

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE CLASSE
III SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: RELATO DE CASO**

**ORTHODONTIC TREATMENT IN A CLASS III SKELETAL
PATIENT WITHOUT SURGICAL INTERVENTION:
CASE REPORT**

Cinthy Alencar CAVALCANTE

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: cinthyaalencar.c@gmail.com

Marcelo Rodrigues MOREIRA

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: marcelo.moreira@faculdefacit.edu.br

Ângela Maria Dias MORAIS

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: angela.morais@faculdefacit.edu.br

Viviane Silva SIQUEIRA

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: viviane.siqueira@faculdefacit.edu.br

Mário de Souza Lima e SILVA

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: mario.silva@faculdefacit.edu.br

Carollyne Mota TIAGO

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: carollyne@faculdefacit.edu.br



RESUMO

A má oclusão de Classe III de Angle é caracterizada por uma relação dentária anteroposterior inadequada, que pode ou não estar acompanhada de alterações esqueléticas. Em geral, o aspecto facial fica bastante comprometido, principalmente quando associada à deficiência no terço médio da face, sendo esse, na maioria das vezes, o principal fator que motiva o paciente a procurar tratamento. As técnicas decorrentes de avanços ortodônticos trouxeram qualidade e eficácia no tratamento de pacientes classe III. Oferecendo para os pacientes uma opção não cirúrgica que fosse eficaz, devolvendo a estética, função e autoestima para esses pacientes.

Palavras-chave: Classe III. Elásticos intrabucais. Tratamento Ortodôntico.

ABSTRACT

Angle Class III malocclusion is characterized by an inadequate anteroposterior dental relationship, which may or may not be accompanied by skeletal changes. In general, the facial aspect is quite compromised, especially when associated with deficiency in the middle third of the face, which is, in most cases, the main factor that motivates the patient to seek treatment. Techniques resulting from orthodontic advances have brought quality and efficacy in the treatment of class III patients. Offering patients a non-surgical option that was effective, restoring esthetics, function and self-esteem to these patients.

Keywords: Class III. Intraoral Elastic. Orthodontic Treatment.

INTRODUÇÃO

Observando os pacientes de classe III clinicamente nota-se a posição da mandíbula anterior em relação à maxila e/ou à base do crânio. Esses pacientes apresentam um perfil facial côncavo e exibem uma compensação dentoalveolar prévia com vestibularização dos incisivos superiores e a linguoversão dos incisivos inferiores. Aspectos extra orais como retrusão do lábio superior, protrusão do lábio inferior, e o comprometimento anteroinferior da face aumentado são nitidamente presentes⁴⁻³⁻⁵.

O tratamento da má oclusão classe III é um dos maiores desafios da ortodontia, pois além de afetar a estética do paciente ainda possui um prognóstico desfavorável para o

Cinthy Alencar CAVALCANTE; Carollyne Mota TIAGO; Marcelo Rodrigues MOREIRA; Ângela Maria Dias MORAIS; Viviane Silva SIQUEIRA; Mário de Souza Lima e SILVA. TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE CLASSE III SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: RELATO DE CASO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2022. FLUXO CONTÍNUO. ORTODONTIA. Ed. 36. V. 1. Págs. 54-63. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

tratamento ortopédico e ortodôntico. Esse tipo de má oclusão é definido como uma discrepância dentária anteroposterior, podendo ter deficiência maxilar, um excesso mandibular ou uma junção de ambos. Quase sempre está relacionada a um envolvimento esquelético Maxila-mandibular¹⁻²⁻³.

A má oclusão de classe III apesar de ter baixa incidência e prevalência, tem uma variante entre 3% e 13% da população. Esses números se modificam e estima-se aproximadamente, 5% nos caucasianos, nas populações japonesas, escandinava e chinesa é maior. No Brasil, nota-se uma média de 3%, conforme registros diversos na literatura científica¹⁻³⁻⁴.

As consequências geradas por essa anomalia são diversas, entre elas estão o impacto negativo gerado na autoestima de um indivíduo, os tornando introvertidos e comportando-se socialmente de forma imatura. Além desse aspecto psicológico é presente a alteração funcional em nível de: deglutição, fala, função muscular entre outros⁴⁻⁵.

