

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**MARCELA LOPES FERREIRA**

**TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II DE ANGLE  
COM RETRUSÃO BIMAXILAR: RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

**PATOS DE MINAS  
2018**

**MARCELA LOPES FERREIRA**

**TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II DE ANGLE  
COM RETRUSÃO BIMAXILAR: RELATO DE CASO  
CLÍNICO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.ºEsp. Alexandre Costa  
Ferreira Vianna

**PATOS DE MINAS  
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
Curso de Bacharelado em Odontologia

**MARCELA LOPES FERREIRA**

**TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II DE ANGLE COM  
RETRUSÃO BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, 28 de Novembro de  
2018.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída  
pelos professores:

Orientador: Prof.<sup>o</sup>. Esp Alexandre Costa Ferreira Vianna  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. <sup>o</sup>. Esp. José Jorge Vianna Junior  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.<sup>a</sup>. Esp. Lilian de Barros  
Faculdade Patos de Minas

## **TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II DE ANGLE COM RETRUSÃO BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

### **ANGLE CLASS II PATIENT TREATMENT WITH BILATERAL MAXILAR RETROPMENT: CLINICAL CASE REPORT**

Marcela Lopes Ferreira<sup>1</sup>:

<sup>1</sup>Aluna de Graduação, Faculdade Patos de Minas, curso de Bacharelado de Odontologia, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.

[mahrcela\\_gc2@hotmail.com](mailto:mahrcela_gc2@hotmail.com).

Alexandre Costa Ferreira Vianna<sup>2</sup>:

<sup>2</sup>Graduado em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Professor adjunto da Faculdade Cidade de Patos de Minas. Especialista em Ortodontia com Ênfase em Cirurgia Ortognática pela Faculdade do Centro Oeste Pinelli Henriques.

[alexandrecvianna@gmail.com](mailto:alexandrecvianna@gmail.com)

Alexandre Costa Ferreira Vianna:

Rua Agenor Maciel 73, sala 4, Centro - Patos de Minas MG; CEP: 38700-046

## **TRATAMENTO DE PACIENTE CLASSE II DE ANGLE COM RETRUSÃO BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

### **RESUMO**

O objetivo geral deste trabalho é, a partir do diagnóstico de má oclusão Classe II com retrusão bimaxilar, mostrar o plano de tratamento indicado para a correção da anomalia, expondo o progresso e as mudanças envolvidas nos procedimentos sejam no âmbito da Ortodontia ou da Cirurgia Ortognática, apresentando a evolução do caso e conseqüentemente finalizando-o expondo os resultados obtidos à longo prazo na paciente. A paciente do gênero feminino, 35 anos procurou atendimento queixando-se da estética do sorriso, devido aos apinhamentos existentes nos dentes anteriores na mandíbula. Ao ser realizado os exames iniciais e exame clínico, o profissional procurado solicitou a realização de documentos imagiológicos para detecção do problema existente e confirmação de diagnóstico. Diante da análise feita pelo mesmo, foi relatado à paciente que o tratamento ortodôntico isoladamente não seria a alternativa correta para o caso, necessitando também de acompanhamento e intervenção cirúrgica. A paciente optou por procurar uma segunda opinião, e decidiu submeter-se ao tratamento, orto-cirúrgico. Foi realizado o tratamento ortodôntico anteriormente à realização da cirurgia ortognática, e após a melhora da oclusão fornecida pela ortodontia prévia, a cirurgia ortognática pôde ser realizada, visando o avanço dos maxilares e corrigindo o desvio de septo da paciente.

Palavras-chaves: Ortodontia; Cirurgia Ortognática; Má Oclusão; Respiração Bucal

## **ABSTRACT**

The general objective of this study is to show, from the diagnosis of Class II malocclusion with bimaxillary retrusion, to show the treatment plan indicated for the correction of the anomaly, exposing the progress and the changes involved in the procedures are in the scope of Orthodontics or Orthognathic Surgery , presenting the evolution of the case and consequently finalizing it exposing the long-term results obtained in the patient. The patient, femal, 35 years old, sought treatment complaining about the aesthetics of the smile, due to the crowding of the anterior teeth in the mandible. When the initial examinations and clinical examination were carried out, the requested professional requested the accomplishment of imaging documents to detect the existing problem and confirm diagnosis. In view of the analysis made by the patient, the patient was informed that isolated orthodontic treatment would not be the correct alternative for the case, also requiring follow-up and surgical intervention. The patient chose to seek a second opinion, and decided to undergo treatment, orthopedic surgery. Orthodontic treatment was performed prior to the orthognathic surgery, and after orthodontic occlusion was improved, orthognathic surgery was performed, aiming the maxillary advancement and correcting the patient's septum deviation.

