



**JESSIKA PAULA NAVARINI**

**TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II COM ASSIMETRIA FACIAL E  
PORTADORA DE NEUROFIBROMATOSE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

**PORTO VELHO/RO  
2022**

**JESSIKA PAULA NAVARINI**

**TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II COM ASSIMETRIA FACIAL E  
PORTADORA DE NEUROFIBROMATOSE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Me. Roberta Francisca Martins de Castro

Co-orientador (a): Prof. Me. Juliana Volpato Curi Paccini

**PORTO VELHO/RO  
2022**



Artigo intitulado “TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II COM ASSIMETRIA FACIAL E PORTADORA DE NEUROFIBROMATOSE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO” de autoria da aluna Jessika Paula Navarini, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Me. Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbuena  
FACSET – SOEP – PVH/RO

---

Prof. Me. Carolina Nazif Rasul  
FACSET – SOEP – PVH/RO

---

Prof. Dr. Fabrício Valarelli  
FACSET – SOEP – PVH/RO

**Porto Velho/RO, 18 de março de 2022.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar a distância, as dificuldades de logística, dificuldades que a pandemia nos impôs, medos e frustrações.

A pessoa mais importante da minha vida, meu Pedro, meu filho, minha força diária. Não foram fáceis esses 36 meses que precisei me ausentar desde os seus 2 anos de vida, mas tudo por um propósito maior.

A minha mãe Márcia e meu pai Pedro Paulo, que me deram apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço; e que apesar de todas as dificuldades sempre acreditaram em mim e nunca soltaram a minha mão.

A minha irmã Jeanniny, que sempre torceu pelo meu sucesso e sempre esteve ao meu lado, mesmo longe.

Ao meu amigo-chefe André Anghinoni, que foi o principal incentivador para eu estar me tornando ortodontista hoje, sempre incentivando e disponibilizando o melhor para que esse dia chegasse.

A Prof. Juliana Curi que sempre foi minha inspiração desde primeiro dia da especialização. Seu amor, compromisso e responsabilidade com todos, te faz especial e inspiradora.

Ao Prof. Dr. Fabricio Valarelli por todo conhecimento sobre ortodontia e ensinamentos sobre o dia a dia de um ao longo desses anos. Sou realmente outra pessoa após lhe conhecer.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup>, Me. Roberta Francisca Martins de Castro, pelas orientações, atenção, carinho e amizade que construímos ao longo do curso.  
À todos os professores do curso, por todo conhecimento transmitido.

Aos meus colegas de turma, em especial a Camila Pacheco, pela amizade, companheirismo e troca de conhecimento ao longo desses anos.

## RESUMO

Faces assimétricas são achados comuns do indivíduos e podem ser encontrada em todas as má oclusões, sendo mais frequente na CI II. Dependendo do grau de assimetria, pode ser tratada ortodonticamente ou orto-cirúrgico. O objetivo deste trabalho é relatar o tratamento ortodôntico de uma paciente Classe II que apresentava uma assimetria facial moderada a severa, com desvio de linha média inferior. Para corrigir o problema dentário, foram realizadas extrações de três pré-molares, sem intervenção cirúrgica para correção da assimetria facial. O plano de tratamento mostrou-se eficiente, apresentando resultados satisfatórios para a correção dentária.

Descritores: Má oclusão Classe II de Angle. Assimetria facial. Neurofibromatose.

## ABSTRACT

Asymmetrical faces are common findings in individuals and may be found in all malocclusions, frequently in CI II. Depending on the degree of asymmetry, it may be treated orthodontically or ortho-surgically. The objective of this study is to report the orthodontic treatment of a Class II patient with moderate to severe facial asymmetry and lower midline deviation. To correct the dental problem, extractions of three premolars were performed, without surgical intervention to correct the facial asymmetry. The treatment plan proved to be efficient, presenting satisfactory results for dental correction.

Key Words: Angle Class II malocclusion. Facial asymmetry. Neurofibromatosis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografias Extrabucais Iniciais	09
Figura 2 – Fotografias Intrabucais Iniciais	10
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial	10
Figura 4 – Telerradiografia Inicial	11
Figura 5 – Fotografias após instalação aparelho e uso de sobre-fio	13
Figura 6 – Fotografias Intrabucais mostrando tracionamento do 23	14
Figura 7 – Fotografias Intrabucais mostrando a colagem de botão lingual e utilização de elásticos intermaxilares	14
Figura 8 – Fotografias Intrabucais mostrando dobra de extrusão	15
Figura 9 – Fotografias Intrabucais Finais	15
Figura 10 – Radiografia Panorâmica Final	16
Figura 11 – Telerradiografia Final	17
Figura 12 - Fotografias Extrabucais Finais ao tratamento ortodôntico	17
Figura 13 - Fotografias Intrabucais 12 meses após o termino do tratamento	18
Figura 14 - Sobreposições Craniofaciais dos traçados inicial e final	20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis Cefalométricas

