



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
CENTRO CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ELOISE HELENA SILVA MARQUES**

**TRATAMENTO PRECOCE PARA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III: RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

**ARARUNA  
2019**

ELOISE HELENA SILVA MARQUES

**TRATAMENTO PRECOCE PARA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III: RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

**Área de concentração:** Ortodontia.

**Orientador:** Prof. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza

**ARARUNA  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M357t Marques, Eloise Helena Silva.

Tratamento precoce para má oclusão de classe III [manuscrito] : relato de caso clínico / Eloise Helena Silva Marques. - 2019.

21 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Oclusão dentária. 2. Maxilar. 3. Odontologia. I. Título

21. ed. CDD 617.643

ELOISE HELENA SILVA MARQUES

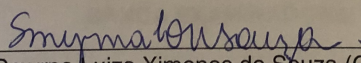
TRATAMENTO PRECOCE PARA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III: RELATO DE CASO CLÍNICO

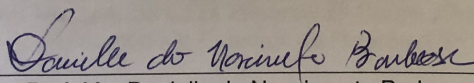
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

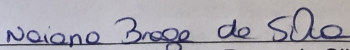
Área de concentração: Ortodontia.

Aprovado em: 31 / 10 / 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Ma. Smyrna Luiza Ximenes de Souza (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Ma. Danielle do Nascimento Barbosa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Ma. Naiana Braga da Silva  
Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP)

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

José de Alencar.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aspecto Facial pré-tratamento: <b>A.</b> Frontal; <b>B.</b> Lateral; <b>C.</b> Sorriso.....	12
Figura 2 – Aspecto Intrabucal pré-tratamento evidenciando relação maxila/mandíbula: <b>A.</b> Frontal; <b>B.</b> Lateral.....	13
Figura 3 – Radiografia Panorâmica pré-tratamento.....	13
Figura 4 – Telerradiografia lateral pré-tratamento.....	14
Figura 5 – Aparelho Haas Modificado.....	14
Figura 6 – Ganchos para máscara facial.....	14
Figura 7 – Máscara Facial Instalada: <b>A.</b> Frontal; <b>B.</b> Lateral.....	15
Figura 8 – Aspecto Facial pós-Tratamento: <b>A.</b> Frontal; <b>B.</b> Lateral.....	15
Figura 9 – Aspecto Intrabucal pós-tratamento: <b>A.</b> Frontal; <b>B.</b> Lateral.....	16
Figura 10 – Teleradiografia Lateral pós-tratamento.....	16
Figura 11 – Panorâmica pós-tratamento.....	16

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo cefalométrico antes e depois do tratamento.....	16
--	----

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	10
2.1	A má oclusão classe III.....	10
2.2	Possíveis tratamentos.....	11
3	METODOLOGIA .....	12
4	RELATO DE CASO CLÍNICO .....	12
5	DISCUSSÃO.....	17
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
	REFERÊNCIAS .....	18
	ANEXO A .....	20



## TRATAMENTO PRECOCE PARA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III: RELATO DE CASO CLÍNICO

Eloise Helena Silva Marques\*  
Smyrna Luiza Ximenes de Souza\*\*

### RESUMO

**Introdução:** Definida por Angle como uma relação anormal dos maxilares, a má oclusão de classe III apresenta comprometimento esquelético, tendo uma posição anteriorizada da mandíbula em relação à base do crânio e/ou à maxila. Essa discrepância acarreta alterações dentárias, como a mordida cruzada anterior. A depender da fase em que se inicia o tratamento, comumente será empregado o uso de aparelhos ortopédicos como a máscara facial, que irá gerar modificações tanto dentárias quanto esqueléticas de modo satisfatório. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de má oclusão classe III, explanando as vantagens sobre o tratamento utilizado, expondo também os resultados no paciente em processo de crescimento. **Metodologia:** Foi realizada uma descrição cronológica, organizada e detalhada do caso clínico com fotografias e exames radiográficos. Para embasa-lo, foi realizada uma revisão de literatura nas bases Scielo, Pubmed e Lilacs, usando os descritores “Má Oclusão de Angle Classe III”, “ortopedia”, “aparelhos de tração extrabucal” e “disjunção maxilar” e foram incluídos artigos publicados no período de 2005 a 2019. **Relato de caso:** Paciente feminino, 4 anos de idade com padrão facial classe III e mordida cruzada anterior, submetida a tratamento ortopédico com uso de expansão rápida da maxila e máscara facial durante a fase de dentição decídua até correção da má oclusão. **Considerações finais:** Ao se realizar um diagnóstico correto, com um planejamento minucioso e levando em consideração a fisiologia do paciente, o tratamento ortopédico de classe III não cirúrgico apresenta um prognóstico favorável, desde que haja o comprometimento tanto do paciente quanto do seu responsável ao tratamento proposto.

