

## Introdução

A má oclusão de classe II esquelética está frequentemente associada à retrusão mandibular enquadrada com padrões faciais verticais diferenciais. As abordagens terapêuticas para o tratamento das Classes II podem envolver a modelação do crescimento em fases mais precoces ou, na idade adulta, recorrer à camuflagem ortodôntica ou ao tratamento ortodôntico-cirúrgico-ortognático (TOCO). Para os casos que apresentam discrepâncias esqueléticas severas, a intervenção cirúrgica em pacientes sem crescimento é fundamental para a obtenção de resultados estético, funcional e psicológico satisfatórios. A abordagem cirúrgica, que envolve um avanço mandibular geralmente associado a uma osteotomia Le Fort I e em alguns casos a uma mentoplastia, devolve a harmonia e equilíbrio do padrão facial com uma boa estabilidade dos resultados.

## Casos clínicos

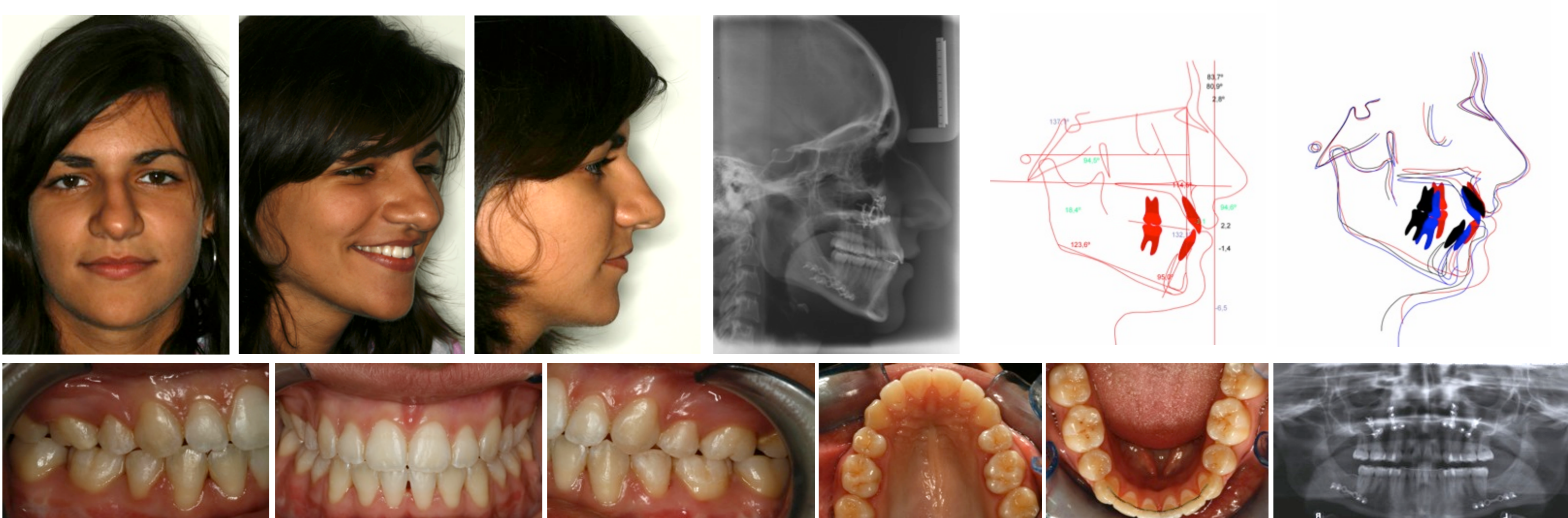
**Paciente S. L. N., 15 anos e 6 meses, sexo feminino, cuja queixa principal estava relacionada com a protrusão incisiva e retrusão mandibular** (a paciente autorizou a divulgação do seu caso para fins científicos bem como a publicação das fotografias).



