



**ERYCA CARVALHO MAINARDI TRUCHEM**

**CLASSE II SUBDIVISÃO ASSOCIADA À BIPROTRUSÃO DENTOALVEOLAR  
CORRIGIDA POR MEIO DE EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS – RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

**JOINVILLE  
2022**

**ERYCA CARVALHO MAINARDI TRUCHEM**

**CLASSE II SUBDIVISÃO ASSOCIADA À BIPROTRUSÃO DENTOALVEOLAR  
CORRIGIDA POR MEIO DE EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS – RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

Artigo apresentado ao curso de Especialização da FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia. Área de concentração: Ortodontia

**Orientadora:** Profa Me. Cristina A. Paschotto Tercioti

**JOINVILLE**

**2022**

**ERYCA CARVALHO MAINARDI TRUCHEM**

**CLASSE II SUBDIVISÃO ASSOCIADA À BIPROTRUSÃO DENTOALVEOLAR  
CORRIGIDA POR MEIO DE EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS – RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

Artigo apresentado ao curso de Especialização da FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia. Área de concentração: Ortodontia

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Me. Cristina A. Paschotto Tercioti

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Msc. Cristina A Paschotto Tercioti  
Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

---

Prof Eduardo Terumi Blatt Ohira  
Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

---

Prof Me. Adriano Bandeca  
Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

## RESUMO

A maloclusão de Classe II assimétrica caracteriza-se por uma relação incorreta entre os arcos superior e inferior em um dos hemiarcos, sendo que o outro hemiarco apresenta-se normal. Devido às relações oclusais assimétricas, as más oclusões de Classe II subdivisão geralmente apresentam dificuldades de tratamento. Nos casos de assimetrias dentárias severas, realizam-se extrações assimétricas para conseguir espaço necessário para que uma mecânica assimétrica possa ser conduzida, ou mesmo para compensar algumas assimetrias esqueléticas. A extração dos pré-molares permanentes pode ser utilizada como alternativa de conduta para casos diagnosticados, planejados e bem executados. Este artigo, por meio de um relato de caso clínico, visa apresentar uma possibilidade terapêutica a um paciente do gênero masculino apresentando maloclusão de Classe II assimétrica, com desvio de linha média inferior e biprotrusão e que foi submetido ao tratamento com aparelho fixo corretivo, durante o qual foram realizadas extrações de dois pré-molares superiores e de um pré-molar inferior. Ao final do tratamento, observou-se correção da linha média, melhora do perfil facial e bons resultados.

**Palavras-chave:** Ortodontia corretiva. Extrações dentárias. Pré-molares.

## ABSTRACT

Asymmetric Class II malocclusion is characterized by an incorrect relationship between the upper and lower arches in one of the hemiarchs, while the other hemiarch is normal. Due to asymmetrical occlusal relationships, Class II subdivision malocclusions often present difficulties in treatment. In cases of severe dental asymmetries, asymmetric extractions are performed to obtain the space necessary for an asymmetric mechanics to be conducted, or even to compensate for some skeletal asymmetries. The extraction of permanent premolars can be used as an alternative conduct for diagnosed, planned and well-executed cases. This article, through a clinical case report, aims to present a therapeutic possibility, in which a male patient with asymmetric Class II malocclusion, with lower midline deviation and biprotrusion and who underwent treatment with a corrective fixed appliance, during which extractions of two maxillary premolars and one mandibular premolar were performed. At the end of the treatment, correction of the midline, improvement of the facial profile and good results were observed.

**Keywords:** Corrective orthodontics. Dental extractions. Premolars.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Fotografias extrabuciais iniciais frontal e perfil.....	11
Figura 2 – Fotografias intrabuciais .....	11
Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial.....	12
Figura 4 – Radiografia Telerradiografia lateral inicial.....	12
Figura 5 – Alinhamento e nivelamento já com as exodontias realizadas .....	14
Figura 6 – Retração utilizando elástico de Classe II do lado esquerdo e elástico de Classe III do lado direito.....	14
Figura 7 – Contenção Hawley superior e 3x3 inferior .....	15
Figura 8 – Fotografias extrabuciais finais .....	15
Figura 9 – Radiografia panorâmica final .....	16
Figura 10 – Radiografia Telerradiografia lateral final .....	16
Figura 11 – Traçado inicial.....	17
Figura 12 – Traçado final.....	17

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Medida cefalométrica inicial .....	18
Tabela 2 – Medida cefalométrica final.....	19

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2		10
2.1	ALTERNATIVAS DO TRATAMENTO	Erro! Indicador não definido.
2.2	OBJETIVO DO TRATAMENTO	13
2.4	SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO	133
3	DISCUSSÃO	20
4	CONCLUSÃO	2323
	REFERÊNCIAS	24

**CLASSE II SUBDIVISÃO ASSOCIADA À BIPROTRUSÃO DENTOALVEOLAR  
CORRIGIDA POR MEIO DE EXTRAÇÕES ASSIMÉTRICAS – RELATO DE CASO  
CLÍNICA**



## 1 INTRODUÇÃO

A correção da maloclusão do tipo classe II ocupa muito tempo e energia dos ortodontistas. Grande parte da população nacional apresenta este tipo de displasia esquelética sendo um dos problemas mais frequentemente encontrados na clínica odontológica, e evidente em maior escala pela deficiência mandibular e com menor frequência pela protrusão maxilar. (MCNAMARA, 1981; BACCETTI; FRANCHI; KIM, 2009).

