

4 DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliados indivíduos que procuraram a FO/UFMG para tratamento ortodôntico. Supõe-se que apresentavam problemas e sentiam-se insatisfeitos com eles. Para um completo levantamento das origens esqueléticas da má oclusão de classe III seria interessante considerar os indivíduos da população em geral, incluindo os que não procuram por tratamento. No entanto, é um grande trabalho de difícil execução.

O grau da má oclusão de classe III pode variar bastante, desde uma má oclusão aceitável pelo próprio paciente até um caso mais severo que necessite de intervenção cirúrgica. Estas diferenças justificam a procura ou não por tratamento ortodôntico. Mas sabe-se que em relação aos aspectos psicológicos, os portadores da má oclusão de classe III são os que costumam apresentar os índices mais baixos de autoestima (ARAÚJO, 2008).

A amostra foi composta somente por indivíduos adultos, para garantir que os componentes esqueléticos estivessem completamente manifestados. Em um total de 15 indivíduos, 8 eram mulheres e 7 homens. Em estudo prévio (BACETTI, T; REYESB, B; MC NAMARA, 2005) ao avaliarem indivíduos caucasianos portadores de classe III, encontraram graus significativos de dimorfismo sexual nos registros cefalométricos, principalmente após a idade de 13 anos.

No total da amostra, 20% apresentaram apenas micrognatia maxilar, 6.5% retrognatismo e micrognatia maxilar; 6.5% apresentaram prognatismo e macrognatia mandibular e 67% apresentaram combinação de micrognatia maxilar e prognatismo mandibular. Esses resultados estão de acordo com estudo prévio de YANG et.al (2011), em que acreditam que uma má oclusão de classe III esquelética geralmente é causada por uma combinação de deficiência maxilar e excesso mandibular. Alguns estudos realizados por McNamara Jr.(1986,1994) demonstraram que em média 60% das más oclusões de classe III se caracterizam por uma deficiência maxilar. O advento do conceito do envolvimento maxilar frequente nesta má oclusão influenciou drasticamente na sua abordagem terapêutica.

A análise do tamanho relativo de maxila e mandíbula introduzido no nosso e em estudos prévios (STAUDT, 2009), possibilita a diferenciação entre os vários tipos

esqueletais da má oclusão de classe III, abrindo o caminho para diagnósticos específicos e tratamento focado no local da discrepância esquelética. Neste contexto, é levado em consideração o tempo de tratamento, uma vez que estruturas como maxila e mandíbula são modificadas e corrigidas em tempos diferentes, dependendo da resposta individual de cada paciente.

Dessa maneira, podemos afirmar que pesquisadores e clínicos não devem abordar a má oclusão de classe III como uma entidade única. A má oclusão de classe III não é uma, são muitas. E esse continua sendo o grande desafio dentro da ortodontia.

5 CONCLUSÃO

Os pacientes adultos da Clínica de Ortodontia da FO/UFMG que apresentaram má oclusão de classe III de origem esquelética tinham, principalmente, uma combinação de micrognatia maxilar e prognatismo mandibular.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.; ARAÚJO, C. Abordagem clínica não cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 6, p. 128-157, nov./dez. 2008.

BACETTI, T.; REYESB, B.; MC NAMARA, J. Gender Differences in Class III Malocclusion. **Angle Orthodontist**, v. 75, n. 4, 2005.

BUI C.; KINGB, T.; PROFFITC, W.; Frazier-Bowersd, S. Phenotypic Characterization of Class III Patients A Necessary Background for Genetic Analysis. **Angle Orthodontist**, v. 76, n. 4, p. 1-6, 2006.

BHATIA, SN.; LEIGHTON, BC. A manual of facial growth. A computer analysis of longitudinal Cephalometric growth data. **Oxford, United Kingdom: Oxford University Press**, 1993.

CAPELOZZA FILHO, L.; SUGUINO, R.; CARDOSO, M. A.; BERTOZ, F. A.; MENDONÇA, M. R.; CUOGHI, O. P. Tratamento Ortodôntico da Classe III: Revisando o Método (ERM e Tração) por meio de um Caso Clínico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 7, n. 6, p. 99-119, nov./dez. 2002.

CRUZ, ET AL. Major Gene and multifactorial inheritance of mandibular prognathism. **American Journal of Medical Genetics**, v. 146, p. 71–77, 2008.

ELLIS, E.; McNAMARA Jr., J. A. Components of adult Class III malocclusion. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 42, no. 5, p. 295-305, may 1994.

GARIB, DANIELA; SILVA FILHO, OMAR; JANSON, GUILHERME. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (Parte I)-fatores genéticos. **Rev Clin Ortod Dental Pres**, v. 9, n. 2, p. 77-97, abr./maio 2010.

GARIB, DANIELA; SILVA FILHO, OMAR; JANSON, GUILHERME. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (Parte II)-fatores ambientais. **Rev Clin Ortod Dental Pres**, v. 9, n. 3, p. 61-73, jun./jul. 2010.

HAIKUN HU et al. Distalization of the mandibular dentition of an adult with a skeletal Class III malocclusion. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 142, n. 6, dec 2012.

KIM, D; BAEK, S-H. Change in maxillary incisor inclination during surgical-orthodontic treatment of skeletal Class III malocclusion: Comparison of extraction and no extraction of the maxillary first premolars. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 143, n. 3, març 2013.

KOCHEL, J; ET al. New model for surgical and nonsurgical therapy in adults with Class III malocclusion. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 139, n. 2, p. 165-174, 2011.

MACKAY, F; JONES, JA; THOMPSON, R; SIMPSON, W. Craniofacial form in class III cases. **British Journal of Orthodontics**, v. 19, n. 1, p. 15-20, feb 1992.

NHAN, P; HAGG, U; YIU, C; MERWIN, D; WEI SHY. Cephalometric comparisons of Chinese and Caucasian surgical Class III patients. **Int J Adult Orthod**, v. 12, p. 177–188, 1997.

SANBORN, RT. Differences between the facial skeletal patterns of Class III malocclusion and normal occlusion. **Angle Orthodontics**, v. 25, p. 208-222, 1955.

SARNAS, K.V; SOLOW, B. Early adult changes in the skeletal and soft-tissue profile. **European Journal of Orthodontics**, v. 2, p. 1-12, 1980.

SILVA FILHO, O.G. Cefalometria radiográfica. Universidade de São Paulo. Hospital de pesquisa e reabilitação de lesões labiopalatais. 1984

STAUDT, C.B; KILIARIDIS, S. Different skeletal types underlying Class III malocclusion in a random population. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.136, n. 5, p. 715-21, 2009.

YANG, ZHENHUA; DING, YING; FENG, XUE. Developing skeletal Class III malocclusion treated nonsurgically with a combination of a protraction facemask and a multiloop edgewise archwire. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 140 , n. 2, p. 245-255, Aug 2011.

XUE, F.; WONG, RWK.; RABIE, ABM. Genes, genetics, and Class III malocclusion. **Orthodontics and Craniofacial Research**, v.13, p. 69–74. jan 2010.