

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO SEM EXODONTIA DE MALOCLUSÃO DE CLASSE III

Compensatory treatment without extraction to Class III malocclusion

Mariane Nunes Nascimento Moutinho Marques¹

Ana Paula Zaia Barel Correia²

Diogo Mamoru Kamoda²

Edson Ramos Souza³

Ronaldo Henrique Shibuya⁴

Resumo

O tratamento compensatório corrige apenas o componente dentário e várias abordagens podem ser selecionadas dependendo do grau da discrepância, desde o nivelamento e alinhamento, passando pelas extrações dentárias, até a distalização de toda a arcada inferior. O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico de tratamento compensatório da malocclusão de Classe III. A paciente do sexo feminino foi tratada com aparelho autoligado, sem extrações, e elásticos intermaxilares de mecânica de classe III. Os resultados foram discutidos juntamente com os fatores relacionados ao diagnóstico e prognóstico.

Palavras-chave: Má-Oclusão de Angle Classe III. Ortodontia Corretiva. Técnicas de Movimentação Dentária.

¹ Especialista em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

² Especialista em Ortodontia – Centro de Atendimento Ortodôntico / Associação Científica de Ensino, Pesquisa e Extensão; Professor Assistente do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

³ Especialista em Ortodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD).

⁴ Mestre em Radiologia Odontológica – Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

Abstract

The compensatory treatment corrects only the dental component and several approaches can be selected depending on the degree of discrepancy, from leveling and alignment through dental extractions to distalization of the entire lower arch. The aim of this article is to present a clinical case of compensatory treatment of Class III malocclusion. The female patient was treated with self-ligating appliance, without extractions, and intermaxillary elastics of class III mechanics. The results were discussed together with the factors related to diagnosis and prognosis.

Keywords: Malocclusion, Angle Class III. Orthodontics, Corrective. Tooth Movement Techniques.

Introdução

A malocclusão de classe III é caracterizada pela mordida cruzada anterior dentária, acompanhada de alteração esquelética ou não. O comprometimento na harmonia facial é um dos principais motivos pela busca do tratamento ortodôntico (BITTENCOURT, 2009). Nos casos limítrofes, torna-se difícil definir se o tratamento será cirúrgico ou não.

O diagnóstico e o tratamento precoce são importantes quando realizados na fase da dentição decídua e mista, pois há possibilidade de direcionar o crescimento e reduzir a gravidade da malocclusão. Na idade adulta, as grandes discrepâncias cefalométricas devem ser solucionadas por meio do tratamento ortodôntico-ortognático, que resultam em maior estabilidade, tanto esquelético quanto funcional (FARRET; FARRET; FARRET, 2010).

Por outro lado, muitos pacientes optam por não fazer a cirurgia devido ao custo do procedimento ou pelo receio do processo cirúrgico em si. Dessa forma, o tratamento compensatório até possibilita o fechamento da mordida e, conseqüentemente, a obtenção de trespasse vertical positivo. A correção limitar-se-á ao processo dentoalveolar, não envolvendo a base óssea e, portanto, com maior incidência de recidiva (FARRET; FARRET; FARRET, 2010; VALARELLI *et al.*, 2014).

Uma vez que o tratamento compensatório corrige apenas o componente dentário, várias abordagens podem ser selecionadas dependendo do grau da discrepância, desde o nivelamento e alinhamento, passando pelas extrações dentárias, até a distalização de toda a arcada inferior (FARRET; FARRET; FARRET, 2010). Sem exceção, o uso de elásticos intermaxilares é essencial para a compensação dentária e a cooperação do paciente irá determinar o ritmo e os resultados do tratamento ortodôntico (VALARELLI *et al.*, 2014).

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma adulta jovem com maloclusão de Classe III dentária e desvio de linha média inferior, tratada com aparelho autoligado e elásticos intermaxilares.

Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 20 anos e 4 meses de idade, procurou tratamento na clínica de Ortodontia da Esfera Centro de Ensino Odontológico, com queixa principal que seus dentes estavam “para frente e gostaria de mudar a estética do mesmo” (sic).

Na avaliação extrabucal, apresentou bom selamento labial, sem alterações dignas de nota; a paciente apresentava o ângulo nasolabial aberto e perfil côncavo. Não apresentava anomalias na deglutição e nem respiratórios.

Ao exame intrabucal, a paciente apresentava mordida topo-a-topo nos incisivos centrais, mordida aberta nos incisivos laterais e caninos, desvio da linha média inferior para o lado esquerdo, relação de caninos em classe III. Foi detectada presença de cáries nos molares, exceto pelo primeiro molar superior direito, higiene bucal insatisfatória, e ausência de hábitos parafuncionais (Figura 1 a 3). Na análise da radiografia panorâmica, encontraram-se apenas os terceiros molares inclusos, terminando o fechamento dos ápices (Figura 4)

Na análise cefalométrica, a maxila e a mandíbula apresentavam boa relação entre si, com uma leve projeção mandibular; os incisivos superiores estavam proclínados e os inferiores lingualizados (Tabela 1). A maloclusão de Classe III era de natureza dentária e, portanto, não tinha indicação cirúrgica, sendo o tratamento ortodôntico proposto a compensação por meio da vestibularização da arcada superior.

