

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS**

**FACSETE**

**MARIÂNGELA MAGALHÃES RÉ**

**TRATAMENTO ORTO CIRÚRGICO DA CLASSE III**

**SERTÃOZINHO**

**2019**

# **MARIÂNGELA MAGALHÃES RÉ**

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Latu Sensu* da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização.

Área de Concentração: Ortodontia.

Orientador: André César Trevisi Zanelato

**SERTÃOZINHO**

**2019**

Ré, Mariângela Magalhães.

Tratamento Orto cirúrgico da Classe III /Mariângela Magalhães Ré–  
Sertãozinho, 2019. 27 p.; il

Orientador: André César Trevisi Zanelato

Monografia. (Especialização em Ortodontia) -- Faculdade de Tecnologia de  
Sete Lagoas. Orientador: André César Trevisi Zanelato. 1. Classe III esquelética  
2.Ortodontia. Sertãozinho, 2019.

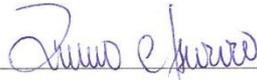
## FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

---

Monografia intitulada "Tratamento orto cirúrgico da classe III" de autoria do aluno, Mariângela Magalhães Ré, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



André César Trevisi Zanelato - Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia



Reginaldo Trevisi Zanelato -Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia



André Reis Pinto -Ortogotardo – Centro de Estudos em Ortodontia

Sertãozinho, 26 de novembro, 2019.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus filhos, Bruno e Liz, desejo que sigam em busca de conhecimento, afinal o bem maior que podemos deixar aos filhos é o estudo, e que eles escolham o caminho do bem e que vivam sempre com empatia.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por estar sempre presente.

Aos meus filhos e familiares, por compreenderem minha ausência física.

Aos pacientes da clínica de especialização.

A todos os funcionários da Ortogotardo.

A todos meus professores: Eduardo Mendes Gotardo, André Reis Pinto, Renata Pires de Araújo, André Trevisi Zanelato, Reginaldo Trevisi Zanelato, Marcela Riccie e em especial ao Paulo Stopa; por toda dedicação, humildade e paciência.

*“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.”*

*Paulo Beleki*

## **RESUMO**

A Classe III esquelética, é caracterizada pela posição mais anterior da mandíbula em relação à maxila, tem um alto comprometimento estético o que, afeta o desenvolvimento psicossocial. O tratamento compensatorio é limitado e sem estabilidade, portanto o combinado, ou seja, ortodôntico- cirúrgico é o mais efetivo.

**PALAVRAS CHAVE:** CLASSE III, CIRURGIA ORTOGNÁTICA, TRATAMENTO ORTO CIRÚRGICO.

## **ABSTRACT**

The skeletal Class III, is characterized by the anterior position of the mandible in relation to the maxilla, has a high aesthetic compromise which, affects the psychosocial development. The compensatory treatment is limited and without stability, therefore the combined, that is, orthodontic-surgical it is the most effective.

**KEYWORDS:** CLASS III, ORTHOGNICAL SURGERY, ORTHO SURGICAL TREATMENT.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Pré-expansão rápida da maxila.....	12
<b>Figura 2-</b> Instalação da máscara facial.....	12
<b>Figura 3-</b> Pós-fase ativa da máscara.....	12
<b>Figura 4-</b> Fase pré e pós-tratamento.....	13
<b>Figura 5-</b> Aparelho regulador de Frankel III.....	13
<b>Figura 6-</b> Ancoragem esquelética (Barra Manhães).....	13
<b>Figura 7-</b> Tipos de ganchos.....	16
<b>Figura 8-</b> Sobreposição de traçado inicial e final.....	17
<b>Figura 9-</b> Modelo em articulador pré- cirurgia.....	18

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO</b> .....	<b>08</b>
<b>2- PROPOSIÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>3-REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
3.1- TRATAMENTO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO .....	11
3.2-TRATAMENTO ORTO CIRÚRGICO .....	14
3.3-ORTODONTIA PRÉ-CIRÚRGICA .....	15
3.4-ORTODONTIA PÓS-CIRÚRGICA .....	18
3.5-FATORES PSICOLÓGICOS .....	19
<b>4-DISCUSSÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>5-CONCLUSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>6-REFERÊNCIAS</b> .....	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III abrange menos de 5% da população mundial, sendo que no Brasil a prevalência é de 3%, mas é de grande interesse para os ortodontistas, devido ao comprometimento estético, funcional e prognóstico desfavorável a mecânica ortopédica e ortodôntica.

Angle considerou que a má oclusão de Classe III caracteriza-se pelo relacionamento anormal entre os maxilares, com a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior ocluindo distalmente.

ao sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior.

JANSON. G. *et al.*, 2002, relataram que do ponto de vista esquelético, a Classe III se expressa por protusão mandibular, retrusão maxilar ou a combinação de ambos. Aproximadamente 63% dos casos está relacionado com a retrusão maxilar, combinada a vários tamanhos de mandíbula.

ESTEVÃO, 2011, relatou que esta deformidade está relacionada a alterações congênitas, predisposição subjacente, causas adquiridas como traumatismo e redução inapropriada de fraturas faciais em adultos, queimaduras, neoplasias, infecções, doenças hormonais, ressecções cirúrgicas e radiação iatrogênica.