A abordagem para o tratamento da classe III exige atenção para o diagnóstico, dando importância à faixa etária do paciente. A intervenção de ser o mais cedo possível, com o objetivo de restringir todo o crescimento horizontal. Caso não seja tratada na infância, tem a opção de compensação dentária com o uso de elásticos e/ou o tratamento ortodôntico junto à cirurgia ortognática. A abordagem não cirúrgica para pacientes adultos é considerada uma camuflagem que possibilita o resgate da autoestima e o restabelecimento da função⁵⁻⁶.

O presente estudo tem o objetivo de descrever um caso clínico de correção compensatória da má oclusão de classe III em paciente adulto

RELATO DE CASO CLÍNICO

História e Etiologia

Paciente, leucoderma, 26 anos, sexo feminino, boas condições de saúde, não apresenta histórico de doenças graves ou crônicas, histórico moderado de doença cárie, presença de restaurações, saúde periodontal regular e perda recente dos primeiros molares inferiores. Quando abordada sobre sua aparência facial, relatou que se sentia “com queixo grande”.

Paciente estava motivada para o tratamento ortodôntico onde procurou a clínica da FACIT com a seguinte queixa: “necessidade de arrumar os dentes”.

Diagnóstico

A análise facial demonstrou uma leve assimetria, ausência de exposição dos incisivos inferiores em 3mm sorrindo, força os lábios ao fechá-los, foi observado uma protrusão do terço inferior da face, com perfil concavo, lábios hipotônicos.

Na análise intrabucal foi observado uma dentição permanente, classe de canino lado esquerdo I e lado direito III, mordida cruzada anterior, não possuía relação molar, pois perdeu os primeiros molares inferiores. A linha média superior dentaria estava desviada para direita quando comparada a linha média facial. A curva de spee acentuado lado direito e esquerdo.

Figura 01. Fotos Extra Bucais Iniciais

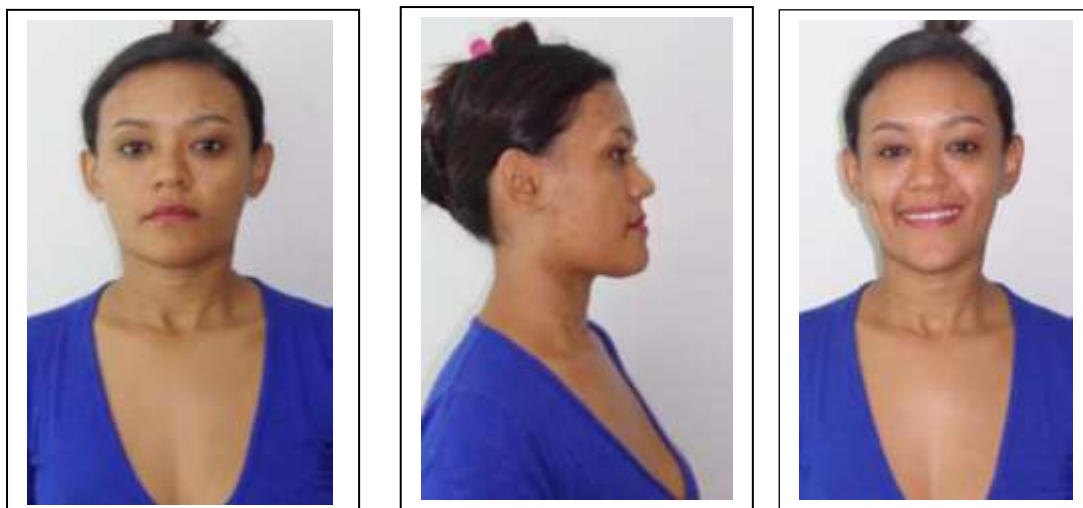
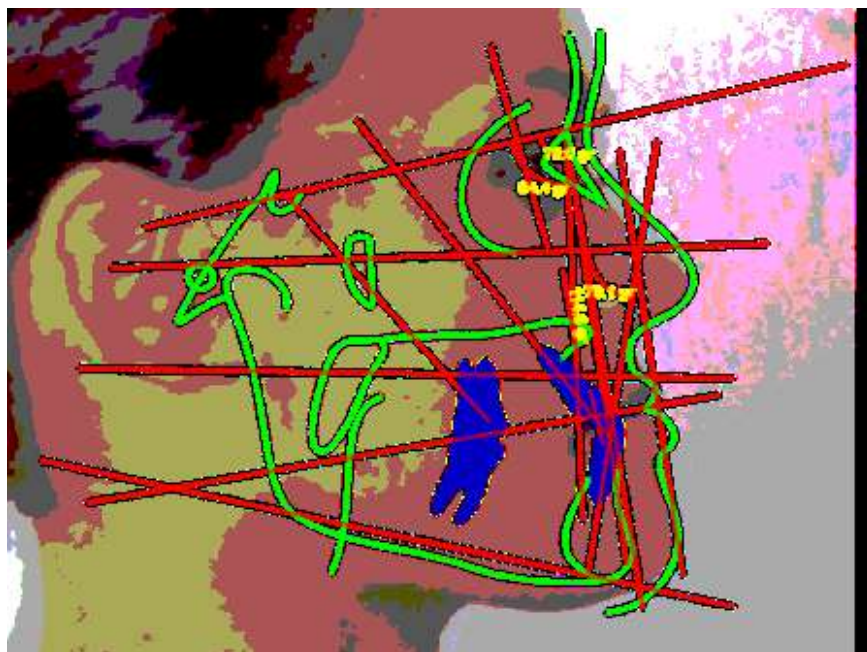