Inicialmente, foi realizada a colagem diferenciada apenas no arco superior com braquetes autoligados (Morelli, Sorocaba-SP, Brasil) e fio termoativado NiTi

0,012” e, posteriormente, no arco inferior. A evolução dos fios ocorreu até 0,016” e, com a finalização dessa etapa, o tratamento ortodôntico seguiu com o alinhamento e nivelamento (Figura 5 e 6).

Para a correção da linha média inferior, foi feita a conjugação dos dentes 41 a 43, instalação de mola de níquel-titânio entre os dentes 31 e 32 e, mais tarde, conjugação do lado direito para uso de elástico corrente até corrigir a linha média. No fio de níquel-titânio 0,018” e depois em aço, amarrilhos Kobayashi foram feitos nos incisivos laterais inferiores para permitir o uso de elásticos intermaxilares 3/16” de força leve para a correção da relação de classe III (Figura 7 e 8).

Após a evolução para o fio superior 0,017” x 0,025” de níquel-titânio e depois em aço, elásticos intermaxilares de 3/16” de força média foram utilizadas para fechar a mordida com mecânica de classe III, durante quatro meses e, por fim, elásticos 3/16” de força pesada, na forma de triângulo invertido nos dentes 13-14-43 e 23-24-33. O tratamento ortodôntico seguiu então para o alinhamento e o nivelamento final (Figura 9 a 11).

Discussão

A maloclusão de Classe III de Angle inclui variações dentárias e esqueléticas, e uma compensação natural, no qual os incisivos superiores tendem a se inclinarem para vestibular e os incisivos inferiores para lingual (PRADO, 2014). O diagnóstico da gravidade é fundamental para o plano de tratamento, em especial do compensatório, não porque a movimentação dos dentes seja complexa, mas devido às respostas terapêuticas poderem ficar aquém do almejado, e quesitos estéticos aceitáveis serem alcançados em sua totalidade somente pela cirurgia ortognática (MEDEIROS; SCHROEDER; GAVA, 2015).

Para casos limítrofes, a camuflagem ortodôntica pode ir de encontro à queixa principal do paciente ao promover apenas movimentações dentárias, principalmente no sentido anteroposterior (AGUIAR, 2015; ANGHEBEN *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014; PRADO, 2014; PRIETO *et al.*, 2015). Há diversas abordagens associadas, como a expansão lenta do arco superior e/ou uso de aparelhos extrabucais (FARRET; FARRET; FARRET, 2010; SOBRAL; HABIB; MATZENBACHER, 2012), extração de dois primeiros pré-molares inferiores, seguida de retração dos dentes inferiores (AGUIAR, 2015). Em casos extremos, os primeiros molares inferiores são extraídos e (PRADO, 2014), empregando-se elásticos da face palatina dos incisivos

superiores à face vestibular dos incisivos inferiores, promove-se o descruzamento e o fechamento da mordida (ANGHEBEN *et al.*, 2013; PRADO, 2014; VALARELLI *et al.*, 2014).

A espessura do rebordo alveolar deve ser respeitada, pois determina o limite da retração do segmento inferior na correção da Classe III, a fim de evitar a fenestração óssea. Como efeito indesejado, pode haver reabsorção radicular e retrusão do lábio inferior (MEDEIROS; SCHROEDER; GAVA, 2015), devido à grande lingualização em corpo dos dentes anteroinferiores. Por isso, em técnicas como a Biofuncional de Classe III, torques são incorporados na coroa para contrapor às forças dos elásticos intermaxilares de classe III que promovem a compensação (ANGHEBEN *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014; PRADO, 2014).

Quando a maloclusão de Classe III é acompanhada de mordida aberta, a expansão lenta da maxila permite controlar a extrusão dos molares e extruir os incisivos para fechar a mordida (FARRET; FARRET; FARRET, 2010). Braquetes autoligados demonstraram ser eficientes no apinhamento anterior ao vestibularizar os incisivos, em especial os passivos que produzem menor resistência friccional, resultando em leve expansão da arcada, tornando desnecessárias extrações ou técnicas de expansão da maxila (BICALHO; BICALHO, 2013; SATHLER *et al.*, 2011).

No presente caso, de maloclusão de Classe III dentária apresentava as bases ósseas bem posicionadas, com leve projeção da mandíbula, e o sistema autoligado forneceu a expansão necessária no arco superior; no arco inferior, foi utilizado *stop* e travamento do fio inferior para não haver formação de diastemas. A colaboração do paciente no uso dos elásticos verticais e de classe III foi fundamental para se estabelecer os trespases vertical e horizontal adequados.

