

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

BIANCA GADELHA DE FREITAS

**AS VANTAGENS DO TRATAMENTO PRECOCE DA
CLASSE III**

Fortaleza - CE

2019

BIANCA GADELHA DE FREITAS

**AS VANTAGENS DO TRATAMENTO PRECOCE DA
CLASSE III**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade Sete Lagoa, como requisito para obtenção do título de Especialista em Ortodontia Bioprogressiva.

Orientador: Prof. Dr Jorge Lincolins Pereira Soares

Fortaleza - CE

2019

Orientador: Dr Jorge Lincolins Pereira Soares

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr Jorge Lincolins Pereira Soares

(Orientador)

Dr. Sylvio Gonçalves Filho

IESO – Fortaleza -CE

Dra. Antônia Laura Araújo Carvalho

IESO – Fortaleza -CE

Fortaleza - CE

2019

FREITAS, Bianca Gadelha de.
AS VANTAGENS DO TRATAMENTO PRECOCE DA CLASSE III
Fortaleza, Faculdade Sete Lagoas FACSET - IESO,

48 f:il
Especialização, 2019.

Orientador: Prof. Dr Jorge Lincolins Pereira Soares

Monografia: Especialização em Ortodontia.

1. Ortodontia 2. Ortodontia Preventiva 3. Classe III

Faculdade Sete Lagoas FACSET – IESO, Fortaleza – CE.

I. Título.

II. Jorge Lincolins Pereira Soares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me proporcionar saúde e força para superar todos os obstáculos.

A esta instituição, seu corpo docente e administração que oportunizaram a realização de um grande objetivo.

A professora Laura Carvalho, por todos os ensinamentos, pelos conhecimentos compartilhados e por ser um exemplo de profissional.

Ao meu orientador, Jorge Lincolins, pelo suporte, pelas correções e por ser um profissional inspirador.

Aos meus pais, Maria Vânia Gadelha de Freitas e Raimundo Sérgio Costa de Freitas, por todo o apoio, o incentivo e o investimento na minha formação profissional.

Ao meu irmão, Bruno Gadelha de Freitas, por ser um exemplo para mim e que, mesmo longe, participa de cada etapa da minha vida e me apoia em todas as decisões.

Ao meu namorado, Caio Farias Jorge, por estar sempre ao meu lado, acompanhando cada passo dado, desde o colegial, incentivando e sendo peça fundamental na minha caminhada.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa jornada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

01 Imagem Máscara Facial.....	28
02 Imagem Paciente Adulto Classe III.....	29
03 Imagem Paciente Classe III – Dentição Decídua.....	30
03a Imagem Paciente Classe III – Dentição Permanente.....	31
04 Imagem Paciente Classe III – Antes e Depois.....	32
04a Imagem Telerradiografia Paciente Classe III.....	33
04b Imagem Fotos Intrabucais.....	34
05 Imagem Máscara Facial – Perfil e Frontal	35
06 Imagem Paciente Infantil Classe III.....	36
06a Imagem Cirurgia Ortognática – Antes e Depois.....	37
07 Imagem Cirurgia Ortognática.....	38
08 Imagem Disjunção Maxilar.....	39
09 Imagem Relação Molar na Classe III.....	40
10 Imagem Resultado do Tratamento da Classe III.....	41

RESUMO

INTRODUÇÃO: A má oclusão de Classe III é caracterizada por uma discrepância anteroposterior, onde há um excesso de crescimento mandibular. Esta anomalia afeta psicologicamente os indivíduos portadores, devido ao envolvimento estético. Além disso, a função fica comprometida, podendo causar muitos desconfortos. Deste modo, o diagnóstico e o tratamento precoce são fundamentais para oferecerem ao paciente uma oclusão correta e um crescimento facial mais equilibrado, impedindo um agravamento da situação. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo identificar as vantagens do tratamento precoce na Classe III. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão sobre: Tratamento precoce na Classe III. Para aprofundamento do tema, foi feita uma busca nas bases de dados: Pubmed, Periódicos CAPES, Scielo. Foram encontrados 40 artigos, sendo selecionados apenas 27, utilizando os descritores: Ortodontia, Ortodontia Preventiva e Classe III, no período de 2004 a 2016. **CONCLUSÃO:** Concluímos que o tratamento precoce é de suma importância, pois reestabelece a função e aperfeiçoa a estética. Desta forma, é preciso apresentar um bom diagnóstico e um adequado planejamento para o tratamento da má oclusão de Classe III.

Palavras-chave: Ortodontia. Ortodontia Preventiva. Classe III.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Class III malocclusion is characterized by an anteroposterior discrepancy, where there is an excess of mandibular growth. This anomaly psychologically affects the individuals carriers, due to the aesthetic involvement. In addition, the function is compromised and can cause many discomforts. In this way, diagnosis and early treatment are fundamental to offer the patient a correct occlusion and a more balanced facial growth, preventing a worsening of the situation. **OBJECTIVE:** This study aims to identify the advantages of early treatment in Class III. **METHODS:** A review was performed on: Early treatment in Class III. To deepen the theme, a search was made in the databases: Pubmed, Periodicals CAPES, Scielo. We found 40 articles, only 27 were selected, using the descriptors: Orthodontics, Preventive Orthodontics and Class III, from 2004 to 2016. **CONCLUSION:** We conclude that early treatment is of paramount importance, as it reestablishes the function and improves esthetics. Therefore, it is necessary to present a good diagnosis and adequate planning for the treatment of Class III malocclusion.

Keywords: Orthodontics. Preventive Orthodontics. Class III.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Específicos.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

A Classe III é uma má oclusão caracterizada pela existência de uma discrepância anteroposterior, onde podem estar presentes alterações tanto dentárias e/ou esqueléticas, sendo considerada desafiadora para os profissionais e um dos problemas ortodônticos mais complicados de tratar. Essa má oclusão compromete a função e a estética do paciente, mas, na maioria das vezes, o envolvimento do aspecto facial é o que motiva o indivíduo a buscar tratamento, pois os portadores da Classe III são os que mais apresentam a autoestima baixa.

Alguns estudos indicam que a má oclusão de Classe III é caracterizada por uma retrusão maxilar, uma protrusão mandibular ou a combinação de ambos. Porém, há controvérsias, pois outros estudiosos defendem que a maxila é um osso fixo, presa ao vómer e ao esfenóide, onde a mesma só abre no sentido transversal, e que a Classe III é determinada por um excesso mandibular. Vale lembrar que a mandíbula é um osso mole que está sempre se adaptando da melhor maneira possível.

Acreditava-se que a Classe III era apenas genética, o que tornaria o seu prognóstico mais desfavorável, por não termos controle da mesma, mas não é totalmente. Há outros fatores que podem influenciar, como: os contatos prematuros; as interferências; o AFAI (Altura Facial Inferior) baixo, onde não há dimensão vertical suficiente para a mandíbula ficar atrás, então, por ser tão baixo, a mandíbula roda muito, causando a Classe III; e os problemas funcionais. Vários fatores etiológicos podem estar presentes nas más oclusões, onde muitos podem ser controlados e tratados. Desta forma, tratar um paciente precocemente é de suma importância.

Diante das más oclusões, a Classe III é a que menos atinge os pacientes. Muitos casos são direcionados para a cirurgia ortognática e isso mostra o quanto esta alteração ainda é desafiadora para os ortodontistas. Muitos pacientes criam resistência a esse procedimento, tornando maior a busca pelo tratamento ortodôntico. Desta forma, é necessário que novas pesquisas e novos estudos sejam feitos, visando proporcionar sucesso nos procedimentos.

No tratamento ortodôntico, o diagnóstico é a etapa mais importante. A análise das características faciais, oclusais e cefalométricas deve ser feita com muita atenção, visando obter um diagnóstico preciso. A partir disso, pode-se planejar o tratamento adequado.

O objetivo desse estudo é identificar a vantagem do tratamento precoce na Classe III.

O tratamento precoce contribui para o não agravamento da maloclusão, além de aproveitar o crescimento mandibular. Além disso, contribui no controle ou na correção dos hábitos deletérios e ajuda a reestabelecer uma oclusão dentária equilibrada e funcional.

Diante disso, com o intuito de resolver problemas funcionais, esqueléticos e estéticos precocemente, o ideal seria realizar o diagnóstico cedo e iniciar o tratamento antecipadamente, pois assim teremos maior controle do crescimento ósseo do paciente. Além disso, essa interceptação, quanto mais cedo, resultará em efeitos positivos, tanto funcionais como estéticos.

2. OBJETIVOS

Identificar as vantagens do tratamento precoce na Classe III.

2.1 Específico

- Comprovar que o tratamento precoce tem mais eficácia.
- Comparar que o tratamento precoce tem mais resultado positivo do que o tardio.
- Estimar que, sendo iniciado, promove mais vantagens do que o tratamento tardio.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sobre: Tratamento precoce na Classe III. Com o objetivo de identificar as vantagens do tratamento precoce na Classe III. Para aprofundamento do tema, foi feita uma busca nas bases de dados: Pubmed, Periódicos CAPES, Scielo. Foram encontrados 40 artigos, sendo selecionados apenas 27, utilizando os descritores: Ortodontia, Ortodontia Preventiva e Classe III, no período de 2004 a 2016.