Figura 02. Radiografia Panorâmica Inicial



Figura 03. Cefalometria Inicial.



O exame radiográfico panorâmico inicial mostrou a presença dos 4 (quatro) terceiros molares inclusos, de dois supranumerários na região inferior, a ausência dos elementos dentários 36 e 46 e as demais estruturas ósseas, dentarias e tecidos moles dentro dos padrões de normalidade.

Por meios da Cefalometria, com análise padrão USP, foi confirmado o padrão esquelético de classe III ($ANB = -5.33$), com a maxila retruída em relação a base do crânio ($SNA=79.04$), a mandíbula protruída em relação a base do crânio (84.37), acentuada vestibularização dos incisivos superiores (35.44), e acentuada linguoversão dos incisivos

inferiores (16.53), perfil mole acentuado côncavo (N-A. Pog). A análise Cefalométrica de USP evidenciou os seguintes dados:

Tablra 1. Dados Cefelométricos Iniciais (Padrão USP) Fatores.

Fatores	Valor Obtido	Normal/Classif
S-N.A	79.04gr	82.00
S-N.B	84.37 gr	80.00
A-N.B	5.33 gr	2.00
S-N.D	80.97	76.00
(N-Pog).(Po-Orb)	83.33	88.00+-
N-A.Pog	-13.06	0.00+-
S-N.Gn	62.27	67.00
S-N.Ocl	3.45	14.00
(S-N).(Go-Me)	25.67	32.00
(Go-Gn).Ocl	20.32	18.00
1/.1	133.36	131.00
1/.NS	114.47	103.00
/1-Orbita	8.51	5.00
1/.NA	35.44	22.00
1/-NA	4.39	4.00
/1.NB	16.53	25.00
/1-NB	1.61	4.00
/1.NPog	0.52	0.00
H(N-B)	0.32	10.50+- 1.50
H-Nariz	10.60	10.00+-1.00
Pog-NB	1.60	0.00
Eminência Mentoniana	5.74	7.00+- 1.00

Objetivos do Tratamento

Foi definido o objetivo do tratamento levando em consideração a queixa principal da paciente e todas suas características. Foram definidos:

- Redução da protrusão dentaria inferior;
- Colocar canino em classe I;
- Não causar grandes reabsorções
- Melhorar o perfil facial da paciente, deixando a estética e a função em harmonia.

Plano de Tratamento

Inicialmente foi planejado e explicado para a paciente sobre o tratamento ortodôntico/cirúrgico, porem a paciente recusou o tratamento. Foram planejados então a exodontia dos elementos supranumerários, ancoragem através de tubos, levantes para levantar a mordida e aparelho fixo na técnica “Stright-Wire” com a sequência seguinte:

- Alinhamento e nivelamento superior e inferior;
- Vestibularização dos incisivos superiores;
- Lingualização dos incisivos inferiores;
- Elásticos de classe III;
- Elásticos de intercuspidação;
- Remoção do aparelho;
- Instalação da contenção;

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

Após o planejamento, foi proposto a paciente um tratamento de compensação da classe III com o uso de elásticos intra-buciais.

