

TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ESQUELÉTICA DE CLASSE II NA ADOLESCÊNCIA – CASO CLÍNICO

Carla Lavado*; Maria João Rodrigues **; Francisco do Vale***

*Médica Dentista; Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; **Professora Associada; Coordenadora da Pós-graduação em Reabilitação Oral Protética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; *** Especialista em Ortodontia; Coordenador da Pós-graduação em Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Clínica De Medicina E Reabilitação Dento-facial Prof. Doutor Francisco Vale

INTRODUÇÃO

A malformação esquelética de Classe II é caracterizada por um posicionamento ântero-posterior inadequado entre a maxila e a mandíbula. Pode estar presente por protrusão maxilar e posição normal da mandíbula, retrognatia mandibular com posição normal da maxila ou a combinação de ambas.

As deformidades dento-faciais afetam cerca de 20% da população mundial. Destas, a deficiência mandibular apresenta uma prevalência de 41-56%, em algumas sociedades ocidentais.

DESCRIÇÃO DO CASO

RESUMO DIAGNÓSTICO DENTO-ESQUELÉTICO

RELAÇÃO OCLUSAL

- ✓ Classell Molar de Angle
- ✓ Mordida Aberta Anterior
- ✓ Overjet: 9 mm
- ✓ Overbite: -4 mm

RELAÇÃO ESQUELÉTICA

- ✓ Classe II esquelética – ANB 10º
- ✓ Inclinação anterior do maxilar superior
- ✓ Inclinação posterior da mandíbula

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

- ✓ Deglutição com Pressão Lingual simples
- ✓ Alteração da fala
- ✓ Sucção digital

PLANO DE TRATAMENTO INICIALMENTE ESTABELECIDO

FASE 1

- ✓ Cessação do hábito parafuncional
- ✓ Terapia da Fala
- ✓ Grelha lingual inferior fixa
- ✓ Ortopedia Dento-facial: Activador de Andreasen

FASE 2

- ✓ Aparelho fixo multibrackets bimaxilar com prescrição Roth 0,018

DISCUSSÃO

GRELHA LINGUAL

- Alteração do padrão de deglutição
- Correção da mordida aberta anterior

FASE I

TERAPIA MIOFUNCIONAL

- Terapia da Fala para cessação do hábito
- Alteração do padrão de deglutição

ACTIVADOR DE ANDREASEN

- Tratamento ortopédico que visa estimular o crescimento mandibular
- Paciente mostrou-se não colaborante

Abandonou a consulta durante cerca de 2 anos

↻ Reavaliação do caso

↻ Encontra-se **no final da curva de crescimento puberal**, inviabilizando a execução do plano de tratamento inicial

↻ **TRATAMENTO ORTODÔNTICO- CIRÚRGICO-ORTOGNÁTICO**

FASE II

Aparelho fixo multibrackets bimaxilar com prescrição Roth 0,018.

Osteotomia sagital bilateral (OSB) de avanço mandibular

É recomendável a realização da **cirurgia ortognática após o término do crescimento ósseo**, no entanto, em algumas situações clínicas pode ser realizada em idades mais precoces. Neste caso, uma **contigrafiã óssea** realizada aos 16 anos, revelou que o restante crescimento espectral não iria interferir com a estabilidade do tratamento a longo prazo, nomeadamente o risco de recidiva.

CONCLUSÕES

Foram alcançados os objetivos estéticos e funcionais pretendidos e, no final do tratamento, paciente e familiares mostraram-se satisfeitos com os resultados.

Em determinados casos, em que não é possível efetuar o **tratamento interceptivo** aproveitando as **forças funcionais do complexo craniofacial**, é possível realizar **cirurgia ortognática em idades mais precoces**, desde que estejam controladas as variáveis que podem interferir na estabilidade e recidiva.

CASO CLÍNICO

Paciente J.S. 10a F



Fotos iniciais extra e intra-orais. Telerradiografia inicial.

FASE 1



Grelha Lingual Fixa mandibular. A opção pela grelha inferior deveu-se ao tipo de dedo envolvido na sucção.



Fotos e telerradiografia após terapia miofuncional e grelha lingual. Destaca-se a **correção da mordida aberta anterior**.

Paciente **NÃO ADERIU AO TRATAMENTO ORTOPÉDICO** e abandonou a consulta durante cerca de 2 dois anos

Realizada a **reavaliação do caso**

TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO-ORTOGNÁTICO

J.S. 14a F



Fotos intra e extra-orais e telerradiografia do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico

J.S. 16a F



Final do tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático com OSB de avanço mandibular

REFERÊNCIAS

1. Proffit WR. Contemporary Orthodontics. 5th ed. St Louis, Mo: Mosby; 2013:490-506; 2. McNamara JA Jr, Carlson DS. Quantitative analysis of temporomandibular joint adaptation to protrusive function. Am J Orthod 1979; 76:593-611; 3. Ruf S, Pancherz H. Temporomandibular joint remodeling in adolescents and young adults during Herbst treatment: A prospective longitudinal magnetic resonance imaging and cephalometric radiographic investigation. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999 Jun; 115(3):607-18; 4. Flores-Mir C, Major PW. A systematic review of cephalometric facial soft tissue changes with the Activator and Bionator appliances in Class II division 1 subjects. European Journal of Orthodontics 2006; 28:586-93; 5. de Lira Ade L, de Moura W, Artese F, Bittencourt MA, Nollma U. Surgical prediction of skeletal and soft tissue changes in treatment of Class II. J Craniofacial Surg. 2013 Apr;41(3):198-203; 6. Soydan SS, Uçkan S, Ustidal A, Bayram B, Bayrak B. The influence of bilateral sagittal split ramus osteotomy on submental-cervical aesthetics. J Oral Rehabil. 2014 Nov;41(11):816-23; 7. Pancherz H, Hagg Urban. Dentofacial orthopedics in relation to somatic maturation. Am J Orthod. 1985 Oct; 88(4): 273-87; 8. Valencia JAS, Varela EA, Mariaca PMB. Treatments for skeletal Class II malocclusion combined. Rev. CES Odont. 2013 Nov; 26(2): 145-59.