



Somente
Digital

Hospital de Aeronáutica de Canoas
Revista Odontológica



Relato de Caso Clínico

TRATAMENTO DE MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO

Renata Germano Gomes Ferreira Maluf¹

Resumo

A situação de maloclusão de classe III é um dos maiores desafios que encontramos na Ortodontia. Junto a isso, ela tende a se agravar com o crescimento e desenvolvimento facial. Diversos tratamentos tem sido utilizados para a correção dessa disfunção com o intuito de evitar uma intervenção cirúrgica futura. O objetivo desse artigo é apresentar o relato de caso clínico de paciente adolescente que se encontrava em início de surto de crescimento puberal. Concluiu-se que o tratamento para maloclusão classe III através de máscara para tração reversa e expansão rápida da maxila é satisfatório quando paciente encontra-se em surto de crescimento proporcionando uma melhor relação dentária e entre bases ósseas. Entretanto, a cooperação do paciente é fator decisivo para o sucesso do tratamento que só será definitivo após o término de crescimento mandibular.

PALAVRAS-CHAVE: maloclusão classe III, máscara facial, aparelho hyrax.

Rev Odontol HACO
2019; 1 (1):8-14

¹DDs, Esp. em Ortodontia e
Implantodontia
²º Tenente QOCon Dent ORD HACO;

Introdução

A maloclusão classe III é caracterizada por uma discrepância ântero-posterior que pode ser

esquelética, dentária, funcional ou por associação de formas. Estamos diante de uma maloclusão esquelética, quando encontramos prognatismo mandibular, retrusão maxilar ou ambos; dentária,

quando temos uma boa relação entre as bases ósseas mas um posicionamento dentário inadequado e funcional, quando o paciente apresenta uma acomodação postural anterior da mandíbula^{1, 11, 12}.

Combinado a essa situação, podemos com frequência encontrar uma atresia da maxila, resultando em mordida cruzada anterior e/ou posterior podendo ser unilateral ou bilateral⁷.

O tratamento de maloclusão classe III é um dos maiores desafios que encontramos na Ortodontia principalmente quando existe componente hereditário associado^{7, 9, 13}. Além disso, ela tende a se agravar com o crescimento e desenvolvimento facial, podendo, em alguns casos, ser necessária associação de cirurgia ortognática ao tratamento ortodôntico para sua correção^{5, 6}.

O diagnóstico e intervenção precoce, que é realizado antes do término de crescimento, quando nos deparamos com a situação de discrepância ântero-posterior são fundamentais para que obtenhamos sucesso no tratamento ortodôntico. Além disso, muitas das vezes conseguimos dessa forma evitar uma intervenção mais invasiva proporcionando ao paciente o melhor em harmonia e equilíbrio quando consideramos função e estética na idade adulta.

O objetivo desse artigo é apresentar o caso clínico onde foi realizado tratamento ortodôntico em duas fases para correção da maloclusão classe III, em paciente adolescente que se encontrava ligeiramente antes do pico de crescimento puberal. Na primeira etapa foi utilizado máscara facial de tração reversa

associada a expansão rápida de maxila com aparelho Hyrax e em sequência foi realizada a segunda etapa do tratamento através de aparelho fixo com braquetes.

Relato do Caso

Paciente C.M.S., gênero masculino, 13 anos e seis meses, compareceu a Clínica de Ortodontia da Divisão Odontológica do Hospital de Aeronáutica de Canoas referindo “mordida cruzada que dificulta a alimentação associada a um comprometimento estético que causa constrangimento no convívio social”.

No exame clínico intrabucal foi detectado que paciente apresentava dentadura permanente incompleta com ausência do dente 13, mordida cruzada anterior e posterior associada a má oclusão de classe III, apinhamento dentário, discrepância ósseo dentária negativa e deficiência maxilar. Linha média superior bem posicionada e inferior desviada um milímetro para lado direito (figura 1). Os tecidos dentários, periodontais e gengivais apresentavam-se saudáveis.

Ao sorrir, o paciente realizava leve retração da mandíbula e não realizava oclusão dentária, com intuito de mascarar a maloclusão conforme observado na figura 2-A. Percebendo uma maloclusão funcional associada a esquelética e dentária.