**Key Words:** Orthodontics; Orthognathic Surgery; Malocclusion; Mouth Breathing

## INTRODUÇÃO

A má oclusão Classe II de Angle, caracterizada por uma discrepância dentária ântero-posterior, é considerada ainda mais grave quando associada a uma desarmonia esquelética, que pode acontecer em razão de alguma deficiência mandibular, protrusão/retrusão maxilar ou da combinação de ambas (1).

Essas alterações podem levar à diversas consequências e comprometer não somente a função saudável do aparelho estomatognático, mas também levar ao comprometimento estético do perfil facial, englobando ainda consequências psicossociais.

Diante de um caso como este, existem possibilidades terapêuticas disponíveis para a melhor correção da anomalia existente, considerando fatores como a idade da paciente, os recursos disponíveis e a capacidade de o Cirurgião Dentista de lidar frente à situação apresentada.

O ideal para os casos onde há uma discrepância entre maxila e mandíbula seria uma abordagem antes do surto de crescimento puberal, lançando mão de dispositivos denominados “Expansores rápidos de maxila”, porém após o período de fusão da sutura palatina na fase adulta, estes dispositivos devem ser desconsiderados e uma nova abordagem considerada (2).

Apesar de haver controvérsias, a literatura apresenta como tratamento mais indicado a expansão rápida da maxila cirurgicamente assistida, como procedimento de escolha para os pacientes adultos que apresentam atresia maxilar e/ou mordida cruzada posterior, a fim de como resultado do tratamento

obter, efeitos mais esqueléticos do que dentários e, conseqüentemente, maior estabilidade (3). Entretanto, um fator relevante a ser considerado é que os pacientes em geral são muito resistentes ao procedimento cirúrgico, logo a relação de confiança entre o paciente e o profissional é indispensável do início ao fim do tratamento.

Esterelato de caso clínico apresenta uma temática que envolve áreas de conhecimentos distintos, requerendo uma conciliação no tratamento ortodôntico e ortognático, revelando por meio de constatações, exames e relatos clínicos o progresso do tratamento. Dessa forma, acredita-se que um tratamento como este é capaz de reestabelecer a oclusão satisfatória e um perfil facial harmônico ao paciente submetido.

O objetivo geral deste trabalho é, a partir do diagnóstico de má oclusão Classe II com retrusãobimaxilar da paciente, juntamente com a presença de um perfil facial côncavo provalmente influenciado pela Síndrome do Respirador Bucal, mostrar o plano de tratamento indicado para a correção da anomalia, expondo o progresso e intervenções utilizadas, revelando as mudanças na condição postural do paciente durante o tratamento e após a finalização do mesmo.

## **1. DESCRIÇÃO DO CASO**

### **1.1. Relato do Caso**

Paciente do sexo feminino, 35 anos, apresentava queixa de dentes apinhados na região anterior da mandíbula, dificuldade de respirar pelo nariz,



nariz com estética indesejada,apertamento dentário e fortes dores de cabeça. Ao procurar um profissional Ortodontista, foram realizados exames intra-orais e extra-orais e feito pedidos de exames imagiológicos para fechar o diagnóstico (Figura 1).



Figura 1: Fotografias extrabuciais iniciais (Fonte: acervo pessoal)

Ao exame intrabucal observou-se relação de molar em classe II de Angle completabilateral, linha média não coincidente, mordida cruzada posterior unilateral, arcosuperior com dimensões transversais incompatíveis com o arco inferior (Figura 2).





Figura 2: Fotografias intra bucais iniciais (Fonte: acervo pessoal)

Por meio da telerradiografia inicial em norma lateral e posterior análise cefalométrica pode-se observar a retrusão da maxila e também da mandíbula (Figura 3).



