

INTRODUÇÃO

Inúmeras formas de tratamento têm sido relatadas para a correção precoce da má oclusão de Classe III. No entanto, talvez por muitos casos necessitarem de tratamento cirúrgico, pelo baixo grau de cooperação por parte dos pacientes, ou ainda pela falta de experiência dos profissionais devido sua baixa incidência na população caucasiana (5%), pouca importância tem sido dada a correção precoce da má oclusão Classe III.

Embora pouco utilizados, existem vários dispositivos para a intervenção precoce, dependendo do componente envolvido na má oclusão. Quando a Classe III existe em função decorrente da maxila (62 a 63%), pode-se optar pelo uso da máscara facial ou do sky hook, ambos capazes de promover a protração da maxila para a anterior.

A protração da maxila com o intuito de corrigir a classe III não é uma opção recente. O primeiro relato sobre o tratamento com a máscara facial foi documentado por Potpeschnigg, em 1875, de acordo com Petit. No entanto, foi Delaire, em 1971, o responsável pela volta de sua utilização clínica e pela sua popularidade^{1,3,4,6}.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da má oclusão deve ser realizado em relação cêntrica (RC) para evitar que o desvio da mandíbula para anterior, em função dos contatos prematuros, maximize o problema. O julgamento clínico, analisando o perfil facial, deve ser sempre soberano em relação à análise cefalométrica, a qual junto com modelos de estudo e fotografias constitui um meio auxiliar de diagnóstico².

INDICAÇÕES²

- Retrusão de maxila,
- Deformidades craniofaciais associadas à deficiências craniofaciais,
- Combinação entre hipoplasia maxilar e prognatismo mandibular,
- Após cirurgias.

APRESENTAÇÃO DO APARELHO

Há diversos tipos de máscaras faciais pré-fabricadas disponíveis como a máscara de Petit, de Delaire, de Tubinger, de Grummons e de Turley²:

1) Máscara facial do tipo Delaire

A mesma mantém o contato com a testa e o queixo para ancoragem e deve ser ajustada vários milímetros antes dos outros tecidos moles. O ajuste da armação metálica produzirá o encaixe e a direção de tração desejados na maxila (geralmente para baixo para o desenvolvimento facial vertical) quando os elásticos da máscara ao gancho do disjuntor⁷ (Fig. 1).

2) Máscara facial de Turley

Este tipo de máscara facial apresenta como vantagens uma adaptação mais fácil à face do paciente e diminui o comprometimento estético quando comparado aos outros tipos de máscara² (Fig. 2).

ALTERAÇÕES OBTIDAS COM O USO DA MÁSCARA FACIAL

Com o uso da máscara facial, pode-se promover um movimento ântero-inferior da porção posterior da maxila e dos dentes superiores^{1,4}, rotação horária da mandíbula^{3,6} e uma inclinação para lingual dos incisivos inferiores^{1,3,4,6}. Há também um movimento do nariz para frente, tornando o perfil facial menos côncavo e, conseqüentemente, mais harmonioso⁵.

INSTALAÇÃO²

- A máscara facial é instalada no último dia de ativação do parafuso expansor;
- Os elásticos são colocados partindo do gancho situado no aparelho expansor até os ganchos da máscara, posicionados próximos aos caninos superiores, promovendo uma tração para baixo e para frente, formando um ângulo de 45 em relação ao plano oclusal.
- O tempo de tratamento com a máscara facial varia de 6 a 12 meses e dependendo

da gravidade do caso, há a necessidade de se usar várias vezes durante do tratamento ortodôntico.