**Palavras-chave:** Aparelhos de tração extrabucal. Disjunção maxilar. Má Oclusão de Angle Classe III. Ortopedia.

## EARLY TREATMENT FOR CLASS III MALCONCLUSION: CLINICAL CASE REPORT

### ABSTRACT

**Introduction:** Defined by Angle as an abnormal relationship of the jaws, class III malocclusion presents skeletal impairment, having an anterior position of the mandible in relation to the base of the skull and/or the maxilla. This discrepancy causes dental changes, such as the anterior crossbite. Depending on the phase in which the treatment begins, the use of orthopedic devices such as the face mask, will generate both dental and skeletal satisfactory changes. **Objective:** To report a clinical case of class III malocclusion, explaining the advantages over the treatment

---

\* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII.  
E-mail: [eloisehelena96@gmail.com](mailto:eloisehelena96@gmail.com)

\*\* Professora do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII.

used, also exposing the results in a growing patient. **Methodology:** A chronological, organized and detailed description of the clinical case was performed with photographs and radiographic examinations. To support it, a literature review was performed on the Scielo, Pubmed and Lilacs databases, using the keywords “Class III Angle malocclusion”, “orthopedics”, “extraoral traction appliances” and “maxillary disjunction” and articles were included from 2005 till 2019. **Case report:** A 4-year-old female patient with class III facial pattern and anterior crossbite, underwent orthopedic treatment with rapid maxillary expansion and facial mask during the deciduous dentition phase until correction of the malocclusion. **Final considerations:** By making a correct diagnosis, with careful planning and taking into account the patient's physiology, non-surgical class III orthopedic treatment presents a favorable prognosis, since the patient and her parent are compromised for the proposed treatment.

**Keywords:** Extraoral traction appliances. Maxillary disjunction. Angle's Class III malocclusion. Orthopedics.

## 1 INTRODUÇÃO

A má oclusão dentária ocupa o terceiro lugar das alterações orais quanto à sua prevalência e incidência na população e é um fator de risco para doenças periodontais, cárie e desordens temporomandibulares, gerando alterações estéticas, funcionais e psicológicas que a tornam um problema de saúde pública, refletindo aspectos sociais importantes (MARTINEZ RODRIGUEZ et al., 2017).

Dentre as várias classificações de más oclusões, a mais utilizada ainda é a de Angle, datada do fim do século XIX, que as divide em três categorias: Classe I ou normo oclusão, Classe II ou disto oclusão e Classe III ou meso oclusão. A má oclusão de classe III é definida como sendo uma relação anormal dos maxilares, tendo como principal característica o comprometimento esquelético, proveniente de uma posição anteriorizada da mandíbula em relação à base craniana e/ou à maxila. No exame clínico, durante a manipulação da mandíbula em relação cêntrica, observa-se que as alterações morfológicas faciais persistem, demonstrando a discrepância esquelética entre a mandíbula e a maxila (MORO et al., 2014).

A má oclusão de Classe III é a menos frequente entre as discrepâncias sagitais e sua prevalência varia entre as diferentes regiões do mundo. No Brasil, estima-se uma prevalência de 3% (MORO et al., 2014). Apesar da baixa prevalência, é considerada como um dos problemas ortodônticos mais desafiadores e complexos, devido tanto ao comprometimento estético, quanto à natureza imprevisível dessa má-oclusão, caracterizada por um padrão de crescimento desfavorável que coloca em dúvida o prognóstico do seu tratamento, mesmo quando iniciado precocemente (GOULART et al., 2015).

Considerada uma alteração complexa, a Classe III exhibe modificações nos planos vertical, horizontal e transversal. A desarmonia entre os ossos basilares maxilar e mandibular anteroposteriormente pode ou não estar associado a alterações dentárias (BITTENCOURT, 2015). Torna-se evidente em nível dentário a sobreposição do arco inferior ao superior, tendência mais observada nos segmentos anteriores, nos quais a mordida cruzada envolve inicialmente as estruturas dentoalveolares (MORO et al., 2014).

No que tange ao tratamento da má oclusão de classe III, quanto mais precoce for realizado, melhor o prognóstico, uma vez que não há autocorreção; ao contrário, há o agravamento ao longo do crescimento. O prognóstico também é influenciado pelo padrão de crescimento do paciente, sendo pior naqueles que apresentam tendência vertical (JANSON et al., 2013). Por se manifestar em idade precoce, o tratamento deve ser realizado ainda na infância, pois na idade adulta a terapia indicada é baseada em cirurgia ortognática (MARTINEZ RODRIGUEZ et al., 2017).