JANSON, 2015, considerou que as más oclusões esqueléticas, apresentam tipo facial e as características oclusais semelhantes as das más oclusões dentárias, sendo que possui uma deficiência mais grave no perfil. O tratamento, no adulto, pode ser realizado por camuflagem ortodôntica ou combinado ortodôntico- cirúrgico, mas a escolha depende da queixa do paciente e do conhecimento de que a movimentação dentária influencia nos tecidos moles.

Durante o período de crescimento, o tratamento dos pacientes portadores de má oclusão Classe III esquelética, buscam a camuflagem do problema, através de um redirecionamento do crescimento mandibular no sentido horário, e/ou avanço maxilar, associando a mecânica ortodôntica compensatória com projeção dos incisivos superiores e retroinclinação dos incisivos inferiores.

PROFFIT; FIELDS; SARVER, 2012, afirmaram que o tratamento precoce, na infância, é realizado através de ortopedia e /ou ortodontia, atuando na deficiência maxilar: aparelho funcional de Frankel FR- III tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar ou a ancoragem esquelética, e elástico de Classe III ligados a ancoragem esquelética.

Desta forma a ortopedia atua mais efetivamente sobre o crescimento da maxila, interceptando precocemente a Classe III, caracterizada por retrognatismo maxilar.

A principal opção de tratamento para pacientes com deformidades dentofaciais, onde há discrepância significativa que não pode ser satisfatoriamente tratada apenas com ortodontia, é o tratamento combinado ortodôntico-cirúrgico (CHENG; ROLES; TELFER, 1998).

A cirurgia ortognática tem o objetivo de corrigir as discrepâncias maxilares, estabelecendo o equilíbrio entre a face e o crânio; a preparação para a cirurgia exige uma equipe multiprofissional, apresenta riscos e benefícios, que serão avaliados pelo ortodontista no momento da indicação, de modo que, a decisão final deve ser do paciente, já que a cirurgia produz alterações irreversíveis na face, portanto o paciente necessita estar muito bem orientado e preparado psicologicamente.

O tratamento ortodôntico-cirúrgico, consolidou-se como um procedimento seguro e de resultados previsíveis.

## **2 PROPOSIÇÃO**

A Classe III, com envolvimento esquelético, é um grande desafio para os ortodontistas. No paciente adulto, o tratamento ortodôntico combinado com a cirurgia ortognática, favorece a melhora na qualidade de vida, estética e condições psicossociais, relacionado à deformidade facial. O objetivo do trabalho é abordar aspectos da má oclusão de Classe III, integrando a Ortodontia e a cirurgia ortognática através de revisão literária.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Tratamento ortodôntico/ ortopédico.

O diagnóstico da má oclusão de Classe III deve ser precoce de preferência na dentição decídua, sendo que essa anomalia agrava-se ao longo do crescimento, principalmente na adolescência, podendo assim, devolver a estética à criança o mais cedo possível, contribuindo para a sua autoestima, tendo-se em consideração o fator psicológico. Os resultados obtidos com o tratamento poderão permanecer ou a estabilidade poderá ser comprometida, com o retorno do padrão de crescimento original, já que o crescimento pós-tratamento não pode ser determinado previamente (OLTRAMARI *et al.*, 2005).

De acordo com Turley (cit. in Filho *et al.*, 2005) as Classes III apresentam, na sua maioria, retrusão da maxila, o que justificaria o tratamento ortopédico na parte média da face, indicando, inicialmente, a expansão rápida da maxila.

Araújo & Araújo (2008) afirmaram que, no conjunto de procedimentos, a expansão rápida da maxila (ERM) torna-se fundamental para o estabelecimento do equilíbrio transversal da oclusão e associado à expansão maxilar, a tração sagital da maxila através de aparelhos selecionados (figura 1,2,3 e 4) resulta em benefícios para a correção das deficiências maxilares tão características da Classe III. De acordo com Bacetti, Franchi e McNamara, as más oclusões de Classe III tendem a tornarem-se mais severas com o passar do tempo, uma vez que o crescimento da mandíbula mantém-se ativo por um período mais longo que o da maxila. Por isso, acreditaram que uma intervenção ortopédica em pacientes em crescimento deve ser executada entre os 6 anos e os 9 anos de idade (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008).

As más oclusões Classe III esqueléticas são vistas como retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular ou combinação de ambos. Existem abordagens possíveis na infância e pré-adolescência para a deficiência maxilar: aparelho funcional de Frankel FR-III (figura 5), tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar (figura 1, 2, 3 e 4) ou a ancoragem esquelética e elástico de Classe III ligados a ancoragem esquelética (figura 6). (PROFFIT; FIELDS; SARVER, 2012).



Figura 1. Pré-expansão rápida da maxila (OLTRAMARI, 2005).

