



FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

Talita de Rocco

CLASSE III COMPENSATÓRIA

SETE LAGOAS -MG

2018

TALITA DE ROCCO

CLASSE III COMPENSATÓRIA

Artigo apresentado ao curso de especialização em Ortodontia da FACSETE para obtenção do título de especialista em Ortodontia.
Orientadora: Prof.Ms Vivian Lys Olibone Tabosa

SETE LAGOAS – MG

2018

RESUMO

A má oclusão de Classe III é caracterizada como um tipo de desvio anteroposterior podendo ser de forma esquelética, dentária ou funcional. Podendo ser tratada com uma possível compensação dentária ou a cirurgia ortognática, dependendo do grau de severidade. O tratamento compensatório pode ser realizado com meios de ancoragem ou com um tratamento ortopédico e ortodôntico precoce evitando futuramente uma cirurgia ortognática. Este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as formas de tratamento compensatório de Classe III. O tratamento precoce têm tido um melhor prognóstico quando realizado com uso da máscara facial e expansão rápida da maxila. Em pacientes com menor grau de severidade podemos realizar o tratamento compensatório com o uso de miniimplantes, elásticos e, em casos mais severos, devemos indicar a cirurgia ortognática.

Palavras-chave: Classe III, Classe III compensatória, Miniimplantes.

ABSTRACT

Class III malocclusion is characterized as a type of anteroposterior deviation that can be skeletal, dental or functional. It can be treated with a possible dental compensation or orthognathic surgery, depending on the degree of severity. Compensatory treatment can be performed with anchoring means or with an early orthopedic and orthodontic treatment, avoiding future orthognathic surgery. The objective of this work was to carry out a literature review on the forms of compensatory treatment of Class III. Early treatment has had a better prognosis when performed with the use of facial mask and rapid maxillary expansion. In patients with a lower degree of severity we can perform the compensatory treatment with the use of miniimplants, elastic and, in more severe cases, we must indicate the orthognathic surgery.

Key words: Class III, Compensatory Class III, Mini-implants.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
3 PROPOSIÇÃO	10
4 RELATO DE CASO.....	11
5 DISCUSSÃO	14
6 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III é caracterizada como um tipo de desvio anteroposterior podendo ser de forma esquelética, dentária ou funcional. Para determinar a forma de tratamento devem ser avaliados alguns fatores, dentre eles uma possível compensação dentária ou a cirurgia ortognática, dependendo do grau de severidade.

O tratamento de Classe III compensatório tem como finalidade o uso precoce de aparelhos ortopédicos, meios de ancoragem para correção para evitar futuramente uma possível cirurgia ortognática.

Segundo Dilio et al (2014), o tratamento precoce em crianças antes do pico de crescimento puberal existe melhor prognóstico, pois existe maior efeito ortopédico e menor efeito ortodôntico. Sendo assim, em jovens após o pico de crescimento puberal, pode se optar pela expansão rápida da maxila com aparelho fixo, tornando o prognóstico duvidoso, porém os efeitos ortopédicos dependendo da idade do paciente podem ser iguais ou menores que os efeitos ortodônticos. Em adultos dependendo do grau consistirá em cirurgia ortognática ou compensação dentária.

Sendo assim, este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as formas de tratamento compensatório de Classe III.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Gonçalves et al (2005) caracterizaram a Classe III por uma relação sagital negativa entre os arcos dentários, na qual a arcada dentária inferior oclui mesialmente à superior. As Classes III dentárias podem ainda refletir uma relação esquelética de Classe III. As más oclusões esqueléticas Classe III são difíceis de tratar apenas por meios ortodônticos intrabucais. Em vista desse problema, forças extrabucais de tração reversa têm sido indicadas desde as fases de dentição decídua e mista, visando poupar ou facilitar, na idade adulta, um procedimento cirúrgico posteriormente.

O tratamento ortopédico ou ortodôntico precoce melhora as relações oclusais, o equilíbrio facial e o aspecto psicossocial em jovens e altera a direção do crescimento aumentando a possibilidade de uma correção não cirúrgica. O padrão de crescimento pode ser favorável, horizontal – caracterizado por mordida profunda, e se for vertical dificulta o planejamento e o tratamento desta má oclusão e o prognóstico se torna desfavorável. Obtém diagnóstico mediante avaliações funcionais, no qual permite analisar se existe uma trajetória anterior de fechamento mandibular que poderia agravar a Classe III. Utiliza-se a avaliação cefalométrica para identificar a presença de retrusão maxilar e protrusão mandibular, e a avaliação clínica para analisar a estética facial. Apresenta algumas formas de tratamento precoce, de acordo com o grau e a localização do envolvimento esquelético. Em uma má oclusão de Classe III por retrognatismo maxilar, recomenda - se a máscara facial para tração reversa. O prognóstico depende de alguns fatores, tais como: idade, padrão de crescimento, colaboração, severidade, presença de compensações dentárias, bases ósseas envolvidas (HENRIQUES, 2006).