Os critérios de inclusão foram: estudos de casos clínicos, artigos em inglês, espanhol e português; excluíram-se trabalhos que não contemplaram o assunto, trabalhos fora do período selecionado.

Este trabalho dispensa a aprovação do comitê de ética em pesquisa por tratar-se de uma revisão assegurado nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS/MS.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A cárie, a doença periodontal e a má oclusão, respectivamente, são os problemas de saúde bucal mais encontrados, segundo os dados da OMS (Organização Mundial da Saúde). Desta forma, esse tema merece uma atenção especial, não só por estar na terceira colocação, mas também por conta dos obstáculos que a população mais carente enfrenta na busca pelos serviços odontológicos (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira; MACHADO, André Wilson Machado, 2010).

Nas más oclusões, vários fatores etiológicos podem estar presentes. Pode-se tanto controlar como tratar esses elementos no paciente jovem, defendendo ainda mais a opção do tratamento ortodôntico precoce (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

Estudiosos acreditam que, durante a dentição decídua, deve-se tratar os pacientes portadores da Classe III, diferentemente da Classe II, pois pensam que o tratamento precoce é válido para os casos em que o impacto é imediato (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Na ortodontia, o crescimento é um fator determinante. Na Classe III, pode-se aproveitar esse crescimento tratando precocemente, como o mesmo pode ser desafiador, tendo em vista que o problema vai se acentuando na medida que o crescimento se intensifica (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Através de algumas pesquisas, pode-se concluir que, em crianças de 24 a 58 semanas, a má oclusão estava tendo como fator determinante, na sua maioria, o uso da chupeta. Além disso, as crianças estão sendo bastante afetadas pelas más oclusões. Desta forma, é importante ficar atento aos cuidados básicos (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

O prognóstico do tratamento precoce da Classe III pode não ser favorável, quando essa má oclusão está ligada a problemas mandibulares, ou seja, a sua protrusão, já que a estabilidade após o tratamento é menor (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

As complicações no tratamento e as recidivas são mais frequentes nas Classes III ligadas as discrepâncias craniofaciais. Comparando a dentição decídua, a mista e a tardia, a primeira apresentou resultados esqueléticos

maiores do que na mista. Porém, entre a mista e a tardia, é melhor tratar logo na mista (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

A indicação do tratamento e a ordem da sequência terapêutica, pode ser determinada precocemente quando sabemos o que deve ser feito. Isso promoverá resultados funcionais, estéticos e estáveis ao paciente (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

É possível observar que os responsáveis e os pacientes estão buscando o tratamento ortodôntico cada vez mais cedo, contribuindo para um diagnóstico antecipado e um tratamento precoce. Alguns estudos, verificaram que os hábitos de sucção estão mais frequentes na dentição decídua. Além disso, as crianças do sexo feminino estão sendo as mais afetadas. Com o aumento da idade, essa dependência vai diminuindo (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Dependendo do diagnóstico de cada caso, algumas condutas são tomadas quanto ao tratamento. Excluindo a opção da cirurgia ortognática, o procedimento pode envolver ou não as extrações dentárias (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Os hábitos bucais, como a chupeta e os objetos, estão ligados ao desenvolvimento das más oclusões, porém é preciso analisar a intensidade e a frequência para verificar as consequências dessas práticas, como as mordidas abertas, cruzadas, o irregular posicionamento dos dentes, entre outros (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Visando estabelecer uma boa relação entre a parte psicológica, social, a face e a oclusão, o tratamento precoce deve ser uma opção válida quando a Classe III for diagnosticada, pois irá contribuir para um crescimento regular do indivíduo mais novo (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

O prognóstico do tratamento está ligado ao crescimento mandibular e ao nível de maturidade das suturas maxilares. Por conta disso, é preciso analisar os pacientes Classe III no sentido anteroposterior durante o diagnóstico e tratá-los o mais cedo possível com a ortopedia, visando obter modificações esqueléticas o quanto antes (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

O tratamento ortodôntico pode ser dividido em 4 fases, segundo Ricketts. A primeira é PREVENTIVA, onde o foco é a dentição decídua e o início da dentição mista. Como o próprio nome já diz, essa etapa é de prevenção, visando o não comprometimento da dentição permanente. A segunda é INTERCEPTORA,

direcionada para a dentição mista. Aqui é feito um acompanhamento da erupção dos dentes permanentes. A terceira é CORRETIVA, envolvendo a dentição mista e a dentição permanente. Nessa fase, ainda há a presença do crescimento facial. A quarta e última é a REABILITADORA, onde já temos o paciente adulto e não contamos mais com a presença do crescimento facial (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

O conhecimento acerca do desenvolvimento craniofacial e da dentição é muito importante para os ortodontistas, mas também deve ser para o clínico geral, já que o mesmo tem muito contato com o paciente mais jovem. Desta forma, o clínico poderá direcionar o responsável ou o paciente para o ortodontista, o qual deverá fazer um acompanhamento constante (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Outra opção de tratamento inicial para os portadores da Classe III é o aparelho regulador de função III, visando transformar e dar uma nova direção de crescimento para o paciente (ARAÚJO A.M.; BUSCHANG P. H, 2005).

Uma pesquisa envolvendo muitas crianças evidenciou que, aquelas amamentadas através da mamadeira, desenvolviam mais hábitos bucais do que as crianças que seguiam pela forma natural, ou seja, o aleitamento natural ou não, tem ligação com a evolução dos hábitos bucais (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Pode-se observar uma grande melhora dentária e esquelética quando a Classe III é por envolvimento maxilar e o tratamento foca em solucionar os problemas presentes nessa estrutura. Além disso, o perfil facial sofre resultado bastante positivo (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Com o aumento da idade, o paciente tem a velocidade de avanço da maxila diminuído. Além disso, a intervenção cirúrgica pode ser reduzida ou evitada com o uso dos aparelhos ortopédicos (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

A má oclusão de Classe III pode ter envolvimento dentário, esquelético e ainda pode estar associada ao fator genético. Desta forma, visando administrar o crescimento e evitar recorrências, é importante obter um diagnóstico preciso e precoce, associado a um tratamento adequado (FERNANDES, Sérgio Henrique Casarim, 2010).

Corrigir a protrusão e os problemas verticais, além de solucionar os problemas funcionais e a discrepância de comprimento das arcadas, estão entre

os objetivos do tratamento ortodôntico precoce enumerados por Ricketts (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

Tem-se acesso ao estágio mais efetivo do crescimento dentário e esquelético com o tratamento precoce. Com isso, pode-se intervir e prevenir que uma maloclusão intensifique. Durante a dentição decídua, é possível controlar mais o crescimento craniofacial e melhorar a estrutura do paciente. Com isso, o efeito sobre o crescimento é mais positivo durante um tratamento antecipado (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Os aparelhos ortopédicos são bastante utilizados para o tratamento da Classe III em crianças. Um deles é a mentoneira. Alguns estudos acreditam que esse aparelho pode causar DTM (desordens temporomandibulares), outros defendem que essas desordens acontecem, também, sem o uso do aparelho (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Em um estudo feito com 60 crianças, foi possível verificar que as más oclusões presentes na dentição decídua seguem para a dentição permanente, onde as características encontradas foram duradouras, ou seja, permaneceram inalteráveis. Em casos mais complexos, a articulação temporomandibular foi afetada (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Algo que deve ser levado em consideração durante o tratamento é a estabilidade após o procedimento. Não é possível antecipar ou adivinhar, pois há o padrão de crescimento do paciente. Porém, este fator associado as características iniciais, podem ajudar a analisar o grau do prognóstico (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Com o uso dos aparelhos ortopédicos, a fase da dentição decídua é mais indicada para buscar melhorias esqueléticas na Classe III, já que observa-se bons resultados esqueléticos e funcionais nos pacientes mais jovens durante o tratamento do prognatismo (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

A fase do diagnóstico é fundamental, tendo em vista que as más oclusões não estão ligadas a um só fator, é multifatorial (genética, problemas funcionais, perda de dentes decíduos antes do tempo, fatores locais, entre outros). Com isso, consegue-se obter um bom planejamento e tratamento (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira; MACHADO, André Wilson Machado, 2010).