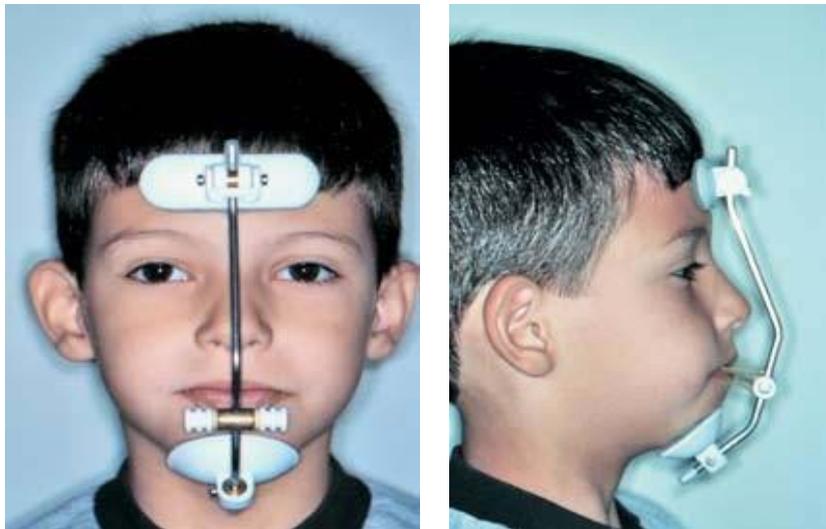


Figura 2. Instalação da máscara facial (OLTRAMARI, 2005)



Figura 3. Pós-fase ativa da máscara (OLTRAMARI, 2005)



Figura 4. Fase pré e pós-tratamento (OLTRAMARI, 2005).



Figura 5. Aparelho regulador de Frankel III (SOUZA, *et al.*, 2015).



Figura 6. Ancoragem esquelética (Barra Manhães).

<<http://www.ortociencia.com.br/Materia/Index/133159>>Publicado em: 19/06/2017 às 14h47.

### **3.2 Tratamento Orto Cirúrgico.**

Após o crescimento, ou seja, na fase adulta existem duas possibilidades: camuflagem ortodôntica e o tratamento orto cirúrgico. (CAPELOZZA; SUGUIMOTO; MAZZOTTINI, 1990).

O tratamento ortodôntico- cirúrgico, requer uma equipe multidisciplinar, onde os profissionais devem ter consciência do papel de cada um. O grupo deve ser constituído por Ortodontista, Cirurgião Buco-MaxiloFacial, Periodontista, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta para um melhor resultado do tratamento (LAUREANO FILHO *et al.*,2002.)

No adulto, o tratamento da Classe III esquelética é limitado (Boeck *et al.*, 2005).

As principais razões para o paciente procurar pela cirurgia são além do motivo estético, tanto facial quanto dentário, o distúrbio funcional, entre os quais estão a má oclusão, as desordens têmporo-mandibulares, a dor crônica ou intermitente, a limitação dos movimentos mandibulares e o ruído na articulação, as dores na face e algumas vezes a dor de ouvido (RIBAS *et al.*,2005).

A cirurgia ortognática é um tratamento que não se resume apenas ao ato cirúrgico, e sim a um trabalho prévio de preparação de 18 a 24 meses (aproximadamente), onde estará incluído o tratamento ortodôntico, fonoaudiológico e psicológico. Realizada a cirurgia, segue o tratamento ortodôntico, para os ajustes finais e o acompanhamento de outros profissionais por tempo indeterminado. A complexidade do tratamento exige uma interação entre o paciente e profissional, ou seja, é um tratamento multidisciplinar, para se chegar ao resultado final de satisfação do paciente com relação à função e a estética (RIBAS *et al.*,2005).

Ao planejar o tratamento de más-oclusões, paciente e cirurgião-dentista devem dialogar sobre os riscos e benefícios das diversas terapêuticas, para que tomem uma decisão acertada sobre o tipo e o momento do tratamento (FABER & SALLES, 2006). A equipe multiprofissional é uma estratégia que possibilita e orienta a realização de assistência integral (SAAR, TREVISAN, 2007).

A indicação da cirurgia está intimamente relacionada à severidade da alteração esquelética, idade, padrão de crescimento, grau de envolvimento estético e

relacionamento entre as bases apicais (VASCONCELOS *et al.*, 2011) pois há casos em que podem ser feitas compensações dentárias somente com intervenção ortodôntica desde que não haja comprometimento estético.

A cirurgia ortognática além de corrigir as deformidades faciais, tem finalidade estética, é indicada para tratamento da síndrome da apnéia do sono, disfunção da ATM, ressecção de tumores perinasais ou da base do crânio, ou como complemento na reabilitação oral em casos de acentuada reabsorção óssea alveolar, deficiências na fala e desordens psicossociais. (ESTEVÃO, 2011).

Segundo a AAOMS, cirurgia ortognática, é a correção cirúrgica de anomalias da maxila, mandíbula, ou ambos. As deformidades podem estar presentes no nascimento ou tornar-se evidente quando o paciente cresce ou resultado de traumas. Dependendo da gravidade o tratamento depende de intervenção multiprofissional, orto cirúrgico. (BUNHARO, 2013).

Casos severos de Classe III esquelética deveriam ser tratados com cirurgia ortognática, corrigindo as compensações dentárias e as desarmonias da face. (VALAREL, 2013).

### **3.3 Ortodontia pré-cirúrgica.**

O tratamento ortodôntico pré- cirúrgico, é direcionado para a remoção das compensações dentárias existentes, muitas vezes levando a uma piora da deformidade facial (EPKER & FISH, 1978).

Uma fase importante é a cirurgia em modelos, para determinar se o procedimento cirúrgico indicado resultará em um relacionamento oclusal adequado, ou pelo menos, que a mecânica realizada no pós-cirúrgico o produza (DOMINGUES, 1997).