Diante disso, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de tratamento de má oclusão de Classe III iniciado precocemente, bem como os resultados obtidos após preservação.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A má oclusão de Classe III**

Os pacientes que possuem o padrão classe III podem apresentar algumas características faciais como: convexidade facial reduzida resultando em um perfil reto ou côncavo devido à deficiência maxilar, ao prognatismo mandibular ou à associação de ambos; terço médio da face tendendo a parecer deficiente; leitura da projeção zigomática mascarada devido ao excesso mandibular que desloca para anterior o tecido mole da maxila; terço inferior da face tendendo ao aumento, principalmente no prognatismo; linha queixo-pescoço podendo se apresentar normal nos deficientes maxilares ou em excesso nos prognatas e sulco mentolabial aberto devido à verticalização compensatória dos incisivos inferiores (REIS et al., 2006).

Moro et al. (2014) ainda citam que as características dentárias são específicas e incluem, em grande parte dos casos, mordida cruzada anterior, incisivos inferiores com inclinação lingual excessiva e incisivos superiores geralmente inclinados para vestibular, numa clara tentativa de compensação da discrepância anteroposterior entre as bases ósseas maxilar e mandibular.

Quanto ao aspecto funcional, essa má oclusão acarreta deficiências nas guias de oclusão, levando a um conjunto de instabilidades oclusais, podendo ter desgastes dentários acentuados e dificuldades na mastigação, além de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (MORO et al., 2014).

A estética facial é bastante prejudicada pelo desenvolvimento de classe III, afetando a aparência e a harmonia dentofacial, geralmente trazendo problemas psicológicos para as crianças que, conseqüentemente, desenvolvem atitudes negativas de autodepreciação e baixa autoestima (PRIMO et al., 2010). Por se tratar de uma condição socialmente limitante, a questão estética pode ser considerada como a principal motivação que leva pacientes com má oclusão de Classe III a procurar tratamento (BITTENCOURT, 2015). Dentre os aspectos favoráveis do tratamento dessa má oclusão, destaca-se o resgate da auto-estima e (re)adaptação social do indivíduo (ARAUJO e ARAUJO, 2008).

Outro ponto bastante discutido na literatura é o que diz respeito ao componente genético relacionado à má oclusão classe III. Por se tratar de uma condição de ordem esquelética, é compreensível a procedência do componente genético em sua etiologia (MORO et al., 2014). Associando isso a outros fatores etiológicos como as más posições dentárias individuais, o crescimento mandibular, a falta de crescimento maxilar, problemas verticais ou a combinação deles, o planejamento da terapia empregada e o seu controle são difíceis. De forma que

deve ser levada em consideração a idade do paciente para que se tente predizer os resultados e a estabilidade do tratamento (FERNANDES, 2010).

## 2.2 Possíveis tratamentos

Há algumas possibilidades de condutas que podem ser seguidas para o tratamento da classe III. Para que seja feito o correto planejamento terapêutico, alguns fatores devem ser considerados, como a idade do paciente, o melhor momento para a intervenção, o grau de severidade da má oclusão e a colaboração do paciente.

É de suma importância que o tratamento da má oclusão de Classe III seja iniciado precocemente, uma vez que leva a criança a um ciclo evolutivo que permite mudar o curso e as características do processo maxilofacial. O comportamento neuromuscular deve ser influenciado desde a primeira infância e o uso de dispositivos funcionais permite estimular ou retardar o crescimento do esqueleto (MARTINEZ RODRIGUEZ et al., 2017). O diagnóstico ideal da má oclusão de Classe III deve ser precoce, se possível ainda na dentadura decídua. Quanto mais cedo, a interceptação suscita maiores efeitos ortopédicos em detrimento dos inevitáveis efeitos ortodônticos. Além disso, devolver a estética à criança precocemente implica contribuir para sua auto-estima, levando-se em consideração o fator psicológico (OLTRAMARI et al., 2005).

A protração maxilar, associada ou não à disjunção da sutura palatina mediana, é a terapia mais recomendada, normalmente, para o tratamento da Classe III em fase de crescimento. Essa protração é realizada com auxílio da máscara facial, na qual é obtida melhora no padrão esquelético e redução da quantidade de compensações dentárias (SILVA et al., 2017).

FONTES e THIESEN (2011) realizaram um estudo cefalométrico prospectivo que avaliou as mudanças gradativas ocorridas no complexo dentofacial em 10 crianças com padrão III de crescimento com idade média de 8 anos e 2 meses quando do início do tratamento que utilizaram o aparelho expansor de Hass modificado e a máscara de Petit. Ao fazer o comparativo das quatro cefalometrias obtidas durante o tratamento de cada paciente, observaram que as alterações mais significativas ocorreram nos três primeiros meses de tratamento e após esse período elas se mantiveram constantes até o término do tratamento. No que diz respeito às compensações dentárias e alterações verticais, observaram um reduzido significado clínico. Concluíram que a abordagem empregada obteve tanto uma correção do trespasse horizontal entre as arcadas, como melhorou a relação sagital entre as bases ósseas e a estética tegumentar, corroborando a ideia de que tratamento precoce para este tipo de má oclusão é fortemente indicado.