Na literatura (JANSON, 1998), verificou que é possível classificar a Classe II, subdividindo-a em dois tipos principais. O tipo 1 se caracteriza pelo posicionamento mais para a distal do molar inferior, do lado da Classe II, com consequente desvio da linha média dentária inferior para este lado. O tipo 2 se caracteriza pelo posicionamento mais para a mesial do molar superior, do lado da Classe II, com consequente desvio da linha média dentária superior para o lado oposto. Assim, subdividiu-se o grupo de Classe II em: Classe II, subdivisão – tipo 1 (linha média dentária superior coincidente e inferior desviada), Classe II, subdivisão – tipo 2 (linha média dentária inferior coincidente e superior desviada).

Para conseguirmos obter o sucesso desejado nos tratamentos de maloclusão de Classe II, deve-se avaliar com muita cautela a severidade da maloclusão, a idade do paciente, características dentárias, faciais e esqueléticas, identificar em qual arcada está o desvio de linha média, o aspecto do perfil mole, a inclinação dos dentes, apinhamento e o grau de colaboração, sendo que a severidade da má oclusão e a idade são características pertinentes ao paciente e que não podem ser controladas

---

<sup>1</sup> Especialização pela FACSETE em Ortodontia. E-mail: erycamainardi@hotmail.com

por nós, profissionais. O fator-chave na finalização do tratamento ortodôntico é a colaboração. (MARIA et al., 2005; JANSON et al., 2006; BACCETTI; FRANCHI; STAHL, 2009; JANSON et al., 2010).

Dentre os diversos protocolos de tratamentos existentes, podem-se destacar extrações de 4 pré-molares ou de apenas dois pré-molares superiores e, em casos específicos, a extração de 3 pré-molares, uso de aparelhos ortopédicos, elásticos intermaxilares, distalização do primeiro molar ou ainda, em casos extremos, a cirurgia ortognática. (JONES et al., 2008), pois ela oferece ao cirurgião dentista a possibilidade de corrigir displasias esqueléticas naqueles que já passaram da fase de crescimento, além de corrigir a maloclusão e melhorar esteticamente o perfil destes pacientes. (Oliveira MFV, 2010)

As extrações dentárias permitem a retração dos incisivos, o que favorece a correção da protrusão destes elementos dentários e a redução da projeção dos lábios superiores e inferiores, ocorrendo a melhora do perfil facial e uma estética facial e oclusal. Tudo isso é satisfatório quando a má oclusão de Classe II é acompanhada de biprotusão. Normalmente, os pré-molares são os dentes de escolha para extração, devido à sua localização no arco dentário e por proporcionarem uma fase de retração mais curta. (LAURO, 2005; CUOGUI et al., 2007; SCHROEDER, 2009).

O principal objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico abordando diagnóstico, tratamento, benefícios e mudanças de perfil no tratamento em que não foi realizada correção orto-cirúrgica da maloclusão do tipo classe II subdivisão, mas que trouxe resultados satisfatórios através da alternativa de execução de extração assimétrica de 3 pré-molares bem empregada.

## **2 RELATO DE CASO**

O paciente J.L.S.V, do gênero masculino, leucoderma, 17 anos, procurou o tratamento ortodôntico na Clínica ICOS Joinville-SC, com queixa do mal posicionamento dos dentes anteriores. Apresentou, no exame facial, um padrão mesocefálico, com ângulo nasolabial aberto, lábio inferior à frente do superior, sulco mentolabial marcado e perfil ligeiramente convexo (Figura 1).