Gallão et al (2013) constataram que na má oclusão de Classe III podem estar presentes tanto alterações dentárias quanto esqueléticas, podendo ser notado retrusão maxilar, protrusão mandibular e, muitas vezes, associadas a atresia maxilar.

A expansão rápida da maxila seguida de protração com máscara facial, apresenta grande efetividade na correção da discrepância anteroposterior durante a fase de crescimento. A prescrição biofuncional dispõe de braquetes que proporcionam torque vestibular de coroa nos incisivos inferiores e torque lingual

de coroa nos incisivos superiores. O resultado consistiu em uma correção com ótimos posicionamento dos incisivos em suas bases ósseas. É importante o uso de elásticos intermaxilares de Classe III para que resultados estéticos e oclusais satisfatórios sejam obtidos (ANGHEBEN, 2013).

O tratamento ortodôntico precoce em pacientes portadores de classe III tem se tornado a melhor forma quando apresentada de forma esquelética, geralmente utilizando máscaras faciais, mentoneiras e aparelhos funcionais, mas alguns fatores podem modificar os resultados dessa terapia conservadora, como a hereditariedade e cooperação, mesmo assim muitos pacientes buscam essa possibilidade fugindo da cirurgia ortognática (PRADO, 2014).

Dilio et al (2014) afirmaram que existem várias formas de tratamento, sendo elas: cirurgia ortognática, compensação dentoalveolar, expansão rápida da maxila, dependendo da idade do paciente e a forma que se expressa para determinar qual seria a melhor para cada caso. Sendo assim, em adultos quando se apresenta de forma severa e que completaram o crescimento opta-se pela cirurgia ortognática. Em casos menos severos existe a opção da compensação através de extrações, tração intermaxilar ou uso de miniparafusos. Sendo assim a opção satisfatória em crianças antes do pico do crescimento puberal é a expansão rápida da maxila associada a tração reversa ou com aparelho fixo. Em adultos seria a cirurgia ortognática ou compensações dentárias.

A má oclusão de Classe III é um tipo de desvio anteroposterior, com envolvimento esquelético, dentário ou funcional. Contudo, devem ser analisados alguns fatores para a busca do tratamento e um resultado satisfatório, como: fase de crescimento, colaboração, hereditariedade, estruturas anatômicas. Muitos pacientes tratados precocemente ou que tiveram recidiva recorrem ao tratamento na dentição permanente, apresentando um prognóstico mais difícil, tornando-se forte candidato a cirurgia e, os relutantes a cirurgia, optam pela compensação (FERREIRA, 2014).

Moura e Cruz (2015) constataram que a má oclusão de Classe III esquelética apresenta um comprometimento estético e prognóstico desfavorável, sendo caracterizada pela protrusão mandibular, retrusão maxilar ou ambas. Existem diferentes abordagens de tratamento, no qual depende da fase em que for diagnosticada. A intervenção ortopédica tem sido preconizada em pacientes com crescimento ativo. Em adultos, nos casos mais severos, preconiza-se o

método da cirurgia ortognática e, em casos menos severos, a compensação dentária. Na dentição permanente, o tratamento pode ser pela compensação por meio de extrações de pré molares, segundos molares, incisivos, ancoragem esquelética, vestibularização de incisivos e lingualização de incisivos inferiores. Para determinar qual tratamento deve ser realizado exame clínico, análise cefalométrica e tomografia são necessários.

Deve ser realizado o prognóstico e diagnóstico sem deixar-se levar pela vontade do paciente por realizar o tratamento cirúrgico ou compensatório. O padrão de crescimento tem grande importância, sendo que pacientes com crescimento horizontal apresentam melhor prognóstico em relação aos com crescimento vertical. O diagnóstico deve ser realizado através de avaliação funcional, cefalométrica e análise facial individual. A compensação em pacientes com Classe III depende de alguns fatores, como: idade, envolvimento da base esquelética, envolvimento da AFAI, grau de compensação prévia e agradabilidade facial. O tratamento compensatório interceptativo de Classe III é a expansão rápida da maxila associada a tração reversa da maxila dependendo do período do tratamento. Ultimamente, miniplacas associadas com elástico de Classe III no início da dentadura permanente jovem, têm sido uma perspectiva promissora e com bons resultados. Em pacientes com ausência de crescimento, vários fatores tem sido abordados, como: elásticos intermaxilares, extração dentária no arco inferior, mini implantes, miniplacas (PRIETO, 2015).