Contrariando o que vários autores preconizam sobre o tratamento precoce da má oclusão, muitos profissionais aguardam a maturidade esquelética e tratam os pacientes adultos por meio da cirurgia ortognática, preferindo essa conduta por causa das incertezas quanto os efeitos em longo prazo do tratamento ortopédico ainda em fase de dentição decídua e/ou mista.

Quando realizado em adultos, o tratamento da classe III pode ser através da compensação dentária, nos casos mais simples, ou associação entre Ortodontia e cirurgia ortognática em quadros mais severos. O objetivo do tratamento ortodôntico compensatório ou camuflagem ortodôntica é de propiciar oclusão satisfatória por meio das compensações dentárias, no entanto, com uma reduzida quantidade de alterações na estética facial (SOBRAL et al, 2012).

### 3 METODOLOGIA

A descrição do caso clínico ocorreu de forma cronológica, organizada e detalhada. A responsável pela paciente autorizou o estudo e a apresentação do referido caso clínico, visto estar ciente da importância clínica, especialmente pela precocidade do diagnóstico, planejamento e tratamento realizado (Anexo A).

Foram incluídos exames complementares como radiografias e fotografias, salientando-se a não colocação da usual tarja preta nos olhos da paciente por esta ser uma região que influencia no diagnóstico da má oclusão, e, portanto, necessária a este relato.

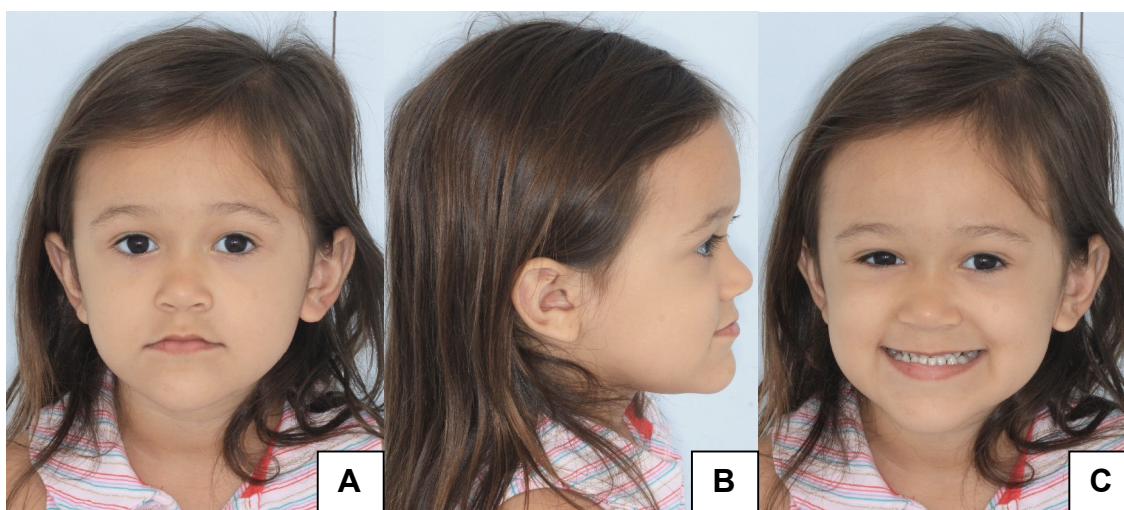
Atrelada ao relato de caso clínico em si, foi realizada uma revisão de literatura para lhe dar o embasamento bibliográfico necessário nas bases Scielo, Pubmed e Lilacs, usando os descritores “Má Oclusão de Angle Classe III”, “ortopedia”, “aparelhos de tração extrabucal” e “disjunção maxilar”. Foram incluídos artigos publicados no período de 2005 a 2019.

### 4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente R.I.B.S., sexo feminino, apresentou-se para consulta ortodôntica aos 3 anos e 2 meses de idade, com bom estado de saúde geral, não relatando histórico de doenças graves e/ou traumas. Não foram observados hábitos posturais.

Encontrava-se em fase de dentição decídua, ainda não tendo atingido o surto de crescimento. Não apresentava lesões cáries relevantes nem problemas periodontais. Na pesquisa do histórico familiar, pôde ser observado que a paciente possuía as mesmas características faciais da mãe. A queixa principal relatada pela responsável da paciente foi que a odontopediatra a havia encaminhado pois a arcada superior não estava se desenvolvendo e os dentes inferiores estavam projetados para a frente.