Na ortodontia pré-cirúrgica, deverão estar presentes: alinhamento e nivelamento dos dentes superiores e inferiores, com a correção do posicionamento vertical e sagital dos incisivos; coordenação dos arcos superiores e inferiores; determinação das inclinações axiais mesiodistais (angulação) e vestibulo-linguais (inclinação) desejadas, permitindo a obtenção da relação de Classe I de caninos e molares, pós-cirurgia (URSI *et al.*, 1999).

No preparo ortodôntico, objetiva-se a descompensação para estabelecer uma discrepância sagital compatível, com a cirurgia ortognática, otimizando o resultado facial; sendo necessário exodontias de pré-molares no arco superior ou em ambos os

arcos dentários, eliminando apinhamentos eventuais e estabelecendo posições ideais para os dentes anteriores (ARAÚJO, 1999).

Ao encaminhar o caso para o Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, deve ser feita a soldagem de ganchos interproximais tanto no arco superior quanto no inferior com fio de latão 0,8mm, em direção cervical. Alternativamente aos ganchos soldados, podem ser usados os ganchos fixados por pressão com auxílio do alicate para gancho. Recomenda-se testar forçando-se com um alicate para certificar se estes ganchos realmente estão bem fixados (RUELLAS & BOLOGNESE, 2001). Os ganchos não devem ser muito longos, com no máximo 4 mm e devem ser posicionados em todas as ameias (figura 7).

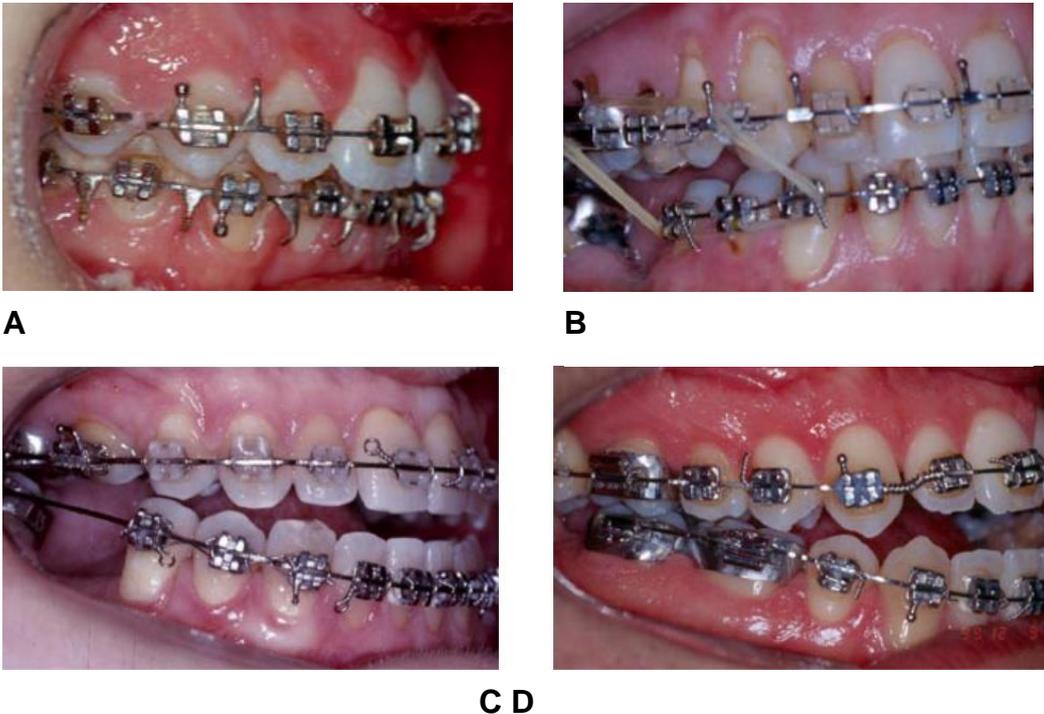


FIGURA 7 - Tipos de ganchos que podem ser utilizados no preparo pré-cirúrgico; **A)** fios de latão 0.14" soldados ao arco; **B)** fios de latão pré-fabricados pressionados ou soldados ao arco; **C)** Kobayashi 0.12" amarrados aos braquetes; **D)** fios de amarelo 0.12" amarrados aos braquetes(SANT'ANA & JANSON,2003).

Os dentes superiores e inferiores devem estar bem posicionados relativamente às respectivas bases ósseas, com a eliminação das compensações dentárias,

nomeadamente a retroinclinação dos incisivos inferiores e/ou proinclinação dos superiores, agravando deste modo a má oclusão (GREGORET & TUBER, 2007). Deve-se manter o último arco retangular passivo, sem novas ativações por um período mínimo de quatro semanas a seis semanas, antes de encaminhar o paciente para a cirurgia. Outro fator importante é que o arco não pode ser preso nos bráquetes com elásticos e sim com amarrilhos de aço inoxidável. (CARDOSO & CARDOSO, 2009). Estudos com traçados predictivos (figura 8) contribuem para a avaliação pré-operatória do paciente e, conseqüentemente, para o sucesso do tratamento (QUEIROZ *et al.*, 2010).