Figura 3: Telerradiografia inicial da paciente (Fonte: acervo pessoal)

A radiografia panorâmica inicial mostrava a presença de todos os dentes, exceto os terceiros molares (Figura 4).



Figura 4: Radiografia panorâmica inicial (Fonte: acervo pessoal)

Foi solicitado também a série completa de radiografias periapicais para analisar melhor as estruturas dentárias, bem como verificar presença de fatores que possam ser distorcidos na imagem obtida pela radiografia panorâmica (Figura 5).



Figura 5: Radiograficasperiapicais iniciais (Fonte: acervo pessoal)

Na consulta de retorno, a Cirurgiã Dentista escolhida pela paciente instruiu a mesma a procurar um Cirurgião Bucomaxilofacial, relatando que, isoladamente o tratamento ortodôntico seria incapaz de resolver os problemas existentes na oclusão da paciente. Ao procurar o primeiro Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial, foi proposto o tratamento por meio de uma expansão rápida de maxila, em ambiente hospitalar para corrigir as medidas transversais da maxila, que apresentava tamanho desproporcional em relação a mandíbula. A paciente optou por procurar uma segunda opinião, onde juntamente com todos os exames realizados anteriormente foi proposto um tratamento orto-cirúrgico,

que visava previamente à realização da cirurgia ortognática, o tratamento ortodôntico para melhorar a oclusão da mesma o máximo possível antes da intervenção cirúrgica.

Por meio da documentação ortodôntica, esta contendo exames radiográficos e fotográficos, além de modelos de estudo conclui-se que a paciente possuía:

- ▶ Retrusão Mandibular,
- ▶ Retrusão Maxilar,
- ▶ Medida transversal maxilar incompatível com a mandíbula,
- ▶ Mordida cruzada posterior unilateral
- ▶ Aumento do terço inferior,
- ▶ Boa exposição gengival durante o sorriso,
- ▶ Simetria satisfatória.

## **2. Objetivos e plano de tratamento**

Com o diagnóstico de má oclusão Classe II, de origem esquelética, com retrusão maxilar e mandibular objetivou-se a correção da mesma viatratamento ortodôntico cirúrgico e conseqüentemente melhoria no aspecto oclusal e facial. O plano de tratamento foi traçado da seguinte maneira:

- ▶ Tratamento ortodôntico visando alinhamento e nivelamento
- ▶ Cirurgia ortognática com avanço maxilar e avanço mandibular
- ▶ Correção do septo nasal
- ▶ Finalização ortodôntica
- ▶ Confecção da placa de acrílico para apertamento dentário

## **3. Progresso do Tratamento**

Com o plano de tratamento realizado, iniciou-se o tratamento ortodôntico visando o alinhamento e o nivelamento dentário. Não foi necessário qualquer outro procedimento diferente daqueles até então planejados e após um ano e oito meses o resultado ortodôntico inicial esperado foi alcançado.

A paciente foi encaminhada para exames pré-operatórios e liberada com o critério de ASA I, considerada então apta a ser submetida ao procedimento cirúrgico sob anestesia geral.

O planejamento e simulação 2D foi realizado com o auxílio do software Dolphin Imaging®. Obtendo então o seguinte movimento cirúrgico planejado (Figura 6):

► Maxila – Avanço anteroposterior de 2,6 mm da incisal dos incisivos centrais com impacção dos incisivos centrais superiores de 2,9 mm, já que o paciente apresentava aumento da exposição gengival ao sorriso. Os molares foram mantidos em posição no que se refere ao sentido vertical e avanço de 2,2 mm, o que resultou em um giro anti-horário da maxila.

► Mandíbula – No sentido anteroposterior planejou-se avanço de 2,9 mm da incisal dos incisivos centrais, avanço de 5,9 mm do ponto B e avanço de 8,1 mm do pogônio.

No sentido vertical o movimento mandibular acompanhou o giro da maxila com o acréscimo de 5,7 mm na região de incisivos centrais superiores e consequente finalização dos molares em classe I de Angle.

No sentido transversal foi realizada a segmentação de maxila para redução da mordida cruzada posterior.

