

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DA CLASSE III NA
DENTADURA MISTA – RELATO DE CASO CLINICO E REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Coordenação do
curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do
Grau de Bacharel em Odontologia

CAMILA GURGEL TENÓRIO

ORIENTADOR: Msc. LUCIANO PACHECO de ALMEIDA

ARACAJU

11/2009

CAMILA GURGEL TENÓRIO

TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III NA
DENTADURA MISTA – RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de
curso apresentado a
Coordenação do curso de
Odontologia da
Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos
para obtenção do Grau de
Bacharel em Odontologia

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof: Msc. LUCIANO PACHECO de ALMEIDA
ORIENTADOR/ PRESIDENTE DA BANCA

Prof: Msc. MARA AUGUSTA CARDOSO BARRETO
1ª EXAMINADORA

Profª,Drª SUZANE RODRIGUES JACINTO GONÇALVES
2ª EXAMINADORA

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DA CLASSE III NA DENTADURA MISTA
– RELATO DE CASO CLINICO E REVISÃO DE LITERATURA
CAMILA GURGEL TENÓRIO; LUCIANO PACHECO DE ALMEIDA**

RESUMO

A má oclusão de classe III recebe uma atenção diferenciada pelos ortodontistas, isto devido ao seu caráter multifatorial, à implicação de seu comprometimento estético e à presença das respostas, usualmente desfavoráveis em relação ao tratamento e prognóstico, tanto ortodôntico quanto ortopédico. O tratamento da má oclusão de classe III deve ser realizado precocemente ainda na dentição decídua ou mista, com a finalidade de obter resultados satisfatórios através do tratamento ortopédico evitando assim que o paciente seja submetido a cirurgia. Como alternativa não cirúrgica para correção de casos de má oclusão de classe III a terapia de protração maxilar tem sido utilizada como método para solução de casos ortodônticos. O objetivo desse trabalho é apresentar a efetividade da máscara facial de Delaire associada ao disjuntor palatino no tratamento da má oclusão de classe III na dentadura mista através de um relato de caso clínico em um paciente de 9 anos e 6 meses. Mediante a revisão de literatura e o caso clínico apresentado, a máscara facial de Delaire associada ao disjuntor palatino obteve resultados satisfatório no tratamento da má oclusão de classe III, no entanto é importante ressaltar que a contenção pós tratamento é de grande valia para ajudar na conclusão do caso.

PALAVRAS- CHAVE

Dentadura mista, tratamento de classe III, retrusão maxilar

ABSTRACT

Malocclusion Class III receives a differentiated by orthodontists, that due to its multifactorial, the implication of his esthetic and to the presence of responses, usually unfavorable treatment and prognosis, both orthodontic and orthopedic. The treatment of malocclusion Class III should also be instituted

early in the primary dentition or mixed, in order to obtain satisfactory results by treating orthopedic thus preventing the patient underwent surgery. Alternatively non-surgical correction of malocclusion cases of class III maxillary protrusion therapy has been used as a method for solution of orthodontic treatment. The aim of this paper is to present the effectiveness of the face mask of Delaire associated with rapid maxillary expansion appliance in the treatment of malocclusion Class III in the mixed dentition using a clinical case report on a patient's 9 years and 6 months. Through literature review and clinical case presented, the facial mask of Delaire associated with rapid maxillary expansion appliance performance was satisfactory in the treatment of malocclusion of III class, however it is important to note that the containment after treatment is of great value to assist in the completion of case.

KEYWORD

Denture mixed, treatment of class III, maxillary retrusion

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A má oclusão de Classe III de Angle parece receber uma atenção especial dos ortodontistas, devido à implicação de seu comprometimento estético e à presença das respostas, usualmente, desfavoráveis em relação ao tratamento e prognóstico, tanto ortodôntico como ortopédico. A ortodontia tem encontrado desafios quanto ao tratamento de má oclusão de classe III, por se tratar de uma má oclusão que tem como etiologia multifatorial e a dificuldade em prever se o padrão de crescimento das diversas partes do complexo craniofacial contribui para esse fato. Mcnamara e Brudon em 1995 relataram que características notórias como o perfil facial côncavo e a mordida cruzada anterior ocasionam estética desfavorável e preocupação dos pais, podendo, muitas vezes prejudicar o convívio social de quem as apresenta.