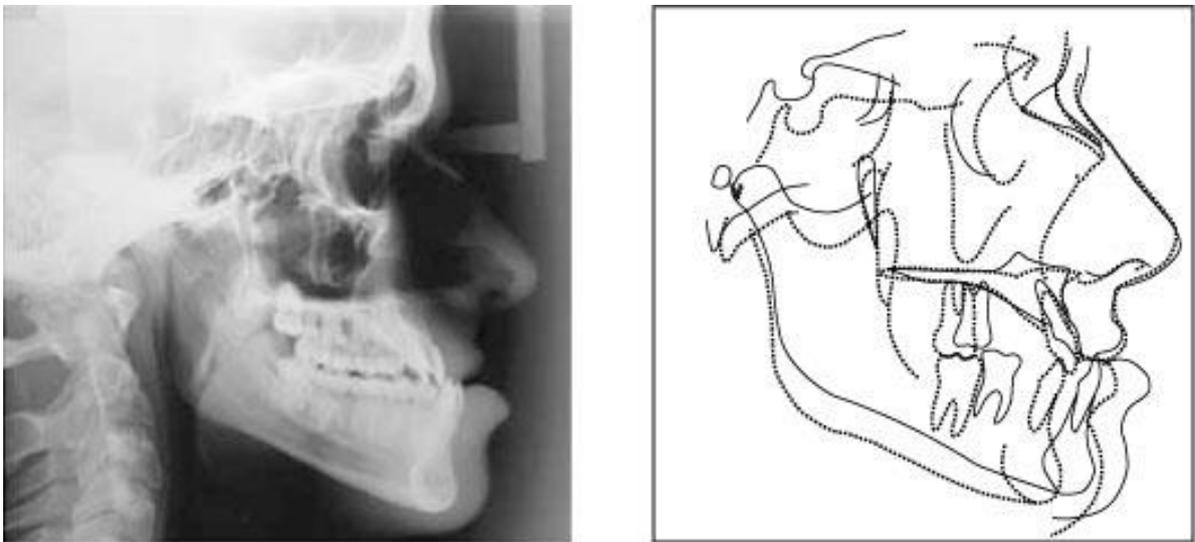


Figura 8- Sobreposição de traçado inicial e final (FABER, J. 2010).

O ortodontista deve planejar as movimentações dentárias que ainda devem ser realizadas ortodonticamente, antes da cirurgia, se uma oclusão satisfatória não for obtida nos modelos, como mostra a figura 9, (BRUNHARO, 2013).

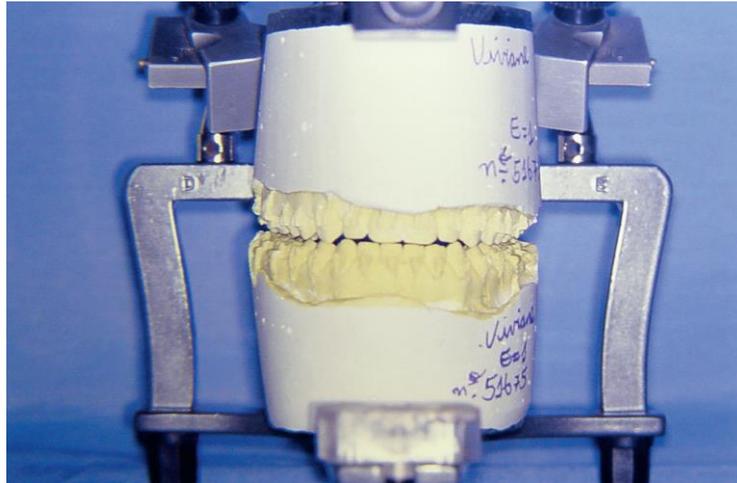


Figura 9 – modelo em articulador pré- cirurgia (BOECK *et al.*,2005)

### 3.4 Ortodontia pós- cirúrgica.

Pós-cirurgia, a ortodontia deve complementar cada caso individualmente, realizando os procedimentos de finalização: estabilidade dos arcos, alinhamento e nivelamento definitivos, manipulação correta dos elásticos, torques ideais, relação de sobremordida e sobressaliência compatíveis, posicionamento artístico e indicação para fonoaudiologia (URSI *et.al*, 1999).

Normalmente os 45 primeiros dias seguintes à cirurgia são acompanhados pelo cirurgião, onde é controlado o uso dos elásticos intermaxilares e estabilidade pós-operatória. Após este período, levando em consideração o conforto do paciente, a diminuição do edema e abertura bucal suficiente, já é possível ao ortodontista dar prosseguimento à terceira etapa do tratamento que dura aproximadamente de 6 a 8 meses, dependendo dos ajustes que forem necessários para finalizar o caso. Esta terceira fase consiste dos seguintes procedimentos: recolagem e resoldagem dos acessórios que tenham se quebrado; recolagem de braquetes em novas posições nos casos de maxila multisegmentada; procedimentos de nivelamento se estes forem necessários; uso de elásticos intermaxilares; fechamento de diastemas; intercuspidação; remoção e contenção. Basicamente, pode-se pensar no tratamento pós-cirúrgico, após a fase crítica de contenção, como ortodontia convencional, onde o foco se concentra no detalhamento da oclusão visando às seis chaves de oclusão de Andrews (SANT'ANA & JANSON, 2003).

### **3.5 Fatores psicológicos.**

As deformidades dentofaciais, influenciam o comportamento, as atitudes e personalidade do indivíduo, visto que a insatisfação gerada pela aparência pode levar a problemas de ordem psicológica (CUNNINJHAM, *et al.*, 1995).

A cirurgia ortognática está diretamente relacionada com aspectos psicossociais do indivíduo, uma vez que a aparência facial influencia a formação da imagem corporal, da identidade e da autoestima (BARBOSA, 2009).

