

**TRATAMENTO DE CLASSE III NA DENTIÇÃO MISTA – UM RELATO
DE CASO.**

TREATMENT OF CLASS III IN MIXED DENTITION – A CASE REPORT

Daniela Chaves Coelho Pires¹

Isabela Floriano²

Rafael Celestino de Souza³

José Carlos Pettorossi Imparato⁴

1. Especialista em Odontopediatria, mestrandia em Odontopediatria da SLMandic.
2. Doutoranda em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da USP.
3. Doutor em Odontopediatria, Professor de Pós-graduação em Odontologia para Pacientes especiais e Odontopediatria da SLMandic.
4. Doutor em Odontopediatria, Coordenador do Mestrado em Odontopediatria da SLMandic.

Autor para correspondência

Daniela Chaves Coelho Pires

End.: R. Alfredo Timbira de Carvalho, 10 - CEP: 25958-330

Teresópolis, RJ. Brasil

E-mail: daniccpires@gmail.com

RESUMO

A má oclusão de Classe III de Angle pode ser de origem dentária, esqueléticas ou ambas. Possui como característica desarmonia entre os arcos dentários causando alteração no perfil e interferindo de forma desfavorável no desenvolvimento e crescimento dos maxilares. O trabalho que se segue relata um caso de Classe III em uma criança de 9 anos de idade, do sexo masculino, que foi submetida a uma intervenção precoce por meio de expansão rápida da maxila seguida de tração reversa da mesma através de aparelho disjuntor de Haas e máscara facial de Petit, com o principal intuito de descruzar a mordida anterior, liberando a maxila para seu desenvolvimento normal, o que foi obtido ao final de 11 meses. Pode-se concluir que as utilizações de tais dispositivos mostraram-se eficientes para a correção da mordida cruzada anterior, embora o acompanhamento até o final do crescimento seja de suma importância para se evitar possíveis recidivas.

Palavras-chave: Disjunção palatina; Classe III; Tratamento.

ABSTRACT

The malocclusion Class III malocclusion can be of dental origin, esquelética or both. It has a characteristic disharmony between dental arches causing change in profile and interfering in the development and growth of the jaws. The work that follows reports the case of Class III in a male child who underwent early intervention via RME then reverse draw it through breaker apparatus Haas and facial mask Petit with primarily to uncross the previous bite, releasing the jaw to its normal development, which was obtained at the end of 11 months. It can be concluded that the use of such devices proved to be efficient for the correction of anterior crossbite, although follow-up until the end of growth is of paramount importance in order to avoid possible relapses.

INTRODUÇÃO

O tratamento ortodôntico precoce tem sido indicado com maior frequência com o objetivo de eliminar fatores etiológicos primários e evitar que uma má-oclusão já instalada torne-se ainda mais grave. A eliminação das discrepâncias oclusais como as mordidas cruzadas anterior, posterior, uni ou bilateral e a correção da displasia esquelética representam a necessidade real da intervenção precoce¹.

A má oclusão Classe III de Angle, caracterizada por uma discrepância dentária ântero-posterior, é mais grave quando associada a uma desarmonia esquelética, que pode ser decorrente de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou de uma combinação de ambos. Essas alterações levam ao comprometimento do perfil facial, muitas vezes com consequências psicossociais. No caso de adultos o tratamento ficará limitado à camuflagem ou precisará de correção ortodôntica-cirúrgica. É preciso ser realista em relação ao prognóstico do tratamento precoce da

Key-words: Maxillary expansion;
Class III; treatment

classe III esquelética de Angle, pois os resultados podem perpetuar-se, mas o padrão original de crescimento pode retornar. É necessário, portanto, todo o esforço para a correção, sobrecorreção e contenção, além do acompanhamento durante as fases finais de crescimento².

As características morfológicas do padrão facial III podem ser detectadas na infância e se mantém na vida adulta. A terapia precoce é indicada tão logo o problema é diagnosticado e o protocolo é a utilização de tração reversa da mandíbula pós-expansão rápida da maxila, além de contenção adequada para evitar recidivas³.

A expansão rápida da maxila ou Disjunção maxilar pode proporcionar resposta favorável nos casos de alterações esqueléticas severas como no tratamento não cirúrgico de classe III, deficiência maxilar real e relativa; estenose nasal com características de respiração bucal e em alguns casos de fissura palatina⁴.

Os aparelhos mais utilizados para realização de expansão rápida da maxila são Haas e Hyraz. O aparelho

Artigos Científicos

de Haas é mucodentossuportado, apresentando uma parte em acrílico. Já o aparelho Hyrax é apenas dentossuportado apresentando anéis ortodônticos cimentados favorecendo sua utilização na dentição mista. O aparelho de Hyrax torna-se naturalmente mais favorável na questão da higiene. Ambos são considerados eficientes no que diz respeito à Disjunção palatina⁵.