19



## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	08
2 – DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	09
2.1 – Possibilidades Terapêuticas	12
2.2 – Tratamento	13
2.3 – Resultados	18
3 – DISCUSSÃO	20
4 – CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	25

## 1 - INTRODUÇÃO

As assimetrias faciais são um desafio na ortodontia, pois envolvem os dentes, estruturas esqueléticas e tecido mole e dessa forma, compromete estética e função do portador desta deformidade dentofacial. O tratamento para assimetrias faciais inclui o tratamento ortodôntico associado a cirurgia ortognática a fim de melhorar a oclusão e estética.

As assimetrias faciais podem ser categorizadas em três grupos (1):

- Congênita, de origem pré-natal;
- Desenvolvimento, surgindo durante o crescimento;
- Adquirida, resultante de lesão ou doença.

Alguns dos fatores de origem congênita que podem causar assimetria facial são: fissuras de lábio e palato, microssomia hemifacial, neurofibromatose, torcicolo congênito, alterações anatômicas da base do crânio e craniosinostose coronal unilateral plagiocéfalia deformante.

Dentre as causas adquiridas de assimetria facial estão: relatos de traumas, fraturas, artrite e infecções da Articulação TêmporoMandibular (ATM), patologias e tumores faciais, hiperplasia ou hipoplasia condilar e anquilose da ATM(1).

O neurofibroma é um tumor benigno que se origina da bainha dos nervos periféricos, podendo ocorrer como parte da neurofibromatose tipo 1 (NF1), conhecida também como doença de Von Recklinghausen (2).

A NF1 caracteriza-se clinicamente pela presença de múltiplas manchas café-com-leite, nódulos de Lisch, gliomas do nervo óptico e neurofibromas dérmicos.

O neurofibroma pode ser solitário ou múltiplos como componente da neurofibromatose. A pele é a localização mais frequente, no entanto as lesões intra-orais não são incomuns, podendo ser periféricas, principalmente em língua, ou ainda centrais (3)

O presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento da má oclusão Classe II, Divisão 2ª, subdivisão direita em um paciente com assimetria facial e com neurofibroma em região de Incisivo central superior esquerdo (dente 21).

## 2 - DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente I.A.F, 11 anos, leucoderma, gênero feminino, portadora de Neurofibromatose, apresentou-se para tratamento na clínica ortodôntica com queixa principal “melhorar os dentes”. No exame extrabucal, observou-se a presença de assimetria frontal lado esquerdo, boa harmonia dos terços faciais com suave aumento do terço inferior, perfil facial convexo e selamento labial passivo. (Fig. 1A-C)



Figura 1A

Figura 1B

Figura 1C

FIGURA 1 (A-C) – Fotografias Extrabucais Iniciais

Na análise intrabucal, diagnosticou-se uma má oclusão com Classe II, Divisão 2<sup>a</sup>, subdivisão direita, trespasse vertical de 1 mm, trespasse horizontal de 1 mm e presença de dentadura mista. Os elementos 15, 23 e 25 estavam ausentes em boca. O elemento 13 está fora de posição, sem espaço para entrar no arco dentário. Na região da gengiva inserida do elemento 21, a paciente apresenta um fibroma.

Também, analisou-se que a linha média dentária inferior não coincide com o plano sagital mediano apresentando um desvio de 7mm para direita.

A curva de Spee apresentava-se de forma acentuada e, presença de apinhamento dentário nos dentes 13, 12, 42 e 43. Observou-se, também, giroversões nos dentes: 12, 21, 22, 33 e 43 (Fig. 2 A-E)



