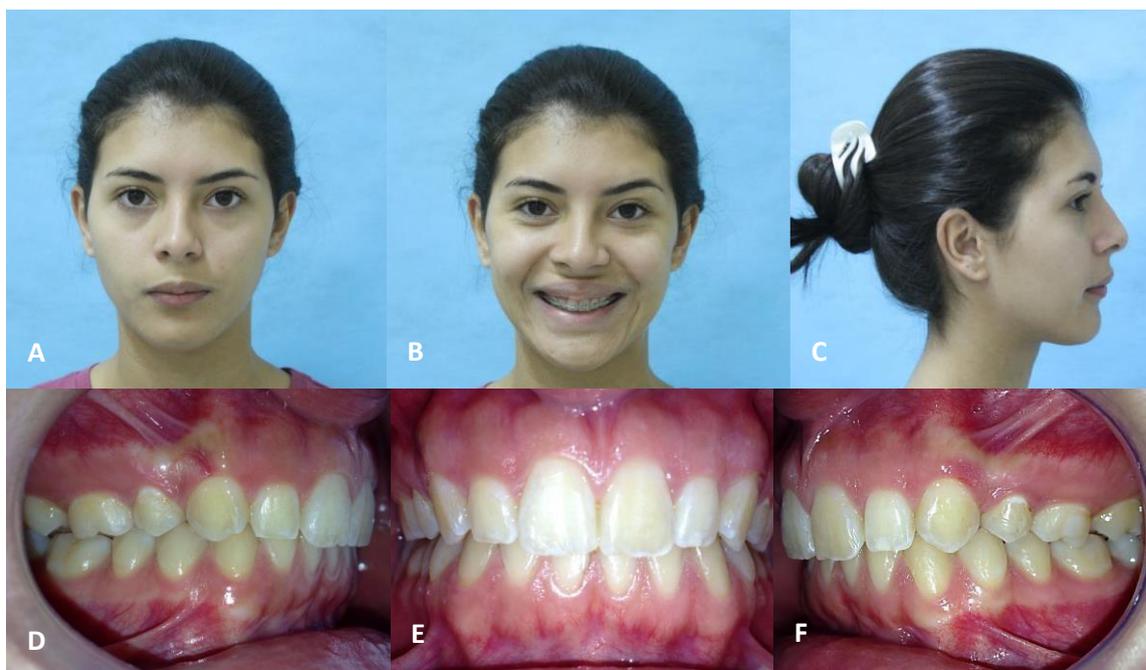


Figura 8 (A-F) – Fotografias extra e intrabucais pós-tratamento: **A)** frontal, **B)** sorrindo, **C)** perfil, **D)** lateral direita, **E)** frontal e **F)** lateral esquerda.

3. DISCUSSÃO

O tratamento da má oclusão de Classe II, 1ª divisão, sempre foi um grande desafio para o ortodontista. Isso é verdade porque essa má oclusão, na maioria das vezes, vem acompanhada de um padrão de crescimento dolicocefálico, mordida aberta anterior e aumento da AFAI. Assim, tem-se uma má oclusão que apresenta problemas nos 3 sentidos do espaço: ântero-posterior (relação de Classe II), vertical (mordida aberta ou profunda) e transversal (atresia dentoalveolar compensatória do arco superior). Várias formas de tratamento são descritas na literatura (JANSON,2007). No caso tratado a paciente apresentava as mesmas características, problema vertical (mordida profunda) e sagital (classe II).

Contudo, estudos recentes têm demonstrado que, para uma mesma idade e grau de severidade, o protocolo de tratamento da má oclusão de Classe II com extrações de dois pré-molares superiores apresenta maior eficiência do que o protocolo de tratamento com extrações de quatro pré- molares ou sem extrações. (BRAMBILLA, 2002; DE FREITAS, 2004; JANSON, 2007). Conforme citado acima, nesse tratamento a escolha foi por exodontia de 2 pré-molares superiores.

Na abordagem da Classe II completa com extrações de quatro pré-molares, a necessidade de reforço de ancoragem é ainda maior, pois os molares superiores e o segmento anterior devem não apenas ser mantidos no local, mas também serem distalizados para que se obtenha uma relação molar e de canino, de Classe I, ao final do tratamento. Essa distalização é de aproximadamente 3,5mm, o que corresponde, em média, à metade do tamanho méso-distal de um pré-molar. (BRAMBILLA, 2002). Como no caso tratado a classe 2 era maior do que 3,5mm e o apinhamento inferior era suave, decidimos por extração apenas no arco superior e perda de ancoragem.