A decisão de se realizar o tratamento cirúrgico deve partir do paciente. O profissional e a família não devem induzi-lo à realização de um procedimento que irá produzir alterações irreversíveis na sua face e personalidade sendo também importante conhecer as expectativas dos pacientes, pois estão relacionadas com o grau de satisfação pós-operatória. Os grupos de insatisfação são divididos em três: fatores atribuídos ao paciente (problemas psicológicos), ao profissional (preparo pré-operatório inadequado) e a relação profissional/ paciente (falta de comunicação ou conflito entre ambos). O paciente deverá ser orientado sobre as dificuldades pós-operatórias: depressão, dificuldade em se adaptar a nova aparência, dor (diretamente relacionada a expectativa), parestesia, dificuldade de deglutição fonação, respiração e alimentação, sendo as primeiras 72 h as mais difíceis. Também deverá ser informado sobre os custos, dieta (líquida e pastosa) e possíveis complicações. (RIBAS *et al.*, 2005).

Psicologicamente é importante realçar que, dos portadores de má oclusão, os de Classe III costumam apresentar os índices mais baixos de autoestima (ARAÚJO & ARAÚJO, 2008).

A cirurgia ortognática está diretamente relacionada com aspectos psicossociais do indivíduo, uma vez que a aparência facial influencia a formação da imagem corporal, da identidade e da autoestima (BARBOSA, 2009).

A falta de preparação psicológica para lidar com os efeitos da cirurgia pode atrasar a recuperação, diminuir o sucesso do tratamento, revelando se na insatisfação e desmotivação do paciente (CARVALHO *et al.*, 2012).

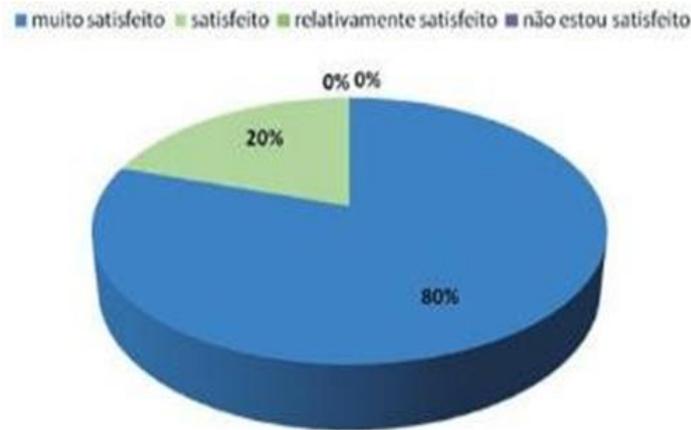


Figura 10- satisfação com o resultado do tratamento Fonte: dados do Estudo A (COSTA, *et al.* - 2012).

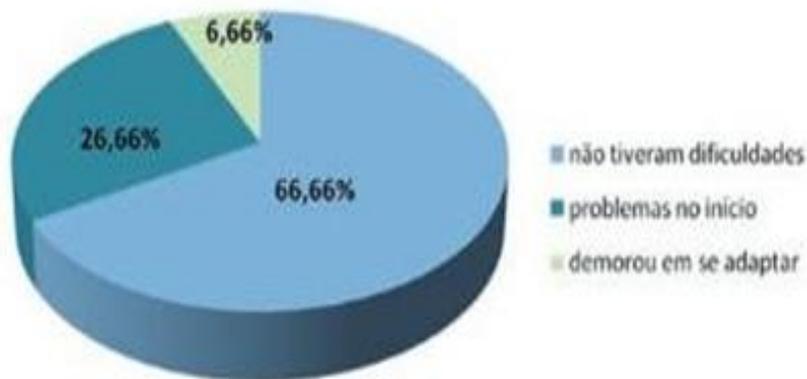


Figura 11- dificuldade em se adaptar à nova situação Fonte: dados do Estudo A (COSTA, *et al.*, 2012).

O cirurgião-dentista necessita elaborar vários planos de tratamento, indicando as vantagens e desvantagens de cada um. (BRUNHARO, 2013).

#### 4 DISCUSSÃO

A má oclusão de Classe III esquelética, deve ser diagnosticada precocemente, contribuindo para o fator estético e psicológico e devolvendo equilíbrio oclusal, visto que existem várias possibilidades para a deficiência maxilar, sendo a expansão rápida associada à tração sagital da maxila o tratamento eleito (OLTRAMARI *et al.*, 2005; ARAÚJO & ARAÚJO, 2008; PROFFIT, FIELDS, SARVER, 2012).

As más oclusões de Classe III tornam-se mais severas com o tempo, visto que o crescimento da mandíbula mantém-se mais ativo por um período mais longo que o da maxila. O crescimento pós-tratamento não pode ser determinado previamente, portanto a estabilidade poderá ser mantida ou perdida, com o retorno do padrão de crescimento original (OLTRAMARI *et al.*, 2005; ARAÚJO & ARAÚJO, 2008)

No adulto, o tratamento é limitado, podendo ser realizado com camuflagem ortodôntica (compensações) ou combinado orto-cirúrgico, quando a discrepância entre as bases ósseas e a estética são significativas, ou seja, depende da severidade e queixa do paciente (BOECK *et al.*, 2005; VASCONCELOS *et al.*, 2011; VALAREL, 2013).