A prevalência da má oclusão de classe III varia de acordo com a região pesquisada, sendo observada com maior frequência em países asiáticos como Japão e Coréia. Mcnamara e Brudon em 1995. No Brasil, de acordo com uma pesquisa realizada na região de Bauru, estima-se uma prevalência da classe III em torno de 3%. (SILVA FILHO, et al em 1995).

Segundo Frejman et al (2004) a classe III, pode ser encontrada associada a uma deficiência de desenvolvimento do terço médio da face, a um crescimento mandibular exagerado ou à combinação de ambos. Também pode ser devida a um posicionamento maxilar posterior, a um posicionamento mandibular anterior ou a migração do processo alveolar inferior.

Como alternativa não cirúrgica para correção de casos de má oclusão de classe III a terapia de protração maxilar tem sido utilizada como método para solução de casos ortodônticos.

A finalidade deste trabalho é apresentar um caso clínico, o qual relata a efetividade da máscara facial de Delaire associada ao disjuntor palatino no tratamento da má oclusão de classe III na dentadura mista.

1.1 ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os fatores associados à má oclusão de classe III são diversos e difíceis de serem diagnosticados, no entanto, fatores psicológicos, genéticos, tensão

emocional, estresse e ansiedade, contribuem para a instalação da má oclusão de classe III. Além disso, devolver a estética à criança precocemente implica contribuir para sua auto-estima.(KAPUST et al 1998). Segundo Almeida, et al (2000) para diagnosticar clinicamente a má oclusão de classe III deve-se observar se os dentes posteriores mandibulares ocluem mesialmente em relação aos maxilares e se na região anterior geralmente ocorre mordida de topo a topo ou a inversão do trespassse horizontal. Quando a criança encontra-se em fase de surto de crescimento ósseo, o padrão funcional pode levar a casos mais complexos como, prognatismo mandibular, retrusão maxilar ou ambos estabelecendo uma má oclusão de classe III esquelética.

A má oclusão de Classe III agrava-se ao longo do crescimento, principalmente a partir da adolescência. Deste modo, na criança, esta má oclusão não se apresenta totalmente definida, e as características faciais e oclusais ainda sutis podem dificultar o diagnóstico. A identificação precoce desta discrepância esquelética depende da observação minuciosa de uma série de características faciais, oclusais, e cefalométricas que revelam forte tendência à Classe III. A ausência da proeminência zigomática ou malar constitui o sinal facial que traduz o retrognatismo maxilar. A linha mento-pescoço aumentada em relação à profundidade da face média e o ângulo mais agudo entre mento e pescoço denunciam a contribuição da mandíbula na Classe III.(OLTRAMARI, et al 2005)

Há diferença significativa entre a má oclusão de classe III de origem esquelética e dentária. A esquelética é caracterizada por discrepância ântero-posterior entre as bases ósseas, que pode ser devida à deficiência da maxila, ao excesso mandibular ou à combinação de ambos. Essas anomalias levam a alterações expressivas do perfil facial do paciente, muitas vezes com conseqüências psicossociais importantes. Medeiros, et al (2004). Já a má oclusão dentária restringe-se apenas a alteração na posição dento-alveolar.

1.2 TRATAMENTO

O tratamento ideal da má oclusão de classe III esquelética deve ser o mais precoce, se possível ainda na dentadura decídua. Quanto mais cedo, a interceptação suscita maiores efeitos ortopédicos em detrimento dos inevitáveis

efeitos ortodôntico. Além disso, devolver a estética à criança precocemente implica contribuir para sua auto-estima levando em consideração o fator psicológico. (SAADIA e TORRES 2000)

Almeida et al., em (2000), relatou o tratamento precoce da má oclusão de classe III na fase de dentição decídua ou mista por meio do uso de determinados aparelhos incluindo a máscara facial. Ao analisar a literatura pertinente ao tratamento precoce da má oclusão de classe III os autores verificaram que antes de qualquer procedimento é interessante entender o potencial de crescimento e seu mecanismo fisiológico, a fim de evitar interferências na harmonia, no equilíbrio e na estética facial. Observaram também que a má oclusão de classe III requer diagnóstico e tratamento precoce sempre que possível, além disso relataram que a maioria das más oclusões de classe III apresentam um crescimento em relação ao normal, menor na maxila e maior na mandíbula. Concluíram também que a expansão palatina desarticula a oclusão iniciando uma resposta celular nas suturas, permitindo uma relação mais positiva às forças de tração ventral da maxila com movimento para frente e para baixo.