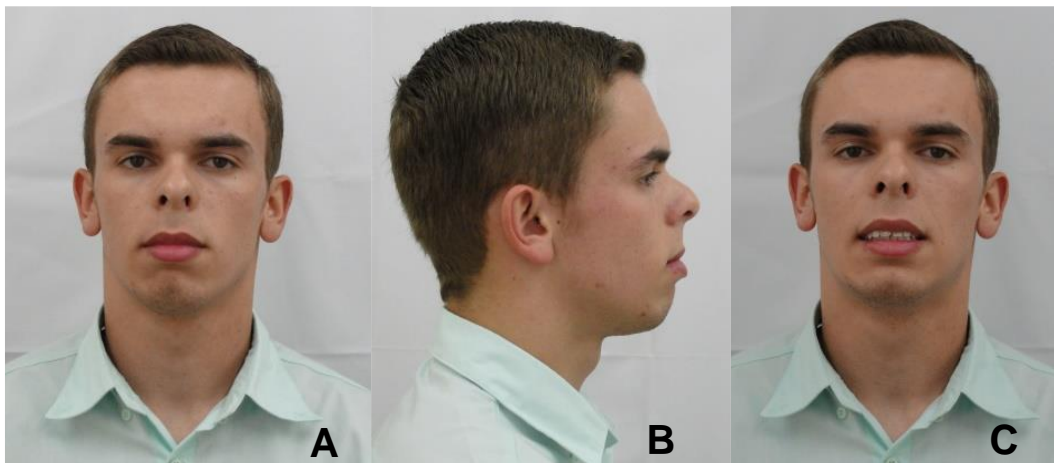


Figura 1 (A - C): Análise Extrabucal ao início do tratamento.

Na avaliação intrabucal, foi observada uma má oclusão Classe II subdivisão (3/4 de Classe II do lado direito e Classe I do lado esquerdo), com desvio da linha média inferior para a direita em relação ao plano sagital mediano (Figura 2).



Figura 2 (A – E): Aspectos intrabucais iniciais  
Fonte: Elaborado pela autora, (2022).

Na radiografia panorâmica, identificou-se dentadura permanente completa, inclusive com a presença dos terceiros molares e também tratamento endodôntico nos incisivos centrais superiores. (Figura 3).

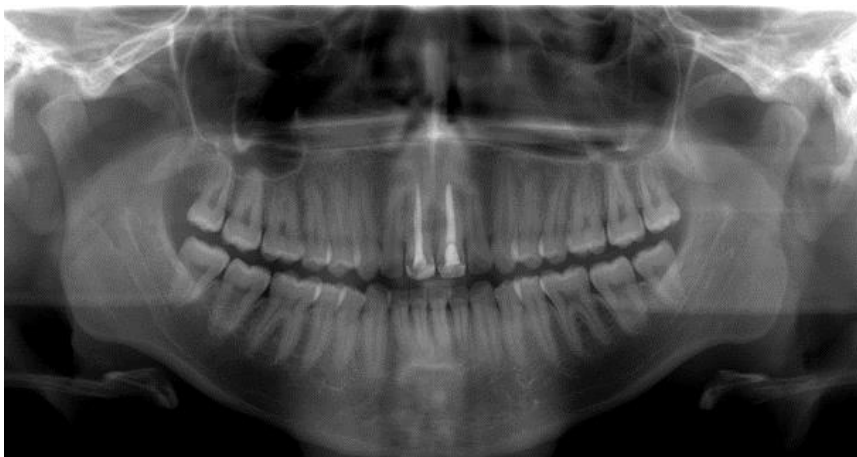


Figura 3: Rx Panorâmico inicial

Na telerradiografia lateral (Figura 4), foi observada protrusão dentária superior e inferior, selamento labial desfavorável, o que se comprova pela hipertonicidade do músculo mental, além de ângulo nasolabial aberto, apesar da inclinação vestibular.



Figura 4: Telerradiografia em norma lateral inicial

## 2.1 ALTERNATIVAS DO TRATAMENTO

Uma alternativa para esse caso seria a correção orto-cirúrgica, pois o uso da técnica cirúrgica junto com o tratamento ortodôntico oferece ao paciente não somente corrigir a maloclusão, como também melhorar esteticamente o perfil. Existem também, dentre as várias formas de tratamento compensatório para essa má oclusão, as exodontias, nos casos que o perfil permite sua realização, ou a compensação dentoalveolar através de propulsor mandibular e/ou elásticos intermaxilares. Entretanto, o segundo e terceiro dispositivo implicaria a acentuação da vestibularização dos incisivos inferiores e, conseqüentemente, a piora do perfil facial, além de poder promover o desvio da linha média superior. Outra opção de tratamento seria a extração de quatro pré-molares, porém esta mecânica demandaria maior tempo para ser realizada e maior controle de ancoragem. Neste caso, devido à vestibularização dos incisivos inferiores, má oclusão Classe II e desvio da linha média inferior, optou-se pela realização de um tratamento compensário que consistiu na extração de dois pré-molares superiores e de um pré-molar inferior.