Torna-se, portanto de suma importância não só a detecção precoce, mas a intervenção desse problema o quanto antes na tentativa de evitar tratamentos mais invasivos como correções cirúrgicas. O objetivo do presente trabalho é de relatar o caso de uma intervenção precoce em um caso de Classe III de Angle através de Disjunção palatina seguida de tração reversa da maxila.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 9 anos de idade, procurou atendimento em consultório odontológico no município de Teresópolis, RJ, juntamente com um responsável, apresentando como queixa principal a

estética do rosto, sobretudo de seu perfil assim como seu sorriso. O exame físico extra oral observou perfil comprometido do tipo côncavo (figuras 1 e 2).



Figura 1- Aspecto frontal inicial do paciente

Figura 2- Aspecto de perfil inicial do paciente

O exame intraoral mostrou que o paciente estava na fase de dentição mista e apresentava relação de primeiros molares permanentes em Classe III de Angle (Figuras 3 e 4), atresia maxilar e mordida cruzada anterior (Figura 5).

Artigos Científicos



Figura 3- Visão intra bucal lateral Direito Inicial



Figura 4 - Visão intrabucal lateral esquerda inicial



Figura 5 - Visão intrabucal frontal inicial

Foram solicitados exames radiológicos e documentação ortodôntica para maior detalhamento de medidas através de análise do

traçado cefalométrico de Ricketts que pôde observar trespasse horizontal de -3,74mm; convexidade do ponto A de -1,80mm; posição de incisivo inferior de 6.70mm.

As medidas cefalométricas de indicaram que a etiologia da discrepância esquelética que apresentava residia, na sua maior parte, em um déficit do crescimento maxilar. Pôde-se observar também, através de algumas medidas, crescimento do tipo horizontal (Figuras 6, 7 e 8).



Figura 6 - Radiografia panorâmica inicial

Artigos Científicos

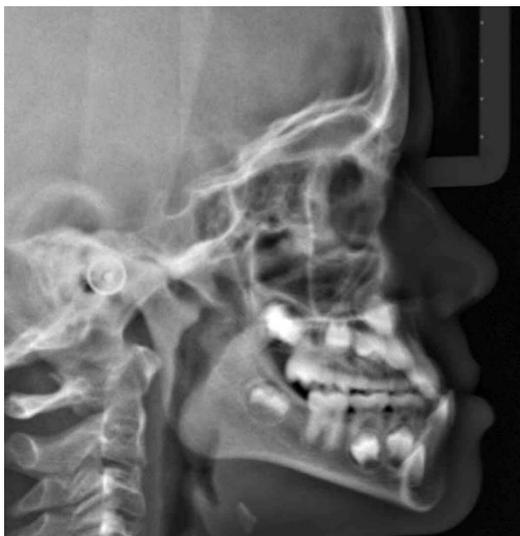


Figura 7 - Telerradiografia lateral inicial

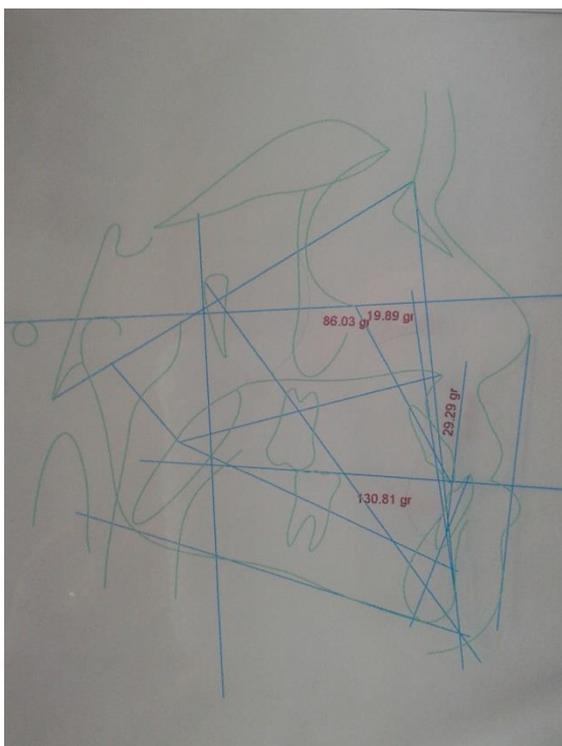


Figura 8 – Traçado cefalométrico inicial

O plano de tratamento foi estabelecido e apresentado aos responsáveis que concordaram e assinaram TCLE para que a terapia se iniciasse. Foi instalado um Disjuntor

de Haas (Figuras 9 e 10) para a realização de expansão rápida da maxila (ERM) seguida de protração da maxila. Foi seguido o protocolo de Haas, realizando quatro ativações iniciais seguidas de duas ativações por dia (1/2mm) durante duas semanas, realizadas por um responsável devidamente orientado .