Saadia e Torres, em (2000), realizaram um estudo com o objetivo de determinar a resposta sagital de pacientes classe III na dentadura decídua, mista e final da dentadura mista, tratados com expansão rápida da maxila e máscara facial. A amostra consistiu de radiografias antes e após o tratamento de cento e doze pacientes (45 meninos e 67 meninas) com idade entre três e doze anos. Foram divididos em três grupos com faixas etárias de 3 a 6 anos, 6 a 9 anos e 9 a 12 anos. Todos portadores de má oclusão de classe III por deficiência maxilar. Os autores puderam concluir que logo que um diagnóstico for estabelecido, uma intervenção prévia da má oclusão de classe III deve ser tratada, que uma diminuição definitiva no tempo de tratamento é alcançada quando os pacientes são tratados precocemente, grandes mudanças cefalométricas foram alcançadas, principalmente na dentadura decídua e início da dentição mista e que as meninas mostraram maiores mudanças significativas em todas as medidas angulares e lineares entre as idades de 3 e 6 anos, comparadas com meninos da mesma idade. Nenhuma resposta significativa foi encontrada entre meninos e meninas em diferentes idades,

exceto no comprimento anterior do crânio, linha SN, e comprimento do corpo entre as idades de 9 e 12 anos. O ponto SNA, deficiência maxilar, e ângulo da convexidade facial sofreram mudanças significantes em todas as idades sendo mais observadas em meninas do que em meninos. Nenhuma mudança significativa foi vista no ângulo SNB, com exceção dos homens com idade entre 3 e 6 anos.

Capelloza et al, em (2002), apresentou um novo protocolo por meio de sua aplicação em um paciente com longo acompanhamento, discutindo-o sob a perspectiva atual e justificando algumas mudanças nos procedimentos adotados na época do tratamento. Foi realizado um relato de caso clínico de uma paciente de nove anos e nove meses, xantoderma, dentadura mista e classe III por deficiência maxilar. Os autores realizaram expansão rápida da maxila associada à protração maxilar com máscara facial. Através desse estudo os autores puderam concluir que existe uma boa capacidade de correção através desse método de tratamento. O melhor resultado é o crescimento conferido à maxila e a perturbação do crescimento mandibular. Neste artigo os autores também concluíram que o uso de contenção ou manutenção no período de crescimento após esta terapia é dispensável, considerando-se que os aparelhos utilizados com este propósito não são capazes de neutralizar o crescimento desfavorável, participando apenas da compensação para camuflá-lo. Deve ser feita somente uma fase de monitoramento do paciente que dependendo dos resultados pode levar à necessidade de uma nova expansão rápida da maxila e protração maxilar. Concluíram também que após o término do surto de crescimento facial, é chegado o momento de optar pelo tratamento ortodôntico compensatório ou descompensatório, levando-se em consideração se a face do paciente encontra-se agradável ou não. Após a execução do tratamento indicado, torna-se necessário oferecer ao paciente um programa de contenção individualizado.

Oltramari, et al (2005) afirma que por meio da expansão rápida aliada à tração da maxila, a correção da Classe III esquelética resulta de uma combinação de mudanças esqueléticas e dentárias que produzem a melhora significativa do perfil facial. No entanto, esta opção cabe somente à Classe III com envolvimento maxilar em sua configuração morfológica. Para realizar um

prognóstico positivo ou negativo baseando-se nas características morfológicas iniciais, isto é, deve considerar o componente maxilar e mandibular, que compõe a Classe III, juntamente com o padrão facial. Uma vez que o crescimento pós tratamento não pode ser previamente determinado, torna-se imprescindível a sobrecorreção do trespassse horizontal e a manutenção da contenção por período adequado.

Silva Filho et al, (1998), avaliaram os resultados do tratamento de pacientes com má oclusão de Classe III em um estágio precoce (dentição decídua), com uma terapia ortopédica combinando a expansão maxilar rápida com a tração reversa da maxila. Os resultados cefalométricos mostraram mudanças esqueléticas, caracterizadas pelo avanço da maxila e rotação no sentido horário da mandíbula, alterações dentoalveolares, caracterizadas pela linguoversão dos incisivos inferiores e a inclinação vestibular dos incisivos superiores. As alterações esqueléticas e dentoalveolares provocaram mudanças favoráveis no perfil facial.

