



FRANCIELLI MELISSA DE SOUZA

**CORREÇÃO DA CLASSE III COM BIPROTRUSÃO – RELATO DE
CASO CLÍNICO**

PORTO VELHO/RO

2023

CORREÇÃO DA CLASSE III COM BIPROTRUSÃO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Francielli Melissa deSouza¹
Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbuena²

RESUMO

A má oclusão de Classe III é caracterizada por uma discrepância dentária anteroposterior que pode ser decorrente de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou de uma combinação de ambos. As más oclusões esqueléticas são idealmente tratadas com intervenções ortocirúrgicas e os casos moderados ou com pouca severidade com tratamento compensatório, levando sempre em consideração a queixa principal do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Má oclusão de Classe III de Angle. Extração dentária. Ortodontia corretiva.

INTRODUÇÃO

A má oclusão Classe III é uma má oclusão onde o primeiro molar inferior está localizado mesialmente ao primeiro molar superior, por protrusão mandibular, retrusão maxilar ou uma associação de ambos.

Em casos com grandes discrepâncias esqueléticas verticais e anteroposteriores, o tratamento ortodôntico associado a uma abordagem cirúrgica pode ser o melhor plano de tratamento, todavia, em alguns casos o paciente está mais interessado em intervenções menos invasivas.

Uma das opções é o tratamento compensatório. Esta pode ser uma ótima opção em pacientes adultos, quando a discrepância esquelética é mínima e as expectativas não estão relacionadas à face, pois sabemos que a movimentação dentária não é suficiente para mudar a estrutura esquelética do paciente

O presente artigo tem por objetivo demonstrar o tratamento compensatório de um paciente Classe III com biprotrusão e mordida aberta anterior, no qual foi

¹Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Graduada em Odontologia pela Universidade de Cuiabá, em 2018.

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

realizado extrações de molares e retração das arcadas superior e inferior com mini implantes.

DESENVOLVIMENTO

Descrição do caso clínico

Paciente R.G., 30 anos, procurou tratamento ortodôntico com a queixa dificuldade na mastigação, bem como gostaria de melhorar a estética do sorriso.

Na análise extrabucal pode-se observar padrão facial vertical, selamento labial ativo, mordida aberta anterior e linha média inferior desviada para esquerda.

Na análise intrabucal diagnosticou-se uma má oclusão de ½ Classe III subdivisão esquerda, mordida cruzada anterior e posterior, e mordida aberta anterior. Também foi observado a ausência dos dentes 37 e 46.



Figura 1: Fotografias intrabucais, radiografia panorâmica, telerradiografia de perfil e extrabucais.

Tratamento

Inicialmente foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição Roth, com slot .022"x.030". Nas fases de alinhamento e nivelamento foi utilizada a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .012", .014", .016", .018", .020", .017"x.025", .019"x.025". Durante a fase de alinhamento e nivelamento foi realizado as extrações dos dentes 16 e 26.

Foi realizada a instalação de mini implantes maxilares na mesial do elemento 17 e 27 para fechamento dos espaços, distalizando os dentes superiores, e

corrigindo a protrusão. Bem como a instalação de mini implantes mandibulares para verticalização e mesialização dos dentes 38 e 47.

Para a correção da discrepância transversal na região anteroposterior, foi utilizado elástico para Classe III e consequente acerto das linhas médias dentárias em relação ao plano sagital mediano.



Figura 2– Fotografias Intrabucais após a instalação dos acessórios ortodônticos, fotografias Intrabucais durante o alinhamento e nivelamento, e fotografias intrabucais após instalação de mini implantes e mecânica para fechar os espaços

Após 06 anos de tratamento ortodôntico o paciente demonstrou-se feliz com o resultado da face e do sorriso ao final do tratamento ortodôntico.