Com base nessas considerações, é de se entender que, o término do tratamento da má oclusão de Classe II com extrações de quatro pré-molares corra um maior risco de ser comprometido pela falta de colaboração dos pacientes em usar os dispositivos de reforço de ancoragem do que o tratamento com as extrações de dois pré- molares, como no caso citado.

Comparando-se também o tratamento de duas extrações de pré-molares superiores com o tratamento sem extrações, com a utilização de aparelho Pendulum, em má oclusão de Classe II completa (uma cúspide inteira), a eficiência na oclusão final também é melhor e o tempo de tratamento é menor no protocolo com extrações. (Pinzan, 2009). Assim como foi realizado no presente relato.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que as extrações de 1º pré-molares superiores e a retração ântero-superior associada a ligeira perda de ancoragem, resultou numa diminuição do overjet e na melhora da estética facial, além da melhora na altura facial ântero-inferior.

REFÊRENCIAS

- 1- ALMEIDA, N. V. D; MUCHA, J. N; **Tratamento não cirúrgico em adulto com overjet acentuado** Nonsurgical approach in adult patient with severe overjet Johnny Holanda de Gauw. Orthod. Sci. Pract. 2014; 7(27):387-393.
- 2- BRAMBILLA, A. C. **Comparação dos resultados oclusais do tratamento da Classe II tratada com extrações de dois pré- molares com a terapêutica utilizando as extrações de quatro pré- molares.** 2002. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2002.
- 3- BUSATO, M. C. A; JANSON, G; FREITAS, M. R. D; HENRIQUES, J. F. C; **Estabilidade pós-contenção das alterações da forma do arco inferior na má oclusão de Classe II de Angle tratada com e sem a extração de pré-molares.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 11,n. 5, p. 129-137, set./out. 2006.
- 4- CAMARDELLA, L. T; JANSON, G; ARAKI, J. D. V; FREITAS, M. R. D; PINZAN. **A influência do protocolo de extração de dois pré-molares superiores na estabilidade oclusal do tratamento da Classe II.** Dental Press J Orthod 2010 July-Aug;15(4):43-54.
- 5- DALAGNOL S. L; **Má oclusão Classe II, 2ª divisão de Angle, tratada com exodontias de dentes permanentes.** Dental Press J Orthod. 2011 May-June; 16(3): 125-35.
- 6- JANSON, G; BARROS, S. E. C; SIMÃO, T. M; FREITAS, M. R. D; **Variáveis relevantes no tratamento da má oclusão de Classe II.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 14, n. 4, p. 149-157, jul./ago. 2009.
- 7- MARIA, F. R. T; JANSON, G; FREITAS, M. R. D; HENRIQUES, J. F. C; **Influência da cooperação no planejamento e tempo de tratamento da má oclusão de Classe II.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v. 10, n. 2, p. 44-53, mar./abr. 2005.
- 8- MARIA, F. R. T. **Estudo do tempo de tratamento de casos tratados ortodonticamente com extrações de dois pré-molares superiores comparados aos de extrações de quatro pré-molares.** 2002. 117p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, Bauru. 2002.
- 9- MOYERS, R. E. **Ortodontia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

- 10- PINZAN, V. C. R. M. **Comparação entre os resultados oclusais e os tempos de tratamento da má oclusão de Classe II por meio da utilização do aparelho Pendulum e das extrações de dois pré-molares superiores.** Dental Press J Orthod, St. Louis, v.15 n.1, p. 89- 100, jan./feb. 2010.
- 11- RIBEIRO, P. R. C; **Má oclusão Classe II, 2ª Divisão de Angle, com sobremordida acentuada.** Dental Press J. Orthod. v. 15, no. 1, p. 132-143, Jan./Feb. 2010.
- 12- VALARELLI, D. P; SERAFIM, K. C. L; PATEL, M. P; CANÇADO R. H; VALARELLI, F. P; **Má oclusão de Classe II esquelética: tratamento em duas fases e estabilidade.** Rev Clín Ortod Dental Press. 2013 ago-set;12(4):67