**Registos iniciais:** A paciente apresenta uma classe II esquelética, com retrusão mandibular associada a uma padrão vertical hiperdivergente. A análise morfológica da face evidencia simetria com aumento do terço inferior da face, ausência de selamento labial e interposição lingual. A análise oclusal revela uma má oclusão dentária de classe II divisão 1, exibindo uma mordida aberta anterior e apinhamentos dentários em ambas arcadas. Ambos os incisivos superiores e inferiores apresentam-se proinclinados.



**Registos pré-cirúrgicos:** A preparação ortodôntica exigiu a extração dos quatro primeiros pré-molares superiores e inferiores visando retrainclinar os incisivos por forma a normalizar a sua posição em relação às respetivas bases ósseas. Foi planeada a etapa cirúrgica com avanço do maxilar superior de 5 mm e impactação diferencial anterior de 2 mm e posterior de 4 mm. Para a mandíbula preconizou-se uma autorotação seguida de avanço, gerando um avanço mandibular global de cerca de 10 mm.



**Registos finais:** A paciente apresenta no final do tratamento ortodôntico-cirúrgico uma maior projeção anterior do perfil facial e normalização dos terços da face com selamento labial passivo. Do ponto de vista oclusal foi obtida uma classe I canina e molar e normalização dos trespases vertical e horizontal. A sobreposição cefalométrica evidencia os movimentos cirúrgicos programados com alongamento mandibular e redução vertical associada à rotação mandibular no sentido anti-horário.

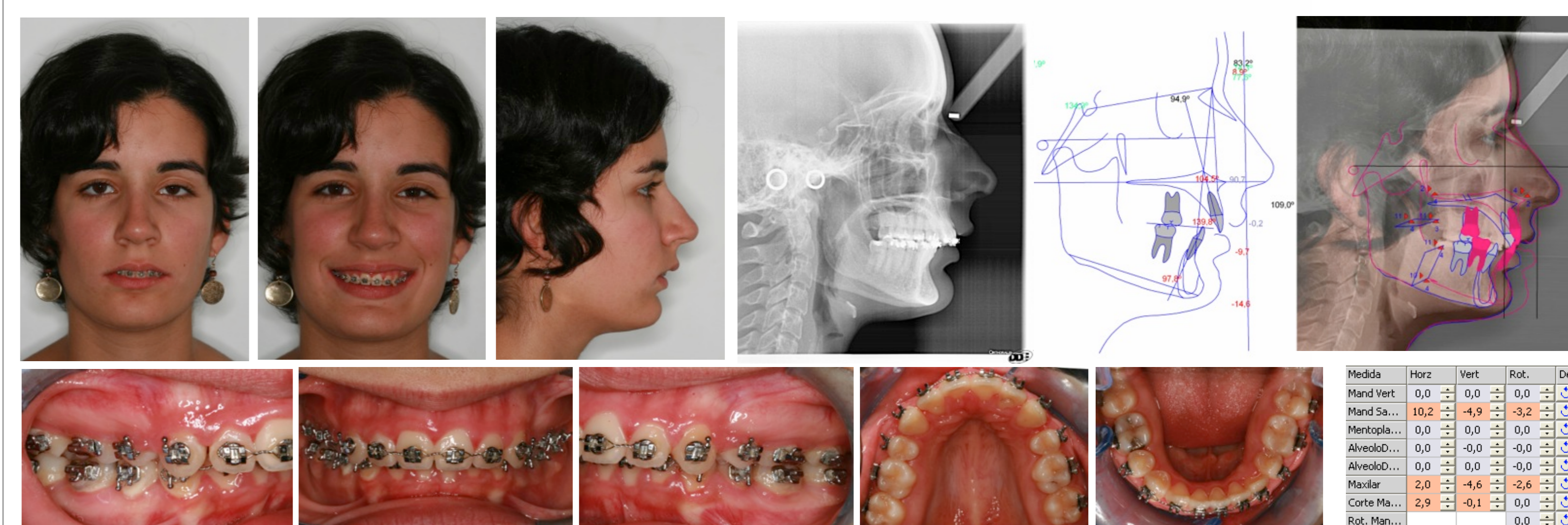


**Registos com 8 anos de follow-up:** A paciente apresenta um bom equilíbrio facial, oclusal e funcional, denotando-se uma harmonia do sorriso com preenchimento adequado dos corredores bucais. As fotografias intra e extra-orais bem como as radiografias de controlo evidenciam uma boa estabilidade dos resultados obtidos com o TOCO implementado.