Foi iniciado o tratamento através da exodontia dos elementos supranumerários. Logo em seguida foi realizada a colagem direta dos braquetes (Monobloco Roth 022/Abizl/3M do Brasil Ltda/ São José do Rio Preto SP/Brasil) no arco superior. No segundo mês foram feitas as cimentações das bandas nos primeiros molares superiores e confeccionados os levantes de mordida nos molares inferiores para descruzamento antero-posterior. Logo após, no terceiro mês de tratamento quando a mordida já estava descruzada foi realizada a colagem direta dos braquetes no arco inferior.

O alinhamento e nivelamento foi realizado com fios de nitinol 0.014” e 0.016”. Foram utilizados fios de aço inoxidável 0.018” e 0.020” corrigindo a curva de Spee, fazendo acentuação e reversão da curva. Após isto, evoluiu-se até os fios retangulares 0,019” x 0,025” nitinol para a utilização dos elásticos de Classe III. Com o arco 0.019 x 0.025, foram utilizados ganchos para o elástico de Classe III (diâmetro 3/16” força média), com 250g de força no lado esquerdo e direito, objetivando alcançar a coincidência das linhas médias dentárias superior e inferior, além de uma oclusão satisfatória com chave de Classe I de canino.

Em seguida, a relação canina estava em Classe I e a mordida cruzada anterior corrigida, foi estabelecido o uso dos elásticos de intercuspidação, para finalização. (figuras 5,6)

Figura 04. Fotos Intra-Buciais após a Mecânica.



Figura 05. Radiografia Panorâmica após a mecânica



60

Figura 06. Teleradiografoa.



Cinthy Alencar CAVALCANTE; Carollyne Mota TIAGO; Marcelo Rodrigues MOREIRA; Ângela Maria Dias MORAIS; Viviane Silva SIQUEIRA; Mário de Souza Lima e SILVA. TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE CLASSE III SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: RELATO DE CASO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2022. FLUXO CONTÍNUO. ORTODONTIA. Ed. 36. V. 1. Págs. 54-63. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Após o tratamento os resultados foram satisfatórios, melhoramos os transpasses vertical e anteroposterior, deixamos a paciente com classe I de canino do lado direito e esquerdo, além de melhorarmos a autoestima e confiança da paciente.

DISCUSSÃO

O presente caso clínico demonstra paciente portadora má oclusão de Classe III esquelética, com retrusão maxilar, prognatismo mandibular. Geralmente esta anomalia tem base hereditária podendo ser causada por fatores de origem endócrinos e ambientais⁷⁻⁸.

Além das alterações das bases ósseas, a paciente apresentava ainda vestibularização dos incisivos superiores e lingualização dos incisivos inferiores, mordida cruzada anterior, perfil côncavo, linha media dentaria desviada para direita, e o comprimento anteroinferior da face aumentado⁷⁻⁸.

Pacientes que apresentam esse tipo de má oclusão tendem a possuírem problemas complexos funcionais e estéticos, dentre os principais podem se destacar a ausência de guias caninas e dificuldade mastigatória. Os padrões estéticos causam aspectos negativos na autoestima de um indivíduo, demonstrando um prognatismo mandibular que gera um desequilíbrio na harmonia da face deixando a região do queixo aumentada. Estes pacientes também tendem a apresentar um perfil côncavo, ausência de proeminência malar, olheiras, sulco nasogeniano aprofundado, que contribuem para uma sensação de envelhecimento facial, afetando o psicológico tornando-se introvertidos⁷⁻⁹⁻¹⁰.

A literatura mostra diversas condutas para a correção de classe III, sua abordagem requer cuidados no diagnóstico e nas decisões a serem tomadas quanto à época do tratamento e tipos de intervenção. Durante muito tempo os ortodontistas evitavam seu tratamento precoce por acreditar que essa má oclusão fosse causada exclusivamente por um excesso de crescimento da mandíbula, tornando assim o tratamento cirúrgico inevitável. Para o tratamento de classe III deve-se pensar em uma conduta individualizada para cada paciente devido as características que estão além da oclusão, como também na idade, sexo, e todo conjunto da face, observando pontos como, análise do perfil, selamento de lábios, linha queixo pescoço, linha do sorriso, sulco nasolabial¹⁰⁻¹¹.