Weissheimer et al.(2003), propuseram um trabalho para avaliar a efetividade do uso da máscara facial através de um estudo de 27 pacientes, com idade média ao início do tratamento de nove anos e sete meses e ao final, de dez anos e quatro meses, sendo treze do sexo masculino e quatorze do sexo feminino. Foram analisadas cinquenta e quatro radiografias de perfil e utilizados traçados cefalométricos iniciais e finais o período investigado como método comparativo. Os autores encontraram alterações tanto na maxila quanto na mandíbula. Na maxila houve um deslocamento significativo no sentido ântero – inferior com uma pequena rotação anterior do plano palatal enquanto que na mandíbula ocorreu uma rotação posterior e inferior, favorecendo a correção da má oclusão. Os incisivos superiores foram projetados e os inferiores foram verticalizados, contribuindo para um aumento do trespassse horizontal.

Kiliçoğlu e Kirlic em (1998) estudaram as mudanças nos tecidos duros e moles após a terapia ortopédica com a máscara de Delaire. Como resultado da terapia a maxila foi deslocada anteriormente, ao mesmo tempo em que a mandíbula rotacionou posteriormente, os incisivos superiores moveram-se na direção anterior, enquanto que os inferiores moveram-se lingualmente o ângulo

do plano mandibular e a altura ântero-inferior e total da face aumentaram em relação ao plano SN, estas mudanças tiveram reflexo no perfil, mostrando um aumento da convexidade do perfil esquelético e diminuição nos no ângulo dos tecidos moles faciais e convexidade facial. Assim sendo, o perfil côncavo da classe III tornou-se mais balanceado, com a área do lábio superior mais marcada.

Baccetti et al., (2000), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as mudanças dento-esqueléticas do tratamento e após a tratamento com expansão rápida da maxila e máscara facial. Foram avaliados cento e cinco pacientes com má oclusão de classe III tratados com expansor maxilar de acrílico fixo e máscara facial. Foram divididos em grupos com início e final da dentição mista. Comparados a um grupo controle que também foi dividido da mesma maneira. Foram realizadas avaliações clínicas e cefalométricas com radiografias tiradas antes, durante e após o tratamento. Os autores puderam concluir que houve um aumento significativo no crescimento sagital da maxila somente quando o tratamento foi realizado nos pacientes em início da dentição mista. Ambos os grupos tratados puderam induzir a uma restrição no crescimento mandibular associada a um direcionamento do crescimento condilar para cima e para frente. Uma rotação para trás da mandíbula associada à uma diminuição do comprimento anterior da face pode ser observado em pacientes tratados no final da dentição mista. O padrão de crescimento facial de classe III foi restabelecido após um ano de observação pós-tratamento na ausência de qualquer tipo de contenção. Foi observada uma tendência à recidiva em pacientes tratados no final da dentição mista. Portanto quando os grupos são comparados parece ser mais relevante o tratamento em pacientes no início dentição mista, pois são obtidos melhores resultados.

Pangrazio-kulbersh et al; (2007), compararam os efeitos e a estabilidade à longo prazo do tratamento de protração maxilar com máscara facial com um grupo controle. Além disso, também compararam a estabilidade á longo prazo do tratamento de protração precoce com máscara facial com tratamentos cirúrgicos para avanço de maxila com osteotomia Le Fort I. Foi também discutido por eles se o tratamento precoce com máscara facial auxiliaria ou até mesmo evitaria um tratamento cirúrgico posteriormente. Foram avaliados 34

pacientes brancos tratados devido a má oclusão de classe III por deficiência do terço médio da face. A amostra que utilizou máscara facial consistia de 17 crianças (8 meninos e 9 meninas). A amostra que sofreu cirurgia consistia de 17 adultos (10 homens e 7 mulheres). O grupo que utilizou máscara facial também foi comparado a um grupo controle de crianças não tratadas. Foram utilizadas cefalometrias laterais e análises das mesmas para comparação dos grupos. Através das análises realizadas os autores puderam concluir que ambos os tratamentos cirúrgicos e ortopédicos produziram mudanças positivas na posição ântero-posterior da maxila e que estas mudanças permaneceram estáveis no decorrer do tempo pós-tratamento. Concluíram também que as duas modalidades de tratamento produziram melhoras clínicas aceitáveis e resultados estáveis em longo prazo. Os autores também chegaram à conclusão que o tratamento precoce com forças ortopédicas pode reduzir a necessidade de uma cirurgia posteriormente. Se a cirurgia mesmo assim se tornar necessária, o uso da máscara facial pode limitar a cirurgia somente para a mandíbula minimizando complicações e aumentando a estabilidade pós-tratamento.