Figura 2A

Figura 2B

Figura 2C

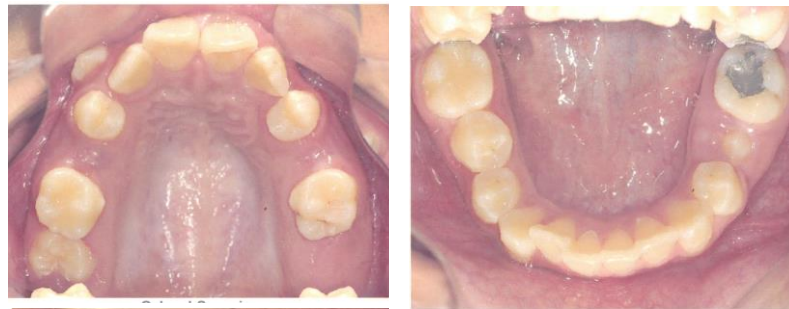


Figura 2D

Figura 2E

FIGURA 2 (A-E) – Fotografias Intrabucais iniciais

Na radiografia panorâmica inicial, pode-se observar características de normalidade das estruturas dentoalveolares, presença de todos os dentes permanentes. Observou-se também, a impaction do elemento 23 e aparente impaction dos elementos 15 e 25. Verificou-se a presença dos terceiros molares em processo de rizogênese. (Fig. 3)



FIGURA 3 - Radiografia Panorâmica Inicial

Na telerradiografia inicial, identificou-se um padrão facial mesocefálico e perfil suavemente convexo, uma boa relação mandíbula/maxila com lingualização dos incisivos superiores e inferiores. (Fig. 4)



FIGURA 4 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento.

Após as avaliações clínicas e radiográficas, obtiveram-se informações necessárias para a definição do diagnóstico e possível tratamento. A seguir, veem-se as possibilidades terapêuticas para o referido caso.

## 2.1 - POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Frente ao quadro clínico apresentado, algumas possibilidades terapêuticas podem ser seguidas para tratar o paciente:

a) Tratamento ortodôntico conservador sem extrações dentárias, criando-se espaço através de molas para o irrompimento do elemento 13 ao arco e o tracionamento do elemento 23. Nessa opção, o apinhamento dentário seria diluído à custa de uma vestibularização excessiva dos incisivos, devido à grande quantidade de espaço necessário e a discrepância anteroposterior seria tratada com prognóstico desfavorável através do uso de elásticos intermaxilares de Classe II ou propulsores mandibulares.

b) Tratamento ortodôntico com 3 extrações (14, 24 e 34) e tracionamento do elemento 23. Nessa opção, o apinhamento seria diluído através dos espaços obtidos pelas extrações obtendo-se espaço suficiente para o tracionamento do elemento 23. A linha média dentária inferior, que se apresentava desviada para o lado direito, seria corrigida com maior facilidade através da extração do dente 34, o que também contribuiria para a correção da má oclusão anteroposterior.

c) Tratamento ortodôntico associado a cirurgia ortognática para correção da assimetria facial, uma vez que o tratamento ortodôntico irá atuar no componente dentário. Para correção do componente esquelético da assimetria facial, apenas com cirurgia ortognática.

Após analisar o caso clínico, a queixa da paciente e as apresentações das opções terapêuticas para os pais, optou-se pelo tratamento com três extrações evitando assim, uma vestibularização excessiva dos incisivos e proporcionando ao caso um prognóstico mais favorável de correção da má oclusão e dando melhores condições de espaço para tracionamento e acomodação de todos os dentes no arco, sem o comprometimento do perfil facial da paciente.

## 2.2 - TRATAMENTO

Inicialmente, foram realizadas as extrações dos dentes 14, 24, e 34 e, logo em seguida, foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot  $.022'' \times .030''$ . Foi iniciado a fase alinhamento e nivelamento com fios de níquel-titânio (NiTi)  $0.16''$  com mola-aberta entre os dentes 15 e 12 e entre os dentes 22 e 25.

Em seguida evolui-se para o fio  $0.18''$  de aço, com um sobre-fio  $0.12''$  passando pelo dente 13 e elástico corrente de 3 elos do dente 16 ao 13. (Fig 5A-C)

Enquanto isso, a fase de alinhamento e nivelamento da arcada inferior, seguiu-se pela sequência de fios de níquel-titânio (NiTi)  $.014''$ ,  $.016''$ ,  $.018''$ ,  $.019'' \times .025''$  e, logo após o final dessa fase, já não havia grandes espaços da extração do elemento 34.