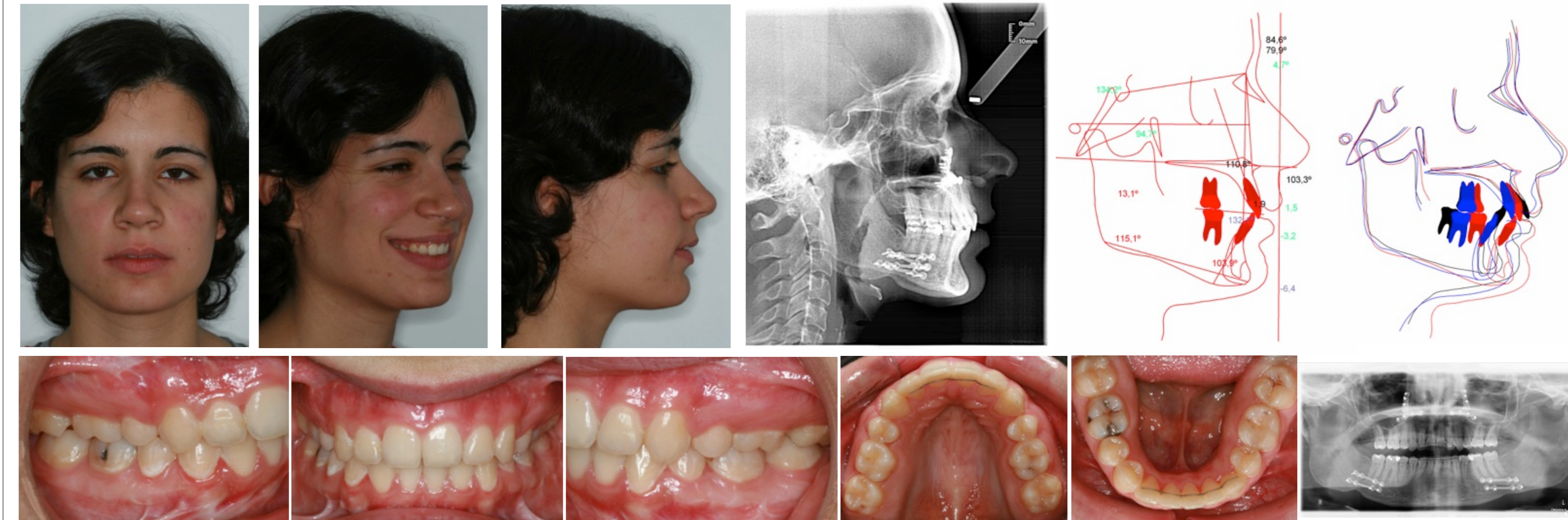
**Paciente D.G., 17 anos e 3 meses, sexo feminino, cuja queixa principal estava relacionada com a sua aparência devido à protrusão incisiva** (a paciente autorizou a divulgação do seu caso para fins científicos bem como a publicação das fotografias).



**Registos iniciais:** A paciente apresenta uma classe II esquelética, com retrusão mandibular associada a uma padrão vertical hipodivergente. A análise morfológica da face evidencia uma diminuição do terço inferior da face, ausência de selamento labial, sulco mentolabial marcado e interposição labial. A análise oclusal revela uma má oclusão dentária de classe II divisão 1, exibindo uma mordida profunda e em tesoura à esquerda. Ambos os incisivos superiores e inferiores de classe II divisão 1, se proinclinados.