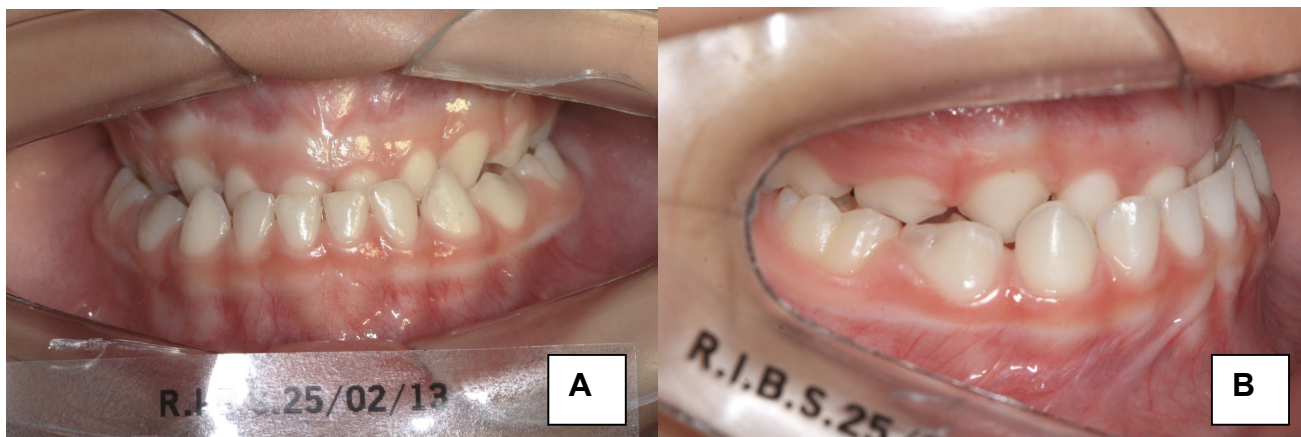
Na avaliação facial, a paciente possuía padrão facial classe III, simetria facial, perfil reto tendendo ao côncavo, terços verticais proporcionais, respiração nasal. A análise funcional revelou alterações durante a mastigação, possuindo deglutição atípica.



**Figura 1** – Aspecto facial pré-tratamento: **A.** Frontal; **B.** Lateral; **C.** Sorriso

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

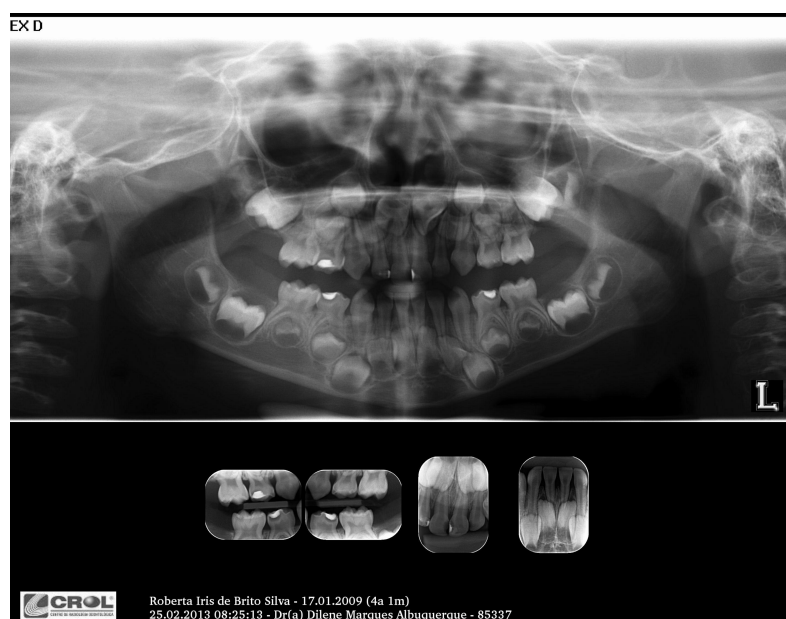
Com relação ao aspecto dentário, apresentava mordida cruzada anterior.



**Figura 2** - Aspecto Intrabucal pré-tratamento evidenciando relação maxila/mandíbula: **A.** Frontal; **B.** Lateral

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

Na análise da radiografia panorâmica nenhuma alteração que pudesse comprometer o início do tratamento ortopédico foi encontrada. Também revelou normalidade de todos os dentes decíduos e permanentes em diferentes estágios da formação radicular.



**Figura 3** – Radiografia Panorâmica pré-tratamento

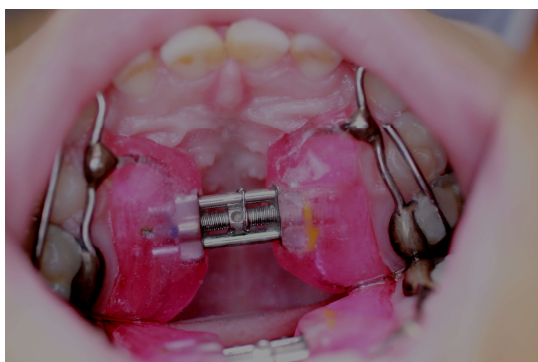
**Fonte:** arquivo próprio

Cefalometricamente foi possível avaliar que a paciente possuía protusão mandibular e retrusão maxilar.



