



**JOÃO GABRIEL HOFFMANN CARDOSO**

**TRATAMENTO DO PACIENTE COM MÁ OCLUSÃO CLASSE I E  
APINHAMENTO**

**PORTO VELHO/RO**

**2023**

# TRATAMENTO DO PACIENTE COM MÁ OCLUSÃO CLASSE I E APINHAMENTO

João Gabriel Hoffmann Cardoso<sup>1</sup>  
Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbueno<sup>2</sup>

## RESUMO

A má oclusão de Classe I de Angle com apinhamento anterior, é ocasionada devido à falta de espaço. Essa falta de espaço pode ocorrer por uma discrepância do tamanho dos dentes em relação aos arcos dentários ou atresia dos maxilares. Sua correção pode ser realizada através de extrações de quatro pré-molares para dissolver o apinhamento anterior. Também por desgaste interproximal quando o espaço requerido é menor que 8,5mm. A expansão dos maxilares tanto rápida quanto lenta tem a capacidade de adquirir espaço para dissolver o apinhamento anterior, porém com o efeito colateral de vestibularização, sua indicação deve ser em casos que seja possível a vestibularização sem causar danos nos tecidos periodontais. Esse trabalho tem como objetivo relatar o tratamento de um paciente em fase de crescimento, com má oclusão de Classe I de Angle e apinhamento severo. O tratamento foi realizado com exodontia dos quatro primeiros pré-molares, a fim de corrigir a discrepância dentária.

**Palavras-chave:** Extração dentária. Classe I de Angle. Má Oclusão.

## INTRODUÇÃO

A principal causa do apinhamento é a falta de espaço. Dentes muito grandes em relação aos arcos, arcos dentários atresícos e discrepância de Bolton acarretam essa má oclusão. Essa discrepância de modelo, onde o espaço presente é menor que o espaço requerido, podem gerar apinhamentos severos e irrupção ectópica. Casos como esse, necessitam de um ganho considerável de espaço no perímetro do arco, com o objetivo de apresentar uma oclusão ideal ao fim do tratamento. Que pode ser obtido através de expansão, desgaste e exodontias (ARAÚJO, CALDAS, 2019; CARREIRO *et al.*, 2005).

O protocolo de expansão para obter espaço no arco e dissolver o apinhamento é de grande sucesso em pacientes jovens. Os efeitos colaterais desse tipo de mecânica podem ser causados por uma vestibularização excessiva dos dentes anteriores, são deiscência óssea e recessões gengivais (SHENG *et al.*,

---

<sup>1</sup>Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Graduado em Odontologia pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED, em 2018.

<sup>2</sup>Mestre em Ortodontia pelo Centro Universitário Uningá - UNINGÁ, em 2019; Especialista em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em 2017; Graduada em Odontologia pela Faculdades Integradas Aparício Carvalho - FIMCA, em 2012. Orientadora.

2019). Sendo contra indicado em casos de paciente que o paciente já apresente vestibularização anterior, ou que os incisivos já estejam bem posicionados (BIN BAHAR *et al.*, 2005; GARIB *et al.*, 2007).

A má oclusão de Classe I pode ser acompanhada da protrusão dos dentes anteriores. Favorecendo dessa forma, escolha do protocolo de quatro exodontias dos primeiros pré-molares. Dessa maneira após dissolver o apinhamento não haverá grandes mudanças que possam prejudicar o perfil do paciente ao final do tratamento (SILVA, 2010).

As exodontias fazem parte do cotidiano, e suas aplicações são bem definidas na literatura. A partir de um bom planejamento sua indicação resulta em melhor finalização e maior estabilidade do caso. Cabe ao profissional avaliar e diagnosticar seu paciente de modo a sugerir um tratamento que traga melhor resultado estético, fonético, além de uma maior estabilidade (VOGEL *et al.*, 2015).

Este trabalho tem o objetivo de descrever o tratamento realizado em um paciente em fase de crescimento com má oclusão de Classe I e apinhamento severo, em que foi escolhido o protocolo de extração de quatro pré-molares e instalação de aparelho ortodôntico fixo.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Descrição do caso clínico**

Paciente J.P.M dez anos e nove meses apresentou-se a clínica de pós-graduação em ortodontia com a queixa principal de “Abrir espaço para caber os caninos, e alinhar os dentes tortos”. O paciente possui hábito de onicofagia.