Para o sucesso da ação ortopédica dentofacial, é fundamental a estimulação do crescimento da maxila na mesma direção do seu deslocamento fisiológico. A protração maxilar consiste em um mecanismo de forças que atuam sobre o complexo nasomaxilar com a finalidade de avançar a maxila e corrigir as relações dentoesqueléticas presentes na má oclusão Classe III. Os resultados são dependentes de diversos fatores, tais como: ponto de aplicação, direção e magnitude da força utilizada, idade do paciente, padrão favorável de crescimento e colaboração quanto ao uso do aparelho. (SAGA. et al 2006).

É importante salientar que o tratamento multidisciplinar é de grande valia, para a resolução da má oclusão de classe III. Bortolozzo et al. (2002), realizaram relato de um caso clínico com objetivo de abordar de forma clínica a importância da relação interdisciplinar, no caso dentistas e fonoaudiólogos, para a obtenção do equilíbrio entre as estruturas do sistema estomatognático. Foi avaliada uma paciente leucoderma com quatro anos e dois meses de idade com dentição decídua. O método utilizado foi a avaliação clínica e radiográfica antes e após tratamento fonoaudiológico. Foi possível concluir através deste caso clínico que a terapia de expansão rápida associada à protração maxilar

realizada com acompanhamento fonoaudiólogo devolveu à paciente uma relação oclusal, estética e funcional mais favorável. Esses resultados possibilitam que o equilíbrio forma – função seja mantida durante o crescimento.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente, M. C.V, gênero feminino, nove anos e seis meses de idade, chegou a Clínica Odontológica da Associação Brasileira de Odontologia do estado de Sergipe, no curso de aperfeiçoamento em ortopedia facial, para tratamento ortodôntico, relatando que “seus dentes estavam tortos”, SIC.(FIGURA 1)

FIGURA 01; Foto extra-bucal



Inicialmente foi feito a anamnese, exame clínico intra e extra-oral, onde identificou que a mesma possuía a má oclusão de classe III de Angle, mordida cruzada total e apinhamento ântero-superior e inferior (FIGURA 2, 3,4,5, 6). Foi solicitada a documentação ortodôntica (foto extra e intra-bucal, radiografia panorâmica, cefalométrica, de mão e punho, periapical dos incisivos superiores e inferiores e oclusal superior).

FIGURA 02; Foto frontal intra-oral



FIGURA03; Foto lateral direita



FIGURA 04; Foto lateral esquerda



FIGURA 05; oclusal inferior



FIGURA 06; Foto oclusal



Na radiografia panorâmica, observou-se dentição mista e presença dos primeiros molares permanentes já irrompidos na cavidade oral, (FIGURA 7). Através da radiografia de mão e punho conclui-se que a paciente está 2 a 3 anos antes do pico de crescimento, podendo observar que a epífise da falange proximal do segundo dedo está com a mesma largura da diáfise (FIGURA 8). A radiografia periapical confirmou o apinhamento entre os incisivos do arco superior e inferior (FIGURA 9 e 10). Na telerradiografia foi realizada a interpretação das medidas cefalométricas, observando inicialmente os ângulos em relação a base do crânio e constatou que por meio do SNA (77.32°), a maxila encontra-se retruída em relação a base óssea, o SNB (81.46°), a mandíbula está bem posicionada em relação a base óssea e o ANB (-4.14°), a maxila encontra-se retruída em relação a mandíbula. Observando os

ângulos que definem o padrão crânio cefálico, as medidas encontradas foram SNGOME (43,27mm), SNOcl (10,76), SnGn (64,98) e GoGnOcl (30,48), FMA (31,86) levando a conclusão que a paciente apresenta tendência a crescimento vertical (FIGURA 11). Já os ângulos que indicam a relação dos incisivos com as bases ósseas sugerem que, 1.NB o incisivo inferior encontra-se lingualizado, 1.NA o incisivo superior está bem posicionado, 1-NA o incisivo superior está bem posicionado e 1-NB o incisivo inferior encontra-se retruído em relação à base óssea.

