REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE III EM ADULTO: REVISÃO DE LITERATURA

COMPENSATORY TREATMENT OF CLASS III MALOCCLUSION IN ADULTS: REVIEW OF LITERATURE

Ciências da Saúde • 25/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795499599

Rodrigo Teixeira de Lima[1]

José Luiz Neves[2]

RESUMO

A abordagem clínica não cirúrgica da Classe III coloca-se como alternativa à cirurgia ortognática na resolução de discrepâncias esqueléticas em pacientes adultos e jovens, desde sempre, gerando controvérsia entre clínicos e pesquisadores. Deve-se realizar diagnóstico detalhado, avaliando de maneira específica as características dentárias e faciais, assim como as limitações impostas pela magnitude da discrepância e o paciente deve estar ciente das limitações do resultado. Esta alternativa de tratamento pode ser utilizada quando não se tem mais crescimento ósseo ativo do paciente. São muitos os relatos de uma intervenção não cirúrgica em indivíduos com discrepância esquelética de Classe III associada a padrão facial vertical, hiperdivergente, com a presença ou tendência à mordida aberta anterior. Fazendo uso de dispositivos de ancoragem esquelética, exodontias, e ao uso de mecânica convencional com elásticos intermaxilares Classe III, acentuando a curva de Spee na arcada superior e reversa na inferior concomitantemente a elásticos verticais na região anterior e colaboração do paciente passa a ser uma alternativa na camuflagem da classe III.

Palavras-chave: Tratamento não cirúrgico da Classe III; Camuflagem da Classe III.

ABSTRACT

The Class III non-surgical clinical approach is an alternative to orthognathic surgery in the resolution of skeletal discrepancies in adult and young patients, always generating controversy among clinicians and researchers. Detailed diagnosis should be made, specifically assessing dental and facial characteristics, as well as the limitations imposed by the magnitude of the discrepancy, and the patient should be aware of the limitations of the result. This

treatment alternative can be used when there is no further active bone growth of the patient. And being with many reports that adequate intervention in individuals with Class III skeletal discrepancy associated with vertical, hyperdivergent facial pattern with the presence or tendency to anterior open bite. Making use of skeletal anchorage devices, exodontia, and the use of conventional mechanics with Class III intermaxillary elastics, accentuating the Spee curve in the upper and lower inverse arch, concomitantly with vertical elastics in the anterior region, and patient collaboration becomes an alternative in class III camouflage.
Keywords: Class III treatment non-surgical; Class III Camouflage.

1. INTRODUÇÃO

Em ortodontia a necessidade dos pacientes pode se dar por problemas dentários com ou sem discrepância esquelética, sendo que problemas esqueléticos pode ser ausência ou excesso de crescimento facial. É muito importante fazer análise cefalométrica e tegumentar para diagnóstico e planejamento para um tratamento ortodôntico que confira estabilidade. O diagnóstico dentário deve observar radiografias panorâmicas, periapicais e modelos de estudo. Analisar os arcos para determinar o grau de apinhamento/espaço, as giroversões, a severidade da curva de Spee, a ausência congênita de elementos dentários ou a presença de supranumerários e fornecem as medidas mesiodistais dos dentes, a serem utilizadas na análise de uma eventual discrepância de Bolton. Em resumo, considerar a relação maxila/mandíbula em todas as dimensões transversal, póstero-anterior e vertical, permitindo ver a severidade do desvio em todos os planos de observação (Rakosi &Schilli,1981; Araujo *et al.*, 2008).

Pela teleradiografia em norma lateral de maloclusão de classe III evidencia-se uma relação desfavorável entre as bases ósseas, sendo que a mandíbula fica protruída em relação à base craniana (Valarelli *et al.*, 2018).

Quando em pacientes em picos de crescimento pode-se fazer a intervenção para redirecionar o crescimento facial com intuito de minimizar e ou até corrigir estas discrepâncias esqueléticas, com oclusão favorável e estética facial, e o sucesso do caso pode ser creditado à manipulação dos vetores e direção do crescimento e ao adequado controle da mecânica, o não tratamento pode agravar a severidade do problema. No entanto, existe a incerteza dos resultados, um prognóstico obscuro, pois tudo dependerá do desenvolvimento do paciente e a possibilidade de retratamento, uma vez finalizado o crescimento, envolve desde um simples renivelamento até uma intervenção cirúrgica (Rakosi &Schilli,1981).

No entanto, em pacientes que o crescimento dos ossos da face encontram-se estagnados tem-se a alternativa para tratamento ortodôntico com cirurgia ortognática e quando possível a ortodontia compensatória, na qual procura levar em conta a indisposição do paciente para cirurgia, gravidade reduzida da discrepância maxilo/mandibular, limites do osso alveolar por onde move-se os dente e condição periodontal favorável para que enfim fazer uso da compensação ortodôntica (Sobral *et al.*, 2013; Daher *et al.*, 2007; Hisano *et al.*, 2007).