Figura 9 - Vista lateral do Aparelho de Haas



Figura 10 - Aparelho de Haas adaptado ao modelo

Artigos Científicos

Após a disjunção da maxila visivelmente percebida pelo notório diastema superior, o parafuso do aparelho foi preenchido por resina acrílica com a finalidade de garantir que nenhuma ativação fosse feita. Iniciou-se a fase de protação maxilar com a utilização de Máscara Facial de Petit e elásticos utilizados por, no mínimo 12 horas diárias durante 11 meses. Foi removido o disjuntor e o uso da máscara facial e utilizada uma mentoneira como um aparelho de contenção, por 8 horas diárias durante dois meses.

Quatro meses após o início do uso da máscara facial, houve um avanço anterior notório da maxila, alcançando uma mordida de topo com os dentes inferiores, liberando a maxila para o crescimento. Depois de três meses desse ponto, a mordida descruzou revelando pequeno trespasse horizontal, indicando início do travamento da mandíbula pelos dentes superiores. Os molares superiores já apresentavam relação de Classe I de Angle e o perfil do paciente já se mostrava mais reto revelando uma harmonia maior. Segundo análise do traçado cefalométrico de Ricketts após o tratamento o paciente apresentou

trespasse horizontal de 1.90mm; Convexidade do ponto A de -0.22mm e posição de incisivo inferior de 5.53mm (Tabela 1).

Tabela 1. Medidas cefalométricas antes e após tratamento da classe III (mm).

Fatores	Valor inicial	Valor final	Norma	Desvios
Convexidade do ponto A	- 1.80mm	- 0.22mm	1.53mm	+/- 2.00mm
Posição do Inc. Inf.	6.70mm	5.53mm	2.00mm	+/- 2.00mm
Inclinação do Inc. Inf.	29.29°	19.95°	22.00°	+/- 4.00°
Inclinação do Inc. Sup.	19.89°	30.20°	28.00°	+/- 4.00°
Posição labial inferior	2.07mm	0.65mm	- 2.00mm	+/- 2.00mm
Altura facial total	55.11°	57.38°	60.00°	+/- 3.00mm
Altura facial inferior	39.65°	42.33°	45.00°	+/- 3.00°

A telerradiografia de perfil após o tratamento também revelou uma melhor posição do lábio inferior em relação ao perfil do paciente, além das posições mais favoráveis dos incisivos superiores e inferiores (Figuras 12, 13 e 14).

Artigos Científicos



Figura 11- Radiografia panorâmica final



Figura 12 – Telerradiografia lateral final

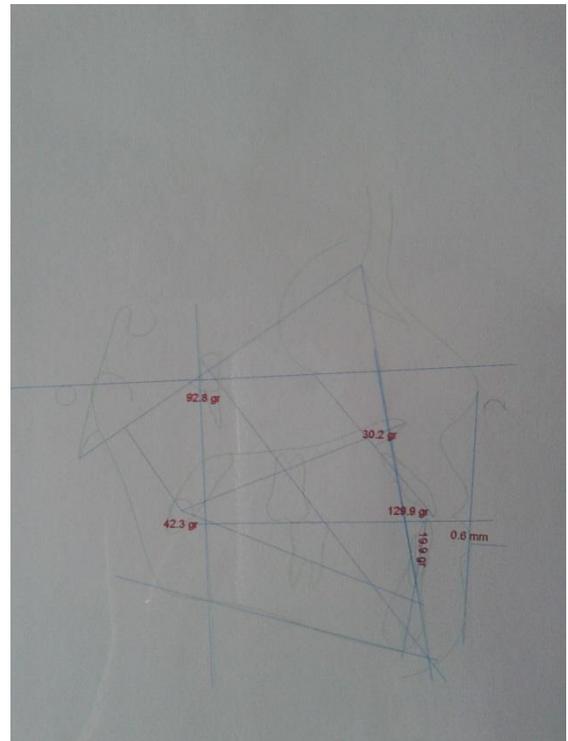


Figura 13 - Traçado cefalométrico final



Figura 14 – Visão intra bucal frontal final



Figura 15 – Visão intra bucal lateral esquerdo final



Figura 16 – Visão intra bucal lateral direito final

Além disso, a fotografia final apresenta uma melhora relevante no perfil do paciente (Figuras 17 e 18).