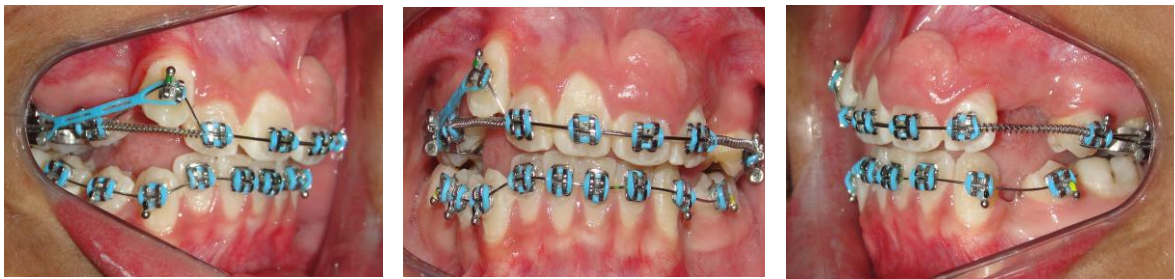


Figura 5A

Figura 5B

Figura 5C

FIGURA 5 (A-C) – Foto intrabuciais após a instalação dos acessórios ortodônticos e o uso do sobre-fio com o uso de elástico corrente.

Após o espaço para o tracionamento do elemento 23 obtido através da mola-aberta, paciente foi encaminhada para realizar cirurgia para colagem de botão no elemento 23 para iniciar tracionamento. Realizado esse procedimento, deu-se início o tracionamento.

Após o irrompimento do dente 23, foram inseridos fio de aço  $0.18''$  e sobre fio de níquel-titânio  $0.12''$  passando pelo dente a ser tracionado (23), juntamente com amarrilho. (Fig 6A-C)



Figura 6A

Figura 6B

Figura 6C

FIGURA 6 (A-C) – Fotos Intrabucais mostrando o tracionamento do dente 23 com mecânica de sobre-fio.

Após o todos os dentes estarem no arco, alinhados e nivelados, foi realizada a colagem de botão na palatina do dente 13 para descruzar o mesmo e iniciado o uso de elásticos intermaxilares 3/16 médio CI II lado direito e CI III lado esquerdo, contribuindo para a correção do desvio da linha média inferior. O elástico utilizado para descruzar o dente 13, foi o 1/8 médio do botão palatino do 13 aos bráquetes 43 e 44. (Fig 7A-C)

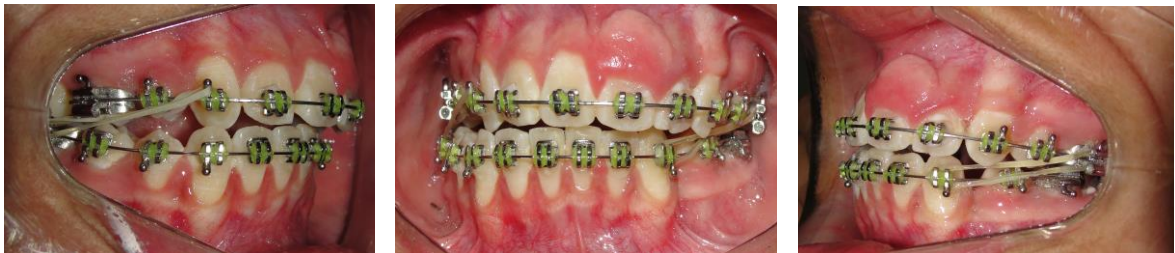


Figura 7A

Figura 7B

Figura 7C



Figura 7D

Figura 7E

FIGURA 7 (A-C) – Fotos Intrabucais mostrando a colagem do botão lingual e a utilização dos elásticos cruzado, Classe II e Classe III.



Posteriormente, foram inseridos arcos retangulares 0.19 x 0.25 de aço e foi mantido o uso dos elásticos intermaxilares até a completa correção da má oclusão anteroposterior.

No decorrer do tratamento, foi realizada dobra de extrusão no dente 12 com a finalidade de melhorar o posicionamento do mesmo no arco dentário e paciente realizou as exodontias dos elementos 18, 38 e 48. A mesma possui um dente supranumerário na região do 18, mas não foi possível realizar a exodontia do mesmo.



Figura 8A

Figura 8B

Figura 8C

FIGURA 8 (A-C) – Fotografias Intrabucais da dobra de extrusão no elemento 12.

Após a correção da má oclusão, foi realizada a remoção do aparelho e instaladas as contenções, sendo a placa de Hawley no arco superior e 3X3 no arco inferior. Recomendou-se, também, a utilização da placa de contenção superior 24 horas por dia, durante 6 meses, e uso noturno após esse período, totalizando 12 meses de uso. A 3x3 inferior foi recomendada o uso por tempo indeterminado. (Fig. 9A-E)



Figura 9A

Figura 9B

Figura 9C



Figura 9D



Figura 9E

FIGURA 9 (A-E) - Fotografias Intrabucais Finais.

Finalizado o tratamento, pôde-se observar através da panorâmica final que as raízes de alguns dentes, sofreram discretas angulações, também, verificou-se que foram realizadas as extrações dos elementos 18, 28 e 38 e observa-se ainda, a presença do elemento supra numerário na região posterior ao dente 18.