**Figura 4 – Telerradiografia lateral pré-tratamento**  
**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

O tratamento foi iniciado com a moldagem para confecção do disjuntor de expansão rápida de maxila - um aparelho Haas modificado com ganchos para máscara facial, que foi posteriormente instalada. O protocolo de ativação utilizado foi o seguinte:  $\frac{1}{4}$  de volta por dia, durante 12 dias.



**Figura 5 – Aparelho Haas Modificado**

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques



**Figura 6 – Ganchos para máscara facial**

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

Após o período de ativação do aparelho de expansão rápida de maxila e abertura da sutura intermaxilar, foi instalada a máscara facial de *petit* para que fosse realizada a tração reversa da maxila. Foi aplicada uma força de 400g de cada lado, durante 16 horas por dia, a fim de gerar maior efeito esquelético.

Durante esta fase foi importante ressaltar à paciente e aos seus responsáveis a necessidade do uso correto do aparelho, para que o tratamento tivesse resultado satisfatório e os objetivos previstos no planejamento fossem alcançados.

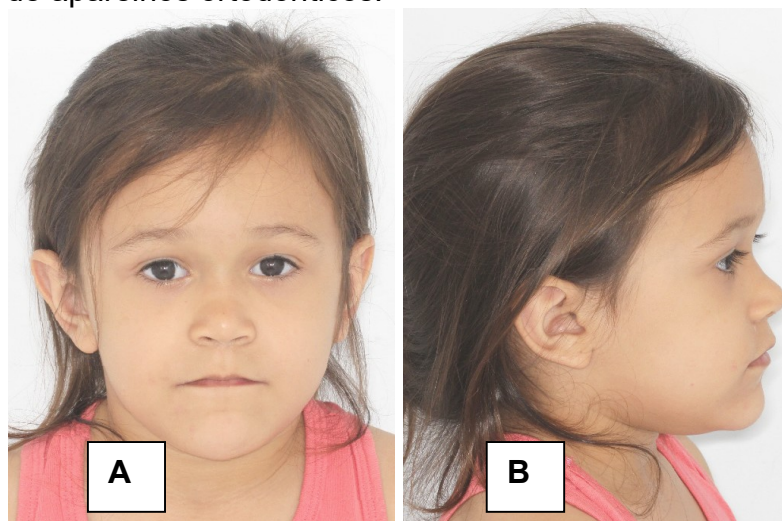
Foram feitos controles mensais do aparelho e após seis meses de uso foi realizada a remoção da máscara facial de *petit*.



**Figura 7 – Máscara Facial Instalada: A. Frontal; B. Lateral.**

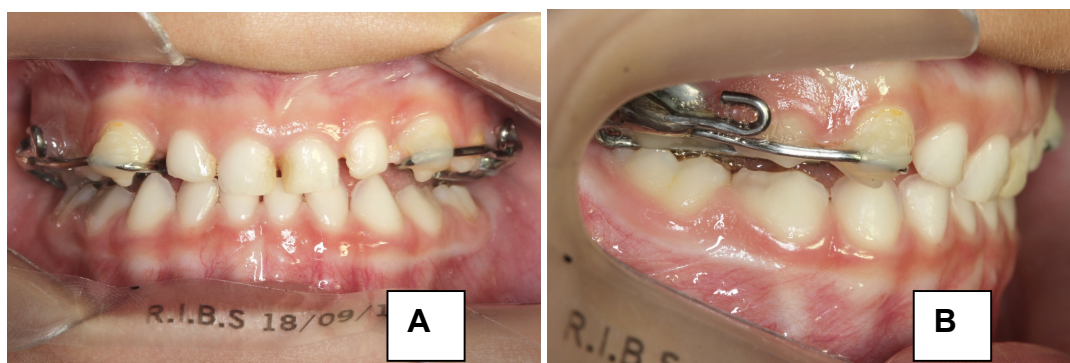
**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

Ao ser feita nova análise facial, assim como avaliação dentária e exames radiográficos (panorâmica e telerradiografia lateral), pode-se observar que as discrepâncias esqueléticas e dentárias de classe III foram corrigidas. A relação molar que anteriormente ao tratamento era de classe III, passou a ser de classe I. Foi possível ainda perceber a mudança da maxila que era retruída e ficou protuída. Além disso, houve notória melhora no perfil facial, o qual passou de côncavo para reto. Depois da remoção dos aparelhos ortopédicos, a paciente ainda permaneceu fazendo o uso de aparelhos ortodônticos.



**Figura 8 – Aspecto Facial pós tratamento: A. Frontal; B. Lateral.**

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques



**Figura 9 - Aspecto Intrabucal pós tratamento: A. Frontal; B. Lateral.**

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques





**Figura 10** – Telerradiografia lateral pós tratamento

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques



**Figura 11** – Panorâmica pós tratamento

**Fonte:** Imagem cedida pela Dr<sup>a</sup> Dilene Marques

Ao observarmos a análise cefalométrica, pré e pós tratamento no intervalo de seis meses, temos a confirmação de mudança no padrão ósseo da paciente com a realização do bem sucedido tratamento precoce de má oclusão de Classe III, como se pode ver na Tabela 1.

