

\*Dra. Joana Viveiros  
\*\*Prof. Doutor Fernando Almeida

# TRATAMENTO DE UMA MÁ OCLUSÃO CLASSE II DIVISÃO 2 DE ANGLE

## ABSTRACT

In this article is presented a clinical case of a male patient undergoing orthodontic treatment with 13 years old, with class II division 2, class II skeletal and a deep bite.

## RESUMO

Neste artigo é apresentado um caso clínico com tratamento ortodôntico, de um paciente do género masculino de 13 anos, com classe II divisão 2, classe II esquelética e uma mordida profunda.

## Introdução

A má oclusão de classe II divisão 2 de Angle é caracterizada pela relação molar de classe II associada a um posicionamento vertical ou retroinclinado dos incisivos superiores e geralmente a uma sobremordida exagerada. Esta má oclusão é geralmente transformada em classe II divisão 1, pela protração dos incisivos superiores, e depois tratada desta forma.

Estudos referem que a localização sagital da mandíbula ocorre devido à ação de bloqueio perpetuada pelos incisivos superiores, forçando-a posteriormente. Esta teoria é suportada pelo facto de que o complexo dentoalveolar maxilar não é capaz de se adaptar no sentido anterior, existindo desta forma uma única opção, o posicionamento posterior da mandíbula. Sugerem ainda que, dada a retroinclinação dos incisivos superiores, há uma transmissão de forças para os músculos da mastigação, que colocam a mandíbula numa posição posterior quando o paciente atinge a posição de intercuspidação máxima. Com este movimento compensatório da mandíbula, é transmitida uma pressão distal a nível condilar, que contribui para um posicionamento posterior da articulação temporomandibular em indivíduos com este tipo de anomalia<sup>1,2</sup>.

## Diagnóstico

Ao exame clínico extraoral, observou-se um padrão facial assimétrico, incompetência labial, perfil reto, um ângulo nasolabial aberto (Rickets, Macnamara), uma retrusão labial superior e protração labial inferior (Steiner, Rickets) e um sorriso assimétrico com exposição gengival (Figura 1 e 3).

Ao exame clínico intraoral, foi possível observar a relação dentária de classe II de Angle divisão 2, uma classe II molar e canina esquerda e uma classe molar e canina indeterminada direita, uma mordida profunda e incisivos superiores retroinclinados. Observou-se, ainda, um desvio da linha média superior de 4 mm para a esquerda e inferior de 1 mm para a direita, presença de diastemas em superior e em inferior, uma erupção ectópica dos caninos superiores e ausência dentária do 46 (Figura 1).

Na análise cefalométrica, observou-se um padrão dolicofacial, um padrão esquelético de classe II (ANB=5), uma retrognatia do maxilar superior (SNA=79°) e uma retrusão da mandíbula (SNB=74°) (Steiner), uma retrusão e linguoversão do incisivo superior, uma protração e vestibuloversão do incisivo inferior (Steiner, Rickets) (Figura 2).



Fig. 1. Fotografias extraorais e intraorais iniciais.

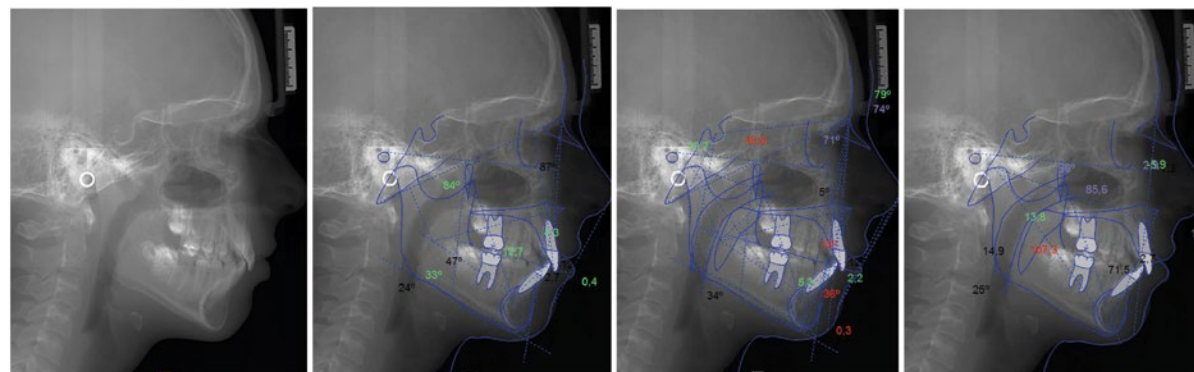


Fig. 2. Telerradiografia lateral inicial e análise cefalométrica: Rickets; Steiner; Macnamara.

## Objetivos do Tratamento

Os objetivos do tratamento foram a correção da classe II esquelética dentária e um acompanhamento do crescimento anteroposterior mandibular; a correção da retrusão dos incisivos superiores, da mordida profunda, da protração dos incisivos inferiores e diastemas; a aquisição de uma oclusão e uma relação estável de classe I para uma melhor função e estética dentária no final do tratamento.

## Resultados do Tratamento

A projeção dos incisivos superiores permitiu uma redução do ângulo nasolabial e um posicionamento mais anterior do lábio superior, o que pode ser observado nas fotografias extraorais de perfil no final do tratamento (Figura 6 e 7).