Venturini et al (2015) relataram que a Classe III abrange tanto problemas dentários quanto esqueléticos . Sendo assim, quando se trata de deficiência maxilar é indicado a máscara facial. O tratamento realizado precocemente através da expansão rápida da maxila e colaboração do paciente na máscara facial, geram resultados ótimos.

Os problemas esqueléticos são caracterizados por retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular ou combinação dessas. A terapia ortodôntica mais recomendada na fase de crescimento é a protração maxilar associada a disjunção, também muito usada com o auxílio de miniplaca; porém existem desvantagens dessas técnicas, como: colaboração do paciente e possível instabilidade na fixação dessas miniplacas. Com o propósito de simplificar o tratamento e direcionar o crescimento de indivíduos Classe III, foi desenvolvido o sistema chamado ERTTY GAP III, o qual é composto, na dentição mista por um

aparelho na arcada superior (Hyrax invertido), PLA e barra lingual fundida na arcada inferior, e elástico classe III, na dentadura permanente, o qual é colocado no canino inferior. É indicado em pacientes com faixa etária de 10 a 13 anos. Sendo assim, a associação do hyrax invertido, PLA, e BLF e do elástico tem o intuito de redirecionar o crescimento maxilomandibular (SILVA, 2017).

3 PROPOSIÇÃO

Realizar uma revisão de literatura sobre Classe III compensatória com as principais características e possíveis tratamentos.

4 RELATO DE CASO

1 CASO CLÍNICO

Paciente JFSR com lábios selados passivamente e um perfil reto que destacava a boa conformação do ângulo nasolabial, do sulco labiomentoniano e do tamanho da linha queixo-pescoço –, esse adulto jovem portava evidências oclusais, cefalométricas e faciais que sugeriam o envolvimento das bases ósseas na configuração da má oclusão. As arcadas dentárias simétricas e alinhadas ocluíam em Classe III do lado direito e topo a topo na região de incisivos (Figura 1A) que se encontravam bem posicionados em sua base óssea.

• MECÂNICA

Braquete mbt Max (Figura 1B) foram instalados com o objetivo de produzir compensações dentárias. Ao nono mês foi instalado miniimplante (Figura 1C) do lado direito mandibular em região posterior. No décimo quinto mês iniciou a utilização de elástico Classe III bilateral (Figura 1D). Paciente não apresenta fotos finais, pois está em tratamento.



Figura 1A : Oclusão inicial
Fonte: AEPC



Figura 1B: Instalação do aparelho fixo superior e inferior
Fonte: AEPC



Figura 1C: Instalação do miniimplante
Fonte: AEPC



Figura 1D: Uso de elástico Classe III bilateral
Fonte: AEPC

2 CASO CLÍNICO

Paciente ECFP com lábios selado passivamente, perfil reto, apresentava Classe III esquelética, protrusão mandibular (Figura 1A). Paciente não apresenta fotos finais, pois está em tratamento.

- **MECÂNICA**

Foi instalado aparelho Hyrax (Figura 1 B) para disjunção maxilar, e uso de máscara facial (Figura 1C). Sendo assim, depende da colaboração do paciente.



Figura 1A: Oclusão inicial
Fonte: AEPC



Figura 1B: Hyrax
Fonte:AEPC



Figura 1C: Máscara Facial
Fonte: AEPC

5 DISCUSSÃO

Henriques et al (2006) e Silva et al (2017) concordaram que na má oclusão de Classe III podem ser notadas retrusão maxilar e protrusão mandibular, além disso Gallão et al (2013) acrescentaram que, muitas vezes, pode existir a atresia maxilar.

Gallão et al (2013), Prado (2014), Ferreira et al (2014), Venturini et al (2015) concordaram que na Classe III podem estar presentes tanto alterações dentárias quanto esqueléticas.

Angheben et al (2013), Venturini et al (2015) relataram que através da expansão rápida da maxila e colaboração do paciente com a máscara facial, obteremos resultados ótimos, quando tratados precocemente, ou seja, quando apresentam crescimento ativo.