**Tabela 1:** Comparativo cefalométrico antes e depois do tratamento.

	<b>ANTES</b>	<b>DEPOIS</b>
Relação molar	- 16,98mm	- 3,12mm
Relação molar	Classe III	Classe I
Trespasse horizontal	- 16.00mm	-3,97mm
Convexidade do Ponto A	Perfil côncavo	Perfil reto

**Fonte:** elaborada pela autora, 2019.

## 5 DISCUSSÃO

É possível encontrar na literatura uma grande variedade de estudos relatando as muitas possibilidades de condutas que podem ser empregados no tratamento da má oclusão de classe III. De acordo com o planejamento, a terapia escolhida nesse caso foi o tratamento precoce com uso de expansão rápida de maxila e máscara facial de Petit, o qual é tido como ideal para crianças antes do pico de crescimento puberal.

Há uma quantidade moderada de evidências demonstrando que o tratamento precoce com máscara facial resulta em melhora positiva tanto para efeitos esqueléticos quanto dentários em curto prazo. No entanto, houve falta de evidências sobre benefícios em longo prazo (WOON et al., 2017).

Yagci et al. (2011) realizaram um ensaio clínico no qual reuniram 45 pacientes classe III com retrusão maxilar, relação de Classe III molar, mordida cruzada anterior ou relação incisal em topo tratados com expansão rápida da maxila e máscara facial convencional e expansão rápida da maxila e máscara facial modificada até que o overjet fosse corrigido. Os resultados obtidos sugeriram que a terapia com máscara facial modificada e convencional com expansão tem efeitos de flexão craniana significativos nas medidas dinâmicas da posição natural da cabeça. O tratamento com a máscara facial modificada mostrou efeitos significativos nas dimensões das vias aéreas orofaciais em comparação com os valores iniciais e os valores dos controles não tratados.

Anteriormente ao uso da máscara facial de Petit, como muitos autores indicam, foi feita a utilização de disjuntor para expansão rápida de maxila. Quanto aos efeitos da terapia de protração maxilar com ou sem a expansão palatina rápida, Vaghn et al. (2005) ao realizarem estudo com 46 crianças divididas em dois grupos de tratamento, um usando máscara facial e expansão palatina rápida e o outro apenas com a máscara facial, concluíram que com ou sem a expansão palatina, a terapia precoce com máscara facial é eficaz para corrigir má oclusões de classe III esqueléticas.

Ao avaliar os efeitos em longo prazo da expansão rápida da maxila e terapia de máscara facial em indivíduos Classe III, Masucci et al (2011) registraram resultados bem-sucedidos em cerca de 73% dos pacientes de Classe III. Notaram que as alterações esqueléticas favoráveis foram principalmente devido a melhorias significativas na posição sagital da mandíbula.

A morfologia esquelética subjacente à má oclusão de Classe III foi analisada em uma população aleatória de jovens brancos, na qual cerca de 75% das más oclusões de Classe III tiveram origem esquelética, principalmente devido ao prognatismo mandibular ou macrognatia. (STAUDT et al, 2009)

O prognóstico muitas vezes desfavorável a médio e longo prazo é uma desvantagem bastante mencionada na literatura quanto ao uso de aparelhos ortopédicos no tratamento precoce da má oclusão classe III esquelética. Araújo e Araújo (2008) citam que essa conduta pode gerar uma frustração no paciente, pois a perfeita relação esquelética e uma face harmoniosa dificilmente seriam alcançadas sem que houvesse uma intervenção cirúrgica. Deste modo, é de suma importância que haja a manutenção da contenção durante o tempo determinado, assim como o acompanhamento do paciente até que o seu crescimento esteja totalmente concluído, a fim de avaliar a estabilidade do tratamento a longo prazo.

Mandall et al. (2012) testaram em 73 pacientes se o tratamento ortopédico precoce da Classe III com expansão rápida da maxila associada à máscara facial