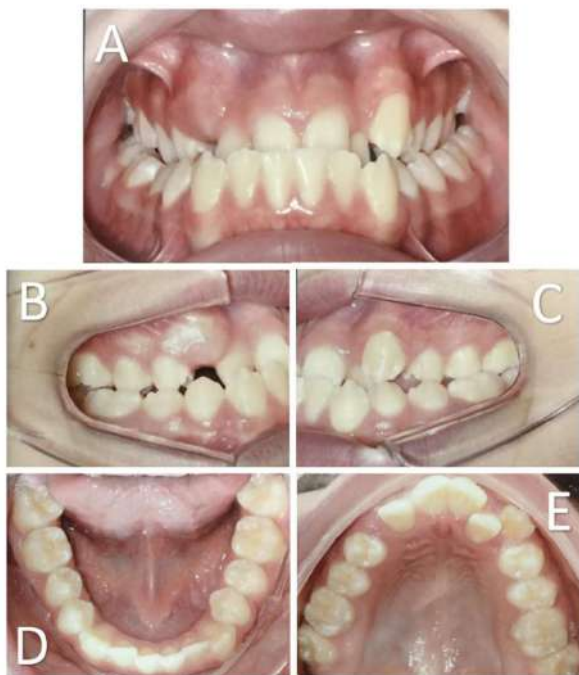


Figura 1 – A: Aspecto intraoral frontal; B: Aspecto intraoral direito; C: Aspecto intraoral esquerdo; D: Aspecto oclusal inferior; E: Aspecto oclusal superior.

Pelos princípios da gravidade da desarmonia e injúria estipulados pela ICA-34 de 2014 do Comando da Aeronáutica, que regula as atividades de odontologia, o referido paciente se enquadrava em prioridade 1 e dessa forma foi solicitado documentação ortodôntica completa para planejamento e desenvolvimento do caso.

Na análise das radiografias foi observado que o dente 13 estava presente porém sem espaço para erupção, enquanto os terceiros molares estavam em processo de formação radicular. A cefalometria apontava má oclusão classe III esquelética com diminuição do ângulo N-A-Pogônio e aumento do comprimento da eminência mentoniana. (figura 2 – B,C).

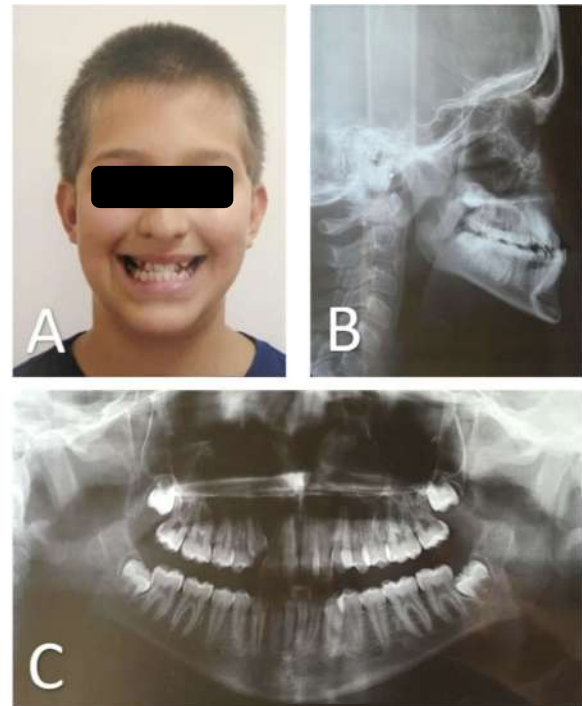


Figura 2 – A: Aspecto do sorriso; B: Radiografia de perfil; C: Radiografia panorâmica.

Através do cálculo da maturação óssea concluiu que o paciente se encontrava em menos de seis meses antes do pico de crescimento.

Na análise extrabucal foi diagnosticado padrão III de crescimento, perfil côncavo, selamento labial passivo, lábio superior na mesma linha do ponto subnasal e lábio inferior à frente do lábio superior. Paciente apresentava olheiras e proeminência zigomática pobre (Figura 3 – A,B).

Foi realizado o planejamento ortodôntico que contemplava duas etapas. Na primeira etapa, instalação de aparelho Hyrax associado a máscara facial de tração reversa e na segunda etapa, instalação de aparelho fixo com braquetes.

Dessa forma, em março de 2017 foi iniciado o tratamento ortodôntico através da cimentação do Hyrax e utilizado como protocolo uma ativação diária

durante quatorze dias, quando então o paciente retornou para revisão. Foi então solicitado mais oito dias de ativação, totalizando 5,5mm de expansão.

Ocorreu o descruzamento da mordida posterior bilateral com leve sobrecorreção, o parafuso expansor foi então travado e a máscara facial instalada (Figura 3 – C).

Paciente instruído a utilizar o aparelho de tração reversa conectando-o aos ganchos intraorais através de elásticos intra-oral tamanho 3/16 médio totalizando 400 a 500g de força em cada lado. A troca dos elásticos deveria ser diária e a utilização do aparelho de dezoito horas por dia, suprimindo o uso apenas na atividade escolar, devido a solicitação do paciente por entender que iria interferir negativamente na estética.