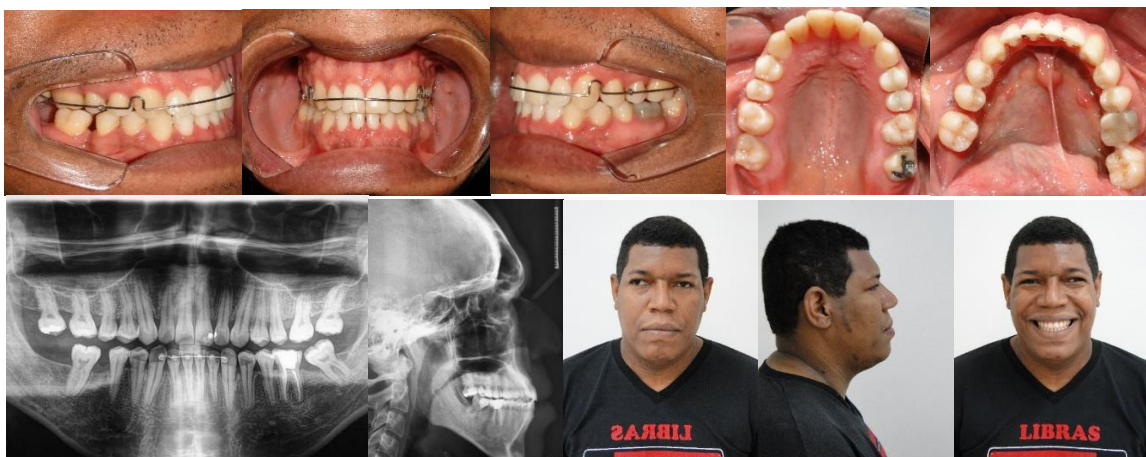


Figura 3– Fotografias intrabucais após o final do tratamento ortodôntico e radiografia panorâmica, telerradiografia de perfil e extrabucais finais.

Resultados

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

Verificou-se que, na relação maxilomandibular houve uma diminuição do WITS de (1,7mm). (Figura 11) Com relação aos componentes dentários superiores, os incisivos superiores protruíram (1,4mm) e extruíram (2,7 mm). Os molares superiores, mesializaram (4 mm), extruíram (2.1mm) e angularam para distal (1,9°). No componente dentário inferior, os incisivos lingualizaram (3,2°), e os molares distoangularam (19°).

Devido as modificações dentárias pode-se perceber que a sobressaliência aumentou (2,4mm) e a sobremordida aumentou em (4,1mm) (Tabela 1).

No perfil tegumentar, o lábio superior sofreu uma suave protrusão de (1,2mm), a convexidade do perfil diminuiu (5,8°) e o ângulo nasolabial fechou (7,4°).

Tabela 1– Variáveis Cefalométricas

Componente Maxilar		
SNA (°)	85.6	85.3
Co-A (mm)	86.9	86.8
Componente Mandibular		
SNB (°)	84.3	84.6
Co-Gn (mm)	128.8	129.0
Relação entre Maxila e Mandíbula		
ANB (°)	1.3	0.7
Wits (mm)	-1.6	-3.3
Componente Vertical		
FMA (°)	25.9	26.6
SN.GoGn (°)	31.1	31.9
SN.ocl (°)	9.3	10.0
AFAI (mm)	86.2	86.8
Componente Dentoalveolar Superior		
IS.PP (°)	30.0	30.1
IS - NA (mm)	8.9	10.3
IS - PP (mm)	37.9	40.6

MS - PT Vertical (mm)	21.4	25.4
MS - PP (mm)	28.5	30.6
MS- SN (°)	86.0	84.1
Componente Dentoalveolar Inferior		
IMPA (L1-MP) (°)	31.7	28.5
II - NB (mm)	12.2	11.1
II- GoMe (mm)	44.7	45.2
MI - Sínfise (mm)	24.1	23.3
MI – GoMe (mm)	32.3	33.5
MI. GoMe (°)	92.8	73.8
Relação Dentária		
Sobressaliência (mm)	-1.1	1.3
Sobremordida (mm)	-2.8	1.3
Perfil Tegumentar		
LI- Linha E (mm)	2.6	2.5
LS- Linha E (mm)	-3.1	-1.9
Convexidade Facial	16.1	10.3
ANL = Ângulo Nasolabial (°)	100.8	93.4

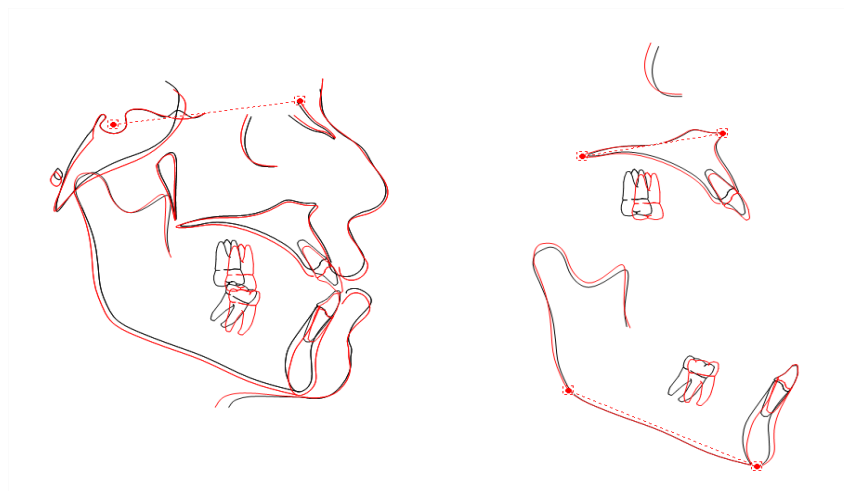


Figura 11 – (A) Sobreposições Craniofaciais dos traçados inicial e final

CONCLUSÃO

Em se tratando de casos compensatórios de Classe III, o resultado alcançado foi bastante satisfatório, demonstrando que a opção pelo tratamento sem a cirurgia foi o ideal, uma vez que a queixa principal do paciente foi totalmente atendida.