Tratando precocemente é possível aproveitar o crescimento mandibular, além de evitar uma piora da má oclusão existente e de excluir um tratamento secundário para muitos pacientes (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

As atividades preventivas, como: aplicação tópica de flúor, profilaxias (remoção de placas bacterianas), eliminação de hábitos prejudiciais, manutenção de espaços decorrentes de extrações precoces, entre outros, geram um bom funcionamento da oclusão. Essas atividades associadas a procedimentos interceptores podem levar a uma diminuição da gravidade do problema ortodôntico (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Durante o tratamento da Classe III, por mais que o sucesso do procedimento fosse uma meta, os resultados e o prognóstico eram duvidosos, devido a dependência do desenvolvimento. Após a conclusão do crescimento, ainda há o risco do paciente precisar de um retratamento (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Vários fatores contribuem para a instalação da má oclusão, como os hábitos bucais. Muitas crianças fazem uso de dedo, de chupeta, de objetos e, assim como outros hábitos, essas práticas podem forçar e pressionar o sistema bucal em formação, levando a criação das discrepâncias (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Estudos apontam que o tratamento da Classe III apresenta maior sucesso quando a maxila é o fator significativo da má oclusão e a mandíbula encontra-se em uma posição admissível. O prognóstico é mais positivo, tendo em vista a facilidade no tratamento e na estabilidade. Com isso, a chance de um paciente, nessas características, retornar após o tratamento precoce é menor. Quando a mandíbula participa de forma ativa da Classe III, a possibilidade de ter recidiva é maior, podendo ainda chegar ao nível cirúrgico após o crescimento (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

O tratamento precoce pode implicar em resultados positivos quanto a face do paciente e quanto as modificações maxilares e mandibulares. Além disso, também contribui para as alterações oclusais serem mais favoráveis (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

O tratamento precoce contribui para a eliminação ou o controle de hábitos prejudiciais, para a diminuição de extrações e para uma respiração mais nasal,

pois a ortopedia pode modificara respiração do paciente, ou seja, de bucal para nasal (TAMBURUS, Weber; TEIXEIRA, Clovis. ORTODONTIA Terapia Bioprogressiva, 2013).

Alguns estudos consideram iniciar o tratamento precocemente por acreditarem que muitos procedimentos só podem ser feitos em pacientes mais novos e por terem mais chances de obterem resultados melhores nessa fase. Além disso, é mais difícil conseguir a remoção de alguns hábitos depois de anos (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Quando decide-se realizar o tratamento precoce é necessário contar com a colaboração do paciente e dos responsáveis. Além disso, os pais devem saber que o tratamento pode durar mais tempo do que o normal, pois o indivíduo ainda é novo, com pouca idade e o mesmo encontra-se em fase de crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

As más oclusões estão afetando cada vez mais o indivíduo e a população carente é a que mais encontra obstáculos para o acesso a esse tratamento. Há um campo grande de trabalho nessa área, mas não é muito utilizado. Com isso, a saúde coletiva deixa de avançar nesse tema (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira; MACHADO, André Wilson Machado, 2010).

Alguns estudos apontam que o aleitamento natural interfere na formação da má oclusão. O aleitamento está ligado a deglutição, a mastigação e a respiração. Desta forma, quando não há o aleitamento natural, esses três setores podem ser afetados negativamente, influenciando no desenvolvimento das más oclusões (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Durante o tratamento precoce, é importante contar com a cooperação dos responsáveis e do paciente. Além disso, é essencial esclarecer os pontos positivos e negativos, sendo realista com os envolvidos. Ou seja, é preciso orientar quanto a chance do sucesso, de perduração do tratamento, como também da falta de estabilidade durante o crescimento do paciente. Visando o êxito, faz-se necessário o uso de todas as opções para barrar uma possível recidiva (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

As más oclusões podem alterar a estética do paciente como também podem interferir na respiração, na mastigação, na oclusão e até na postura do corpo. Uma desarmonia bucal pode comprometer o relacionamento do indivíduo com a sociedade (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

A má oclusão pode afetar os dentes, os músculos, os ossos e os nervos. Com isso, o tratamento precoce é importante para que ocorra o equilíbrio do sistema estomatognático (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Os fatores hereditários podem ter uma conexão com as más oclusões. Pode-se observar entre os familiares o tamanho da mandíbula, da maxila, dos dentes, entre outros pontos. Apesar de ser um fator importante, o estudo da hereditariedade ainda não é o principal foco/plano (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

O clínico geral e o odontopediatra deveriam ter conhecimentos quanto as más oclusões, as suas causas e as medidas de prevenção/interceptação, já que esses profissionais têm contato mais cedo com o paciente, na maioria das vezes. Porém, isso não é de tanto conhecimento e, por essa razão, os pacientes já chegam com o problema estabelecido e na dentição permanente (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Para evitar procedimentos mais invasivos e traumáticos, o indicado é prevenir e tratar precocemente as Classes III com envolvimento esquelético. Além disso, diminui a necessidade de tratamentos cirúrgicos (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

A ortodontia preventiva e interceptativa são fundamentais para combater a evolução das más oclusões, além de contribuir no controle dos hábitos, no tratamento das mordidas presentes (aberta e cruzada), na manutenção ou recuperação dos espaços, já que não há uma correção automática após o estabelecimento da má oclusão (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

O perfil do paciente é comprometido devido as alterações maxilares e mandibulares. O paciente portador da Classe III costuma apresentar um perfil côncavo. A discrepância pode envolver apenas dente como também pode incluir alterações esqueléticas. Com a mandíbula anteriorizada, observa-se que a estética fica prejudicada (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

O diagnóstico funcional na Classe III deve ser inevitável, principalmente, na dentição decídua, para que não contribua para definitivas assimetrias faciais. A mandíbula pode se desenvolver mais quando há a presente de contatos prematuros (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

É importante que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre as más oclusões e sobre as suas causas. Com isso, o problema poderá ser contido e/ou

tratado por meio da conscientização/cooperação dos pacientes e seus responsáveis e do diagnóstico precoce (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

O problema da má oclusão afeta, atualmente, grande parte da população, por isso preocupa saber das dificuldades (falta de atendimento) enfrentadas pelo público mais carente. Pesquisas apontam que os cuidados básicos que deveriam estar presentes em uma Unidade Básica de Saúde (USB), praticamente, não existem (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

Uma das características clínicas que pode estar presente na má oclusão de Classe III é a mordida cruzada, a qual em poucos casos apresenta facilidade de autocorreção, fazendo-se necessária a intervenção ortodôntica o mais breve possível, proporcionando um prognóstico positivo quanto a correção do problema esquelético e/ou dentário (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Uma fase muito importante no tratamento da Classe III é o diagnóstico. O ortodontista deve ficar atento a oclusão, a cefalometria e a face. Além disso, para melhorar o diagnóstico, é relevante detectar os problemas funcionais e o fator genético, analisando os pais, os irmãos (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

A longo prazo, a má oclusão pode se tornar um desafio para o profissional. Com o tratamento precoce, consegue-se evitar que o problema se acentue. Para isso, é preciso diagnosticar também o que causou a má oclusão (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

A literatura aborda que, o tratamento ortopédico precocemente, pode conseguir tratar a má oclusão de Classe III. Esta é considerada uma das mais complicadas quando se pensa em tratamento, devido o envolvimento maxilar, mandibular ou ambos (COZZA et al., 2004).

Se a atenção básica (AB) desse suporte e oferecesse atendimentos de prevenção desde cedo, a população conseguiria ter maiores informações, receber mais orientações e já seria possível eliminar alguns fatores causadores da má oclusão (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

A desarmonia entre as bases ósseas maxilares e mandibulares caracteriza a Classe III, podendo ou não envolver alterações dentárias. Tanto a função como a estética ficam comprometidas, porém, em geral, os pacientes ou os

responsáveis buscam o tratamento pela questão da estética (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira, 2015).

As perdas dentárias precocemente podem causar vários problemas ao paciente. As consequências dependem de muitos fatores, como: o dente perdido, a idade, os espaços presentes na arcada, entre outros. Essas perdas podem interferir tanto na função como na estética. Além disso, pode influenciar no desenvolvimento de uma má oclusão (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Para o tratamento da Classe III é preciso apresentar um diagnóstico acertado, um tratamento/intervenção precoce, o uso da ortopedia e da ortodontia, entre outros fatores. Além disso, é fundamental o controle sobre o crescimento, avaliando sempre que preciso (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

No desenvolvimento infantil, observa-se uma prevalência quanto aos casos de mordida aberta, mordida cruzada anterior e sobressaliência, respectivamente. Pode-se reparar que o uso dos aparelhos ortopédicos está cada vez mais constante quando se trata de tratamento precoce (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

As más oclusões podem apresentar envolvimento dentário e/ou esquelético. Na Classe III, pode-se verificar a presença de uma mandíbula protruída, de uma maxila retruída ou a junção das duas. Em muitos casos, observa-se uma atresia maxilar, gerando mordidas cruzadas anteriores e posteriores (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Há várias opções de tratamento para corrigir a Classe III. Para uma abordagem mais precoce, máscara facial pode ser uma opção. Com esse tipo de procedimento, espera-se observar uma relação melhor entre maxila e mandíbula, uma estética mais agradável e uma oclusão adequada (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira, 2015).

Estudos apontam que boa parte das crianças, aos 5 anos, já apresentam anomalias do crescimento e do desenvolvimento, e que aos 12 anos consegue-se observar alguma alteração na oclusão. Desta forma, fazer a intervenção cedo é uma opção de tratamento buscada por boa parte dos profissionais hoje em dia (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

Realizar a prevenção das más oclusões contribui para a estética, a função, a mastigação, a fonética, além de minimizar os efeitos negativos no âmbito

psicológico do paciente. Desta forma, identificar o problema e a causa, antecipadamente, resulta em impactos positivos sobre o indivíduo (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Estudos consideram que apenas com uma adequada cirurgia ortognática é possível ter uma relação equilibrada entre esqueleto e face. Por isso, algumas tentativas acabam frustrando o paciente e até o profissional (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

As alterações iniciadas na fase da dentição decídua permanecem nas seguintes dentições, a mista e a permanente. Ou seja, a má oclusão não se autocorrige. Desta forma, entende-se que o tratamento precoce é fundamental, pois nessa fase consegue-se prevenir e interceptar, aproveitando o crescimento e contando com elevado grau de remodelação (GIMENEZ, Carla Maria Melleiro, et al, 2008).

