

TRATAMENTO DA CLASSE III PRECOCE RELATO DE CASO CLÍNICO

TREATMENT OF CLASS III EARLY - CASE REPORT

CAROLINE DE LIMA VENTURINI¹, DÉRIC MESCHIARI BATISTA², RENATA CRISTINA GOBBI DE OLIVEIRA³, RICARDO CESAR GOBBI DE OLIVEIRA⁴, JULYANO VIEIRA DA COSTA⁵

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá. 2. Mestrando em Ortodontia pela Faculdade Ingá. 3. Doutora em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) - USP / Docente da Disciplina de Ortodontia da Faculdade Ingá. 4. Doutor em Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) - USP / Docente da Disciplina de Ortodontia da Faculdade Ingá. 5. Mestre em Odontologia Integrada na Universidade Estadual de Maringá / Docente na disciplina de Imagenologia e Ortodontia da Faculdade Ingá de Maringá – PR.

* Rua Silva Jardim, 30 – Centro, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87013-010 recgo@hotmail.com

Recebido em 01/09/2015. Aceito para publicação em 08/09/2015

RESUMO

O tratamento de pacientes Classe III é um desafio encontrado por todos os ortodontistas. A complexidade desta má oclusão envolve tanto problemas dentários como esqueléticos, e ao contrário do que normalmente se pensava o prognatismo mandibular não é o maior culpado da Classe III, hoje se sabe que cerca de 62% das Classe III apresentam comprometimento maxilar. O uso da máscara facial é indicado nos casos com onde existe uma deficiência maxilar, entretanto por ser um aparelho antiestético e desconfortável tem pouca aceitação e colaboração do paciente. O presente trabalho tem como objetivo ilustrar um caso de má oclusão de Classe III precoce, tratado com expansão rápida da maxila e máscara facial, na qual os resultados alcançados foram extremamente eficientes, proporcionando ao paciente uma melhora significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Expansão rápida de maxila. Correção precoce de classe III. Máscara facial.

ABSTRACT

The treatment of Class III patients is a challenge faced by all dentists. The complexity of this malocclusion involves both dental and skeletal issues, and on contrary to what usually thought mandibular prognathism is not the biggest culprit of Class III, nowadays it is known that about 62 % of the Class III presents Maxillary impairment. The use of face mask is indicated in cases where there is a maxillary deficiency but for being an unsightly and uncomfortable device it has little acceptance and patient compliance. This paper aims to illustrate a case of malocclusion early Class III, treated with rapid maxillary expansion and mask facial, in which the results were extremely efficient, providing the patient a significant improvement.

KEYWORDS: Rapid maxillary expansion, Early correction of class III. Facial mask.

1. INTRODUÇÃO

Existe uma grande dificuldade por parte de muitos ortodontistas no tratamento de pacientes Classe III^{1,2,3}, isso se dá pela complexidade dessa má oclusão^{4,5} aliada a sua baixa incidência, cerca de 3% na população Brasileira^{6,7,8}.

A Classe III é classificada como a posição anterior da mandíbula em relação a maxila⁷, porém o problema não é exclusivamente o prognatismo mandibular, cerca de 63% dos casos tem como principal causa a deficiência maxilar^{9,10,11}.

O diagnóstico da má oclusão de Classe III, deve ser realizado se possível, ainda na dentadura decídua, pois quanto mais precoce a interceptação do problema, melhores serão os efeitos ortopédicos^{8,12,13,14}.

Para realização do diagnóstico da Classe III o paciente deve ser posicionado em relação Cêntrica, impossibilitando qualquer desvio mandibular causado pela musculatura ou contato pré-maturo, que possa influenciar no diagnóstico^{5,6,9}.

A análise facial do paciente deve ser o principal aspecto levado em conta na avaliação clínica para a decisão do plano de tratamento nos casos de Classe III^{5,15,16}. Análise cefalométrica, modelos de estudo e fotografias apenas contribuem como um meio auxiliar para o diagnóstico^{9,12,15,17}. Existem diversos aparelhos ortopédicos e protocolos de tratamento descritos na literatura que visam a correção da Classe III esquelética^{9,10}, entretanto o protocolo mais utilizado e que provoca melhores resultados é a Expansão Rápida da Maxila(ERM) conciliada com a utilização de Máscara Facial para tração reversa da axila^{3,4,7,13,18,19}.

Os efeitos produzidos pela utilização da Máscara facial são representados por um ganho no ângulo SNA, a

estabilização ou redução do ângulo SNB, a redução do ângulo naso-labial, rotação no sentido horário da mandíbula, acompanhado de uma inclinação lingual dos incisivos inferiores, e o mais importante, a movimentação da porção posterior da maxila para frente e para baixo^{4,9,10,12,14,18,20,21}.