FIGURA 07; Radiografia panorâmica

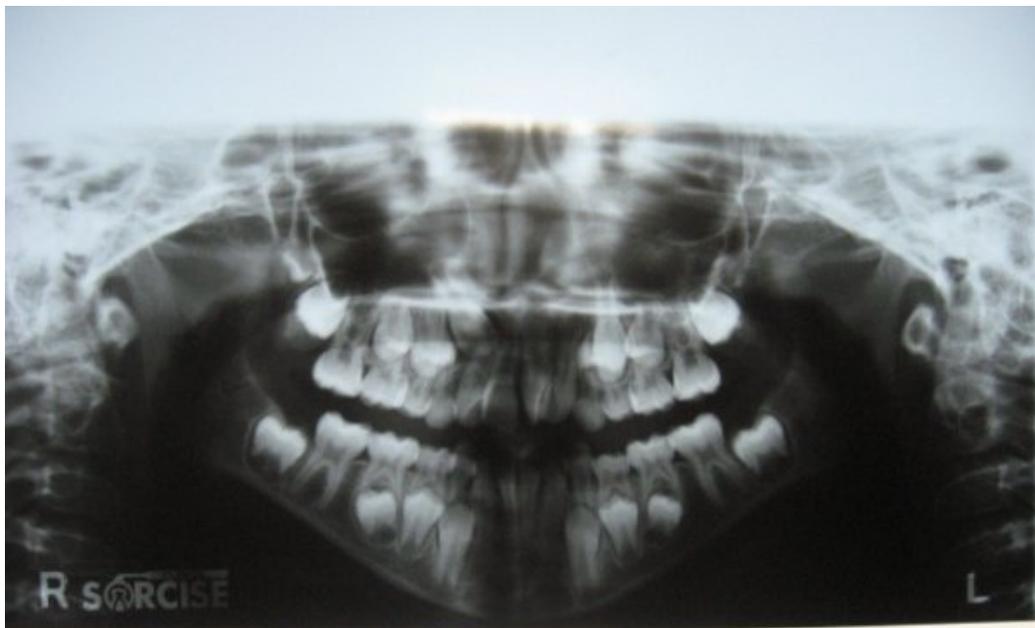


FIGURA 08; Radiografia de mão e punho



FIGURA 09;
Radiografia periapical direita



FIGURA 10;
Radiografia periapical inferior



FIGURA 11; Radiografia cefalométrica inicial



Diante do exposto, e das observações radiográficas e clínicas, o tratamento precoce da má oclusão de classe III direciona-se para a maxila, por meio da expansão rápida da maxila e pela protração maxilar por meio da máscara facial Delaire. A expansão rápida da maxila foi realizada utilizando o aparelho disjuntor tipo Hass modificado, com ganchos laterais soldados na região vestibular dos caninos decíduos superiores para receber os elásticos. O protocolo da ativação: primeira ativação uma volta completa no parafuso e em casa 2/4 de voltas pela manhã e 2/4 de volta pela noite por um período de seis dias. Foi observado o diastema entre os incisivos e a correção da mordida cruzada posterior sendo o momento ideal para instalação da máscara facial

para tração reversa da maxila (FIGURA 12).A paciente foi orientada que deveria usar a máscara facial 16 horas por dia e que os elásticos extra-bucais de força 300mg de cada lado deveriam ser trocado de cinco em cinco dias (FIGURA 13). A paciente utilizou a máscara facial por um período de oito meses, alcançando a sobrecorreção do trespasse horizontal e correção da mordida cruzada anterior (Figura 14). Após o tratamento foi indicado como contenção o uso da mentoneira para o paciente dormir juntamente com aparatologia. (FIGURA 15).