FIGURA 1

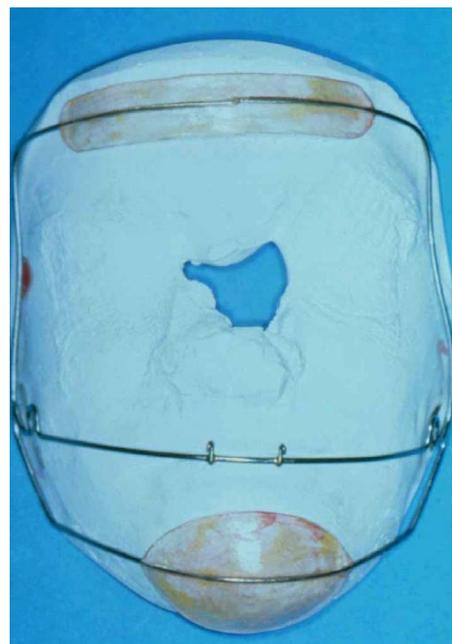
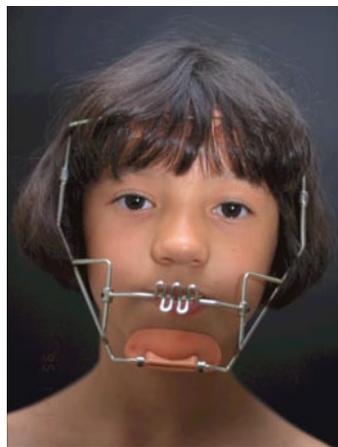
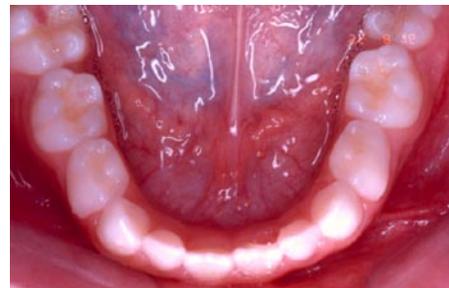
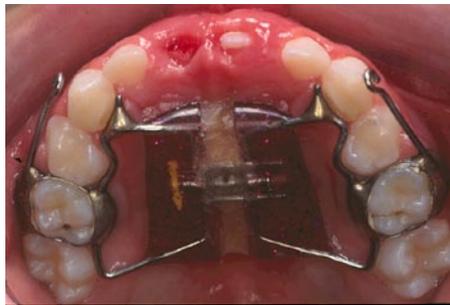
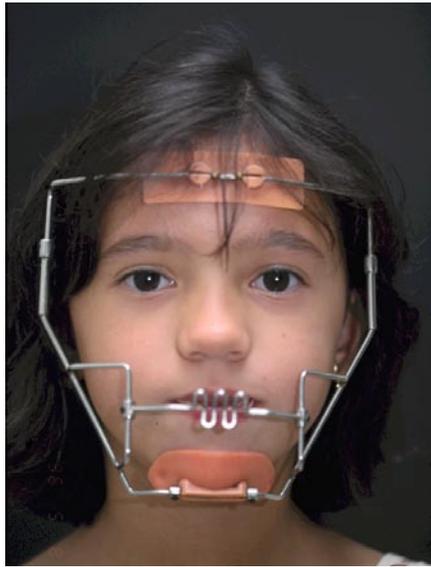
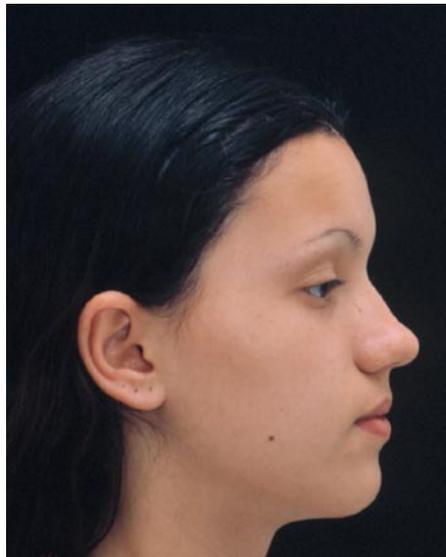
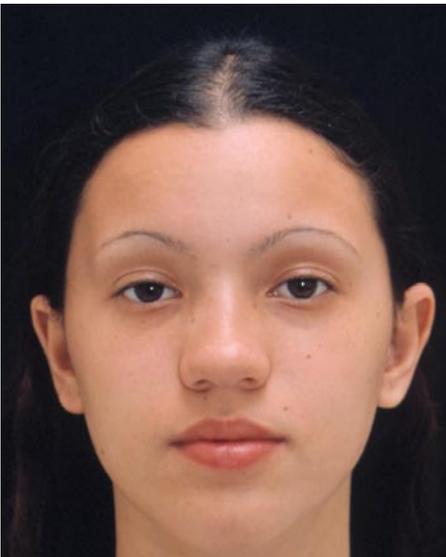
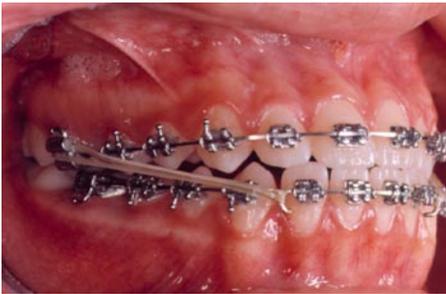
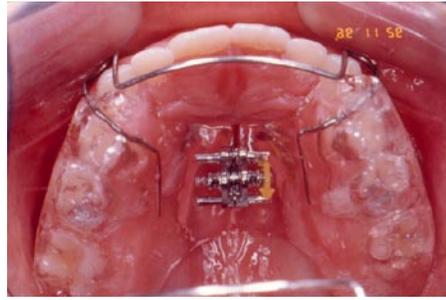