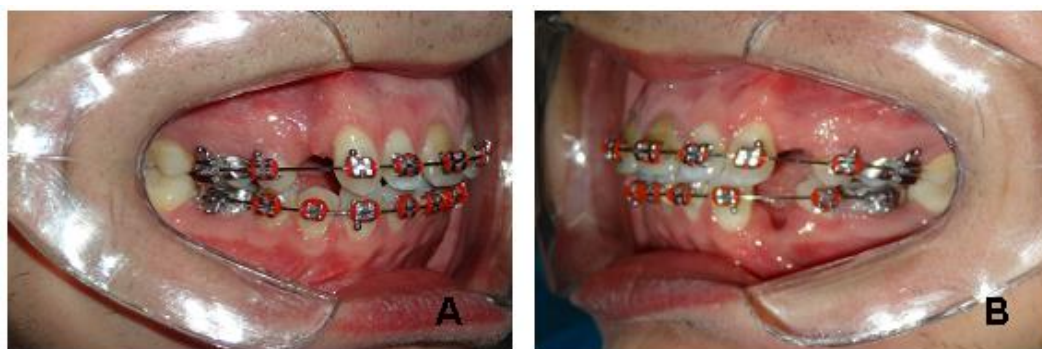
## 2.2 OBJETIVO DE TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é a correção da má oclusão de Classe II subdivisão, alinhamento, nivelamento das arcadas dentárias e obtenção de uma oclusão estática e funcional ideal. Essas alterações acarretam uma melhora da estética facial do paciente.

## 2.3 SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO

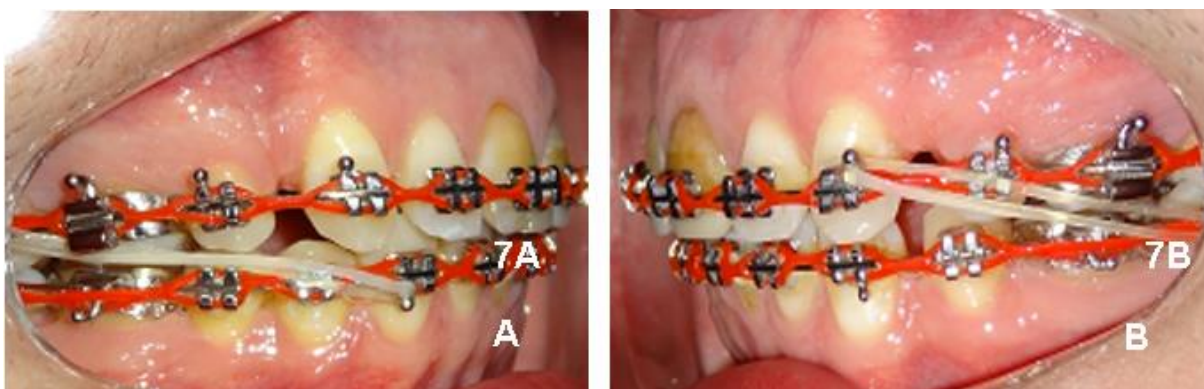
Após sua consulta inicial, anamnese e a avaliação do caso, foi realizado o planejamento individual do paciente, onde foi prevista a necessidade da extração dos primeiros pré-molares superiores e primeiro pré-molar inferior esquerdo. Realizou-se a colagem dos bráquetes e iniciou-se a mecânica de alinhamento e nivelamento. O tratamento ortodôntico corretivo foi realizado com aparatologia fixa, bráquetes SLI® Morelli slot 0.022". Em sua primeira consulta, foi iniciada a bandagem dos primeiros molares e a colagem direta dos acessórios ortodônticos na arcada superior (exceto 14, 24 e 34) de prescrição Roth .022 x 030, além do encaminhamento solicitando as devidas extrações. Em sua segunda consulta, iniciou-se a bandagem dos primeiros

molares inferiores e colagem direta dos acessórios ortodônticos. A fase de alinhamento e nivelamento dentário foi realizada com arcos 0.014", 0.016", 0.018", NiTi, 0,018" aço; 0,020" NiTi; 0,20" aço; 0,17x0,25" NiTi;; e 0,17x0,25" aço 0,19x0,25" NiTi; e no arco 0,19x0,25" aço, foi dado início à retração.



Figuras 5 (A - C): Fase de alinhamento e nivelamento já com exodontias realizadas

Na presença do arco 0,019" x 0,025" de aço passivo, iniciou-se a retração anterior superior e inferior, com o uso do elástico intermaxilar de classe II 3/16 médio (reforço de ancoragem) do lado esquerdo e III (para perda de ancoragem e correta intercuspidação) do lado direito, com finalidade de obter resultados positivos no que se refere à correção da linha média e fechamento de espaço.



Figuras 6 (A - B): Retração utilizando elástico de Classe II do lado esquerdo e elástico de Classe III do lado direito.

Por fim, foi obtido um controle do trespasse anterior, melhora do perfil facial, correção da maloclusão Classe II e correção da linha média inferior.

Após toda a correção ortodôntica, foi feita a remoção do aparelho fixo e foram instalados aparelhos de contenção. Foi utilizada uma placa de Hawley na arcada superior e uma contenção fixa 3 x 3 reta colada no arco inferior.