Após um mês de uso da máscara o paciente retornou relatando adaptação favorável, foi realizado os ajustes necessários. Na consulta após o segundo mês de uso, paciente relatou estar utilizando a máscara somente quatro horas ao dia devido ao "aparelho ser feio", foi então novamente explicado os benefícios do aparelho e a importância do comprometimento do paciente para um tratamento efetivo.

Nas consultas de controle mensal eram realizados os ajustes no aparelho e reforço continuado na motivação do paciente. Após sete meses de uso do aparelho de tração reversa houve descruzamento anterior com melhora no formato da arcada superior.

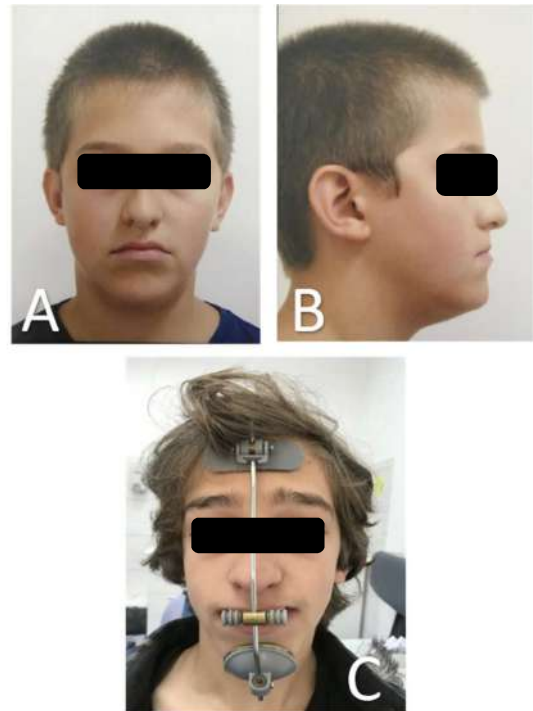


Figura 3 – A: Fotografia frontal; B: Fotografia de perfil; C: Máscara facial.

O perfil do paciente apresentou visível melhora na harmonia facial o que favoreceu ao comprometimento com o tratamento uma vez que o paciente estava satisfeito com os resultados obtidos. Relatou melhora na mastigação, fonação e estética facial.

Em dezembro de 2017 foi realizado a colagem de aparelho fixo com braquetes Morelli Standard Edgewise slot .022", removido aparelho Hyrax e máscara facial.

Dessa forma se iniciou a segunda etapa do tratamento ortodôntico com previsão de término em novembro de 2019.

Em fevereiro de 2019 foi realizado registro fotográfico de evolução do caso comparativo às fotografias iniciais da documentação ortodôntica, conforme figura 4 – A, B, C, D, E, F, G.

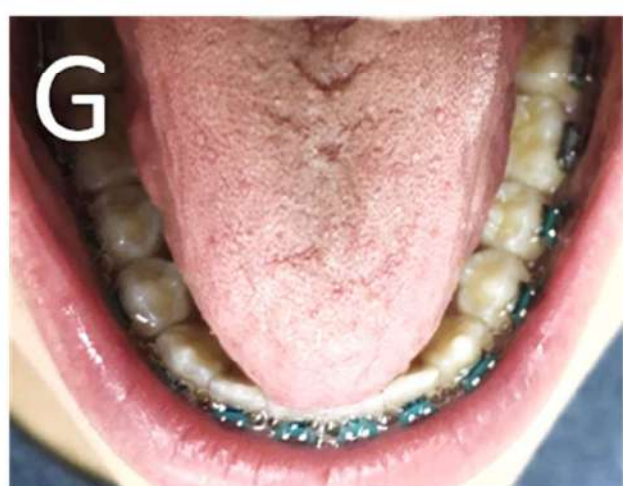


Figura 4 - A, B, C: Fotografias de acompanhamento extraoral de frente e de perfil; D, E: Acompanhamento intraoral lado direito e lado esquerdo; F,G: Acompanhamento oclusal superior e inferior.

Discussão e Conclusão

O diagnóstico e tratamento da maloclusão de classe III deve ser realizado de forma precoce para que tenhamos melhores respostas e efeitos ortopédicos satisfatórios com a mecânica ortodôntica escolhida. Essa intervenção pode ocorrer ainda na dentadura decídua melhorando as condições para o desenvolvimento da oclusão na dentadura permanente^{1,7,8,12}.

Entretanto, atrasar o uso da tração para o período da adolescência tem a vantagem de estabelecer um reduzido tempo de crescimento facial até a idade adulta menor, onde cessa o crescimento da mandíbula e com isso o risco de recuperação do padrão esquelético de Classe III é reduzido^{3,5}. Podendo dessa forma diminuir a necessidade de reintervenção ortodôntica na adolescência ou de cirurgia ortognática na idade adulta.