As fotografias intraorais mostram uma oclusão equilibrada com uma correta intercuspidação, classe I canina e molar esquerda e classe I canina direita e molar indeterminada.

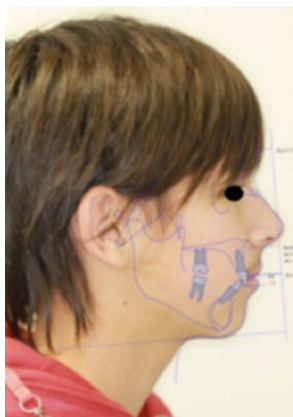


Fig. 3. Análise do perfil mole inicial com sobreposição cefalométrica de perfil vertical.

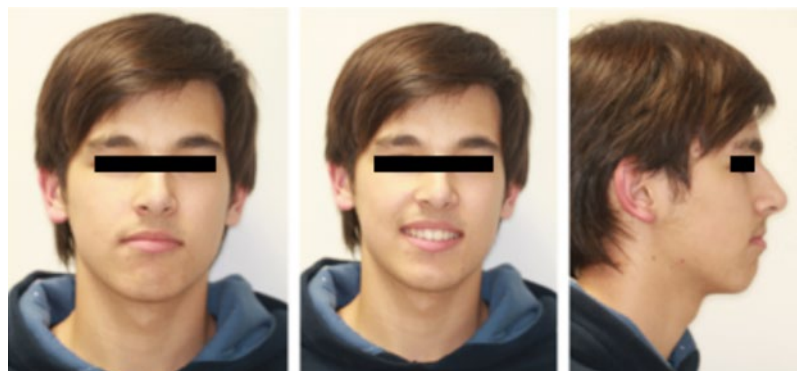


Fig. 5. Fotografias à extraorais e intraorais finais.



Fig. 6. Telerradiografia lateral final; Fotografia Lateral com sobreposição da análise cefalométrica final de Steiner.

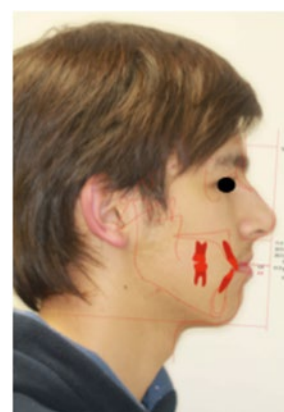


Fig. 7. Análise do perfil mole final com sobreposição cefalométrica de perfil vertical.

É visível a correção da sobremordida e da inclinação dos incisivos (Figura 5).

## Conclusão

A classe II divisão 2 é uma má oclusão muito frequente nos pacientes que procuram o tratamento ortodôntico. A sua intervenção precoce é importante ainda na fase de crescimento, de modo a atingir um perfil mais harmonioso na idade adulta.

Os indivíduos são classificados de acordo com o seu padrão de crescimento vertical facial: hipodivergente, normodivergente ou hiperdivergente<sup>3,4</sup>.

O padrão de crescimento vertical da face é determinante para atingir o equilíbrio entre as estruturas faciais. O excesso de crescimento vertical pode resultar em faces alongadas, sorriso gengival e lábios incompetentes, enquanto que o déficit de crescimento vertical resulta em faces curtas, mordida profunda e consequente inadequada exposição dos incisivos<sup>5</sup>.

A análise do padrão de crescimento é importante na estabilidade do tratamento, sendo que muitos fatores devem ser

considerados no momento da escolha do tipo de tratamento a ser executado, a individualização de cada caso é o fator determinante para o seu sucesso.

Os objetivos de tratamento propostos foram alcançados de acordo com o pretendido, tendo-se obtido uma correção da classe II esquelética e dentária, pela aquisição de uma

oclusão e relação estável de classe I. A intervenção precoce aquando do crescimento contribuiu para um desbloqueio do crescimento mandibular através da vestibularização dos incisivos superiores e da correção da sobremordida acentuada, tendo contribuído para um sorriso simétrico e um perfil harmonioso. ■

\* Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCS-N; Pós-Graduação em Ortodontia pelo ISCS-N; Mestrado de Ortodontia pelo ISCS-N; Máster de Ortodontia Invisível - Dr Manuel Román

\*\* Prof. Dr. Fernando Almeida conta com mais de 30 anos de experiência na área de Medicina Dentária; Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto;

Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.

## Referências Bibliográficas

1. Alhamradi MS, Fayed MS, Labib A. Three-dimensional assessment of condilar position and joint spaces after maxillary first premolar extraction in Skeleta Class II malocclusion. *Orthodontics & Craniofacial Research*. 2017.
2. Angle EH. Classification of malocclusion. *Dent Cosmos*. 1899; 41 (3): 248-64.
3. Sato S, Suzuki Y. Relationship between the development of skeletal mesioocclusion and posterior tooth to denture base discrepancy - its significance in the orthodontic reconstruction of skeletal Class III malocclusion. *J Japan Orthod Soc*. 1988; 796-810.
4. Nair P et al. Quantitative analysis of the maxilla and the mandible in hyper and hypodivergent skeletal class II pattern. *Orthodontic Craniofacial Res*. 2009; 9-13.
5. Ahmed M, Shaikh A, Fida M. Diagnostic performance os various cephalometric parameters for the assessment of vertical growth pattern. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2016; 21(4), 41-9.