Figuras 7 (A - E): Oclusão final após remoção do aparelho fixo e contenção Hawley superior e 3X3 reta inferior



Figura 8: Fotografias Extrabucais finais



Figura 9: Radiografia panorâmica final



Figura 10: Telerradiografia em norma lateral final



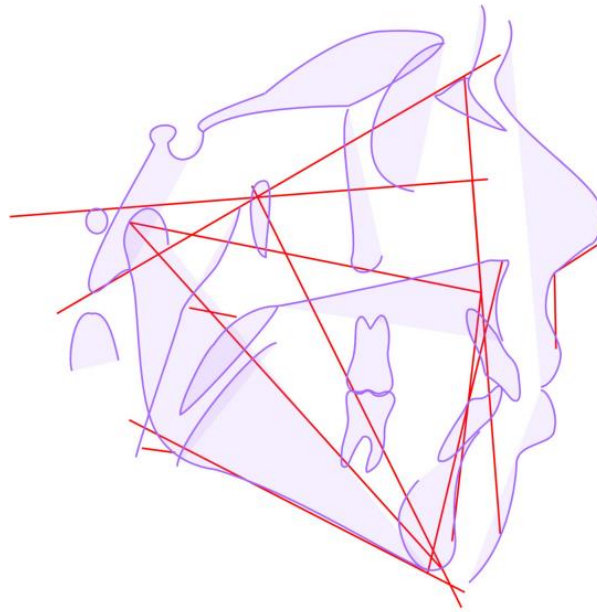


Figura 11: Traçado inicial

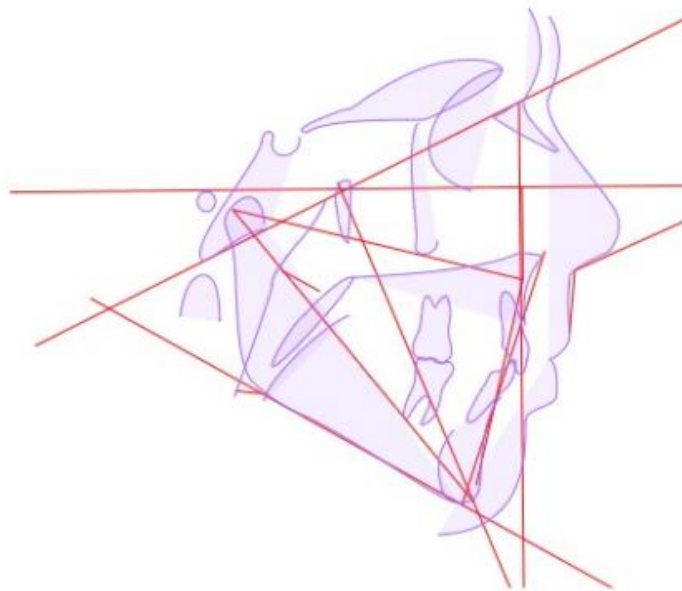


Figura 12: Traçado final

#	Descrição	Valor	Padrão	Desvios/Classificação
<b>Maxilar x Base do Crânio</b>				
1	A-N Perpendicular	-0.04 mm	1.1 ± 2.7	
2	Prn.(Sn-Ls)	121.726 gr	104.4 ± 12.5	+
<b>Maxilar x Mandíbula</b>				
3	Co-Gn	112.21 mm	-	
4	Co-A	85.895 mm	-	
5	Diferença Maxilar/Mandíbula	26.315	34.5 ± 4.0	--
6	Ena-Me	77.1 mm	-	
7	(Po-Or).(Go-Me)	31.682 gr	21.3 ± 3.9	++
8	(Ba-N).(Ptm-Gn)	86.142 gr	90.0 ± 3.0	-
<b>Mandíbula x Base do Crânio</b>				
9	Pog-N Perpendicular	-11.633 mm	-0.3 ± 3.8	--
<b>Dentes</b>				
10	Sf1/-A Perpendicular	8.287 mm	5.3 ± 2.0	+
11	Iii-(A-Pog)	7.121 mm	2.3 ± 2.4	++
<b>Vias Aéreas</b>				
12	Nfa-Nfp	11.563 mm	17.4 ± 4.3	-
13	Bfa-Bfp	8.131 mm	13.5 ± 4.3	-

### Tabela de McNamara

Descrição	Valor	Padrão	Desvio	Observação
Co-A	86			
Proporção Co-Gn / Co-A (ideal)	112.21 mm	108.5 ± 1.5	3.71	Co-Gn maior
Proporção Ena-Me / Co-A (ideal)	77.1 mm	61 ± 1	16.1	Ena-Me maior

### Diagnóstico

Fator	Diagnóstico
A-N Perpendicular	Bom posicionamento
Prn.(Sn-Ls)	Naso-labial aberto
Pog-N Perpendicular	Retrusão mandibular
Sf1/-A Perpendicular	Protusão incisiva
Iii-(A-Pog)	Protusão incisivo inferior