A utilização da máscara facial para tração reversa da maxila associada a expansão rápida da maxila com aparelho Hyrax tem sido utilizada há muitos anos pelos Ortodontistas. Esse tratamento, quando temos a aceitação e o comprometimento do paciente, obtém resultados rápidos e satisfatórios. Porém, deve ser levado em consideração que o resultado obtido não pode ser dado como conclusivo antes da finalização do crescimento do paciente¹¹.

Ngan e Moon (2015) em seu estudo sobre a evolução do tratamento de maloclusão Classe III relatam sobre os estudos da nova geração de expansores maxilares incorporados a mini implantes

e a associação desses dispositivos com a máscara facial trazendo uma magnitude de protração maior que a abordagem convencional.

A tração maxilar também pode ser realizada através de ancoragem com mini placas^{2,3}. Em seu artigo, Cevidanes et al (2010) relata que o uso de mini placas induz um avanço maxilar significativamente maior e também um maior controle das alterações verticais quando comparado a terapêutica com máscara facial associada a expansão rápida da maxila, além de inibir os efeitos colaterais de rotação da mandíbula no sentido horário e a retroinclinação dos incisivos inferiores.

Quando eleita alguma dessas formas de tratamento é necessário intervenção cirúrgica para instalação dos dispositivos de ancoragem óssea, que podem ser mini implantes ou mini placas de titânio.

Quando a escolha para o tratamento de classe III é o método convencional e não cirúrgico através da expansão rápida com Hyrax associado a máscara de tração reversa deve-se levar em consideração os efeitos colaterais resultantes dessa mecânica que são o deslocamento da maxila para frente, a vestibularização dos incisivos superiores, a lingualização dos incisivos inferiores e a rotação da mandíbula para baixo e para trás^{10,12}.

Dessa forma, concluiu-se que a maloclusão de classe III pode ser corrigida com a utilização de aparelho hyrax associada a máscara facial quando o paciente se encontra em surto de crescimento

puberal, atingindo resultados satisfatórios sem intervenções cirúrgicas.

É de extrema importância a aceitação e colaboração do paciente no uso da máscara de tração reversa da maxila para que se obtenha os resultados esperados.

Tanto o ortodontista quanto o paciente e seus responsáveis devem estar cientes de que os resultados conseguidos com o tratamento só poderão ser dados como definitivos após o término de crescimento mandibular.

Referências

1. AP Meireles, CAC Lima, LAC Lima, VAC Lima. Tratamento Da Classe III De Angle: correção precoce com disjunção maxilar e protração facial seguida de proervação com aparelho progênico. Rev. Cient. In FOC v.1 n.1 2016
2. Cevidanes L, Baccetti T, Franchi L, McNamara JA, Jr, De Clerck H. Comparison of two protocols for maxillary protraction: bone anchors versus face mask with rapid maxillary expansion. Angle Orthod. 2010;80:799–806.
3. De Clerck HJ, Cornelis MA, Cevidanes LH, Heymann GC, Tulloch CJ. Orthopedic traction of the maxilla with miniplates: a new perspective for treatment of midface deficiency. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67:2123–2129.
4. 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. ^[11]_[SEP]
5. Ferreira, Renato Adriano Coelho et al. Tratamento não-cirúrgico da classe III com a técnica biofuncional em paciente adulto jovem. revista uningá, [s.l.], v. 41, n. 1, jan. 2018. issn 2318-0579.
6. Filho RMAL, Lima AC, Bolognese AM. Tratamento da Maloclusão Classe III com Expansão Rápida da Maxila e Máscara Facial. J Bras Ortop Facial. 2004; 9(51):1-7. ^[11]_[SEP]
7. Galeão S, Martins LP, Faltin Jr. K, Gandini Jr LG, Pieri LV, Gaspar AMN, et al. Diagnóstico e tratamento precoce da classe III: relato de caso clínico. J Health Sci Inst 2013; 31(1):104-8.
8. 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. ^[11]_[SEP]
9. Lima EMS, Farret MM, Araújo LL. Tratamento Ortodôntico-cirúrgico da má-Oclusão de Classe III: relato de caso. Rev Clín Ortodon Dental Press 2010;8:61-70.
10. Ngan P, Moon W. Evolution of Class III treatment in orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015;148:22–36.
11. Ramadan LPBM, Santamaria Júnior M. Tratamento precoce da má oclusão de classe III: revisão de literatura. J Dent Pub H. 2018;9(3):220-226.
12. 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. ^[11]_[SEP]
13. Venturini, Caroline De Lima Et Al. Tratamento Da Classe III Precoce Relato De Caso Clínico. Revista Uningá Review, [S.L.], V. 24, N. 3, Jan. 2018. Issn 2178-2571.



Maluf, RGGF.

Rev Odontol HACO 2019; 1 (1):8-14.