FIGURA 10 – Radiografia Panorâmica Final



FIGURA 11 – Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento.

Ao final do tratamento, com uso dos recursos ortodônticos, conseguiu-se boa correção da má oclusão, com uma boa estética do sorriso, porém a paciente ainda apresentava assimetria facial. (Fig. 12A-C)



Figura 12A



Figura 12B

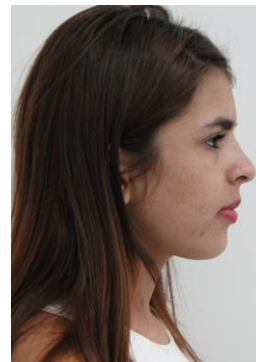


Figura 12C

FIGURA 12(A-C) – Fotografias Extrabucais Finais ao tratamento ortodôntico.

Após 26 meses do final do tratamento, na fase de controle, a correção da má oclusão se manteve estável. (Fig. 13A-E)



Figura 13A

Figura 13B

Figura 13C



Figura 13D

Figura 13E

FIGURA 13(A-E) – Fotografias Intratrabucais 12 meses após o término do tratamento.

### 2.3 - RESULTADOS

Para a obtenção dos resultados, utilizou-se o programa Dolphim® comparando as telerradiografias inicial e final (Tabela 1).

A paciente iniciou o tratamento ortodôntico aos 11 anos, apesar da assimetria facial, foi realizado apenas tratamento ortodôntico, uma vez que a assimetria facial não se corrige com aparelho ortopédico. Desta forma, como esperado não houve alterações esqueléticas, a não ser as alterações inerentes ao crescimento da paciente. No entanto, alterações significativas das grandezas cefalométricas influenciadas pelos componentes dentoalveolares foram constatadas.

Na análise das alterações (Figura 14), verificou-se que no componente dentoalveolar superior houve uma grande vestibularização dos incisivos superiores ( $12,2^\circ$ ), associada a protrusão (3,2mm) e extrusão (2,6mm). No molar, foi observado uma leve distalização, extrusão (2,8mm) e uma inclinação para distal de  $5,3^\circ$  (tabela 1).

No componente alveolar inferior, os incisivos inferiores também sofreram vestibularização significativa ( $6,7^\circ$ ), associada a protrusão (4,1mm) e extrusão (4,2mm). O molar sofreu distalização (3,2), uma leve extrusão (1,4mm) e distoangulou ( $12,4^\circ$ ) (tabela 1).

Nas modificações dentárias, pode-se perceber que a sobressaliência aumentou de (2,9mm) para (3,6mm) e a sobremordida aumentou de (2,9mm) para (3,4mm) (tabela 1).

Na análise de perfil tegumentar, observou um aumento na retrusão do lábio superior de (-3,6mm) para (-4,8mm), e no lábio inferior, houve uma diminuição da retrusão de (-2,2mm) para (-1,8mm).

<b>Componente Dentoalveolar Superior</b>		
IS.PP ( $^\circ$ )	7.8	20.0
IS – NA (mm)	-1.6	4.8
IS – PP (mm)	29.0	31.6
MS – PT Vertical (mm)	19.2	18.9
MS – PP (mm)	22.2	25.0
MS – SN ( $^\circ$ )	80.4	75.1
<b>Componente Dentoalveolar Inferior</b>		
IMPA (L1-MP) ( $^\circ$ )	20.7	27.4
II – NB (mm)	2.7	6.8
II – GoMe (mm)	34.2	38.4
MI – Sínfise (mm)	15.0	18.2
MI – GoMe (mm)	28.2	29.6
MI. GoMe ( $^\circ$ )	78.4	66.0
<b>Relação Dentária</b>		
Sobressaliência (mm)	2.9	3.6
Sobremordida (mm)	2.9	3.4
<b>Perfil Tegumentar</b>		
LI – Linha E (mm)	-3.6	-4.8
LS – Linha E (mm)	-2.2	-1.8
ANL = Ângulo Nasolabial ( $^\circ$ )	109.8	102.9

Tabela 1 – Variáveis Cefalométricas.