Tabela 1: Medidas cefalométricas iniciais

#	Descrição	Valor	Padrão	Desvios/Classificação
<b>Maxila x Base do Crânio</b>				
1	A-N Perpendicular	0.113 mm	1.1 ± 2.7	
2	Prn.(Sn-Ls)	118.979 gr	104.4 ± 12.5	+
<b>Maxila x Mandíbula</b>				
3	Co-Gn	20.163 mm	-	
4	Co-A	15.879 mm	-	
5	Diferença Maxila/Mandíbula	4.284	34.5 ± 4.0	-----
6	Ena-Me	14.2 mm	-	
7	(Po-Or)/(Go-Me)	29.634 gr	21.3 ± 3.9	++
8	(Ba-N).(Ptm-Gn)	86.31 gr	90.0 ± 3.0	-
<b>Mandíbula x Base do Crânio</b>				
9	Pog-N Perpendicular	-2.476 mm	-0.3 ± 3.8	
<b>Dentes</b>				
10	Sf1-A Perpendicular	0.374 mm	5.3 ± 2.0	--
11	Ii(A-Pog)	0.384 mm	2.3 ± 2.4	
<b>Vias Aéreas</b>				
12	Nfa-Nfp	2.282 mm	17.4 ± 4.3	---
13	Bfa-Bfp	1.317 mm	13.5 ± 4.3	--

### Tabela de McNamara

Descrição	Valor	Padrão	Desvio	Observação
Co-A	80			
Proporção Co-Gn / Co-A (ideal)	20.163 mm	98.5 ± 1.5	-78.34	Co-Gn menor
Proporção Ena-Me / Co-A (ideal)	14.2 mm	57.5 ± 0.5	-43.3	Ena-Me menor

### Diagnóstico

Fator	Diagnóstico
A-N Perpendicular	Bom posicionamento
Prn.(Sn-Ls)	Naso-labial aberto
Pog-N Perpendicular	Bom posicionamento
Sf1-A Perpendicular	Retrusão incisiva
Ii(A-Pog)	Bom posicionamento

Tabela 2: Medidas cefalométricas finais

### 3 DISCUSSÃO

Existe um número crescente de pacientes adultos que buscam por tratamento ortodôntico e os benefícios psicológicos para estes pacientes que precisam de reabilitação dentária podem ocorrer devido à motivação obtida pela oclusão melhorada e estética do sorriso (COUTO NV, 2016; JOHAL, 2015.)

Quando a má oclusão assimétrica apresenta-se associada a uma assimetria facial, a intensidade desta assimetria determina o tipo de tratamento a ser realizado. Se o grau da assimetria for acentuado e a queixa principal do paciente for esta, o tratamento deverá ser cirúrgico; se a assimetria facial for discreta e não constituir-se na queixa principal do paciente, o tratamento poderá ser restrito à correção dos problemas dentários (BISHARA; BURKEY; KHAROUF, 1994; YAILLEN, 1994).

Neste caso, uma das opções a se mencionar consistia no tratamento orto cirúrgico, mas é importante salientar que nem todos os pacientes optam pela terapia com cirurgia considerando um conjunto de fatores, como medo, custo financeiro, estado sistêmico, queixa principal, entre outros. O critério primário para a decisão pelo tratamento ortodôntico cirúrgico envolve o comprometimento da harmonia facial (CAPELLOZA F L, 2004; REIS S. A. B, 2008) .Os fatores considerados de extrema importância, na indicação ou não da cirurgia ortognática, em ordem decrescente, são: assimetria facial, convexidade do perfil, proporção entre o terço médio e o inferior, comprimento da linha queixo-pescoço, idade, exposição gengival ao sorrir, projeção anterior do mento, exposição dos incisivos em repouso e sobressaliência ( REIS S. A. B., 2008).

Trabalhos, comparando apenas pacientes limítrofes que aceitem tanto o tratamento cirúrgico quanto o compensatório, são mais indicados para avaliar a influência do gênero na escolha do tipo de tratamento, pois, nesses casos, as variáveis da magnitude da discrepância esquelética e do padrão facial estarão controladas, reduzindo viés de confundimento. A análise facial morfológica é um dos recursos de diagnóstico mais importante para a identificação das discrepâncias esqueléticas sagitais, verticais e transversais (GREGORIO A. S. M., et. al., 2014).

A resolução clínica do tratamento desta má oclusão é variada, e, na maioria das vezes há divergências de opiniões entre os autores em relação à melhor opção de tratamento sempre considerando a severidade, o perfil, a idade, condição sócio

econômica (GUIMARAES, 2008; GUIMARÃES JÚNIOR C.H. et al., 2012).

