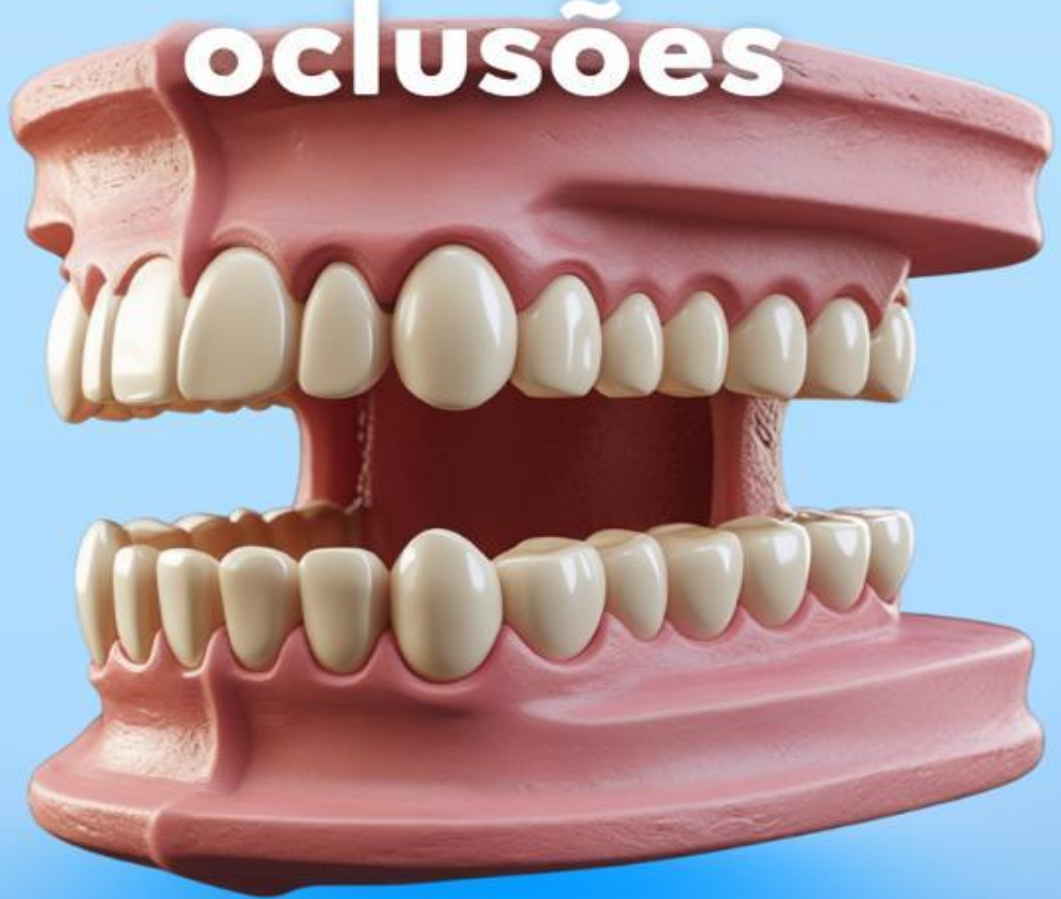


Classificação das más oclusões



ORTODONTIA

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

DentistaON



Cursos e Resumos



Portal de vagas



Certificados



**Horas
complementares**



**assinaturas
mensais e anuais**

DENTISTA ON

Classificação das más oclusões

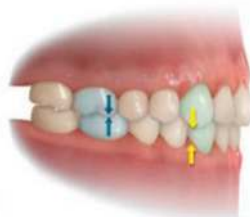
- A má oclusão é uma relação alternativa de partes desproporcionais.- **Wylle 1947**

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.