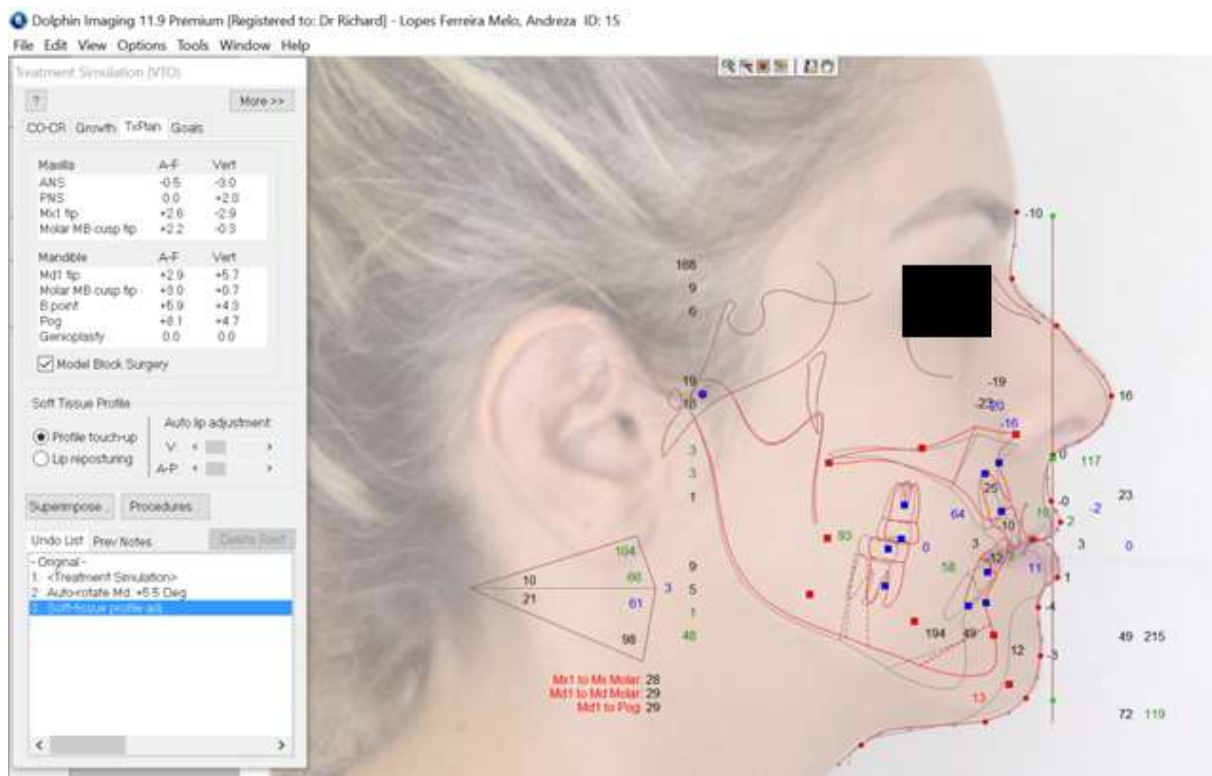


Figura 6: Simulação do tratamento cirúrgico feita pelo programa DolphinImaging®(Fonte: acervo pessoal)

Com o planejamento finalizado, foi confeccionado o guia cirúrgico para que após o descolamento dos segmentos maxilares, o avanço fosse feito de forma correta. Tal guia foi realizado em silicone Zetalabor® da empresa Zhermack®.

Após a finalização do tratamento ortodôntico pré-cirúrgico, foi realizada a cirurgia Ortognática, sob anestesia geral, com intubação nasotraqueal em ambiente hospitalar e realizado o avanço dos maxilares e fixados devidamente com placas de titânio e miniparafusos corticais, reestabelecendo a correta oclusão e mudando as medidas transversais da maxila, que eram insatisfatórias para se alcançar a oclusão desejada.

Observando o perfil facial e a queixa da paciente de não conseguir respirar corretamente, o desvio de septo foi corrigido, uma vez que fora submetido, à



uma cirurgia anterior com outro profissional no ramo da Medicina e os resultados não foram satisfatórios.

Em consulta pós-operatória de um dia tivemos um quadro compatível à cirurgia realizada com a presença de edema facial bilateral, hematoma infra orbitária bilateral. O paciente então teve alta hospitalar. Mantido os elásticos de intercuspidação por 14 dias, a fim de manter a estabilidade oclusal.