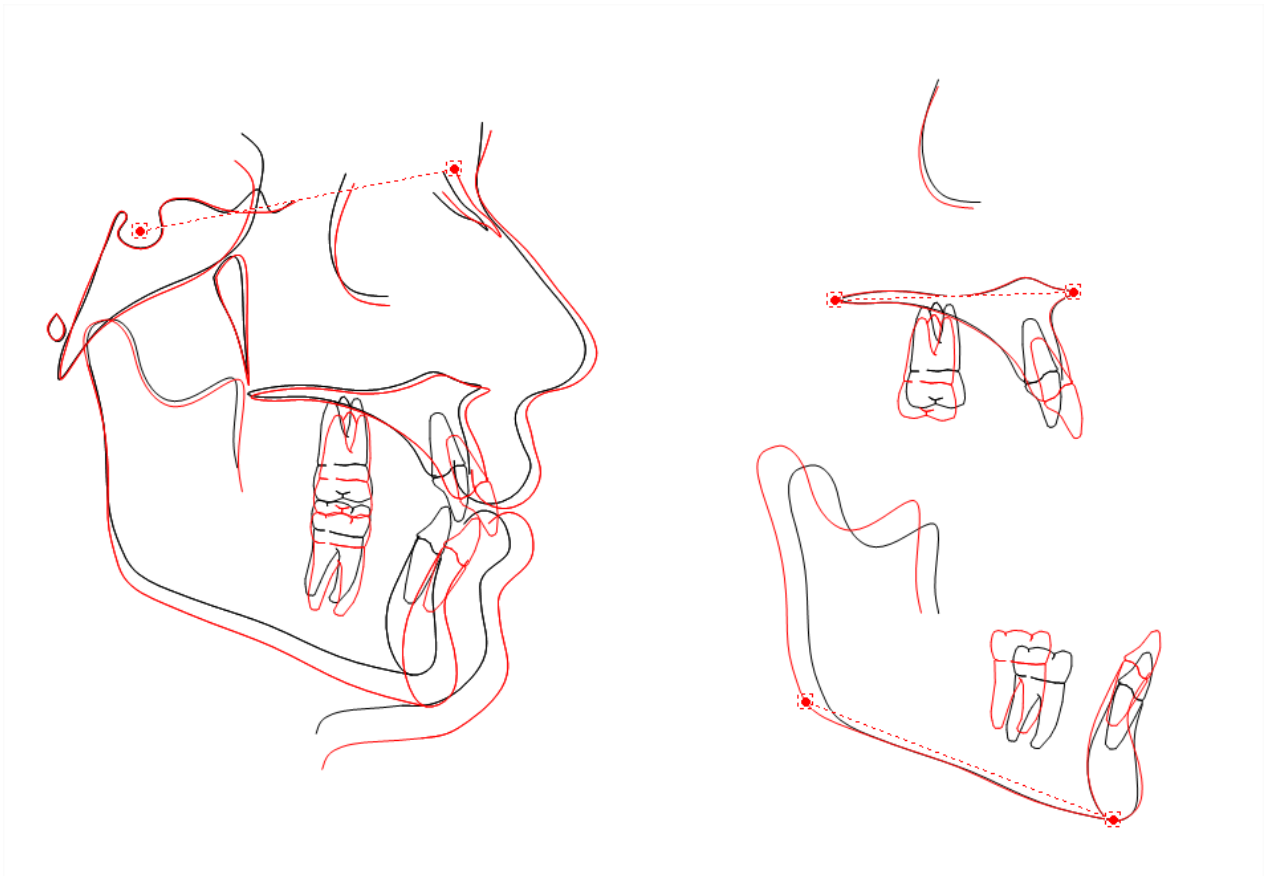


FIGURA 14(A) – Sobreposições Craniofaciais dos traçados inicial e final.

### 3 – DISCUSSÃO

A assimetria facial é consequência do crescimento desordenado dos ossos da face, que pode ter diversas influências, entre elas: fatores genéticos, más formações congênitas, traumas, hábitos parafuncionais e/ou desvios funcionais da mandíbula (o que compromete seu crescimento e desenvolvimento, afetando diretamente a função)(4).

Na maioria das vezes a assimetria facial não é notada pelos próprios pacientes ou por pessoas ao seu redor, mas, quando ela se mostra bem visível, causa danos funcionais e estéticos, o que leva o paciente a buscar tratamento (5). Faces

assimétricas são achados comuns do indivíduos. Há casos que há uma discrepância esquelética, mas ela é mascarada/disfarçada pelos tecidos moles, que minimizam a assimetria (6).

No presente caso, a paciente apresentava má oclusão de Classe II com desvio de linha média inferior, portadora de Neurofibromatose com presença de neurofibroma em região de gengiva do elemento 21 e assimetria facial moderada a severa. Na radiografia panorâmica final (figura 10), observa-se uma área em que a densidade óssea e radiopacidade estão alteradas na região de molares do lado esquerdo, compatível com manifestação esquelética da neurofibromatose, que possivelmente é a causa da assimetria facial. Observa-se também uma radiopacidade de tecido mole, que possivelmente seja da glândula parótida, onde recomenda-se uma avaliação mais criteriosa desta área, tornado o caso um interessante objeto para um estudo futuro.