Na má oclusão de Classe III, podemos observar um alto comprometimento estético, afetando o aspecto psicológico do indivíduo. Além disso, se o fator hereditário estiver presente, pode-se salientar que o prognóstico do tratamento não será favorável. As modificações craniofaciais são mais favoráveis quando o tratamento da Classe III é precoce (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Uma pesquisa foi feita com os profissionais do SUS, onde a grande maioria se mostrou a favor do tratamento ortodôntico preventivo na saúde pública. Porém, boa parte acredita que não está muito preparado para esse tipo de atendimento. Desta forma, seria importante capacitar os profissionais para tais procedimentos (GUZZO, Samuel Carlos, et al, 2014).

Não é fácil planejar e controlar a má oclusão de Classe III, pois são vários os seus fatores etiológicos, como a genética, a falta de desenvolvimento maxilar, o crescimento em excesso da mandíbula, as posições dentárias incorretas, os problemas verticais, entre outros. Um bom planejamento deve ser feito, levando em consideração todos esses pontos. Além disso, é importante também considerar a idade do indivíduo (FERNANDES, Sérgio Henrique Casarim, 2010).

A respiração e a postura corporal influenciam no crescimento e desenvolvimento da face e dos dentes. De acordo com alguns estudos, a mordida aberta é a mais comum em crianças e que, para o desenvolvimento de uma má oclusão, é necessário a combinação de vários fatores (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

O tratamento da Classe III pode ser por meio da ortopedia, da ortodontia ou da cirurgia. Em pacientes mais adultos, em muitos casos, a cirurgia ortognática é indicada, mas não é a primeira escolha do paciente. Já nas crianças, pode-se observar o uso de aparelhos ortopédicos, onde o mais comum é o uso do expansor rápido de maxila junto com a máscara facial (Keim RG, et al, 2009).

Antecipar uma intervenção na Classe III, pode recuperar a autoestima do paciente, a sua relação com as outras pessoas, a sua estética e a função, além de reduzir as chances de cirurgias (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

A Classe III pode ser caracterizada por um prognatismo mandibular. O crescimento da mandíbula está ligado ao fator genético. Uma opção para esse tratamento, ou seja, para o controle desse crescimento, é o aparelho ortopédico. Porém, o prognóstico do tratamento precoce nessa má oclusão não é muito favorável, pois há uma limitação nos efeitos desses aparelhos quando se trata da mandíbula, já a maxila reage melhor (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Estudos compararam dois grupos de pacientes para verificar o resultado do tratamento precoce da Classe III. Um grupo utilizou aparelho ortopédico removível e o outro fez uso da máscara facial associada a um expansor da maxila, alternando com o aparelho removível, em caso de Classe III mais avançada. Observou-se que ambos apresentaram repostas positivas, mas no grupo que utilizou a máscara facial o resultado foi melhor (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Os problemas funcionais presentes devido as alterações de desenvolvimentos oclusais podem evoluir para problemas esqueléticos mais sérios no futuro. Desta forma, é importante identificar as más oclusões durante a fase de crescimento, buscando evitar comprometimentos mais complexos (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira; MACHADO, André Wilson Machado, 2010).

A Classe III pode ser acentuada caso o tratamento não seja feito precocemente. Os estudiosos dividem opiniões, principalmente, quando se trata da cirurgia. Alguns defendem que é preciso aproveitar a fase de crescimento,

outros preferem o pós-crescimento (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Quando a Classe III é devido a retrusão maxilar ou a uma junção da retrusão da maxila com uma leve protrusão da mandíbula, o tratamento precoce tem apresentado eficiência. Pode-se associar isso ao fato da maxila ser mais passível a mudanças ambientais e a mandíbula ser mais genética. No caso, a ortopedia apresentaria melhores resultados nos tratamentos das classes III por retrusão maxilar (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Estudos avaliaram os impactos causados nos pacientes Classe III (dentição decídua e dentição mista inicial) a partir do uso de um protator maxilar modificado. Pode-se observar maiores modificações dentárias e esqueléticas nos pacientes com dentição decídua. Alterações na maxila e na mandíbula mostram que o tratamento precoce é mais favorável (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Quando a Classe III está ligada, principalmente, a mandíbula, é importante que a intervenção seja realizada, pois essa má oclusão pode ir se agravando, uma vez que a maxila tem o crescimento menos potente comparado com o crescimento da mandíbula (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Acredita-se que para os pacientes portadores da Classe III, com a presença da protrusão mandibular, além do tratamento com aparelho, deve ser realizada a cirurgia ortognática, mas a idade deve ser levada em consideração (Daher W, Caron J, 2007).

Seria mais oportuno que, durante a dentição decídua, o diagnóstico da Classe III fosse feito, já que essa má oclusão não encontra-se estabelecida por completo na criança (vai acentuando-se com o tempo e as leves características criam barreiras para o diagnóstico preciso) e pelo fato da Classe III interferir na autoestima (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Na Classe III, se o crescimento mandibular for em excesso, o prognóstico não é favorável. Tratar pacientes com essa má oclusão por conta da deficiência maxilar é mais fácil na dentição decídua, devido a facilidade de remodelação maxilar (GARBIN, Artênio José Isper, et al, 2016).

A máscara facial e o Twin-Block reverso apresentaram efetivas respostas ao tratamento precoce da Classe III. Porém, a estabilidade estaria ligada ao

processo de crescimento. Em casos onde não há mais crescimento, a indicação é voltada para a ortodontia e a cirurgia (Seehra J, et al, 2012).

Alguns estudos defendem que a Classe III está ligada a genética, não sendo possível alterá-la. Nesse caso, o tratamento orto-cirúrgico é o mais indicado. Outros estudos acreditam no fator genético, mas também entendem que é possível interferir no crescimento sem o envolvimento da cirurgia (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

Observa-se uma intensa deformidade facial quando a origem da Classe III é principalmente esquelética. O uso de aparelhos ortopédicos pode ser uma opção de tratamento durante a fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

Foi feito um estudo clínico, envolvendo o expansor rápido da maxila e a máscara facial, onde o objetivo era verificar os resultados do tratamento precoce da Classe III com a ortopedia. As respostas a esse procedimento foram positivas, onde os dentes e o esqueleto reagiram bem (Anne Mandall N, et al, 2012).

A má oclusão torna-se um problema de saúde por conta do número de casos existentes. Acredita-se que a mesma está ligada, principalmente, ao fator genético e ao ambiental. O tratamento precoce pode gerar grande impacto positivo na autoestima do paciente e na sua adaptação social (ALEMAN ESTEVEZ, María Gudelia, et al, 2011).

O agravamento da má oclusão seria evitado caso a sua descoberta fosse precocemente. Além disso, iria interferir diretamente na qualidade de vida do paciente, já que a função e a estética afetam o dia a dia do indivíduo (PEREZ LAUZURIQUE, Aleida de la C, et al, 2013).

Ao longo da intervenção precoce na Classe III, recomenda-se uma ação inicial na maxila, expandindo-a e adaptando-a à mandíbula, justificando a interferência no transversal do paciente (ARAÚJO, Eustáquio A; ARAÚJO, Cristiana V, 2008).

A Classe III atinge menos de 5% das pessoas, sendo a menos comum entre as más oclusões. Durante o tratamento precoce, o foco é remover alguns problemas encontrados, como: o overjet, o overbite, o apinhamento, entre outros (Daher W, Caron J, 2007).

Os responsáveis e os pacientes estão buscando o tratamento ortodôntico cada vez mais cedo. Desta forma, consegue-se estudar as más oclusões

presentes e as suas causas, levando a um diagnóstico precoce e a prevenção do agravamento do problema (MALTAGLIATI, Liliana Avila, et al, 2013).

Vários estudiosos acreditam no tratamento da Classe III sem a cirurgia e, além disso, confiam que é possível tratar com sucesso, mesmo essa má oclusão tendo ligação com o fator genético. Os resultados são mais positivos nos indivíduos mais jovens (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira, 2015).

Além da análise cefalométrica, é preciso ficar atento as características da face, da oclusão e, para complementar, fazer uso de radiografias, como a panorâmica, onde pode-se observar a boca por completo, verificando os dentes e, até mesmo, a presença de patologias (OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron, et al, 2005).