Figura 7: Evolução do pós operatório-7 dias após a cirurgia(Fonte: acervo pessoal)

Após um mês de acompanhamento pode-se notar estabilidade oclusal com engrenamento satisfatório. Tendo os molares em intercuspidação de classe I, bem como o restante da arcada com intercuspidações satisfatórias.

Atualmente a paciente encontra-se com 75 dias de pós-operatório e mantendo um excelente quadro de recuperação. A previsão é que no período de 15 dias inicie-se a finalização ortodôntica pós-operatório.

## RESULTADOS

Através do tratamento ortodôntico/ortognático obteve-se um resultado extremamente satisfatório, embora a paciente ainda vá iniciar a etapa de finalização ortodôntica, nas consultas de acompanhamento foram relatadas diversas mudanças, tais como a melhora da respiração, estética satisfatória principalmente na região do ângulo nasolabial, harmonia no formato do nariz e ausência de dores de cabeça recorrentes. Após a finalização ortodôntica, espera-se que a oclusão da paciente esteja adequada, a estética do sorriso melhorada e para concluir o caso será confeccionada a placa em acrílico para o hábito parafuncional de apertamento dentário presente no caso.



Figura 8: Radiografia Panorâmica Final (Fonte: acervo pessoal)



Figura 9: Telerradiografia final (Fonte: acervo pessoal)



Figura 10: Fotografias extra-bucais após cirurgia (Fonte: acervo pessoal)



Figura 11: Fotografias intra-bucais após cirurgia (Fonte: acervo pessoal)

## DISCUSSÃO

A maloclusão do tipo classe II está presente em cerca de 15% a 20% da população nacional. Em algumas situações, os resultados do tratamento ortodôntico não alcançavam o objetivo esperado e era necessário um longo período de terapia com outros aparelhos desconfortáveis. Tais problemas levaram os profissionais da área da Odontologia a considerarem o tratamento cirúrgico vinculado ao tratamento ortodôntico em alguns casos de Classe II. O paciente então passou a ser tratado não apenas sob o aspecto dentário, mas

também sob o aspecto facial. Logo, a cirurgia ortognática ofereceu ao cirurgião-dentista a possibilidade de corrigir displasias esqueléticas em pacientes que já passaram da fase de crescimento, além de corrigir a maloclusão e melhorar esteticamente o perfil destes pacientes (4,13).

A cirurgia ortognática objetiva-se, principalmente em colocar os maxilares em sua melhor posição possível, de forma que a saúde das articulações temporomandibulares, tecidos bucais, da respiração correta, das funções da fala e da mastigação, da oclusão e da estética facial sejam preservadas (10).

Apesar de ser considerada uma cirurgia funcional, e não possuir caráter estético, ao reposicionar os maxilares no seu adequado posicionamento, a estética é alterada fazendo com que a face do indivíduo mude, muitas vezes, de forma satisfatória para o paciente. O tratamento é chamado cirúrgico ortodôntico, pois somente a cirurgia é incapaz de atingir os resultados esperados. O tratamento ortodôntico pode ser realizado antes ou depois da cirurgia. Existem casos, onde a cirurgia pode ser realizada antes do tratamento ortodôntico, onde é chamado de “benefício antecipado”, porém é um tratamento viável quando já é observado certa engrenagem nos dentes. No caso relato em questão, essa engrenagem não foi suficiente ao ser analisada nos modelos, e o tratamento ortodôntico foi realizado previamente à intervenção cirúrgica(5).

Durante a consulta inicial deve-se por meio da anamnese coletar o máximo de informações possíveis junto ao paciente, incluindo os motivos ao qual o paciente está buscando o tratamento. O fechamento do diagnóstico deve

ser feito com base em exames radiográficos, fotográficos e de modelos das arcadas (13).

No caso apresentado a paciente relatava como queixa principal a estética, porém no acompanhamento do tratamento além da estética, a função também foi avaliada e o plano para melhor reabilitação definido. A escolha pelo tratamento ortodôntico combinado à cirurgia ortognática deu-se pela finalidade de concluir o caso da melhor maneira possível. Tal escolha foi apresentada à paciente, relatando todos os passos que seriam realizados e as consequências advindas de cada etapa do tratamento.