É imprescindível um correto e preciso diagnóstico, para determinar qual a origem da assimetria (dentoalveolar, esquelética ou a junção de ambos), para assim planejar a mais precisa forma de tratamento. Assimétricas leves e moderadas, geralmente são tratadas com ortodontia. Já para assimétricas esqueléticas severas, opta-se preferencialmente pelo tratamento orto-cirúrgico (7). Tentativas para se corrigir ortodonticamente, quando o fator etiológico é esquelético, pode produzir perda óssea vestibular e recessão gengival. Portanto, deve-se realizar uma criteriosa avaliação das características dentárias, esqueléticas e faciais do paciente, sendo o exame facial de maior peso para a conclusão do diagnóstico (8).

Na mecânica assimétrica, extrações assimétricas são recomendadas para casos leves/moderados, enquanto a cirurgia é mais recomendada quando há assimétricas severas. A indicação da cirurgia ortognática baseia-se sobretudo na queixa estética pelo paciente e no efeito psicossocial causado pela assimetria, bem como a presença de mastigação debilitada. Todavia, o que determinará a forma de tratamento dependerá da queixa estética relatada pelo paciente, prejuízos a estabilidade oclusal e a etiologia da deformidade (genética, patológica ou traumática)(5). Portanto, a escolha pela cirurgia ortognática baseia-se principalmente na queixa estética do paciente e no efeito psicossocial causado pela deformidade, além de fatores como mastigação debilitada e disfunção da articulação TêmporoMandibular (9).

A intervenção ortopédica assimétrica pode ser indicada para pacientes em fase de crescimento, apesar de ser considerado um procedimento trabalhoso, pois há a

necessidade da colaboração do paciente. Na fase adulta, em casos leves a moderados, mecânicas assimétricas podem promover o equilíbrio facial de forma compensatória, consistindo numa alternativa menos invasiva e intimidante que o tratamento orto-cirúrgico (10).

As linhas médias são determinadas em relação cêntrica e o primeiro contato dentário (11). Ainda de acordo com o mesmo, o filtro labial é uma estrutura da linha média confiável e pode ser utilizado, na maioria das vezes, como a base para a determinação da linha média. É traçada uma linha vertical através do ponto médio do filtro. Os desvios de linha média dentária são o resultado de múltiplos fatores dentários que incluem: espaços, rotações dentárias, ausência de dentes, dentes fora do arco, restaurações que mudam o tamanho dentário.

Os desvios na linha média dentária são tratados ortodonticamente e extrações assimétricas de pré-molares podem ser necessárias para centralizar as linhas médias. Critérios individuais devem ser considerados para cada paciente, sendo que em pacientes em crescimento, a necessidade de extrações não deva ser baseada de forma subjetiva ou relacionado a uma filosofia ou a um aparelho específico. Ainda em relação à pacientes em crescimento, as extrações não devem ser baseadas apenas no apinhamento ou protrusão dentária, mas também em outros fatores como o ângulo goníaco, posição dos incisivos em relação à linha Na-Pog, espessura e distribuição do perfil mole, além da idade e do crescimento maxilo-mandibular (8).

Normalmente, o tratamento de extração de pré-molares não alteram significativamente o plano mandibular, mas alguns pacientes podem apresentar rotação do plano mandibular (12) .

A linha média facial é um dos pontos de grande importância na análise morfológica do sorriso, uma vez que linhas médias dentárias e faciais coincidentes são extremamente relevantes na avaliação estética e funcional da oclusão, contribuindo para harmonia da face e do posicionamento dentário (4).

A coordenação da linha média e simetria facial auxiliam o ortodontista a conseguir os objetivos do tratamento, como estabilidade do resultado final, estética dentária, máxima intercuspidação dentária e diminuição de disfunção de ATM, confirmando que o desvio da linha media causada pelas assimetrias dentarias, são problemas comuns e persistentes na ortodontia (8). Essa assimetria pode ser encontrada em todas as má oclusões, sendo mais frequente na CI II, (13), que é o caso deste relato.



Já para o tratamento para o neurofibroma é a ressecção cirúrgica das lesões que comprometem a função e/ou a estética do paciente (14). A paciente foi encaminhada para o periodontista para a remoção, mas optou por não realizar.