O presente artigo tem a intenção de apresentar o caso clínico de um paciente Classe III esquelética tratado com o protocolo de ERM e Máscara facial.

2. RELATO DE CASO

Paciente M.M.V. sete anos e sete meses e idade, gênero masculino, apresentou-se na Clínica Odontológica da Faculdade Ingá, com a queixa de mordida aberta anterior.

Na análise extrabucal inicial verificamos padrão dólico facial com perfil côncavo, apresentava hipotonia do lábio superior com ângulo naso-labial aberto e selamento labial passivo (Figura 1).



Figura 1. Documentação fotográfica extrabucal.

Na análise intrabucal constatamos que o paciente encontrava-se no meio do primeiro período transitório, pois este ainda não possuía molares e incisivos superiores permanentes erupcionados. Observou-se com clareza uma grande discrepância entre maxila e mandíbula, que resultavam nos problemas de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior bilateral e mordida cruzada anterior. Além disso, este paciente apresentava trespasses horizontal negativo encontrado na discrepância maxilo-mandibular (Figura 2).



Figura 2. Registros fotográficos intrabucais.

Observou-se também a presença de cárie no elemento 64 e uma restauração mal adaptada e com infiltração no elemento 65 (Figura 3).



Figura 3. Registros fotográficos oclusais.

Aos raios-X panorâmico verificou-se que todos os dentes permanentes encontravam-se em formação sem nenhuma alteração patológica. A análise cefalométrica confirmou o padrão de crescimento vertical anteriormente descrito na análise extrabucal, apresentando valores alterados de SNA e SNB (Figura 4, Tabela 1).



Figura 4. Raios-X panorâmico e telerradiografia lateral de cabeça.

Tabela 1. Medidas Cefalométricas

Medidas	Iniciais	Finais
SNA	86,05°	91,58°
SNB	83,36°	84,15°
ANB	2,69°	7,42°
SND	79,12°	80,11°
FMA	31,50°	36,91°
SN.Ocl	31,88°	29,88°
SNGn	66,97°	66,99°
H-NB	18,17°	19,01°
H-Nariz	-6,90mm	-7,37mm

A-Nperp	5,67mm	6,93mm
P-Nperp	5,08mm	-0,55mm
Ângulo NL	108,7°	118,2°
AFAI	71,9mm	68,38mm
F.NPog (Ângulo Facial)	92,51°	89,48°
Comprimento Maxilar	51,08mm	53,35mm
Comprimento Mandibular	108,13mm	109,33mm

Observando a Tabela 1 constatamos os seguintes resultados:

- Aumento do ângulo SNA: esse resultado era esperado e significa que tivemos sucesso no tratamento, tendo em vista que o ângulo SNA revela a posição da Maxila em relação à Base de Crânio, e, como o paciente tinha excesso mandibular, aumentar a maxila faria com que esteticamente ele apresentasse melhora no contorno facial
- Aumento do comprimento efetivo da maxila – Da mesma forma, o aumento do comprimento efetivo da maxila traduz uma melhora no perfil.
- Melhora na convexidade facial – essa medida também evidencia uma melhora no contorno da face.
- Diminuição do ângulo nasolabial – A maxila diminuída demonstrava ângulo nasolabial aberto, com a sua tração, esse ângulo melhorou, e por isso diminuiu
- Rotação horária da mandíbula – Justificada pela tração maxilar.

3. CONCLUSÃO

De acordo com o caso apresentado, é possível concluir que:

1. O tratamento precoce através da terapia com expansão rápida da maxila e a colaboração do paciente na utilização da máscara facial, revelaram excelentes resultados para a correção da Classe III.

2. Conforme se denota dos valores cefalométricos-mensurados no início e no final do tratamento, verificamos também uma melhora cefalométrica significativa.

3. A correção da mordida aberta anterior e a rotação horária da mandíbula favoreceram esteticamente a face do paciente, sua oclusão e também a melhoria da sua autoestima.