O tratamento orto-cirúrgico de pacientes adultos deve ser feito com o tratamento ortodôntico para descompensação da má oclusão, seguido da cirurgia ortognática e finalização ortodôntica. Existe um protocolo bastante utilizado no planejamento cirúrgico que preza por levar em consideração os tecidos moles a fim de diagnosticar e planejar os movimentos a serem realizados no procedimento cirúrgico (6).

Dentre as etapas do planejamento da cirurgia, pode-se notar a confecção do guia cirúrgico, de fundamental importância para estabilizar a oclusão dos maxilares na posição preconizada após o avanço.

Para se obter um guia cirúrgico, algumas etapas do protocolo clínico e laboratorial devem ser corretamente seguidos. São eles:

- Montagem dos modelos em Articulador Semi Ajustável: Utilizar arco facial para posicionamento adequando do modelo maxilar. Já o mandibular deve ser posicionado com auxílio de registro de mordida em cera em Relação Cêntrica.
- Medidas Iniciais dos Modelos: Deve-se realizar as mensurações dos pontos

de referência e estes devem ser anotados já que servirão para a conferência e confecção do guia cirúrgico.

- Checagem da montagem dos modelos no Articulador semi-ajustável.
- Cirurgia de Modelo mandibular: através de corte, separando o modelo da base de encaixe no articulador, realiza-se a movimentação cirúrgica previamente planejada. Fazem-se novas mensurações levando em conta as modificações desejadas. Após posicionamento correto e fixação do modelo na posição desejada teremos a confecção do guia cirúrgico intermediário com resina acrílica.
- Cirurgia de Modelo Maxilar: Será feita apenas se for optado pela confecção do guia cirúrgico final. Este será para conferência da posição final maxilar durante o procedimento cirúrgico (13).

Após cirurgia a paciente deve ficar em acompanhamento do cirurgião por 45 dias, neste período deve-se controlar o uso de elásticos intermaxilares e a estabilidade oclusal. É importante ressaltar que, podem haver intercorrências como o rompimento dos elásticos, e é importante que o paciente relate ao seu cirurgião dentista para que este acompanhe e avalie novamente a colocação dos elásticos. Após cerca de 6 a 12 semanas o paciente é novamente liberado para a finalização ortodôntica, sendo que esta deve ser tratada como uma finalização de um caso convencional, buscando atingir as seis chaves de oclusão de Andrews. Em casos como o apresentado, o acompanhamento pós cirúrgico deve ser feito por no mínimo 6 meses, visando obter a estabilidade esquelética mutuamente à estabilidade oclusal (13).

## **CONCLUSÃO**

No momento em que o cirurgião dentista juntamente com o paciente optar pelo tratamento ortodôntico-cirúrgico o planejamento deve ser feito em conjunto pelo ortodontista e pelo cirurgião bucomaxilofacial, em razão de serem áreas complementares em casos como este, e exigir conhecimento específico da área de cada uma das duas especialidades envolvidas. O caso relatado, foi realizado primeiramente com o tratamento ortodôntico, seguido da cirurgia ortognática de avanço maxilar, avanço mandibular, correção do desvio de septo e giro anti-horário dos maxilares.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador e professor Alexandre C. F. Vianna pela disposição e pelos ensinamentos ao decorrer do caso, aos profissionais envolvidos no planejamento e execução do procedimento e a todos os mestres pelo conhecimento repassado durante os cinco anos de graduação. Obrigada!

## **REFERÊNCIAS**

1Freitas JC. Má oclusão Classe II, divisão 1, de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada [artigo retirado da internet]. Maringá: R Dental Press OrtodonOrtop Facial. Mar/abr 2009; 14(2): 131-143. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n2/v14n2a15>



2Acioly RF; Lima Júnior JL; Jardim ECG; Ribeiro ED. Expansão Rápida de Maxila Assistida Cirurgicamente com Anestesia Local: Relato de Caso [artigo retirado da internet]. João Pessoa-PB: Arch Health Invest. 2013; 2(2): 24-28. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/viewFile/135/147>

3Suzuki H. Ancoragem esquelética na expansão da maxila [texto retirado da internet]. Belo Horizonte: OrtodontiaSPO (Online); 2017 Abr. [acesso em 2018 Abr 20]. Disponível em <http://www.ortociencia.com.br/Materia/Index/133052>

