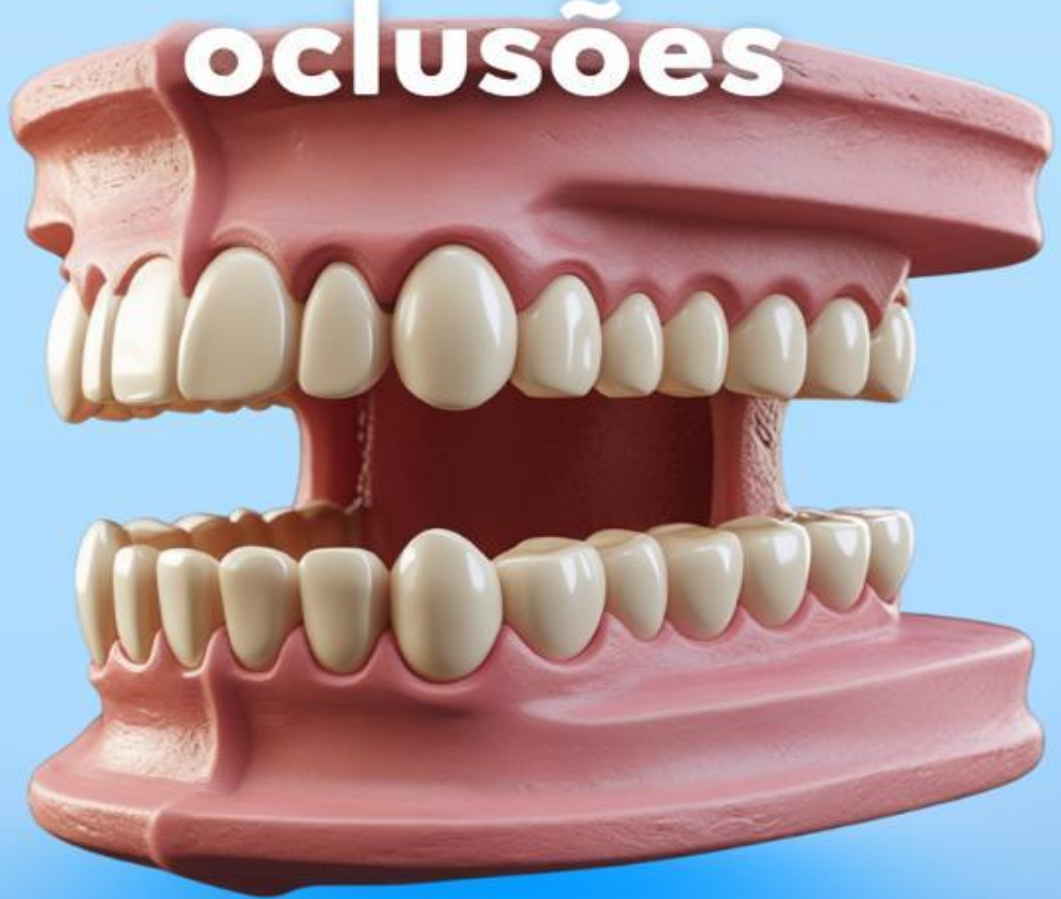


## Classificação das más oclusões



---

# ORTODONTIA

**Cansado de estudar  
sem resultado?  
temos a solução.**

# DentistaON



**Cursos e Resumos**



**Portal de vagas**



**Certificados**



**Horas  
complementares**

Estude em **qualquer** lugar  
a **qualquer** hora.

DENTISTA ON

Resumos Nota 10

RESUMOS NOTA 10

DENTÍSTICA

ENDODONTIA

PERIODONTIA

RADIOGRA

RESUMOS NOTA 10

ENDODONTIA

RESUMOS NOTA 10

PERIODONTIA

RESUMOS NOTA 10

DENTÍSTICA

RESUMOS NO

RADIOGRA

**assinaturas  
mensais e anuais**

**DENTISTA ON**

## Classificação das más oclusões

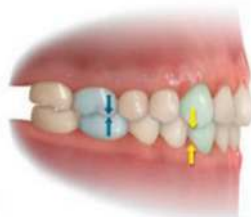
- A má oclusão é uma relação alternativa de partes desproporcionais.- **Wylle 1947**

## Classificação de Angle

- Pressupos que o **primeiro molar superior permanente** ocupava uma **posição estável** no esqueleto craniofacial;
- **Desarmonias** decorriam de **alterações anteroposteriores da arcada inferior.**

### CLASSE I

**Chave Molar** - cúspide mesiovestibular do 1º molar superior oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior.



- **Pq a classe I é uma malocclusão?**

Apinhamento, diastema, mordida aberta superior, mordida profunda, biprotrusão .

- **Perfil Facial:** reto e equilíbrio nas funções da musculatura peribucal, mastigadora e da língua.