Figura 1: Fotos extrabuciais, intrabuciais e radiografia panorâmica iniciais.

### Tratamento

A partir quarto mês os caninos superiores foram incluídos na mecânica, foi regredido calibre do fio para 0,012" niti (Fig. 2) e continuidade na mecânica de alinhamento e nivelamento, com os fios 0,014", 0,016", 0,018", 0,020", 0,019"x0,025" niti.



Figura 2: Fotos intrabuciais mostrando a inclusão dos caninos na mecânica.

Após o alinhamento e nivelamento, fio de aço, 0,018", 0,020" com reversão de curva de Spee e 0,019"x0,025 niti, associado ao uso de elástico em cadeia para fechamento dos espaços remanescentes (Fig. 3).



Figura 3: Fotos mostrando o fechamento do espaço com elástico corrente.

Após três anos e oito meses de tratamento, o aparelho ortodôntico foi removido, e instalada as contenções com as seguintes recomendações, contenção superior com placa de Hawley 20 horas de uso no primeiro ano e contenção inferior 3X3 fixa por tempo indeterminado (Fig.4). Nesse caso o tempo prolongado de tratamento deve-se ao fato de o paciente apresentar grande número de faltas 14 ao total. O tratamento poderia ser finalizado em dois anos e meio se o paciente fosse colaborador.