FIGURA 2









CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Previamente o uso da máscara facial deve-se usar o aparelho expansor com o intuito de funcionar como um splint para os dentes superiores, limitando os movimentos dentários indesejáveis, liberar a maxila do contato com as outras suturas da face e iniciar a resposta celular nas suturas, permitindo uma reação mais positiva frente às forças de protração^{1,3,6,8};

- Após alcançada a finalidade do tratamento, o paciente passa a usar o apare-

lho prognis como contenção até todos os dentes permanentes irromperem, propiciando a colagem da aparelhagem fixa para alinhamento e nivelamento dentário;

- Aproximadamente 340 g de força por lado são aplicados diariamente. A maioria das crianças com deficiência maxilar são deficientes verticalmente assim como ântero-posteriormente, o que significa que uma leve direção para baixo da tração do elástico entre o dispositivo intra-bucal e a armação da máscara

facial geralmente é desejável. Mover a maxila para baixo e para frente, roda a mandíbula baixo e para trás, o que contribui para a correção da Classe III esquelética. No entanto, tais efeitos estariam contra-indicados em pacientes que apresentam um AFAI (altura facial ântero-inferior aumentado)⁷.

- Durante o tratamento, reavaliações serão feitas para verificar a estabilidade e a necessidade de intervenções futuras com a máscara facial.

REFERÊNCIAS*

- 1 - GOH, G.; KAAH, S.K. Dentofacial orthopedic correction of maxillary retrusion with the protraction facemask- a literature review. **Aust Orthod J**, v.12, n.3, p. 143-50, oct. 1992.
- 2 - JANSON, G.R. et al. Tratamento precoce da má-oclusão de classe III com a máscara facial individualizada. **Revista Dental Press de Ortod e Ortop Facial**, v.3, n.3, p. 41-51, maio/junho 1998.
- 3 - MARTINS, D.R et al. Tratamento da má-oclusão de classe III com a máscara de protração maxilar- Parte 1. Odontomaster: **Ortodontia**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 1994.
- 4 - MC Namara Jr., J.A.; BUDRON, W.L. Orthopedic facial mask therapy. In: **Orthopedic and orthodontic treatment in the mixed dentition**. 5 ed. Ann Arbor: Needham Press, 1995. Cap. 15, p. 283-295.
- 5 - MERMINGOS, J.; FULL., C.A; ANDREASEN, G. Protraction of the maxillofacial complex. **Am J Orthod Dentof Orthop**, v.98, n.1, p. 47-55, 1990.
- 6 - NGAN, P. Et al. Effect of protraction headgear on Class III malocclusion. **Quintessence Int.**, v.23, n.3, p. 197-207, 1992.
- 7 - PROFFIT, W. R. Ortodontia Contemporânea, 3 ed (ver editora e ano)
- 8 - TURLEY, P. K. Orthopedic correction of class III malocclusion with palatal expansion and customized protraction headgear. **J Clin Orthod**, v.30, n.6, p.313-24, 1996.

* Caso deseje obter os artigos referenciados acima, na íntegra, entre em contato com biblioteca@dentalpress.com.br
(para artigos em inglês, consultar disponibilidade de versão traduzida para português)

Autoras: Dra. Calliandra Moura Pereira,
Dra. Carina Faleiros Demito

**Coordenação e
Revisão Científica:** Dra. Lígiane Vieira Tokano Ramos

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização de:

DENTAL PRESS EDITORA LTDA.
Av. Euclides da Cunha, 1718 - CEP: 87015-180 - Maringá - Pr.
Fone/Fax: (44) 262-2425 - www.dentalpress.com.br
e-mail: dental@dentalpress.com.br