REFERÊNCIAS

- [1]. Piton MM, Bernardes LAA. Tratamento da má oclusão Classe III esquelética através de expansão rápida da maxila associada à exodontia de pré-molares inferiores: relato de caso clínico. *Rev Clin Ortodon. Dental Press* 2007; 6(2):57-67.
- [2]. Angheben CZ, Valarelli FP, Freitas KMS, Cançado RH. Tratamento compensatório da má oclusão Classe III esquelética com a técnica Bifuncional. *Rev Clin Ortodon Dental Press* 2013; 12(2):42-8.
- [3]. Filho RMAL, Lima AC, Bolognese AM. Tratamento da Malocclusão Classe III com Expansão Rápida da Maxila e Máscara Facial. *J Bras Ortop Facial*. 2004; 9(51):1-7.
- [4]. Fontes JOL, Thiesen G. Estudo cefalométrico prospectivo dos efeitos da terapia de tração reversa da maxila associada à mecânica intermaxilar. *Dental Press J. Orthod*. 2011; 16(6):38.e1-9.
- [5]. Bezerra JO, Silva AM, Peixoto MGS, Tiago CM. Tratamento da má oclusão de classe III por meio de disjunção maxilar e tração reversa da maxila: relato de caso. *J Odontol FACIT*. 2014; 1(1):32-9.
- [6]. Araújo EA, ARAÚJO CV. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. *Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008; 13(6): 128-157.
- [7]. Dilio RC, Micheletti KR, Cuoghi OA, Bertoz APM. Tratamento compensatório da má oclusão de classe III: Revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2014; 3(3):84-93.
- [8]. Tagawa DT, Bertoni CLSC, Mari MAE, Junior MR, Aidar LAA. Tratamento ortopédico da má oclusão de Classe III com expansão rápida da maxila associada a máscara facial: avaliação cefalométrica do padrão de crescimento craniofacial. *Dental Press J Orthod*. 2012; 17(3):118-24.
- [9]. Penhavel RA, SOUZA HÁ, Patel MP, Freitas KMS, Cançado RH, Valarelli FP. Tratamento da má oclusão de classe III com a máscara facial. *Revista UNINGÁ*. 2013; 38:107-120.
- [10]. Rodrigues LRL, Baddredine FR, Junior MC, França NM. Protração maxilar associada à disjunção maxilar ortopédica. *Rev Clin Ortodon. Dental Press*. 2007; 6(3):48-56.
- [11]. Boeck EM, Lunardi N, Pinto AS, Pizzol KEDC, Neto RJB. Occurrence of Skeletal Malocclusions in Brazilian Patients with Dentofacial Deformities. *J Braz Dent*. 2011; 22(4):340-5.
- [12]. Otramari PVP, Garib DG, Conti ACCF, Henriques JFC, Freitas MR. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. *Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*. 2005; 10(5):72-82.
- [13]. Lee DY, Kim ES, Lim YK, Ahn SJ. Skeletal changes of maxillary protraction without rapid maxillary expansion: A comparison of the primary and mixed dentition. *Angle Orthodontist*. 2010; 80(4):692-98.
- [14]. Yavuz, I, Halicioglu K, Ceylan I. Face Mask Therapy Effects in Two Skeletal Maturation Groups of Female Subjects with Skeletal Class III Malocclusions. *Angle Orthodontist*. 2009; 79(5):842-8.
- [15]. Filho OGS, Herkrath FJ, Queiroz APC, Aiello CA. Padrão facial na dentadura decídua: estudo epidemiológico. *Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008; 13(4):45-59.
- [16]. Kreia TB, Neto ACB, Retamoso LB, Pinto AS, Tanaka O. Tendência de crescimento facial em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. *RG0 - Rev Gaúcha Odontol*. 2011; 59(suplemento 0):97-102.
- [17]. Henriques JFC, Santana E, Gurgel JA. Correção Ortodôntica Cirúrgica de Má-Oclusão de Classe III por Deficiência de Maxila. *Rev. Dental Press de Ortodon. E Ortoped. Maxilar*. 1997; 2(3):13-17.
- [18]. Tortop T, Kaygisiz E, Gencer D, Yuksel S, Atalay Z. Modified tandem traction bow appliance compared with facemask therapy in treating Class III malocclusions. *Angle Orthodontist*. 2014; 84(4):642-8.
- [19]. Pavoni C, Masucci C, Cerroni S, Franchi L, Cozza P. Short-term effects produced by rapid maxillary expansion and facemask therapy in Class III patients with different vertical skeletal relationships. *Angle Orthodontist*. 1-7.
- [20]. Gallão S, Martins LP, Jr KG, Junior LGG, Pieri LV, Gaspar AMM et al. Diagnóstico e tratamento precoce da Classe III: relato de caso clínico. *J Health Sci Inst*. 2013; 31(1):104-8.
- [21]. Primo BT, Eidt SV, Gregianin JA, Primo NA, Junior IMF. Terapia da tração reversa maxilar com máscara facial de Petit – relato de caso. *RFO - Rev. Da Faculdade de Odontologia UPF*. 2010; 15(2):171-6.
- [22]. He S, Gao J, Wamalwa P, Wang Y, Zou S, Chen S. Camouflage treatment of skeletal Class III malocclusion with multiloop edgewise arch wire and modified Class III elastics by maxillary mini-implant anchorage. *Angle Orthodontist*. 2013; 83(4):630-40.