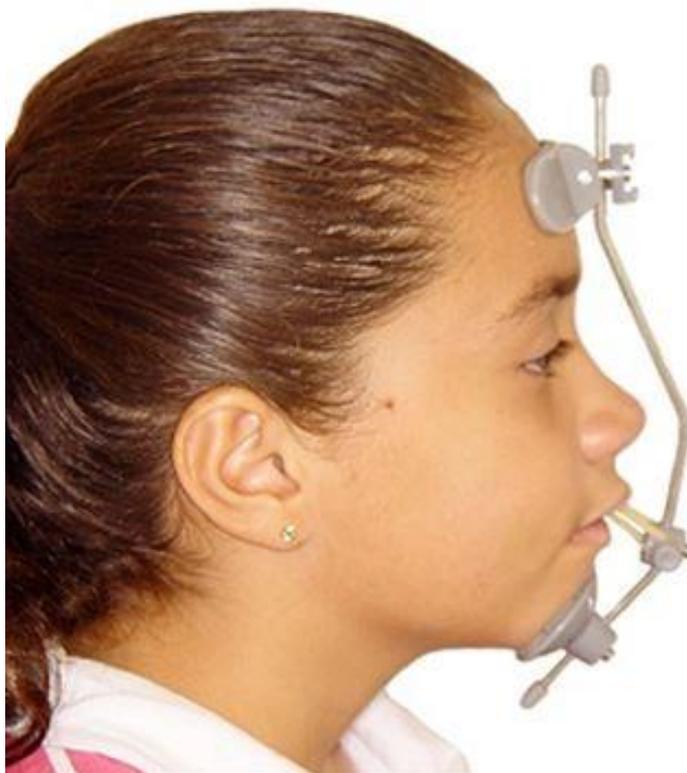
Para obter um tratamento satisfatório de Classe III é preciso ter um eficiente diagnóstico. Com isso, torna-se importante a avaliação da situação maxilar e mandibular, buscando visualizar qual base óssea foi comprometida e, a partir disso, organizar os procedimentos. Consequências positivas, como a correção facial, são encontradas quando o tratamento da Classe III acontece precocemente (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

5. DISCUSSÃO

De acordo com as pesquisas, pode-se observar que a Classe III, de todas as más oclusões, é a que menos atinge a população. A mesma é caracterizada, por alguns autores, pela presença de uma retrusão maxilar, de uma protrusão mandibular ou pela junção das duas (BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira, 2009).

Sendo assim, o tratamento seria escolhido a partir da identificação da estrutura causadora dessa alteração. Por exemplo, se a Classe III acontecer devido ao retrognatismo maxilar, a protração da maxila, por meio da máscara facial, seria uma opção de tratamento durante o crescimento (PERRONE, Anna Paula Rocha; MUCHA, José Nelson, 2009).¹

Imagem 01 – Máscara Facial



Fonte: Imagem do Google de Máscara Facial¹

¹ Disponível em: <<https://www.google.com>> Acesso em abril, 2019¹

Outros estudos discordam desse pensamento e descrevem que a Classe III é determinada pelo excesso de crescimento mandibular, ou seja, não há envolvimento da maxila, pois a mesma é um osso fixo. Desta maneira, o planejamento seria direcionado para o reposicionamento da mandíbula, que está sempre se adaptando da melhor maneira possível (CRUZ, Ricardo Machado, 2012).

Essa má oclusão costuma afetar a estética do paciente, deixando o perfil facial reto ou côncavo e, além disso, ainda há um envolvimento funcional, já que a oclusão dentária encontra-se alterada. Desta forma, várias estruturas podem sofrer danos, como: gengiva, osso, dente, articulações, entre outros (Gonçalves Filho S, et al, 2005).

Imagem 02 – Paciente Adulto Classe III



Fonte: Imagem do Google Paciente Classe III²

²Disponível em https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi_6IHv997hAhVTLLkGHadpAOcQ_AUIDigB&biw=1366&bih=608#imgrc=rcVC36Cq2leWNM> Acesso em abril, 2019

Autores acreditam que, durante a dentição decídua, já consegue-se observar as características dentárias e esqueléticas da má oclusão de Classe III, facilitando o tratamento precoce (Silva Filho OG, et al, 2008). Portanto, a intervenção antecipada colabora para que essa alteração não se acentue e para que os profissionais tenham maior controle do crescimento ósseo do paciente.

Imagem 03 – Paciente Classe III – Dentição decídua



Fonte: Imagem do Google³

³Disponível: https://www.google.com.br/search?biw=1366&bih=608&tbn=isch&sa=1&ei=kjS7XJL8CsPE5OUPmrmkAc&q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III+crian%C3%A7as&oq=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III+crian%C3%A7as&gs_l=img.3...137485.140407..140678...1.0..0.242.2265.2-10.....0....1..gws-wiz-img.....0j0i30.C6DvWE_AZck#imgdii=Ayl-9pwEBKPeM:&imgcr=UDtF3LQ8X_f_LM: > Acesso em abril. 2019

Em contrapartida, também consideram que a classe III, em alguns casos, não encontra-se totalmente definida nas crianças, estabelecendo-se totalmente com o crescimento ósseo (Silva Filho OG, et al, 2008). Com isso, a interferência não é feita de forma precoce e pode-se encontrar más oclusões evoluídas.

Imagem 03a – Paciente Classe III – Dentição Permanente



Fonte: Documentação Ortodôntica, 2018

Além disso, estudiosos defendem que, em crianças muito pequenas, não é recomendado iniciar o tratamento caso a má oclusão de Classe III seja muito severa, pois não será possível restaurar o crescimento e, desta forma, seria necessário realizar a cirurgia ortognática quando o crescimento estivesse concluído (PATTI, Antonio; DARC, Guy Perrier, 2006).

Imagem 04 – Paciente Classe III – Antes e Depois



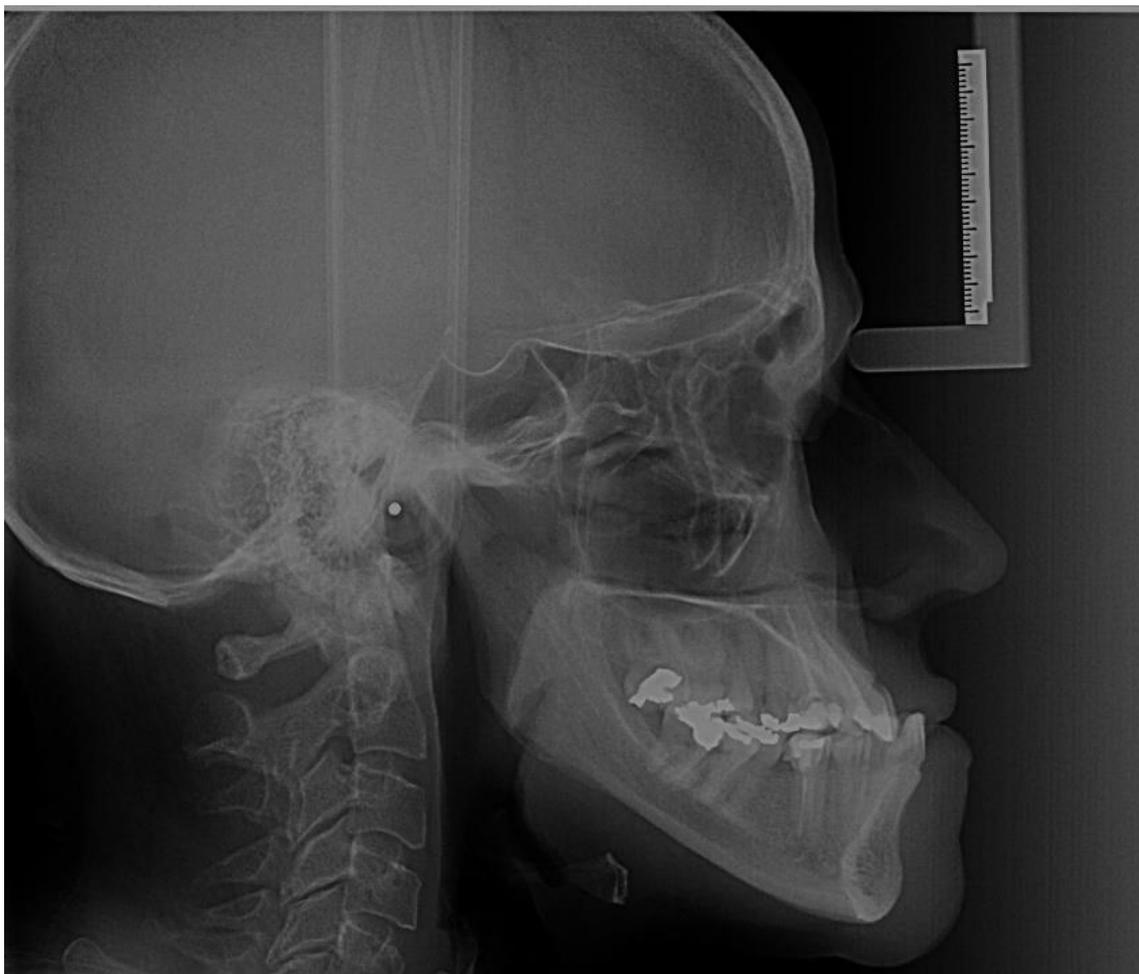
Fonte: Imagem do Google⁴

De outro modo, se a Classe III for ocasionada pela maxila, é recomendável tratar precocemente, objetivando o desenvolvimento maxilar (PATTI, Antonio; DARC, Guy Perrier, 2006). Independente do elemento causador da má oclusão, é preciso buscar eliminar os fatores de risco dessa alteração o mais breve possível.