Figura 17 – Aspecto frontal final do paciente



Figura 18 – Aspecto de perfil final do paciente

DISCUSSÃO

Assim que detectada a Classe III dentária ou esquelética, deve-se iniciar terapia para que as relações entre os arcos dentários assim como as bases esqueléticas não interfiram no crescimento e desenvolvimento normal da criança. O caso relatado mostra claramente a eficiência da disjunção palatina seguida de protração ou tração reversa da maxila no que diz respeito ao avanço anterior da maxila

Artigos Científicos

e a uma mudança favorável no perfil dos pacientes^{2,6}.

A utilização do aparelho Disjuntor de Haas mostrou-se bastante eficaz na expansão palatina, porém, em função de ser um aparelho dentomucossuportado, torna a higiene bucal mais difícil de ser realizada, em contra partida o aparelho disjuntor de Hyrax que tem sua sustentação apenas nos dentes facilita a higienização, o que pode significar um excelente motivo para sua escolha⁵.

O deslocamento ântero-inferior da maxila gerado pela disjunção palatina e confirmado pela medida cefalométrica final da convexidade do ponto A influencia diretamente na posição espacial da mandíbula em relação à base do crânio, fazendo-a girar no sentido horário, podendo provocar alterações como abertura da mandíbula, inclinação do plano oclusal e aumento do ângulo do plano mandibular, sendo favorável a utilização de tal técnica nos casos de padrão horizontal de crescimento^{4,2}.

A correção de Classe III por meio de expansão rápida da maxila seguida de tração reversa da maxila pode

resultar em alterações significativas favorecendo o perfil dos pacientes submetidos a tal terapia, porém, deve ser aplicada nos casos de Classe III com comprometimento maior da maxila em sua configuração morfológica. Ainda assim a estabilidade do tratamento pode ser duvidosa e depende do padrão de crescimento pós terapia².

O tratamento em idade bastante jovem com forças otopédicas de avanço maxilar pode reduzir muito a necessidade de intervenção cirúrgica futura como evidenciou o caso relatado, pois a velocidade do avanço maxilar decresce à medida que a idade dentária aumenta além de inibir com maior eficiência o padrão desfavorável do crescimento evitando, dessa forma, possíveis recidivas⁶. Porém, é necessário acompanhamento até o fim do período de crescimento, pois o padrão de crescimento e a questão genética são fatores incontestáveis e de difícil controle. Deve-se deixar claro aos responsáveis a necessidade de visitas periódicas e de novas tomadas radiográficas que fornecerão dados de

Artigos Científicos

grandezas cefalométricas
consideráveis para esses casos⁷.

CONCLUSÃO

A intervenção precoce nos casos de Classe III de Angle é considerada uma prática favorável, pois representa uma tentativa de minimizar os efeitos indesejáveis para o perfil, crescimento e desenvolvimento dos maxilares assim como, em muitos casos, evitando uma necessidade cirúrgica na maturidade. A utilização de Disjuntor palatino e Máscara facial mostraram-se eficaz no tratamento de Classe III de Angle por retrusão maxilar na dentição mista. É extremamente necessário um acompanhamento desses casos, pois pode haver necessidade de novas intervenções uma vez que o padrão genético de crescimento representa um fator determinante no crescimento e desenvolvimento dos maxilares.

REFERÊNCIAS

1- Carlini, M.G; Miguel, J.A.M; Goldner, M.T. Tratamento precoce ma má-oclusão Classe III de Angle

com expansão rápida e uso de máscara facial: relato de um caso clínico / Early treatment of class III malocclusion with maxillary expansion and face-mask therapy: a case report. **Rev. dent. press ortodon. ortoped. facial**;7(2):71-5, mar.-abr. 2003.

2- Oltramari, P.V.P. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**. v. 10, n. 5, p. 72-82, set./out. 2005.

3- Zupo, D.P, Benedicto, E.N; Kairalla,S.A; Miranda,S.L; César,C.P.H.A.R; Paranhos, R.L; Características morfológicas e o tratamento ortodôntico para o padrão III facial. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac** 2011; 14(1): 38-43.

4- Lopes, D.G. Disjunção Rápida da maxila por meio de aparelhos expansores. **Revista Gaúcha de Odontologia**, 51 (4): 237-242, Outubro, 2003.

5- Silva, P.G. **Expansão Rápida da Maxila com os aparelhos de Haas e Hyrax**. 2012 . [Dissertação Mestrado] Faculdade Federal Fluminense RJ, 2012.

6- Gallão S, Martins LP, Faltin Júnior K, Gandini Júnior LG, Pieri LV, Gaspar AMM. **Diagnóstico e tratamento precoce da Classe III: relato de caso clínico**. J Health Sci Inst. 2013;31(1):104-8.

7- Bittencourt, M.A.V. Má oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá**, v. 14, n. 1, p. 132-142, jan./fev. 2009