A cirurgia ortognática trata a função; a estética; distúrbios da apnéia, da ATM, tumores perinasais ou da base do crânio; deficiência na fala; dores na face, ouvido; limitações dos movimentos mandibulares (RIBAS *et al.*, 2005; ESTEVÃO, 2011).

A complexidade do tratamento orto-cirúrgico exige uma equipe multidisciplinar e uma boa relação entre os profissionais e também do paciente com a equipe, devendo ser esclarecido todas as dúvidas pré e pós-cirúrgico (RIBAS *et al.*, 2005; LAUREANO FILHO *et al.*, 2002).

Na fase da ortodontia pré-cirúrgica objetiva-se a descompensação, ou seja, um bom posicionamento dos dentes na base óssea e também dos lábios, permitindo a obtenção da Classe I de molar e canino pós-cirurgia (PROFFIT *et al.*, 1995; URSI *et al.*, 1999; ARAÚJO, 1999).

A ortodontia pós-cirúrgica, após a fase de contenção (primeiros 45 dias) deve dentro de cada caso individualmente, realizar os procedimentos de finalização, como na ortodontia convencional, refinando e detalhando a oclusão, buscando as seis chaves de oclusão de Andrews (URSI *et al.*, 1999; SANT'ANA & JANSON, 2003).

Os pacientes portadores de Classe III, geralmente apresentam baixa autoestima devido o comprometimento estético, o que leva a problemas de ordem psicológica. A cirurgia provoca alterações irreversíveis na face e personalidade, portanto o

profissional e a família não devem influenciar na decisão, esta deve partir do paciente, que deve estar bem preparado e assistido psicologicamente ( BARBOSA, 2009; CUNNINJHAM, *et al.*,1995; RIBAS *et al.*, 2005).

A falta de preparação psicológica e a expectativa do paciente estão diretamente relacionadas à recuperação, sucesso e insatisfação com o tratamento (RIBAS *et al.*,2005; CARVALHO *et al.*,2012).

## 5 CONCLUSÃO

O tratamento orto cirúrgico busca com a correção da deformidade facial, alcançar um resultado harmônico do padrão facial, dentário, funcional e estético com estabilidade em longo prazo.

Baseado no que foi exposto, conclui-se que é necessária a conscientização da importância na correção de grandes discrepâncias maxilomandibulares com interação de uma equipe multidisciplinar (Ortodontia, Cirurgia Buco-Maxilo-facial, Psicologia, Fonoaudiologia), bem como um criterioso diagnóstico e de uma rigorosa execução nos procedimentos pré e pós-cirúrgicos para que os ganhos estéticos e miofuncionais possam ser estáveis.

O ortodontista e o cirurgião buco maxilo devem manter um bom relacionamento e também o paciente tem que ter uma boa relação com todos os profissionais.

O preparo psicológico é de extrema importância, visto que a cirurgia levará a alterações irreversíveis na face e a condição psicológica está diretamente relacionada ao pós- cirúrgico e ao sucesso do caso tratado.

## 6 REFERÊNCIAS

AAOMS: American association of oral and Maxillofacial Surgeons. Criteria for Orthognathic Surgery. Disponível em: <[https://www.aaoms.org/docs/practice\\_resources/clinical\\_resources/ortho\\_criteria.pdf](https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/ortho_criteria.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2019.

ANGLE, E. H. *Classification of malocclusion*. Dent Cosmos, Philadelphia, v. 41, p. 248-264, 1899.

ARAÚJO, E. A. & ARAÚJO, C. V. D., 2008. *Abordagem clínica não cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III*. R Dental Press OrtodonOrtop Facial, Volume 13, pp. 128-157.

ARAÚJO, A. *Cirurgia ortognática*. São Paulo: Santos, 1999. 374p.

BARBOSA, NAM. *O sorriso em doentes submetidos a cirurgia ortognática*. Mestrado em cirurgia ortognática e ortodontia, FMUP, 2009.

BOECK, E. M. et al., 2005. *Orthodontic-surgical treatment of Class III malocclusion*. R Clin Ortodon Dental Press, Abril/Maio, Volume 4, pp. 46-52.

BUNHARO, I.H.V.P. *Surgical treatment of dental and skeletal Class III malocclusion*. Dental press J. Orthod. 2013 Jan- Feb; 18(1): 143-9.

CAPELOZZA FILHO, L.; SUGUIMOTO, R.M.; MAZZOTTINI, R. *Tratamento ortodôntico-cirúrgico do prognatismo mandibular: comentários através de caso clínico*. Ortodontia, São Paulo, v.23, n.3, p.48-60, 1990.

CARDOSO RM, CARDOSO RM. *Cirurgia Ortognática: Orientações Ortodônticas*. Int J Dent Recife. 8(2): 94-97, 2009.

CARVALHO, S. C., MARTINS, E. J. & BARBOSA, M. R. (2012). *Variáveis Psicossociais Associadas à Cirurgia Ortognática: Uma Revisão Sistemática da Literatura*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 25(3), 477-490.

CHENG, Leo H.H.; ROLES, Deborah; TELFER, M.R. *Orthognathic surgery: the patients' perspective*. British Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Scotland, v.36, n.4, p.261-263, Aug.1998.

COSTA, Káren Laurene Dalla et al. *Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia ortognática*. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco- Maxilo-Facial, Camaragibe, v. 12, n.2, p. 81-92, abr/jun – 2012.