Henrique et al (2006) citam que em uma má oclusão de Classe III por retrognatismo maxilar, recomenda-se a máscara facial para tração reversa. Prado (2014) afirma que para o tratamento precoce em Classe III tem se tornado a melhor forma quando apresentada de forma esquelética, utilizando máscaras faciais, mentoneiras e aparelhos funcionais.

5 CONCLUSÃO

A má oclusão de Classe III pode ser tanto dentária quanto esquelética, mas devemos realizar uma adequada avaliação com exame clínico, análise cefalométrica e tomografia para um diagnóstico adequado e, assim atingir o melhor plano de tratamento.

O tratamento precoce têm tido um melhor prognóstico quando realizado com uso da máscara facial e expansão rápida da maxila.

Em pacientes com menor grau de severidade podemos realizar o tratamento compensatório com o uso de miniimplantes, elásticos e, em casos mais severos, devemos indicar a cirurgia ortognática.

REFERÊNCIAS

ANGHEBEN, C.Z.; VALARELLI F.P.; FREITAS K.M.S.; CANÇADO R.H. **Tratamento compensatório da má oclusão de Classe III esquelética com a técnica biofuncional.** Revista Clinica Ortodontia Dental Press. v.12, n.2, p. 42-48, 2013.

DILIO R.C.; MICHELETTI K.R.; CUOGHI A.O.; BERTOZ A.P.M. **Tratamento compensatório da má oclusão de classe III.** Revisão de literatura. Revista Archives of Health Investigation. v.3, n.3, p.84-93, 2014.

FERREIRA R.A.C.; BANDECA A.G.; JUNIOR PA.; SOUZA J.E.P.; FREITAS K.M.S.; CANÇADO R.H.; VALARELLI F.P. **Tratamento não-cirúrgico da Classe III com a técnica biofuncional em paciente adulto jovem.** Revista Uningá. v.41, p. 45-51,2014.

GONÇALVES S.F.; CHAVES A, BENVENGA M.N. **Apresentação de um caso clínico de Classe III de Angle, tratado com o aparelho extrabucal basculante inferior de ação reversa, proposto por Baptista.** Revista Dental Press Ortodontica Ortopedica Facial, Maringá, v.10, n.1, p. 46-58, 2005.

GALLÃO S.; MARTINS L.P.; FALTIN K.JR.; JUNIOR L.G.G.; PIERI L.V.; GASPAR A.M.M.; BOLINI P.D.A. **Diagnóstico e tratamento precoce da Classe III: relato de caso clínico.** Journal of the Health Sciences Institute. v. 31, n.1, p.104-108, 2013.

HENRIQUES J.F.C.; SILVA C.M.S.; NEVES L.S.; HENRIQUES R.P.; CANÇADO R.H.; JANSON G.; FREITAS M.R. **Intervenção não-cirúrgica da má oclusão de classe III: quando e como tratá-la?** Revista Clinica Ortodontia Dental Press, Maringá, 2006; 4(6): 46-55, 2006.

MOURA R.O.L.; CRUZ K.S. **Tratamento ortodôntico compensatório da má oclusão de classe III esquelética.** Revista Ortho Sci Pract. v. 8, n.29, p.80-88, 2015.

PRADO E. **Tratamento da Classe III em adultos sem cirurgia ortognatica.** Revista Ortho Sci Pract. v. 7, n.28, p. 439-448, 2014.

PRIETO M.G.L.; PRIETO L.T.; FUZIY A.; PEREIRA G.O.; JARA L.P.; STELEIM A.P. **Tratamento compensatório da classe III no paciente adulto, uma abordagem em ortodontia lingual – relato de caso.** Revista Ortho Sci Pract. v. 8, n.31, p. 324-332, 2015.

SILVA E.; MELOTI F.; PINHO S.; Gasqur CA. **Correção da classe III esquelética em pacientes jovens – Ertty Gap III.** Revista Ortho Sci Pract. v. 10, n.39, p. 244-264, 2017.

VENTURINI C.L.; BATISTA D.M.; OLIVEIRA R.C.G.; COSTA J.V. **Tratamento da classe III precoce – relato de caso clinico.** Revista Uninga Review. v.24, n.3, p. 37-40, 2015.

Atividades	Mes	mar	abr	mai	Jun	jul	ago	set	out	nov
Escolha do tema		X								
Problema		X								
Hipótese		X								
Descritores			X							
Busca Bibliográfica			X	X	X	X	X			
Fichamento				X	X	X	X			
Redação								X		
Formatação									X	
Correção final										X

CRONOGRAMA