Podemos observar também, que na mecânica ortodôntica não foram incluídos os 2° molares, pois no início do tratamento os mesmos ainda não estavam totalmente erupcionados, impossibilitando a colagem dos aparatos ortodônticos naquele momento.

Apesar da assimetria da paciente bem importante, os pais optaram apenas pela correção dentoalveolar, e caso futuramente houver algum impacto na vida social da paciente, irão repensar em cirurgia ortognática. O caso foi finalizado apenas com a correção dentoalveolar.

#### **4 - CONCLUSÃO**

O tratamento da Classe II com correção do desvio de linha media da paciente, com extrações assimétricas, corrigiu a discrepância anteroposterior e apresentou melhora no trespasse vertical, com uma melhor acomodação dos elementos que vieram a erupcionar e contribuiu para um sorriso mais harmônico da paciente, levando em consideração as limitações do caso. A presença do neurofibroma não teve influência na movimentação ortodôntica. Contudo, a assimetria facial se manteve perceptível, devido a não realização da cirurgia ortognática para a correção da mesma, de acordo com o desejo dos responsáveis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cheong YW, Lo LJ. Facial asymmetry: etiology, evaluation, and management. *Chang Gung Med J.* 2011;34(4):341-51.
2. Espig AF, Slomp AÂ, Campagnolo ÂQ, Rockenbach DM, Silva BDd, Pomblum VJ. Neurofibromatose tipo 1: atualização. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2008:243-9.
3. Souza LB, Oliveira J, Freitas T, Carvalho RA. Neurofibroma paciniano: relato de um caso raro de localização intra-oral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.* 2003;69:851-4.
4. Silva NCFd, Aquino ÉRBd, Mello KCFR, Mattos JNR, Normando D. Habilidade de ortodontistas e leigos na percepção de assimetrias da mandíbula. *Dental Press Journal of Orthodontics.* 2011;16:38. e1-. e8.
5. Carlini JL, Gomes KU. Diagnóstico e tratamento das assimetrias dentofaciais. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2005;10(1):18-29.
6. Allgayer S, Mezzomo FS, Polido WD, Rosenbach G, Tavares CAE. Tratamento ortodôntico-cirúrgico da assimetria facial esquelética: relato de caso. *Dental Press Journal of Orthodontics.* 2011;16:100-10.
7. Villela HM, Sampaio ALS, Bezerra F. Utilização de microparafusos ortodônticos na correção de assimetrias. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2008;13(5):107-17.
8. Yamate EM, dos Santos Rocha F, dos SANTOS BL, Coimbra MS. Correção de linha média dentária através de tratamento ortodôntico com extrações assimétricas de pré-molares. *REVISTA FAIPE.* 2017;2(1):41-55.
9. Silva EDdO, Laureano Filho JR, Rocha NS, Annes PMR, Tavares PO. Tratamento cirúrgico de assimetria mandibular: relato de caso clínico. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac.* 2004:23-9.
10. Teora E, Sumardi S, Widayati R. Proportion of Skeletal and Dental Components in Patients with Facial Asymmetry: A Cephalometry Study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2020;19.
11. Feres R, Vasconcelos MHF. Estudo comparativo entre a análise facial subjetiva e a análise cefalométrica de tecidos moles no diagnóstico ortodôntico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2009;14(2):81-8.
12. Jung MH. Treatment of facial asymmetry and severe midline deviation with orthodontic mini-implants. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2021;160(2):312-24.
13. Janson GdRP, Pereira ACJ, Dainesi EA, Freitas MRd. A assimetria dentaria e suas complicações no tratamento ortodôntico: apresentação de um caso clínico. *Ortodontia.* 1995:68-73.
14. Simonato LE, Ribeiro ACP, Santos CA, Takano RY, Miyahara GI, Soubhia AMP, et al. Neurofibromatose múltipla: acompanhamento clínico e radiográfico de 10 anos. *Brazilian Dental Science.* 2006;9(4).



Artigo intitulado "TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II COM ASSIMETRIA FACIAL E PORTADORA DE NEUROFIBROMATOSE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO" de autoria da aluna Jessika Paula Navarini, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

*Icris Dayane R. J. Balbuena*

Prof. Me. Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbuena  
FACSET – SOEP – PVH/RO

*Carolina Nazif Rasul*

Prof. Me. Carolina Nazif Rasul  
FACSET – SOEP – PVH/RO

*Fabrizio Valarelli*

Prof. Dr. Fabrício Valarelli  
FACSET – SOEP – PVH/RO

Porto Velho/RO, 18 de março de 2022.