Visando um tratamento eficiente, é preciso realizar um diagnóstico detalhado, analisando e examinando a má oclusão clinicamente, além de verificar o perfil do paciente, os modelos em oclusão, as imagens radiográficas, os fatores etiológicos. Vale ressaltar que, o tratamento já pode ser iniciado na dentição decídua com algumas manobras que ajudem a eliminar alguns transtornos.

⁴Disponível em https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III&tbn=isch&tbs=rimg:CRxvmxFi3jyljgB3tzmvwkw6ScLFnPIEqB2Lq5bmW3Jhzhm7mk5AIfGw9JZaCt5ofzEqyhZ7K6Gd3Cxtppyx6ioSCQHe3Oa_1CTDpEoptVOHKsnHKHJJwsWc8gSq4cRBmS9f9b2654qEgkHYurluZbcmBH4zczP1DyhoSCXOGbuaTKCV8EXQtP7CFFrDKhJbD0lloK3mh8R1N6NPp9Dt5QqEgnMSrKFnsr7oRFp6kwc9v6lWyoSCZ3cLG2mnlHqEUncne3z36hp&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwi0kqSm-N7hAhVelLKGHCXTDbkQ9C96BAgBEBg&biw=1366&bih=608&dpr=1#imgrc=zEqyhZ7K-6EapM:> Acesso em abril. 2019

Imagem 04a – Telerradiografia Paciente Classe III



Fonte: Documentação Ortodôntica, 2018

Segundo alguns autores, para o tratamento precoce de qualquer má oclusão, é importante ter conhecimento das vantagens e desvantagens dessa opção. Algumas pesquisas, apontam que a eliminação de um tratamento mais complexo na dentição permanente seria a grande vantagem da intervenção precoce, pois a fase de crescimento seria usada para a reparação das má-formações dentoalveolares (HEBLING, Sandra Regina Faccioli, et al, 2007).

Imagem 04b – Fotos Intrabucais



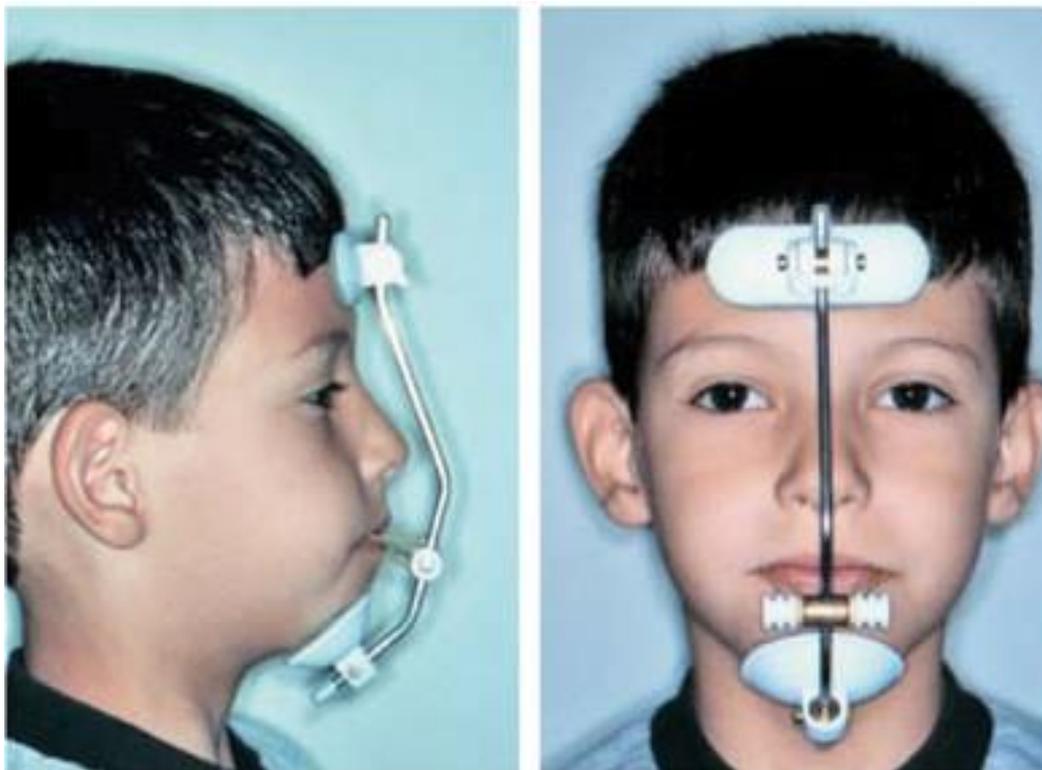
Fonte: Journal of the Health Sciences Institute - Revista do Instituto de Ciências da Saúde. V. 30, n. 1, p. 104 a 108, jan/mar, 2013.

A não colaboração/cooperação do paciente e a questão do processo de crescimento, o qual não pode ser previsto com exatidão, podem ser obstáculos no tratamento precoce. Essa dificuldade em antever o rumo do crescimento, requer que o profissional tenha entendimento sobre os elementos que podem afetar o processo e sobre o desenvolvimento dos dentes e da face (HEBLING, Sandra Regina Faccioli, et al, 2007).

Quando a máscara facial é a opção utilizada no tratamento precoce de um paciente Classe III, é preciso contar com a colaboração do mesmo, pois o seu tempo de uso é de suma importância para os resultados na oclusão e na face. Destaca-se que o acompanhamento deve ser feito até a conclusão do crescimento, quando se trata de pacientes com essa má oclusão (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Pesquisas apontaram que, com o tratamento precoce através da máscara facial e da expansão maxilar, os resultados foram positivos. Tanto a maxila como a mandíbula sofrem consequências benéficas quando o tratamento é iniciado cedo. Diferentemente do tardio, que apresenta limitações por parte da mandíbula (GALLÃO, Simone, et al, 2013).

Imagem 05 – Máscara Facial – Perfil e Frontal



Fonte: Imagem do Google⁵

⁵ https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III&tbs=isch&tbs=ring:CRxvmxFi3jylJgB3tzmvwkw6ScLFnPIEquHB2Lq5bmW3Jhzhm7mk5AlfGw9JZaCt5ofzEqyhZ7K6Gd3Cxtppyx6ioSCQHe3Oa_1CTDpEcptVOHKsnHKhJJwsWc8gSq4cRBmS9f9b2654qEgkHYurluZbcmBHz4zczP1DyhioSCXOGbuatKCV8EXQtP57CFfDKhJbD0lloK3mh8R1N6NPp9Dit5QqEgnMSrKFnsr7oRFp6kcv9v6lWyoSCZ3clG2mnlHqEUncne3z36hp&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwi0kqSm-N7hAhVelLkGHcXTDbkQ9C96BAGBEBg&biw=1366&bih=608&dpr=1#imgrc=Uk9ksz9z7lvm1M: > Acesso em abril. 2019

De acordo com alguns estudos, realizar o controle do esqueleto craniofacial através da ortopedia, precocemente, simplifica muitos casos, diferente de quando a intervenção é feita tardiamente. Além disso, encontra-se maior resultado sobre o crescimento quando o tratamento é iniciado o mais cedo possível, pois há maior controle deste (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Imagem 06 – Paciente Infantil Classe III



Fonte: Imagem do Google⁶

Outros acreditam que, por contarem com o crescimento esquelético praticamente concluído e com a dentição permanente, o tratamento iniciado na adolescência facilita a elaboração de um plano de tratamento, diminuindo as

⁶https://www.google.com.br/search?biw=1366&bih=608&tbn=isch&sa=1&ei=kjS7XJL8CsPE5OUPmrmSkAc&q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III+crian%C3%A7as&img=3...137485.140407..140678...1.0..0.242.2265.210.....0....1..gws-wiz-img.....0j0i30.C6DvWE_AZCk#imgrc=00FQg-px9KqcGM: > Acesso em abril. 2019

adversidades do mesmo. Porém, esse atraso poderá interferir nas alternativas de tratamentos, diminuindo as opções (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Imagem 06a – Cirurgia Ortognática – Antes e Depois