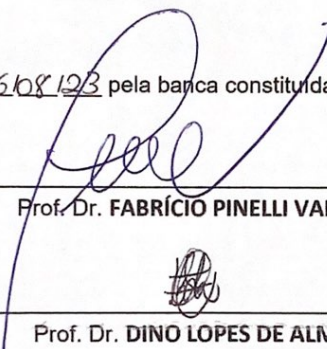
REFERÊNCIAS

1. Barreto FAM, Santos J. Virtual orthodontic setup in orthodontic camouflage planning for skeletal Class III malocclusion. *Dental Press J Orthod* 2018 Mar-Apr; 23(2):75-86.
2. Henriques JFC, Silva CMdS, Neves LS, Henriques RP, Caçado RH, Janson G, et al. Intervenção não-cirúrgica da má oclusão de Classe III: quando e como tratá-la? *Rev clín ortodon Dental Press* 2006 46-55.
3. Cancado RH, De Freitas KM, Valarelli FP, Vieira Bda S, Neves LS. Treatment of Skeletal Class III Malocclusion with the Biofunctional System. *J Clin Orthod* 2015 Nov; 49(11):717-25.
4. Rocha SDFd. Etiologia e tratamento da classe III 2020.
5. Dilio RC, Micheletti KR, Cuoghi OA, de Magalhães Bertoz AP. Tratamento compensatório da má oclusão de classe III. Revisão de literatura. *Archives of Health Investigation* 2014 3(3).
6. Franco AdA, Cosendey VL, Almeida MAdO, Capelli Junior J. Tratamento da Classe III: cirurgia ou camuflagem? *Ortho Sci, Orthod sci pract* 2012 333-45.
7. Estelita S, Janson G, Chiqueto K. Extreme Dental Compensation in an Adult Skeletal Class III Malocclusion: 3-Year Follow-up of a Successfully Compromised Treatment. *Int J Orthod Milwaukee* 2015 Summer; 26(2):69-76.
8. NISHIGAWA FY, TIBURCIO ML, DA COSTA JV, DE OLIVEIRA RCG. Biprotusão e Retração da Bateria Anterior com Utilização de Mini-implantes: Relato de um caso clínico. *Uningá Review Journal* 2017 29(1).
9. Moura RODL, Cruz KS. Tratamento ortodôntico compensatório da má oclusão de Classe III esquelética. *Ortho Sci, Orthod sci pract* 2015 80-8.
10. de Lir Ade L, de Moura WL, Oliveira Ruellas AC, Gomes Souza MM, Nojima LI. Long-term skeletal and profile stability after surgical-orthodontic treatment of Class II and Class III malocclusion. *J Craniomaxillofac Surg* 2013 Jun; 41(4):296-302.
11. Crestana CANTARELLI MM, Baroni DB, Scanavini JR, Scanavini PE, Ferrari MV. Extração assimétrica com a técnica Straight-Wire simplificada: relato de caso clínico. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press* 2012 11(5).
12. Leung MT, Rabie AB, Wong RW. Stability of connected mini-implants and miniplates for skeletal anchorage in orthodontics. *Eur J Orthod* 2008 Oct; 30(5):483-9.
13. Xu Y, Xie J. Comparison of the effects of mini-implant and traditional anchorage on patients with maxillary dentoalveolar protrusion. *The Angle Orthodontist* 2017 87(2):320-7.
14. Araújo TMD, Nascimento MHA, Bezerra F, Sobral MC. Ancoragem esquelética em Ortodontia com miniimplantes. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* 2006 11126-56.
15. Camilo DS. CORREÇÃO DA BIPROTRUSÃO DENTÁRIA COM EXTRAÇÕES E MINI-IMPLANTES: UM RELATO DE CASO.
16. Ellis III E, McNamara Jr JA. Components of adult Class III malocclusion. *Journal of oral and maxillofacial surgery* 1984 42(5):295-305.
17. Zamberlan C, Pinelli F, Hermont R. Tratamento compensatório da má oclusão de Classe III esquelética com a técnica Biofuncional. *Rev Clín Ortod Dental Press* 2013 12(2):42-8.
18. de Almeida MR, de Almeida RR, Chang C. Biomecânica do tratamento compensatório da má oclusão de Classe III utilizando ancoragem esquelética extra-alveolar. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press* 2016 15(2).



Monografia intitulada "CORREÇÃO DA CLASSE III COM BIPROTRUSÃO –
RELATO DE CASO CLÍNICO" de autoria da aluna Francieli Melissa de Souza


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



Prof. Dr. **FABRÍCIO PINELLI VALARELLI**



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



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

Porto Velho, 26 de agosto 2023.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br