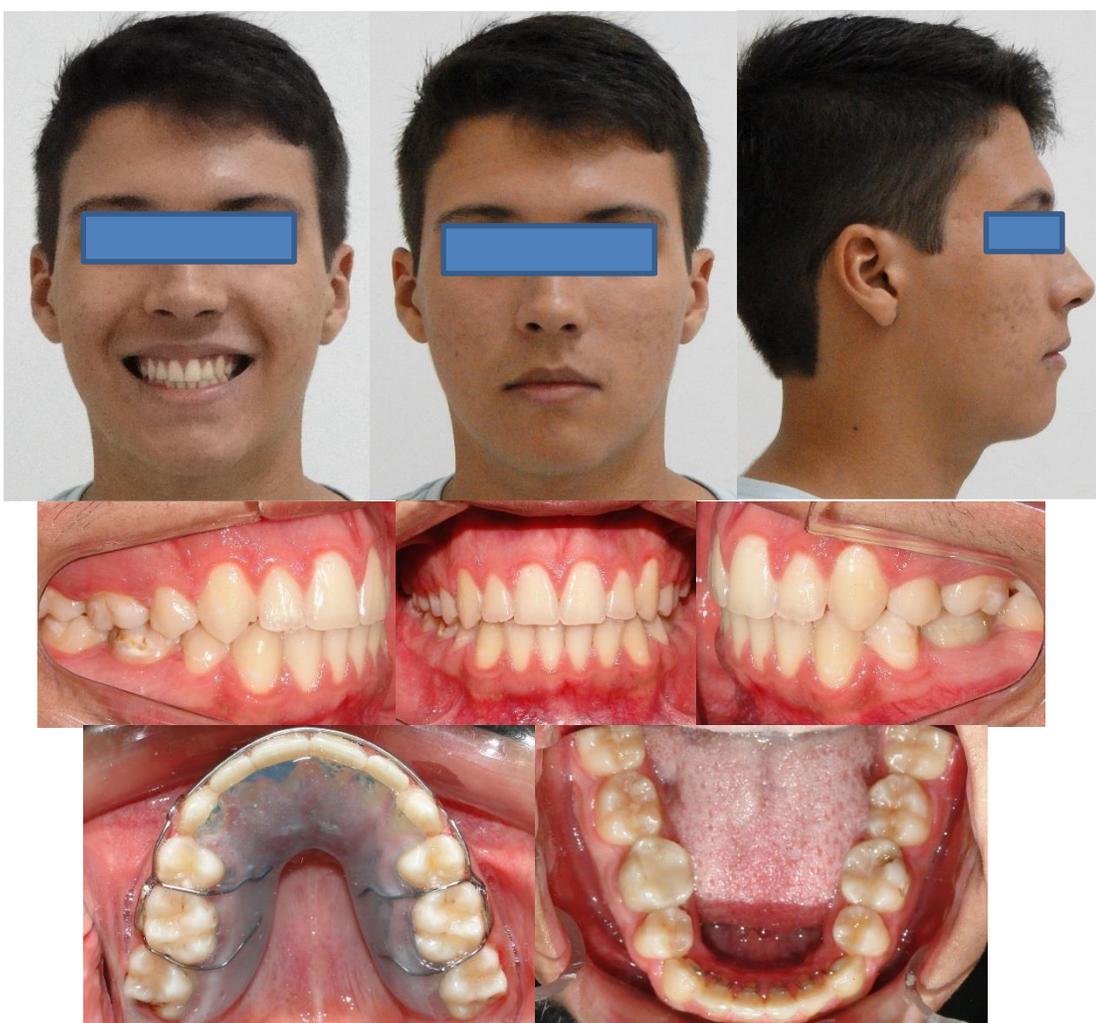




Figura 4: Fotos extrabucais, intrabucais e radiografia panorâmica finais.

## Resultados

Paciente apresentou alterações deotoalveolares e esqueléticas normais por ser tratado em fase de crescimento. Na análise das alterações ocorreu uma protrusão de  $1.1^\circ$  da maxila e de  $1.3$  da mandíbula. O aumento da AFAI foi de  $7.1\text{mm}$  possui mais relação com o crescimento do paciente que com o tratamento ortodôntico.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que, o protocolo de quatro exodontias de primeiros pré-molares para correção de apinhamento cumpre bem seu objetivo de dissolver o apinhamento e corrigir a má oclusão de Classe I sem que haja grandes alterações no perfil do paciente. Destacando o fato de que a colaboração e o compromisso do paciente com o tratamento, são fatores determinantes para o sucesso e eficácia do andamento do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO TM, CALDAS LD. Extrações dentárias em Ortodontia: primeiro ou segundo pré-molares? *Prensa Dental J Orthod* 2019 24 (3):88-98.
- BIN BAHAR BSK, ALKHALIDY SR, KAKLAMANOS EG, ATHANASIOU AE. Do orthodontic patients develop more gingival recession in anterior teeth compared to untreated individuals? A systematic review of controlled studies. *Int Orthod* 2019 Nov 1.
- CARREIRO SL, PINTO AS, RAVELI DB, MARTINS LP. A discrepância de tamanho dentário, de Bolton, na oclusão normal e nos diferentes tipos de más oclusões, bem como sua relação com a forma de arco e o posicionamento dentário. *Dental Press Ortodon* 2005 maio/jun; 10(3):97.

GARIB DG, HENRIQUES JF, CARVALHO PE, GOMES SC. Longitudinal effects of rapid maxillary expansion. *Angle Orthod* 2007 May; 77(3):442-8.

SHENG Y, GUO HM, BAI YX, LI S. Dehiscence and fenestration in anterior teeth: Comparison before and after orthodontic treatment. *J Orofac Orthop* 2019 Oct 23.

SILVA I, T,P. Má oclusão Classe I de Angle tratada com extrações de primeiros molares permanentes. *Dental Press J Orthod* 2010 July/Aug; 15(4).

VOGEL AB, KILIC F, SCHMIDT F, RUBEL S, LAPATKI BG. Optical 3D scans for orthodontic diagnostics performed on full-arch impressions. Completeness of surface structure representation. *J Orofac Orthop* 2015 Nov; 76(6):493-507.



Monografia intitulada "TRATAMENTO DO PACIENTE COM MÁ OCLUSÃO CLASSE I E APINHAMENTO" de autoria do aluno JOÃO GABRIEL HOFFMANN CARDOSO

Aprovada em 26/08/23 pela banca constituída dos seguintes professores:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. **FABRÍCIO PINELLI VALARELLI**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. **DINO LOPES DE ALMEIDA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. **FLÁVIO LUIS ZANDONAI JÚNIOR**

Porto Velho, 26 de agosto 2023.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE  
Rua Ítalo Pontelo 50 - 35.700-170 - Sete Lagoas, MG  
Telefone (31) 3773 3268 - [www.facsete.edu.br](http://www.facsete.edu.br)