### CLASSE II

Cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente oclui a frente do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente

- **Característica**

**determinante:** Distocclusão do 1º Molar – cúspide mesiovestibular a frente do sulco



**As más oclusões de classe II foram separadas em duas divisões:**

### Divisão 1º - incisivos vestibularizados

#### Características:

- relação molar classe II
- inclinação vestibular dos incisivos superiores
- desequilíbrio da musculatura facial, decorrente do distanciando vestibulo-lingual entre incisivos superiores e inferiores

Este desajuste anteroposterior é denominado sobressalência ou Overjet.

- **Perfil facial:** em geral, é convexo.



→ **Problemas Associados:**

- **Mordida profunda:** Contato oclusal dos incisivos está alterado pelo overjet. Estes dentes tendem a estruir, aprofundando a mordida.
- **Mordida aberta, mordida cruzada,** falta ou excesso de espaço.

**Divisão 2º - incisivos lingualizados ou verticalizados****Características:**

- Apresentam relação molar de classe II;
- Sem sobressalência dos incisivos superiores, - lingualizados ou verticalizados.

→ **Perfil Facial:** reto ou levemente convexo, associados respectivamente à musculatura equilibrada ou aquela com suave alteração.

→ **Problemas Associados**

- Mordida profunda anterior;
- Devido, nestes casos, ao não contato interincisal.
- Apinhamento.

→ **Subdivisão**

Em alguns casos, a relação malar de classe II ocorre em apenas um dos lados.

**CLASSE III**

Cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente ocluiu atrás do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente



Classe III

→ **Perfil facial:** é predominantemente côncavo e a musculatura está, em geral, desequilibrada.

Caso apenas um lado esteja em Classe III, empregamos o termo subdivisão.

**Classificação de Angle nos dias atuais**

- É a mais utilizada
- Simplicidade, com apenas três Classes e fácil compreensão

→ **Limitação**

Fato do 1º Molar superior permanente NÃO ser estável no esqueleto craniofacial.

Baseia apenas na posição do dente, deixando de elucidar os aspectos ósseos e musculares e considera apenas alterações no sentido anteroposterior.

**Tratamento Classe II**

Angle, definiu a maloclusão de classe II como uma distoclusão.

→ Dentes inferiores ocluindo distalmente em relação aos superiores

Nestes casos, na dentadura permanente completa, o sulco mesiovestibular do primeiro molar

inferior encontra-se distalizado em relação à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior

### Características

- Presença Isolada de prognatismo maxilar,
- Retrognatismo mandibular,
- Protrusão dentoalveolar superior ou retrusão dentoalveolar inferior,
- Combinação destes fatores.

### Objetivo

O principal objetivo de qualquer estratégia utilizada é corrigir ou mascarar a discrepância sagital.

Devemos atuar sempre na fase de crescimento.

### Aparelho extrabucal



Indicado para tratamento das maloclusões de Classe II de origem dentária e/ou esquelética.

**Não é mais utilizado para forças ortodônticas, foi substituído por mini implantes.**

Não é utilizado para força ortodônticas mais sim ortopédicas.

Forças de 500grs, são indicadas para provocar estas mudanças

O que vai determinar a força e direção é o formato do rosto do paciente.

### Força

É o fator que altera a posição de um corpo em repouso, muda a direção de seu movimento, ou provoca compressão ou distensão do corpo (elemento dental).

→ Duração da Força

Pode ser intermitente ou contínua. Duração da força depende das necessidades do tratamento

### Classe II esquelética

Indica-se uma força intermitente e pesada por um período não inferior a 18 horas.

### Bionator de balers

Indicado para o tratamento da maloclusão de Classe II com deficiência no desenvolvimento mandibular



Ocorre uma desoclusão da região posterior.

Serve para pequenas alterações de até 4 mm se não sofre uma alteração na articulação

### Efeitos:

- Promove uma melhora na relação maxilomandibular

- Favorece o deslocamento anterior da mandíbula
- Estimula o selamento labial
- Melhora o posicionamento da língua

### Aparelhos de proteção mandibular fixos:



**O tratamento, deve acontecer, preferencialmente, na fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, para obtenção de melhores resultados.**

Sua Principal função é a correção da desarmonia esquelética sagital de Classe II, por meio de uma posição mandibular avançada.

Maxila é intramembranosa (podemos formar osso levando-a pra frente e pra trás) já na mandíbula temos um crescimento misto sendo endocondral que vai determinar e dominar é a genética (por isso a mandíbula não cresce ocorre apenas uma reposição pra frente ou pra trás).

### Tratamento em pacientes adultos:

#### Tratamento compensatório

- Nesse caso não é possível mexer em osso mexe apenas em dentes. Elásticos de Classe II
- Muito utilizado, porém pode causar efeitos indesejados durante a

mecânica, tal como extrusão dentária.

### Aparelho do tipo pêndulo



**a maioria desses aparelhos não são mais utilizados**

### Tratamento com Extrações Dentais

A extração de pré-molares superiores é uma opção com resultados satisfatórios para o tratamento compensatório da Classe 2

O mais importante é o encaixe do canino (guia canina)

### Tratamento ortodôntico cirúrgico

- O tratamento ortodôntico-cirúrgico está indicado para pacientes adultos com discrepância esquelética severa (impossibilita o tratamento compensatório).