CUNNINJHAM, S. J. et al. *Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature*. Int Adult OrthodonOrthognathSurg, Chicago, v.10, p.159-172, 1995.

Epker BN, FISH LC. *The surgical orthodontic correction of Class III skeletal open bite*. Am J Orthod 1978;73(6):601-18.

ESTEVIÃO, VSSV. *Cirurgia Ortognatica: Correlação das deformidades dentofaciais*. 2011.55f. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal. 2011.

FABER J, SALLES F. *Tratamento ortodôntico-cirúrgico de deformidade dentofacial de Classe II: relato de um caso*. Rev. Clín. Ortodon. Dental Press 2006; 5(2): 59-69.

FABER, J. *Benefício Antecipado: uma nova abordagem para o tratamento com cirurgia ortognática que elimina o preparo ortodôntico convencional*. Dental Press J.Orthod. v. 15, no. 1, p. 144-157, Jan./Feb. 2010.

FILHO, S. G., CHAVES, A. & BENVENGA, M. N., 2005. *Apresentation of a Angle Class III clinic case, treated with lower headgear of reverse action appliance, suggested by Baptista*. R Dental Press OrtodonOrtop Facial, Janeiro/Fevereiro, Volume 10, pp. 46-58.

GREGORET J, TUBER E, . *Ortodoncia y Cirurgia Ortognatica – diagnóstico y planificación*: Espaxs; 2007.

JANSON. G.R.P. et al. *Tratamento e estabilidade da má oclusão de Classe III*. R Dental Press OrtodonOrtop Facial, Maringá, v 7, p. 85-94, maio/jun. 2002.

JANSON, M. *Ortodontia em adultos e tratamento interdisciplinar*. 3.ed. ampl. rev. Maringá: Dental Press, cap. 8, p. 530, 2015.

LAUREANO FILHO, JR; CARVALHO, R; GOMES, ACA; NOGUEIRA BESSA, R; CAMARGO IB. *Cirurgia Ortognática combinada: relato de um caso clínico*. Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo – Facial. 2002; 1(2): 01-11.

LIMA et al. *Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão de Classe III: relato de caso*. Rev. Clin. Ortodon Dental Press, Maringá, v.8, n.3-jun/jul. 2009

OLTRAMARI, P. V.P.; GARIB,D.G. A.C.C.F. HENRIQUES,J.F.C.;FREITAS,M.R. *Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos*.R Dental Press OrtodonOrtop Facial.Maringá,v.10,n.5 ,p.72-82,set./out.2005.

<<http://www.ortociencia.com.br/Materia/Index/133159>>Publicado em: 19/06/2017 às 14h47). Acesso em 31/10/2019.

PROFFIT, W.R.; FIELDS, HW JR.; SARVER, DM. *Ortodontia Contemporanea*. Rio de Janeiro: elseiver. 5.ed.2012.754p.

QUEIROZ, TP. et al. *Assessment of the accuracy of cephalometric prediction tracings in patients subjected to orthognathic surgery in the mandible*.Dental Press J Orthod 2010 July-Aug; 15(4): 117-23.

RIBAS, Marina de Oliveira; REIS, Luís Francisco Gomes; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; LIMA, Antônio Adilson Soares de. *Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais*. Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v. 10, n. 6, p. 75-83, nov./dez. 2005.

RUELLAS AC, BOLOGNESE AM. *Preparo Ortodôntico para Cirurgia*. In: Medeiros JM, Medeiros PP. São Paulo: Santos, 2001. Capítulo 9. P. 63-69.

SAAR, SRC; TREVISAN, MA. *Papeis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes*.Rev Latino-Am enfermagem, v. 1,p15,2007.

SANT´ANA E, JANSON M.*Ortodontia e cirurgia Ortognática – do planejamento à finalização*. RDental Press OrtodonOrtop Facial, Maringá, v. 8, n. 3, p. 119-129, maio/jun. 2003.

SOUZA, J.E.P.de et al.,2015.*TRATAMENTO PRECOCE DA CLASSE III POR MEIO DO APARELHO RF- III*. Revista Uningá.Maringá- PR.Vol.44,pp.51-55./Abr Jun 2015.

TAVARES, HS. etal.*Estudocefalometrico das alterações no perfil facial em pacientes classe III dolicocefalicos submetidos à cirurgia ortognáticabimaxilar*.Dental Press OrtodonOrtop Facial Maringá,v.10, n.5, p. 108-121, set./out.2005.

URSI, W. J. S. et al. *Conceitos ortodônticos pré e pós-cirúrgicos*. In: ARAÚJO, A. Cirurgia ortognática. São Paulo: Ed. Santos, 1999. p. 77-88.

VALARELL, FP.et al. *Compensação da classe III em paciente adulto com a técnica biofuncional*. Ortodontia SPO. 2013.46(2):145-8.

VASCONCELOS MB, CRAVINHOS JC, PINZAN-VERCELINO CR, VALE E NASCIMENTO AE. *Tratamento Ortocirúrgico da Classe III – Relato de Caso*. Orthodontic Science and Practice, 2011; 4(14): 549-555.

VIANA C.P. PACHECO W. *Tratamento ortodôntico associado a cirurgia combinada para correção da classe III: Relato de caso clínico*. JBrasOrtodonOrtop Facial 2004; 9(52):342-7