É possível encontrar estudos e pesquisas citando que a extração assimétrica é uma alternativa de tratamento da Classe II subdivisão (ALAVI D.G, 1998; JANSON 2007). A variabilidade da Classe II subdivisão, como definida por McNAMARA (1981), permite que as extrações dentárias possam ser realizadas em benefício do paciente. Em vista disso, JANSON et al. (1995) descreveram um caso clínico em que foram feitas extrações de 2 primeiros pré-molares superiores e 1 pré-molar inferior, com bom resultado, correção da linha média e um perfil facial adequado. Entretanto, quando a opção de extração assimétrica numérica é considerada, admite-se a relação molar Classe II no lado da subdivisão, justamente o resultado apresentado por JANSON et al. (1995). Nesse relato de caso, as extrações foram executadas como parte do plano de tratamento para contribuir com a harmonia do perfil facial, do selamento labial passivo e da correção do desvio da linha média.

O paciente relatado nesse caso clínico optou por um tratamento compensatório, que consistiu na extração de dois pré-molares superiores e um inferior, e que no final do tratamento as linhas médias estivessem coincidentes entre si, sendo desnecessário o uso de elásticos intermaxilares de Classe II. Porém, mesmo que o elástico intermaxilar de Classe II não tenha sido a mecânica de escolha para a correção da linha média e correção da Classe II, ele foi utilizado em um período de tempo como reforço de ancoragem dos molares. Isto propiciou uma oclusão final com o lado da Classe I terminando em Classe I, enquanto no lado da Classe II o molar terminará em Classe II.

Embora a utilização de mini-implantes possa trazer diversas vantagens ao tratamento das más oclusões assimétricas, como o fácil estabelecimento de uma eficiente ancoragem assimétrica entre os hemiarcos, maior redução da protrusão dos incisivos e eliminação da necessidade do paciente cooperar com o uso de aparelhos para reforço de ancoragem e/ou elásticos de Classe II, deve-se ressaltar que a utilização destes dispositivos de ancoragem esquelética para esse caso não se fez necessária, já que o objetivo era a perda de ancoragem do lado da má oclusão e, o uso do elástico desempenhou força suficiente para tal feito.

Esse protocolo assimétrico utilizado resultou em satisfação do paciente com os resultados obtidos, com as linhas médias dentárias superior e inferior coincidentes entre si e com o plano sagital mediano. Além disso, resolveu sua queixa principal.

Sendo assim, concluiu-se que a finalização do caso clínico apresentou ótimo resultado final, com correção da biprotrusão, caninos em chave de oclusão, correção da linha média inferior, melhora do perfil facial da paciente e selamento labial passivo. Os resultados facial e dentário mostram que o tratamento ortodôntico associado a extrações assimétricas (3 primeiros pré-molares e 1 segundo pré-molar) apresenta-se como uma alternativa eficiente para tratamento da Classe II, subdivisão em adultos evidenciando que a mecânica ortodôntica utilizada atingiu as metas propostas pelo tratamento.

Este resultado corrobora com o de outros trabalhos encontrados na literatura (BALDO T. O, 2010; JANSON G.R.P. et al, 2007; MOYERS R.E, 1980.)

#### 4 CONCLUSÃO

Avaliando-se os resultados obtidos após o tratamento, pode-se concluir que a técnica empregada no caso clínico descrito, baseou-se no grau de eficiência na correção da maloclusão, tanto na relação anteroposterior dos arcos, quanto na correção da linha média. Portanto a escolha do protocolo de tratamento, com a realização de extrações dentárias assimétricas, promoveu no final do tratamento uma relação oclusal equilibrada, linhas medianas coincidentes, com resultados estéticos satisfatórios e, sobretudo, a satisfação do paciente.

De acordo com caso clínico apresentado, pode-se afirmar que, em casos de Classe II, subdivisão, com desvio de linha média inferior, o tratamento envolvendo três extrações em pacientes cujo perfil aceita retração promove resultados oclusais e funcionais satisfatórios, com mecânica facilitada.

## REFERÊNCIAS

ALAVI D.G., BEGOLE E. A., SCHNEIDER B. J. Facial and dental arch asymmetries in Class II subdivision malocclusion. **I Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 93(1)38-46, 1988.

ANGLE, E. H. **The latest and best in orthodontic mechanism**. Dent. Cosm., Philadelphia, v. 70, no. 12, p. 1143-1158, Dec. 1928

BISHARA S. E., BURKEY P. S., KHAROUF J. G., Affiliation 1 **Orthodontic Department, College of Dentistry, University of Iowa, Iowa City 52242**. PMID: 8010527 DOI: 10.1043/0003-3219(1994)064<0089:DAFAAR>2.0.CO;2 Abstract Asymmetry in the face.

BRAMBILLA, A. C. **Comparação dos resultados oclusais do tratamento da Classe II tratada com extrações de dois pré-molares com a terapêutica utilizando as extrações de quatro pré-molares**. 2002. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2002

BEYER, J. W.; LINDAUER, S. J. Evaluation of dental midline position. **SeminOrthod.**, v. 4, n. 3, p. 146-52, 1998.