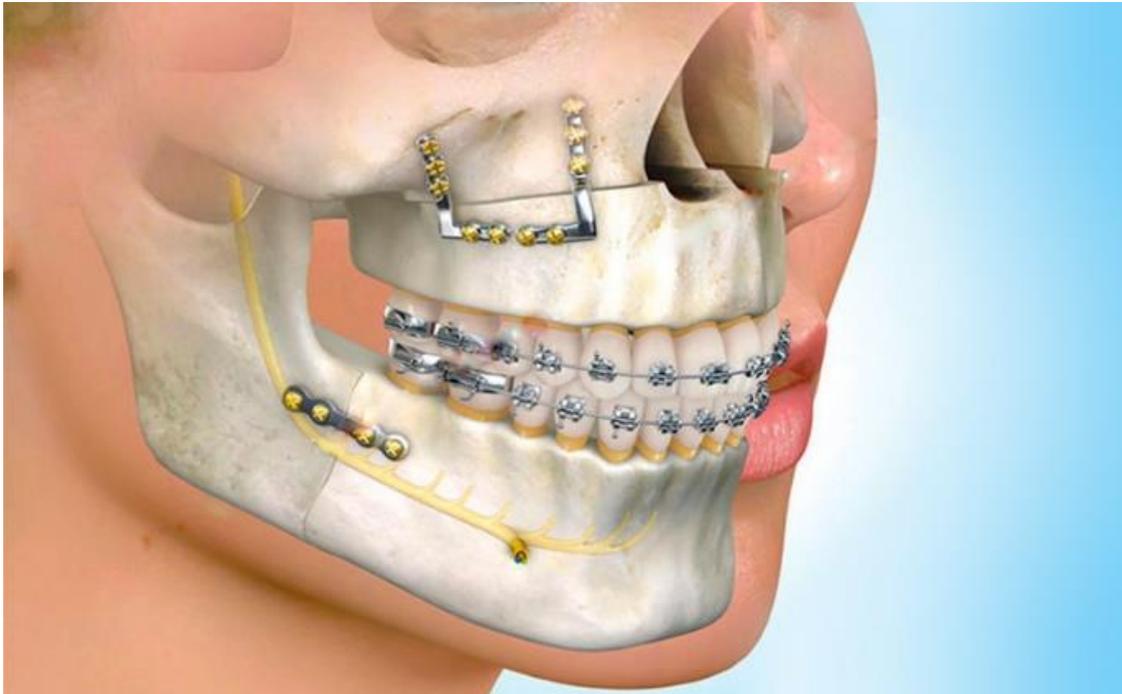


Fonte: Imagem do Google^{6a}

Além disso, quando a intervenção é feita tardiamente, pode-se encontrar barreiras nas tentativas de alterações esqueléticas e funcionais (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014). Desta forma, é mais positivo iniciar o tratamento precocemente, pois há mais chances de obter sucesso nas mudanças funcionais e esqueléticas do paciente.

Em contrapartida, a intervenção antecipada não assegura que a má oclusão não possa recidivar. Diversos autores abordam que, durante a fase adulta, só será possível equilibrar, no tratamento, a parte dentária ou associar a ortodontia à cirurgia ortognática, tornando o prognóstico incerto (MINOMI, Fernanda Maibashi, 2014).

Imagem 07 – Cirurgia Ortognática

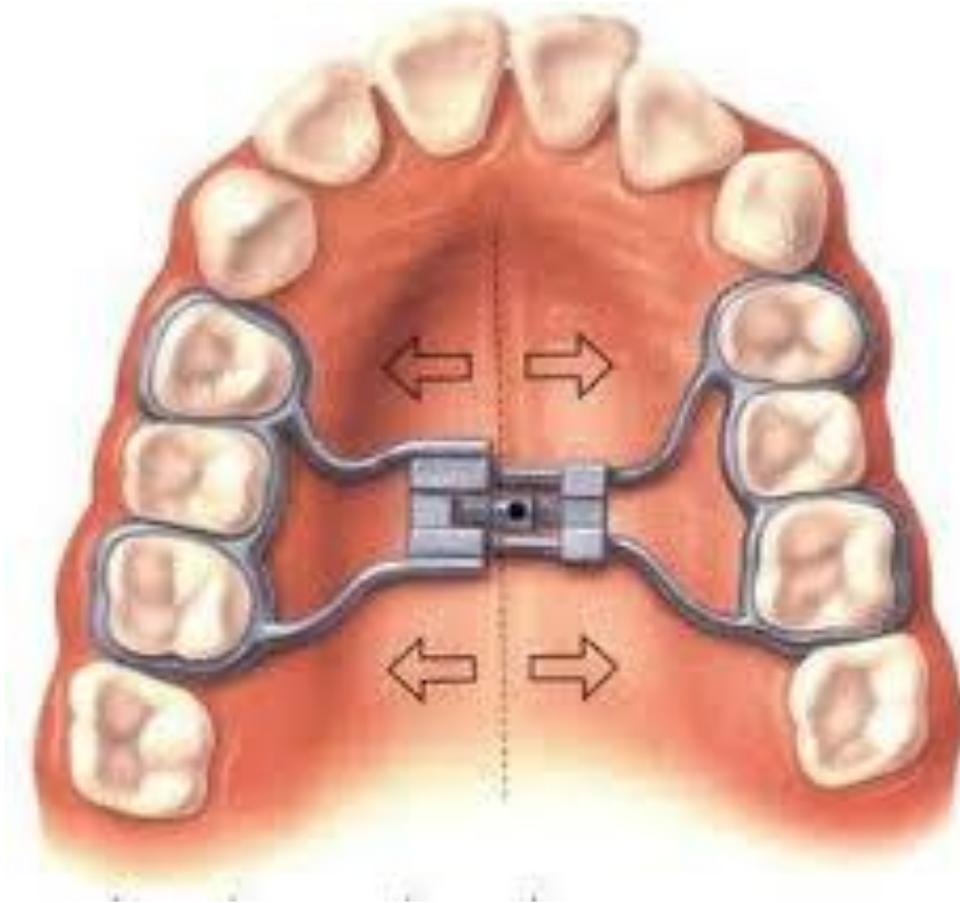


Fonte: Imagem do Google⁷

Já no tratamento precoce da Classe III, mesmo dependendo da colaboração do paciente, os resultados tendem a ser mais positivos. Uma opção que mostrou muita efetividade, durante a intervenção precoce, foi a disjunção maxilar ligada à protração facial.

⁷

Imagem 08 – Disjunção Maxilar

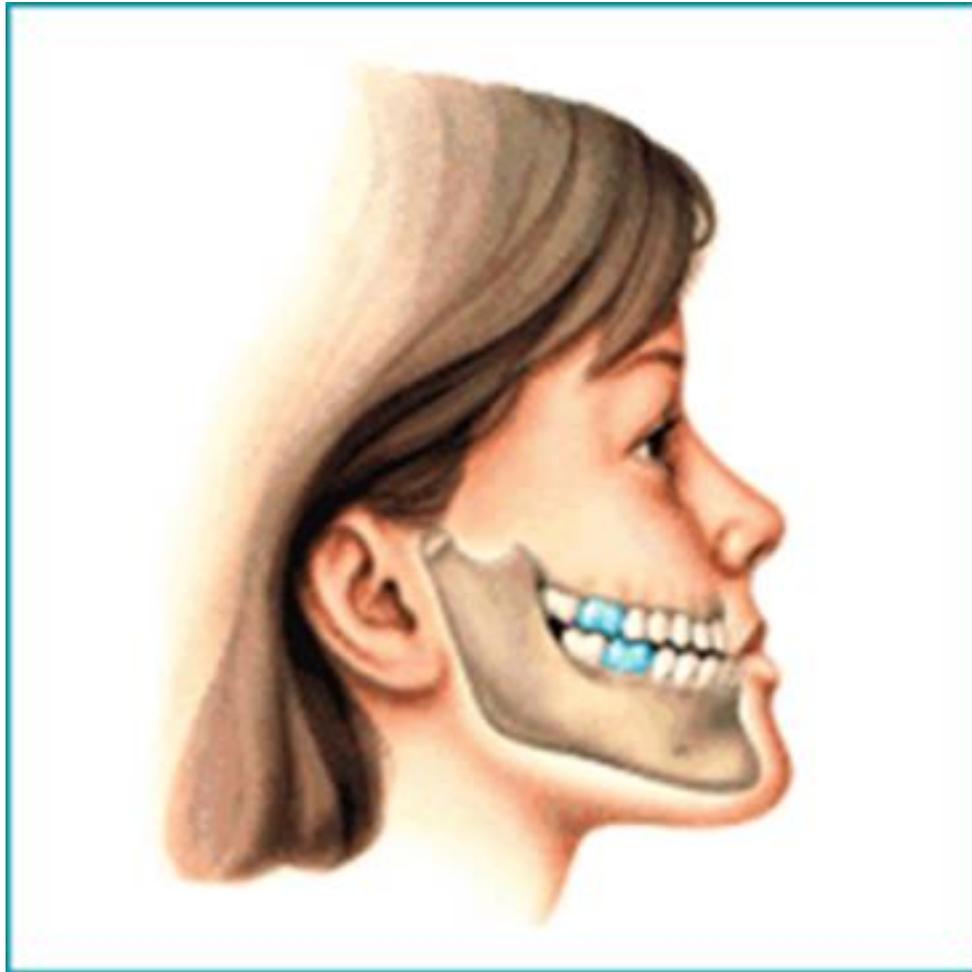


Fonte: Imagem do Google⁸

A busca pelo tratamento ortodôntico está sendo cada vez mais cedo. Desta forma, consegue-se um diagnóstico antecipado e o início do tratamento já poderá ser feito precocemente. Com isso, é possível identificar e remover hábitos que possam atrapalhar o procedimento ou que possam agravar a má oclusão, o que seria mais difícil de conseguir depois de anos.

⁸https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi_6IHv997hAhVTLLkGHadpAOcQ_AUIDigB&biw=1366&bih=608#imgrc=HG-bEWLePL7YHM: > Acesso em abril. 2019

Imagem 09 – Relação Molar na Classe III



Fonte: Imagem do Google⁹

Muitos autores dividem opiniões quanto ao momento adequado para realizar o tratamento. Uma parte defende que a fase de crescimento deve ser aproveitada, resultando em uma recuperação antecipada da função, da estética, da autoestima, além de diminuir as chances de tratamentos com cirurgia ortognática (ARAUJO, Eustáquio A.; ARAUJO, Cristiana V, 2008).