4Martins MM; Araújo OS; Miguel JAM; Goldner MTA; Mendes AM. Tratamento orto-cirúrgico da classe II com avanço mandibular[artigo retirado da internet]. Porto Alegre-RS Rev Gaúcha Odontol. jul./set., 2011; 59(3): 509-514.[acesso em 2018 Abr 20]. Disponível em [www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6686&article=2832&mode=pdf](http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6686&article=2832&mode=pdf)

5 Faber J. Benefício Antecipado: uma nova abordagem parao tratamento com cirurgia ortognática que eliminao preparo ortodôntico convencional. [artigo retirado da internet] Dental Press J. Orthod. 144 v. 15, no. 1, p. 144-157, Jan./Feb. 2010. [acesso em 2018 Abr 20]. Disponível em [http://www.clinicafaber.com.br/artigos/DPJO.v15.n1.p144\\_157\\_PT.pdf](http://www.clinicafaber.com.br/artigos/DPJO.v15.n1.p144_157_PT.pdf)

6Arnett GW; McLaughlin RP. “Planejamento Facial e Dentário Para Ortodontistas”– 1 jan 2005

7Freitas JC. Má oclusão Classe II, divisão 1, de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada [artigo retirado da internet]. Maringá: R Dental Press OrtodonOrtop Facial. Mar/abr 2009; 14(2): 131-143. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n2/v14n2a15>

8Acioly RF; Lima Júnior JL; Jardim ECG; Ribeiro ED. Expansão Rápida de Maxila Assistida Cirurgicamente com Anestesia Local: Relato de Caso [artigo retirado da internet]. João Pessoa-PB: Arch Health Invest. 2013; 2(2): 24-28. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/viewFile/135/147>

9 Sant’Ana E; Janson M; Kuriki EU; Yaedú RYF. Expansão cirúrgica da maxila [artigo retirado da internet]. Maringá: R Dental Press OrtodonOrtop Facial. Set/Out 2009; 14(5): 92-100. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n5/a13v14n5.pdf>

10 Araujo A. Cirurgia Ortognática. 3. ed. São Paulo: Editora Santos; 1999

11 Tanaka O; Camargo ES; Maruo H; Guariza-Filho O. Conceitos (breves) de Ortodontia Preventiva, Interceptativa e Corretiva [texto retirado da internet]. Curitiba: O.r.t.o.d.o.n.t.i.a – Graduação e PósGraduação; 2008 Jul. [acesso em 2018 Abr 20]. Disponível em <http://tanaka.com.br/Conteudo/graduacao/ORTODONTIAbrevesconceitos.pdf>

12 Moraes HA. Classificação das Maloclusões [texto retirado da internet]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic – Disciplina de Ortodontia (Online); 2009 Fev. [acesso em 2018 Abr 20]. Disponível em [http://www.vivavita.com.br/arquivos/artigos/classificacao\\_das\\_maloclusoes.pdf](http://www.vivavita.com.br/arquivos/artigos/classificacao_das_maloclusoes.pdf)

13 Vianna ACF. TRATAMENTO ORTODÔNTICO-CIRÚRGICO DE SEVERA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III: RELATO DE CASO CLÍNICO. Monografia [Especialização em Ortodontia] - FAIPE – FACOPH, Bauru-SP; 2015.

14 Tseng Y; et al. Treatment of adult Class III malocclusions with orthodontic therapy or orthognathic surgery: Receiver operating characteristic analysis [artigo retirado da internet]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, v. 139, p. 485-493, 2011. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536190>

15 Tulloch JFC; Lenz BE; Phillips C. Surgical Versus Orthodontic Correction for Class II Patients: Age and Severity in Treatment Planning and Treatment Outcome [artigo retirado da internet]. Semin Orthod. 1999 Dec; 5(4): 231–240. [acesso em 2018 Abr 20] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612924/>

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Marcela Lopes Ferreira

---

Alexandre Costa Ferreira Vianna

## **DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA**

Eu Marcela Lopes Ferreira, matriculada sob o número 007087 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

---

**Marcela Lopes Ferreira**

**Graduando Concluinte do Curso**

**DECLARO**, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

**AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

---

**Alexandre Costa Ferreira Vianna**