BALDO, T.O. **Eficiência do tratamento da má oclusão de Classe II, subdivisão com extrações de três pré-molares e quatro pré-molares**. Bauru, 2010. 167 p. Tese (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

BURSTONE, C. J.; MARCOTTE, M. R. Solucionando problemas em Ortodontia. **Quintessence**, v. 6, p. 145-78, 2003.

CAPELOZZA, F. L. **Diagnóstico em Ortodontia**. Maringá: Dental Press; 2004

COUTO, N. V., CASTRO FCAC, ALMEIDA C.M., VALARELLI D. P., ALMEIDA P. R. R. Impact of orthodontic treatment on self-esteem and quality of life of adult patients requiring oral rehabilitation. **Angle Orthod**. 2016; 86:839-845.

CUOGHI, O. A.; SELLA, R. C.; MACEDO, F. A. et al. Desgaste interproximal e suas implicações clínicas. **Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 12, n. 3, p. 32-46, 2007.

GUIMARAES, C. H., JR. Estudo das alterações dento-esqueléticas decorrentes do tratamento da má oclusão de classe II, 1a divisão, com o aparelho propulsor mandibular twin force bite corrector, associado a aparelhagem fixa. 2008. **Universidade de São Paulo, Bauru(SP)**:

GUIMARÃES JÚNIOR CH et al. Estabilidade em longo prazo do tratamento da Má Oclusão de Classe II, divisão 1, com a utilização de um aparelho funcional propulsor mandibular fixo: Relato de caso. **Rev Clín Ortod Dental Press**, v. 11(4): 30-7, 2012.



JANSON G.R.P., PEREIRA A.C.J., DAINESI E.A., FREITAS M.R. **Assimetria dentária e suas implicações no tratamento ortodôntico: apresentação de um caso clínico.**

*Ortodontia*, 28(3) 69- 73, 1995

JANSON G.R.P. et al. Cephalometric evaluation of symmetric and asymmetric extraction treatment for patients with Class II subdivision malocclusions. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, .132(1) 28-35, 2007.

JANSON, G.; SALAZAR, V. L.; SALAZAR, R. L. et al. Long-term stability of Class II malocclusion treated with 2- and 4-premolar extraction protocols. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 136, n. 2, p. 154-64, 2009.

JOHAL A., ALYAQOOBI I., PATEL R., COX S. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. **Eur J Orthod**. 2015; 37:233-237.

KOOK, Y. A.; PARK, J. H.; BAYOME, M. et al. Correction of severe bimaxillary protrusion with first premolar extractions and total arch distalization with palatal anchorage plates. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 148, n. 2, p. 310-20, 2015.

LAURO, M. M. A razão áurea e os padrões harmônicos na natureza, artes e arquitetura. **Exacta**, v. 3, p. 35-48, 2005.

MCNAMARA Jr. J.A. Components of class II malocclusion in children 8-10 years of age. **Angle Orthod**, 51(3) 177-202, 1981.

MARQUEZAN, M.; DALVI, A. C.; FONSECA, V. A. O. et al. Análise do efeito da retração de incisivos permanentes no perfil facial de indivíduos portadores de maloclusão classe I biprotrusão. **Revista Ortodontia Gaúcha**, v. 12, n. 2, p. 48-54, 2008.

MOYERS R. E., RIOLO M. L., GUIRE K. E., WAINRIGHT R. L., BOOKSTEIN F. L. Differential diagnosis of class II malocclusions. Part 1. Facial types associated with class II malocclusions. **Am J Orthod**, .78(5)477-94, 1980

REIS S. A. B. Parâmetros faciais e dentários de referência para indicação do tratamento ortodôntico-cirúrgico em pacientes com deformidades dentofaciais do padrão II. São Paulo, 2008. (Tese de doutorado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2008. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial versão On-line** ISSN 1808-5210 Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.14 no.1 Camaragibe Jan./Mar. 2014

SCHROEDER, M. A. Má-oclusão Classe I de Angle, com acentuada biprotrusão, tratada com extrações de dentes permanentes. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 14, n. 4, p. 137-48, 2009.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, S. F.; CAVASSAN, A. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: relação sagital. **Rev. Odont. USP**, v. 4, n.2, p. 130-137, 1990.

SILVA, K. F. da. Tratamento ortodôntico sem extrações através da redução de esmalte interproximal. [monografia]. Belém: **Instituto de Ciências da Saúde**, 2010. 12.

VILELA, H. M.; SAMPAIO, A. L. S.; BEZERRA, F. Utilização de microparafusos ortodônticos na correção de assimetrias. **R Dent Press OrtodonOrtop Facial**, v. 13, n. 5, p. 107-17, 2008.