No tratamento compensatório, os incisivos irão apresentar maior inclinação, enquanto a base óssea não se altera (FARRET; FARRET; FARRET, 2010). Para promover maior ancoragem na mecânica de elásticos, mini-implantes podem ser instalados na cortical palatina para o tracionamento da arcada inferior (PRIETO *et al.*, 2015).

A estabilidade pós-tratamento é favorecida pelo uso correto dos elásticos, e invariavelmente a contenção deve ser do tipo fixa no arco inferior (AGUIAR, 2015; ANGHEBEN *et al.*, 2013; BITTENCOURT, 2009; FARRET; FARRET; FARRET, 2010; FERREIRA *et al.*, 2014; PRADO, 2014; SOBRAL; HABIB; MATZENBACHER,

2012; VALARELLI *et al.*, 2014;), estendida até pré-molares se houver extrações, e removível no arco superior (AGUIAR, 2015; ANGHEBEN *et al.*, 2013; BITTENCOURT, 2009). Atualmente, o uso de mini-implantes extra-alveolares na região da linha oblíqua externa tem oferecido um tratamento corretivo para maloclusões de Classe III mais graves, com a possibilidade de distalizar molares inferiores, reduzindo os efeitos adversos da inclinação dos dentes anteriores (CHANG; YIN; YEH, 2018).

Conclusões

A mecânica de Classe III tem sido muito utilizada em casos limítrofes, casos que em que a cirurgia não é a primeira opção. Com esta técnica conseguimos chegar a finalizações satisfatórias dentárias, levando em conta que as bases ósseas não sofrem grandes alterações, da mesma forma que o perfil também não é alterado.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, J.H.F. Conservative treatment of Angle Class III malocclusion with anterior crossbite. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 20, n. 4, p. 91-98, July-Aug. 2015.
2. ANGHEBEN, C.Z.; VALARELLI, F.P.; FREITAS, K.M.S.; CANÇADO, R.H. Tratamento compensatório da maloclusão de classe III esquelética com a técnica Biofuncional. **Rev. Clín. Dental Press**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 42-48, abr.-maio 2013.
3. BICALHO, R.F.; BICALHO, J.S. Uso de braquetes autoligados no tratamento de casos limítrofes. **Orthod. Sci., Orthod. Sci. Pract.**, Curitiba, v. 6, n. 21, p. 72-79, 2013.
4. BITTENCOURT, M.A.V. Má-oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 14, n. 1, p.132-142, jan./fev. 2009.

5. CHANG, C.C.H.; YIN, J.S.Y.; YEH, H.Y. Extra-alveolar bone screws for conservative correction of severe malocclusion without extractions or orthognathic surgery. **Curr. Osteoporos. Rep.**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 387-394, Aug. 2018.
6. FARRET, M.M.B.; FARRET, M.M.; FARRET, A.M. Tratamento não-cirúrgico da má-oclusão de classe III e mordida aberta esquelética em adultos. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 90-98, jun.-jul. 2011.
7. FERREIRA, R.A.C.; BANDECA, A.G.; ANDRADE JÚNIOR, P.; 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. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 41, n. 1, p. 45-51, Ago.-Out. 2014.
8. MEDEIROS, P.J.; SCHROEDER, D.K.; GAVA, E.C,B. Tratamento orto-cirúrgico de paciente Classe III com reabsorção radicular pré-tratamento: relato de caso. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v. 4, n. 4, p. 84-90, ago./set. 2005.
9. PRADO, E. Tratamento da Classe III em adultos sem cirurgia ortognática. **Ortho Sci., Orthod. Sci. Pract.**, Curitiba, v. 7, n. 28, p. 439-448, 2014.
10. PRIETO, M.G.L.; PRIETO, L.P.; FUZIY, A.; PEREIRA, G.O.; JARA, L.P.; STEILEIN, A.P. Tratamento compensatório da Classe III no paciente adulto, uma abordagem em Ortodontia Lingual – relato de caso. **Ortho Sci., Orthod. Sci. Pract.**, Curitiba, v. 8, n. 31, p. 324-332, 2015.
11. SATHLER, R.; SILVA, R.G.; JANSON, G.; BRANCO, N.C.C.; ZANDA, M. Desmistificando os braquetes autoligáveis. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 16, n. 2, p. e1-e8, Apr. 2011.
12. SOBRAL, M.C.; HABIB, F.A.L.; MATZENBACHER, L. Conservative compensatory Angle Class III malocclusion treatment. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 17, n. 6, p. 137-145, Nov.-Dec. 2012.
13. VALARELLI, F.P.; SILVA, D.C.R.; PATEL, M.P.; SILVA, C.C.; CANÇADO, R.H.; FREITAS, K.M.S. Tratamento da mordida aberta anterior em paciente padrão III – relato de caso clínico. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 42, n. 1, p. 70-75, Out.-Dez. 2014.