Embora a maioria dos ortodontistas afirme que em pacientes adultos o tratamento da classe III esquelética deve ser uma combinação de ortodontia com cirurgia ortognatia

muitos casos na literatura demonstram uma grande eficácia no tratamento compensatório caso não haja um envolvimento esquelético grave e uma compensação natural dos dentes, o que contraindicava qualquer tentativa de camuflagem. Conforme descrito no relato de caso clínico o paciente apresentava boas condições para um sucesso no tratamento por compensação¹¹⁻¹².

Nos casos que não há grandes divergências das bases ósseas no sentido anteroposterior a correção com camuflagem é uma opção indicada. Para isso, o ortodontista poderá optar pelo melhor protocolo de biomecânicas, como desgastes interproximais, exodontias de dentes inferiores para retração da bateria anterior inferior, distalizações, inclinação vestibular os dentes superiores e inclinação lingual dos dentes inferiores. Portanto para o tratamento foi planejado a vestibularização dos incisivos superiores e a inclinação lingual dos inferiores¹³⁻¹⁴.

De acordo com o planejado o resultado obtido no tratamento foi satisfatório, em virtude de devolver a função, estética uma melhor harmonia dos elementos faciais, principalmente no terço médio da face. Foram devolvidas as guias caninas, a mordida cruzada anterior corrigida, devolvendo saúde, bem estar e autoestima para a paciente. Houve melhora significativa na oclusão. Apesar de a paciente faltar alguns meses foi considerado que o caso foi bem conduzido, faltando apenas finalizar o tratamento com restaurações estéticas anteriores¹¹⁻¹⁴.

CONCLUSÃO

Portanto, a revisão da literatura e apresentação do caso clínico mostra que a Má oclusão de Classe III de Angle possui um caráter etiológico multifatorial, o que dificulta a previsão do padrão de crescimento dos diversos elementos do complexo craniofacial, podendo ser dentária ou esquelética. O plano de tratamento varia muito de acordo com a idade em que o paciente for abordado.

Neste caso clínico o resultado final com a camuflagem foi satisfatório uma vez que a paciente não queria realizar a cirurgia ortognatia e a mesma não apresentava envolvimento esquelético grave.

REFERÊNCIAS¹

1. Cordeiro M., et al. Tratamento ortodôntico compensatório com uso de elásticos intermaxilares em paciente com má oclusão de classe III e padrão facial do tipo I: um relato de caso. RGS.2019;21(2):22-37.
2. Vianna, M. S.; et al. Mordida cruzada anterior-Relato de um caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facial.2003;8(44):99-109.
3. Saadia, M.; Torres, E. Sagittal changes after maxillary protraction with expansion in Class III patients in the primary, mixed, and late mixed dentitions: a longitudinal retrospective study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000; 117(6):669-680.
4. Dillio RC, Micheletti, KR, Cuoghi OP, Bertoz, AP de M. Tratamento compensatório da má oclusão de Classe III. Revisão de literatura. Arch Health Invest. 2014; 3(3): 84-93.
5. Filho,S., et al. Apresentação de um caso clínico de Classe III de Angle, tratado com o aparelho extrabucal basculante inferior de ação reversa, proposto por Baptista. Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2005; 10 (1): 46-58.
6. Lima, E., et al. Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão de Classe III: relato de caso. Rev. Clin. Ortodon. Dental Press. 2009; 8 (3): 64-73.
7. Bittencourt, MAV. Má oclusão classe III de angle com discrepância ântero-posterior acentuada. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2009; 1(14): 132-142.
8. Battagel JM. The aetiological factors in Class III malocclusion. Eur J Orthod.1993;15(5):347-70.
9. Baptista AA, Cury SAA, Mota AFJ, Vilella OV, Mucha JN. A prevalência de más-oclusões em escolares de Niterói. Rev. Flum. Odontol.1998; 8 (2): 34-41.
10. Perrone APR, Mucha JN. O tratamento da classe III – revisão sistemática – Parte I. Magnitude, direção e duração das forças na protração maxilar. R Dental Press Ortop Facial. 2009;14(5):109-17.
11. Brunetto AR. Má oclusão de Classe I de Angle, com tendência à classe III esquelética, tratada com controle de crescimento. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2009; 5 (14): 129-145
12. Lima EMS, Farret MM, Araújo LL. Tratamento ortodôntico cirúrgico da má oclusão de classe III: relato de caso. 2009. Rev. Clín. Ortodon. Dental Press.3(8): 64-73.

¹ De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.