Durante a fase de planejamento, quando se opta pela cirurgia, o tratamento ortodôntico compreende duas fases:

**Fase pré-cirúrgica:** realiza-se o alinhamento e o nivelamento dos arcos, o que chamamos de descompensação dentária.

**Fase pós-cirúrgica:** realiza-se a finalização ortodôntica, intercuspidação e refinamento do caso, propiciando uma oclusão funcional adequada.

### Tratamento Classe III

A relação sagital entre os arcos dentais pode desviar-se da normalidade, caracterizando uma relação de Classe II ou III.

Fenótipo de classe III pode ser precipitado pela interação das condições biomecânicas com a herança genética.

### Classificação

Na maloclusão de Classe III, os dentes superiores ocluem por distal do que se compreende como ideal.

### Encaixe molar

Ponta da cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior localiza-se por distal do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior.

Uma parcela dos pacientes com maloclusão de Classe III podem exibir

→ Trespasse horizontal negativo

A maloclusão de Classe III origina-se de uma discrepância esquelética anteroposterior entre as bases ósseas;

Maxila pode se mostrar retrognática e a mandíbula

prognata;

→ Ou associação de ambas alterações.

### Morfologia facial

Prognatismo mandibular alonga a linha mento-pescoço, assim como amplia a dimensão vertical compreendida entre o lábio inferior e o mento;

Suaviza a profundidade do sulco mentolabial, características claramente aparentes na análise facial frontal.

### Aparelho funcional fr- iii



→ Não é mais utilizado

### Tração reversa (máscara facial)

Quando a Classe III existe em função decorrente da maxila (62 a 63%), pode-se optar pelo uso da máscara facial



Força ortopédica são forças pesadas 500 /600 gramas

### As variáveis:

- A idade do paciente é uma variável crítica.

- É mais fácil e efetivo mover a maxila nas idades mais jovens.
- Mudanças anteroposteriores podem ser produzidas até o início da adolescência.

#### **A média de duração do tratamento:**

- Geralmente consegue-se resultados positivos em um período de tratamento variando de 6 meses a 1 ano.

#### **Estabilidade e recidiva:**

A terapia costuma ser eficiente e estável; porém, é aconselhável um monitoramento trimestral, como forma de preservação, até o término do crescimento.

#### **Aparelho funcionais no tratamento do crescimento mandibular excessivo:**

Aparelho funcionais para pacientes com crescimento mandibular excessivo não têm a pretensão de restringir o crescimento mandibular.

#### **A força extraoral dirigida contra o côndilo mandibular restringe o crescimento nesse local.**

- Há pouca ou nenhuma evidência de que isso aconteça em humanos.

Mentoneira, obtém uma mudança na direção de crescimento mandibular;

Girando o queixo para baixo e para trás, o que o faz parecer menos proeminente.

#### **Tratamento ortodôntico compensatório**

##### **O que me leva a fazer camuflagem ?**

- Para pacientes que tem face agradável, sem alterações. Significa alterar a posição dental para mascarar ou camuflar uma discrepância esquelética sagital.

**Agradabilidade da Face:** Uma premissa importante para o tratamento compensatório é a ausência de impacto na estética facial. No entanto, as características faciais subordinadas à discrepância esquelética são perpetuadas.

O tratamento compensatório deveria ser indicado apenas para casos com discrepâncias sagitais leves à moderada, com estética facial aceitável.

Topo a topo , com perfil agradável , isso pode acontecer.

O tratamento ortodôntico corretivo, idealmente, deveria ser implementado na dentadura permanente, após o surto de crescimento da adolescência.

objetivo para aguardar este período, tem intuito de evitar as recidivas após tratamento.

#### **Possibilidades terapêuticas:**

Tratamento sem extração com elásticos separadores objetivo para aguardar este período, tem intuito de evitar as recidivas após tratamento.

- **Tratamento com extração dos primeiros molares inferiores.**

- **Tratamento com extração de incisivo inferior.**



→ **Tratamento com ancoragem esquelética**

**Tratamento ortocirúrgico:**

condução do tratamento ortodôntico em casos cirúrgicos segue direção oposta do tratamento ortodôntico compensatório.

**Procedimento de cirurgia ortognática divide o tratamento ortodôntico em duas partes:**

**1=** Mais longa, denominada ortodontia pré-cirúrgica.

**2=** Duração aproximada de 6 meses, chamada ortodontia pós-cirúrgica.

**Descompensação**

- Inclinar os incisivos superiores em direção lingual;
- Inclinar incisivos inferiores em direção vestibular.

**Ortodontia pós-cirúrgica, inicia-se após a liberação do cirurgião:**

Uso de elásticos intermaxilares de Classe III;

Finalização ortodôntica.