FIGURA 12; Disjuntor Haas modificado

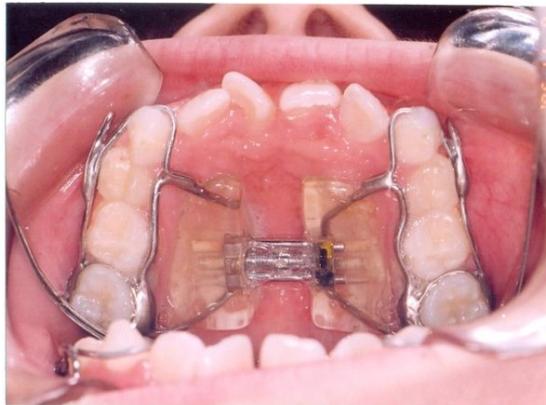


FIGURA 13; Máscara facial de Delaire

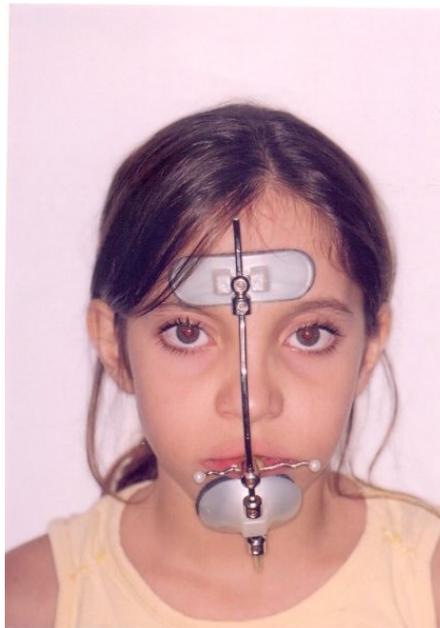


FIGURA 14; Correção da mordida cruzada total



FIGURA 15; Mentoneira



Após um ano, foi concluído o tratamento ortopédico mecânico e solicitado nova documentação. Ao observar novamente os ângulos cefalométricos, o SNA alterou de 77.32mm para 80.13mm havendo uma melhor relação ântero-posterior (FIGURA 16).

FIGURA 16; Radiografia cefalométrica final



3. DISCUSSÃO

Ao diagnosticar a má oclusão de classe III, a possibilidade de interceptação precoce deve ser considerada, uma vez que, isso irá possibilitar um bom relacionamento oclusal, facial e psicossocial, favorecendo o crescimento e desenvolvimento normal da criança.

A correção da Classe III esquelética, por meio da expansão rápida aliada à tração reversa da maxila, resulta de uma combinação de mudanças esqueléticas e dentárias que produzem a melhora significativa do perfil facial. (OLTRAMARI, et al 2005).

Há uma concordância entre os autores em relação as mudanças no perfil facial dos pacientes tratados com a máscara facial de Delaire. Onde Kapust *et al.*(1998), Silva e Filho *et al* (1998) e Almeida *et al* (2000) Weissheimer *et al.*(2003), Kiliçoglu e Kirlic em (1998), afirmaram que houve uma diminuição nos ângulos dos tecidos moles faciais e convexidade facial. Assim sendo, o perfil côncavo da classe III tornou-se mais balanceado, com a área do lábio superior mais marcada.

Em relação à contenção, a uma relevante discórdia entre os autores, aonde, Cappelozza, et al (2002) afirma que fica dispensado o uso de contenção ou manutenção no período de crescimento após esta terapia. Considerando-se que os aparelhos utilizados com este propósito não são capazes de neutralizar o crescimento desfavorável, participando apenas da compensação para camuflá-lo, eles são inúteis. A natureza os dispensa porque, obedecendo a princípios biológicos que indicam direção e limites, é capaz de executar esta compensação com extrema maestria, principalmente nos pacientes com crescimento padrão III. No entanto Alvarenga, em 2005 e Oltramari et al (2005) recomendam uma contenção para que ocorra a sinostose das suturas, ou ate mesmo que essa contenção prolongue ate o termino do crescimento mandibular.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A má oclusão de classe III necessita de diagnóstico e tratamento precoce sempre que possível, para obtenção de melhores resultados no futuro.
- O tratamento ortodôntico associado à ortopedia, certamente nos proporciona melhores resultados estéticos e biológicos no complexo maxilofacial.

- A utilização da máscara facial Delaire associada à tração da maxila com o disjuntor de Haas modificado obteve resultados satisfatórios, alcançando a sobrecorreção do trespasse horizontal, chave de oclusão de classe I de Angle, e correção da mordida cruzada posterior. Além de evitar que a paciente se submeta a uma cirurgia ortocirúgica.
- Através da determinação, cooperação do paciente e confiança no profissional obtém-se um resultado previsível.