⁹https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCCLUS%C3%83O+CLASSE+III&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi_6IHv997hAhVTLkGHadpAOcQ_AUIDigB&biw=1366&bih=608#imgrc=HG-bEWLePL7YHM: > Acesso em abril. 2019

Enquanto isso, um outro grupo prefere o pós-crescimento, pois já conta com a dentição permanente completa, com a cooperação do paciente e com o crescimento esquelético finalizado (ARAUJO, Eustáquio A.; ARAUJO, Cristiana V, 2008). Porém, a grande maioria concorda que o tratamento precoce gera mais resultados positivos do que o tardio, pois muitos fatores etiológicos podem ser prevenidos e tratados antecipadamente, além de aproveitar o crescimento do paciente, contando com o grande poder de remodelação.

Imagem 10 – Resultado do Tratamento da Classe III



Fonte: Imagem do Google¹⁰

¹⁰ https://www.google.com.br/search?q=M%C3%81+OCLUS%C3%83O+CLASSE+III+cirurgia+ortogn%C3%A1tica&tbm=isch&tbs=rimg:Cd_1VKgAvxYJ6lJgLa075oZJDcXT5GTuiTnewPaRBpyYSS9mfGmNPoYGPspfUm8hiLKmvmQm1cu2GWdatiF4MvMvCoSCQu1rTvmhkkNEW SncuHcsMAOKhJxdPkZO6J0d4R_1NdNgu_1BGhMqEgnA9pEGnJhJLxEdKW9crAdzEioSCWZ8aY0EbEZqJMkirEiKhJy9SbyGlsqYRUWx_1OgGhMqEgnZCbVy7YZRHRjr3sr353SyoSCZ1q2IXgy8y8EdqhUJmuO_1lu&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwjgppuj-t7hAhVvLLkGHTP1DYMQ9C96BAgBEBg&biw=1366&bih=608&dpr=1#imgrc=wPaRBpyYSS-FRM: >
Acesso em abril. 2019

6. CONCLUSÃO

A má oclusão de Classe III não é a que atinge a maior parte da população, mas, em contrapartida, gera grandes transtornos funcionais e estéticos ao paciente, além de influenciar na mastigação, na fala.

Com o tratamento precoce, a ortodontia promove grandes resultados, assim evitando que a má oclusão de Classe III não seja agravada. Além disso, nessa fase há maior controle do crescimento craniofacial, conseguindo melhorar a estrutura do paciente.

Constatar essa alteração, antecipadamente e tratar, produz efeitos positivos sobre o paciente, mas vale ressaltar que o sucesso vai depender, também, dos fatores genéticos, locais, funcionais e da colaboração do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ALEMAN ESTEVEZ, María Gudelia; MARTINEZ BRITO, Isabel; PEREZ LAUZURIQUE, Aleida. Índice de estética dental y criterio profesional para determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico. **Rev. Med. Electrón.**, Matanzas , v. 33, n. 3, p. 271-277, jun. 2011 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242011000300003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 abr. 2019.
2. ARAUJO, Adriano Marotta; BUSCHANG, Peter H. Os efeitos dos aparelhos funcionais sobre a dimensão transversal da maxila e mandíbula. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 10, n. 2, p. 119-128, Apr. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192005000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192005000200015>.
3. ARAUJO, Eustáquio A.; ARAUJO, Cristiana V. de. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 13, n. 6, p. 128-157, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192008000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192008000600015>.
4. BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira. Early treatment of patient with Class III skeletal and dental patterns. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v. 20, n. 6, p. 97-109, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512015000600097&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-6709.20.6.097-109.bbo>.
5. BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira. Má oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 14, n. 1, p. 132-142, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192009000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192009000100013>.

6. BITTENCOURT, Marcos Alan Vieira; MACHADO, André Wilson. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos: um panorama brasileiro. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v. 15, n. 6, p. 113-122, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512010000600015>
7. Cozza P, et al. An orthopaedic approach to the treatment of Class III malocclusions in the early mixed dentition. **European journal of orthodontics. [London] Churchill Livingstone**, v.26, n.2, p.191-9, Apr. 2004. Available from < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15130043>>. Access on 22 Apr. 2019. PubMed PMID: 15130043.
8. CRUZ, Ricardo Machado. Treatment of a Class III growing patient with mandibular prognathism and severe anterior crossbite. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v. 17, n. 4, p. 148-159, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512012000400027&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512012000400027>.
9. Daher W, et al. Nonsurgical treatment of an adult with a Class III malocclusion. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics: official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics**. [St. Louis, Mo.] : C.V. Mosby, [c1986-, v.132, n.2, p.243-51, Aug. 2007. Available from < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Daher+W%2C+Caron+J%2C+Wechsler+M>>. Access on 22 Apr. 2019. DOI: 10.1016/j.ajodo.2006.02.034. PubMed PMID: 1769337711.
10. FERNANDES, Sérgio Henrique Casarim. Má oclusão Classe III de Angle, subdivisão direita, tratada sem exodontias e com controle de crescimento. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v. 15, n. 6, p. 131-142, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000600017&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512010000600017>.

11. GALLÃO, SIMONE et al. Diagnóstico e tratamento precoce da Classe III: relato de caso clínico. **Journal of the Health Sciences Institute - Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. V. 30, n. 1, p. 104 a 108, jan/mar, 2013. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V30_n1_2013_p104a108.pdf
12. GARBIN, A.; GRIECO, F.A.; ROSSI, L. Ortodontia de Visão: 1. Ed. Livraria e Editora Tota, 2016.
13. GIMENEZ, Carla Maria Melleiro et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 13, n. 2, p. 70-83, Apr. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192008000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192008000200009>.
14. GONCALVES FILHO, Sylvio; CHAVES, Andrea; BENVENGA, Miguel Neil. Apresentação de um caso clínico de Classe III de Angle, tratado com o aparelho extrabucal basculante inferior de ação reversa, proposto por Baptista. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 10, n. 1, p. 46-58, Feb. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192005000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192005000100006>.
15. GUZZO, Samuel Carlos et al. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 449-460, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200449&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2019.
16. HEBLING, Sandra Regina Facciolli et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 1067-1078, Aug. 2007. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400028&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400028>.

17. Keim RG, et al. 2008 JCO study of orthodontic diagnosis and treatment procedures. Part 3: more breakdowns of selected variables. **Journal of clinical orthodontics: JCO**. Hempstead, N.Y.:JPO, Inc., c1970-, v.43, n.1, p.22-33, Jan. 2009. Available from < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19276571>>. Access on 22 Apr. 2019. PubMed PMID: 19276571.

18. MALTAGLIATI, Liliana Avila et al. Transversal changes in dental arches from non-extraction treatment with self ligating brackets. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá , v. 18, n. 3, p. 39-45, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512013000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512013000300008>.

19. MINOMI, Fernanda Maibashi, A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRECOCE. 2014. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Brasil, 2014.

20. N MANDALL, Anne et al. Is early Class III protraction facemask treatment effective? A multicentre, randomized, controlled trial: 3-year follow-up. **Journal of orthodontics**. Oxford, UK : Oxford University Press, c2000, v.39, n.3, p.176-85, Sep. 2012. Available from < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Anne%20Mandall%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22984102>. access on 22 Apr. 2019. DOI: 10.1179/1465312512Z.00000000028.

21. OLTRAMARI, Paula Vanessa Pedron et al. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 10, n. 5, p. 72-82, Oct. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192005000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192005000500008>.

22. PATTI, A.; DARC, G. Tratamentos Ortodônticos Precoces: 1 ed. Editora Quintessence, 2006.

23. PEREZ LAUZURIQUE, Aleida de la C et al. Necesidad de tratamiento ortodôntico en estudiantes de 10 a 12 años. Matanzas. **Rev. Med. Electrôn.**, Matanzas , v. 35, n. 5, p. 461-469, oct. 2013. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 abr. 2019.

24. PERRONE, Anna Paula Rocha; MUCHA, José Nelson. O tratamento da Classe III: revisão sistemática - Parte I. Magnitude, direção e duração das forças na protração maxilar. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 14, n. 5, p. 109-117, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192009000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192009000500015>.

25. Seehra J, et al. A comparison of two diferente techniques for early correction of Class III malocclusion. **The Angle orthodontist**. Appleton, Wis. [etc.] Edward H. Angle Society of Orthodontia, v.82, n.1, p.96-101, Jan. 2012. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21806467>>. Access on 22 Apr.2019. DOI: 10.2319/032011-197.1. Epub 2011 Aug 1. PubMed PMID: 21806467.

26. SILVA FILHO, Omar Gabriel da et al. Correlação entre padrão facial e relação sagital entre os arcos dentários no estágio de dentadura decídua: considerações epidemiológicas. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá , v. 13, n. 1, p. 101-112, fev. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192008000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192008000100012>.

27. TAMBURUS, W., et al. Ortodontia - Terapia Bioprogressiva. 1 ed. Tota livraria e editora, 2013.