**Registos pré-cirúrgicos:** A preparação ortodôntica exigiu a extração dos dois primeiros pré-molares superiores e do primeiro pré-molar inferior esquerdo por forma a normalizar a posição dos incisivos em relação às respetivas bases ósseas. Foi planeada a etapa cirúrgica com avanço do maxilar superior de 4 mm e impactação global diferencial (+3 mm esquerda e 0 mm direita). Para a mandíbula preconizou-se um avanço gerando um avanço mandibular global de cerca de 10 mm.



**Registos finais:** A paciente apresenta no final do tratamento ortodôntico-cirúrgico uma maior projeção anterior do perfil facial e normalização dos terços da face. Do ponto de vista oclusal foi obtida uma classe I canina e molar e normalização dos trespases vertical e horizontal. De salientar que à direita o 44 assumiu a posição de um 43. A sobreposição cefalométrica evidencia os movimentos dentários e cirúrgicos com um alongamento mandibular e aumento vertical associada à rotação mandibular no sentido horário.



**Registos com 3 anos de follow-up:** A paciente apresenta um bom equilíbrio facial, oclusal e funcional. A salientar uma maior exposição gengival posterior esquerda no sorriso passível de ser corrigida com cirurgia estética periodontal. As fotografias intra e extra-orais de controlo evidenciam uma boa estabilidade dos resultados.

## Discussão e Conclusões

Os indivíduos portadores de dismorfoses dento-faciais severas apresentam regularmente alterações psicológicas, como a baixa auto-estima, que interferem com a sua qualidade de vida, tal como relatado pelas duas pacientes. Para estas, os benefícios do tratamento ortodôntico-cirúrgico foram inequívocos, já que permitiu uma melhoria marcada da aparência estética facial associada à obtenção de uma oclusão funcional. Para este tipo de procedimentos cirúrgico, ainda que o maior risco de recidiva esteja associado à magnitude do avanço mandibular, estes casos demonstraram uma boa estabilidade dos resultados. Para os casos apresentados, qualquer alternativa de tratamento que incidisse sobre uma possível camuflagem ortodôntica da classe II esquelética poderia até alcançar resultados funcionais satisfatórios mas com um prejuízo estético facial muito relevante.

## Bibliografia

Pancherz H, Ruf S. Orthognathic surgery and dental orthopedics in adult Class II Division 1 treatment: Mandibular sagittal split osteotomy versus Herbst appliance. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 126:140-152. Pancherz H, Ruf S, Erbe C, Hansen K. The Mechanism of Class II Correction in Surgical Orthodontic Treatment of Adult Class II, Division 1 Malocclusions. Angle Orthod. 2004;74:800-809. Proffit W, Sarver D. Tratamentos cirúrgico e ortodôntico combinados. In: Proffit W, Fields HW, Sarver DM. Ortodontia contemporânea. 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 439- 68. Potts B, Shanker S, Fields H, Vig K, Beck M. Dental and skeletal changes associated with Class II surgical-orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009; 135:566e1-566e7. 266-273. Choi J, Baek S. Surgical accuracy of maxillary repositioning according to type of surgical movement in two-jaw surgery. Angle Orthod. 2009;79(2):306-11. Joss C, Vassalli I. Stability After Bilateral Sagittal Split Osteotomy Advancement Surgery With Rigid Internal Fixation: A Systematic Review. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67:301-313. Burden D, Hunt O, Johnston C, Stevenson M, O'Neill C, Hepper P. Psychological status of patients referred for orthognathic correction of skeletal II and III discrepancies. Angle Orthod. 2010;80(1):43-8. Al-Riyami S, Cunningham S, Moles D. Orthognathic treatment and temporomandibular disorders: A systematic review. Part 2. Signs and symptoms and meta-analyses. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009;136:626.e1-626.e16.