alteraria a relação esquelética-dentária, bem-estar psicossocial, dor e disfunção na ATM de pacientes com 8 a 9 anos de idade. Não foi perceptível benefício psicológico significativo e quanto à dor e disfunção na ATM não houve problemas. Chegaram à conclusão que o tratamento é efetivo na parte esquelética e dentária em curto prazo, pois 70% dos pacientes alcançaram um overjet positivo, assim como aconteceu no caso aqui relatado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os bons resultados obtidos nesse caso avaliados clinicamente e através de exames radiográficos, além da confirmação com cefalometria, puderam demonstrar que o tratamento precoce da má oclusão classe III feito com a utilização da expansão rápida de maxila e a máscara facial de Petit, aliado com boa colaboração do paciente foi a conduta correta adotada, fazendo com que a paciente, ainda em dentição decídua, pudesse ter um prognóstico de crescimento favorável.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, E.A.; ARAUJO, C.V. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 13, n. 6, p. 128-157, dec. 2008.
- BITTENCOURT, M.A.V. Early treatment of patient with Class III skeletal and dental patterns. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 20, n. 6, p. 97-109, dec. 2015.
- FERNANDES, S.H.C. Má oclusão Classe III de Angle, subdivisão direita, tratada sem exodontias e com controle de crescimento. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 15, n. 6, p. 131-142, dec. 2010.
- FONTES, J.L.; THIESEN, G. Estudo cefalométrico prospectivo dos efeitos da terapia de tração reversa da maxila associada à mecânica intermaxilar. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 16, n. 6, p. 38-40, dec. 2011.
- GOULART, M.S., et al. Tratamento precoce da má-oclusão do padrão III classe III por meio de tração reversa da maxila. **Rev. Ortodontia SPO**, v. 48, n. 6, p. 521-5, 2015.
- JANSON, G. et al. **Introdução à ortodontia**. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2013.
- MANDALL, A.N., et al. Is early Class III protraction facemask treatment effective? A multicentre, randomized, controlled trial: 3-year follow-up. **J Orthod**, v. 39, n. 3, p. 176-85, 2012.
- MARTINEZ RODRIGUEZ, M., et al. Efectividad del retropropulsor estimulador 2 en el tratamiento del síndrome clase III de Moyers. **Rev Ciencias Méd**, Pinar del Río, v.21, n. 5, p. 37-45, oct. 2017.
- MASUCCI, C., et al. Stability of rapid maxillary expansion and facemask therapy: A long-term controlled study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 140, n. 4, p. 493-500, 2011.

MORO, A. et al. **Ortodontia Preventiva: diagnóstico e tratamento**. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2014.

OLTRAMARI, P.V.P., et al. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 10, n. 5, p. 72-82, set/out, 2005.

PRIMO, B.T., et al. Terapia da tração reversa maxilar com máscara facial de Petit - relato de caso. **RFO UPF**, v. 15, n. 2, p. 171-176, 2010.

REIS, S.A.B., et al. Análise facial subjetiva. **Rev Dental Press Ortod Ortop Facial**, v. 11, n. 5, p. 159-72, 2006.

SILVA, E., et al. Correção da classe III esquelética em pacientes jovens – Ertty gap III. **Orthod. Sci. Pract**, v. 10, n. 39, p. 244-264, 2017.

SOBRAL, M.C., et al. Conservative compensatory Angle Class III malocclusion treatment. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 17, n. 6, p. 137-45, dec. 2012.

STAUDT, C.B., et al. Different skeletal types underlying Class III malocclusion in a random population. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 136, n. 5, p. 715–21, 2009.

VAUGHN, G.A., et al. The effects of maxillary protraction therapy with or without rapid palatal expansion: A prospective, randomized clinical trial. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 128, p. 299-309, 2005.

WOON, S.C., et al. Early orthodontic treatment for Class III malocclusion: A systematic review and meta-analysis. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 151, n. 1, p. 28–52, 2017.

YAGCI, A., et al. Effects of modified and conventional facemask therapies with expansion on dynamic measurement of natural head position in Class III patients. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 140, n. 5, p. 223-31, 2011.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Adiyane Luis de Brito Silva, responsável pela paciente Poliana Luis de Brito Silva declaro que estou ciente e de acordo com a doação de toda a Documentação Ortodôntica da referida paciente para Dra. Dilene Marques para fins de arquivos didáticos – pesquisa, educação e publicação em revista científica. Estou ciente que seu nome não será identificado em nenhum momento, e que tal documentação será guardada em local seguro.

Campina Grande – PB, 07 de Outubro de 2019.

Adiyane Luis de Brito Silva  
Nome do Responsável (nome por extenso)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por tudo que tem realizado nela.

À minha mãe, Elvira Olga, por toda confiança, assistência e incentivo durante essa jornada.

À minha família, por todo apoio e incentivo.

À minha orientadora, Prof. Ma. Smyrna Luiza de Ximenes de Souza, pelo acolhimento, paciência, dedicação e contribuição para realização deste trabalho.

Aos colegas de curso, especialmente à minha dupla, Brenda Rodrigues, pela amizade e crescimento acadêmico e pessoal que passamos juntas.

Aos professores, pelos seus ensinamentos compartilhados e principalmente às professoras da banca examinadora, obrigada por aceitar o convite.

Aos funcionários da clínica escola de odontologia de UEPB, pelo carinho e disponibilidade, sempre fazendo tudo funcionar.

Aos pacientes, obrigada pela confiança e contribuição para minha formação profissional.