SOBRE OS AUTORES

Camila Gurgel Tenorio: Aluna regularmente matriculada no 8º período do curso de Graduação em Odontologia da UNIT; mila_gurgel@hotmail.com

Luciano Pacheco de Almeida: Mestre em odontologia pela Universidade Metodista de São Paulo (2005); professor nas disciplinas: ortodontia, estágio infantil I e II da Universidade Tiradentes e professor do curso de especialização da Associação Brasileira de Odontologia/Secção SE; lpacheco@infonet.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M. H. C. et al. Tratamento precoce da maloclusão de Classe III. JBO – Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial, São Paulo, set./out. 2000. ano 5, n. 29, p. 35-40,
2. ALVARENGA, A. F.; Tratamento da maloclusão de Classe III com máscara facial ortopédica. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigo.asp?id=589>.
3. BACCETTI, T.; FRANCHI, L.; MCNAMARA, J. A. Treatment and posttreatment craniofacial changes after rapid maxillary expansion and facemask therapy. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop .Florence, October 2000. v.118, n. 4, p. 404-413,
4. BORTOLOZO, M. A.; TOMÉ, M. C.; KRÜGER, A. R. Terapia Interdisciplinar: Expansão rápida e tração maxilar com acompanhamento fonoaudiólogo. R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, v.7, n.4, p. 69-73, jul./ago. 2002.
5. CAPELOZZA FILHO, L. et al. Tratamento Ortodôntico da Classe III: Revisando o método (ERM e Tração) por meio de um caso clínico. R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, v.7, n.6, p. 99-119, nov./dez. 2002
6. FREJMAN, M. W.; PLATCHECK, D.; VARGAS, I. A. Protração maxilar para tratamento de maloclusão de Classe III esquelética - relato de um caso clínico. Ortodontia Gaúcha, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 18-27, jul./dez. 2004.
7. MCNAMARA Jr., J. A., BRUDON, W. L. Tratamento OF CLASS III malocclusion. In: BRUDON, W. L. Orthodontic treatment in the mixed dentition. 5th ed. Ann Arbor:Needham Press. 1995. p.117-129.
8. MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P. Cirurgia ortognática para o ortodontista.Ed. Santos, 2.ed. São Paulo: 2004.

9. KAPUST, A. J.; SINCLAIR, P. M.; TURLEY, P. K. Cephalometric effects of face mask/expansion therapy in Class III children: a comparison of three age groups. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, St. Louis, Feb. 1998 v. 113, no. 2, p. 204-212,
10. KILIÇOĞLU, H.; KIRLIÇ, Y. Profile changes in patients with class III malocclusions after Delaire mask therapy. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop*. Istanbul, Turquia, April 1998, v. 113, n. 4, p. 453-462,
11. OLTRAMARI, P. V. P; GARIB, D. G; CONTI, A. C. de, C. F; HENRIQUES, J. F. C; FREITAS, M. R. de,. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. *Rev. Dent. Press Ortodont. Ortop. Facial*, Maringá, vol.10, nº.5, Sep | Oct. 2005. –
12. PANGRAZIO-KUBERSH, V. et al.. Long-term stability of class III treatment: Rapid palatal expansion and protraction facemask vs LeFort I maxillary advancement osteotomy. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop*. Ontário, Canadá, January 2007. v. 131, n. 01, p. 7.e9- 7.e19,
13. SAADIA, M.; TORRES, E. Sagittal changes after maxillary protraction with expansion in Class III patients in the primary, mixed, and late mixed dentitions: A longitudinal retrospective study. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop*, Mexico City, June 2000. v. 117, n.6, p. 669-680,
14. SAGA, A.; VIANA, S. A.; TANAKA, O.; HIROSHI, MAURO.; Intercepção da malocclusão de Angle por meio da protração maxilar. *J. bras. Ortodon. Ortop. Facial*, mar-abr.2006.; 11 (62):165-173,
15. SILVA FILHO, O. G.; SANTOS, S. C. B. N.; SUGMOTO, R. N. Má oclusão de Classe III: Época oportuna de tratamento. *Ortodontia*, São Paulo, v.28, n.3, p. 74-88, set./dez. 1995.
16. SILVA FILHO, O. G. et al. Early treatment of the class III malocclusion with rapid maxillary protraction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, St. Louis, Feb. 1998, v. 113, no. 2, p. 196-203.

17. WEISSHEIMER, F.; BRUNETTO, A. R.; PETRELLI, E. Disjunção Palatal e Protração Maxilar: Alterações Cefalométricas Pós-Tratamento. J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial, Curitiba, mar./abr. 2003. v. 8, n.44, p. 111-121.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.