No presente artigo se discutirá sobre intervenção não cirúrgica na má oclusão de Classe III, que é um tipo de desvio dentoesqueletal, cuja incidência varia entre em torno de 13% da população mundial e

que no Brasil é em torno de 6% (Araujo *et al.*, 2008; Rakosi &Schilli, 1981).

Angle descreveu a má oclusão de Classe III como uma condição em que o primeiro molar inferior está posicionado mesialmente ao primeiro molar superior (Angel,1900).

2. COMPENSAÇÃO ORTODÔNTICA

A compensação ortodôntica ou como conhecido na literatura de camuflagem ortodôntica consiste no deslocamento dos dentes em relação ao osso de suporte, para compensar a discrepância entre a maxila e a mandíbula. O tratamento limita-se na movimentação dos elementos dentários, com ou sem exodontias e fazendo uso de inclinações dentárias da angulação e torque (Sobral *et al.*,2013).

O movimento ortodôntico dos incisivos inferiores torna-se limitador em alguns casos, mediante a espessura do osso alveolar, resolvendo-se somente com cirurgia ortognática, geralmente, o tratamento de escolha é corrigir o componente esquelético e a má oclusão dentária, e por isto é imprescindível um excelente diagnóstico e execução de um tratamento realista, e assim pode-se conseguir um resultado com estabilidade e confortável em função e estética para o paciente (Proffit, 2002; Dilio *et al.*, 2014).

Nas compensações para pequenas discrepâncias esqueléticas Classe III, onde o crescimento esquelético estagnado e razoável equilíbrio facial tegumentar é uma rotina nos consultórios e uma pratica no planejamento e execução destas técnicas ortodônticas, livrando o paciente de cirurgia ortognática, mas quando o problema esquelético é de moderado para grave, a ortodontia não consegue camuflar e resulta em uma piora considerável na estética facial

devido à retração e ou mudança de angulação dos incisivos inferiores aumentando a proeminência do mento (Sobral *et al.*, 2013; Proffit, 2002).

No entanto, as discrepâncias em pacientes com má oclusão esquelética leve ou moderada Classe III e com estética facial aceitável podem se beneficiar de um tratamento ortodôntico compensatório (Troy, 2009).

Ortodonticamente para mascarar a discrepância esquelética leve em paciente Classe III faz-se projeção e inclinação vestibular dos dentes incisivos superiores e retroinclinaçao dos incisivos inferiores, portanto sem mexer com bases ósseas e levando a uma harmonia facial (Burns *et al.*, 2010; Sakai *et al.*, 2006).

Já em pacientes hiperdivergentes e ou com mordida aberta é necessário ter controle vertical durante movimentação dentaria e evitar abertura do plano da oclusão no final do tratamento. Mesmo assim *Proffit W.R. et al.,* 2002*,* afirmam que em pacientes com classe III grave a deformidade esquelética só é possível de obter oclusão normal, estável e perfil agradável através da cirurgia ortognática.

Por vezes a colagem dos bráquetes inferiores se dá posteriormente à arcada superior, para permitir uma expansão superior e evitar uma vestibularização indesejada dos dentes antero/inferiores. Acentua-se a curva de *Spee* do arco superior e inverte-se no arco inferior, e elásticos verticais anteriores para promover controle vertical corrigindo a rotação do plano oclusal inferior que ocorre no sentido anti-horário. Usa-se elástico intermaxilar de classe III para conseguir uma retroinclinaçao e, por conseguinte um encaixe entre as arcadas dentarias (Sobral *et al.*, 2013; Prieto *et al.*, 2015; Janson *et al.*, 2010).

Os dentes envolvidos nas exodontias, geralmente são os terceiros molares inferiores para haver retração da banda inferior, e ou exodontias dos primeiros prémolares inferiores com os segundos prémolares superiores (Rakosi &Schilli, 1981; Ning &Duan, 2010).

Tem alternativa de *slice* interdental para diminuir o perímetro do arco inferior, ou uso de expansor *Hyrax*, com o objetivo de melhorar forma de arco, tornando-o compatível transversalmente com o arco inferior (Sobral *et al.* 2013).

Destaca-se ser um fator preponderante para o sucesso do tratamento é a colaboração do paciente sobre o uso de elásticos intermaxilares. As alterações esqueléticas podem ser resumidas na rotação mandibular no sentido anti-horário (Prieto *et al.* 2015).

3. DISCUSSÃO

No exame do padrão facial e da cefalometria traz as primeiras indicações sobre a origem da má oclusão, diferenciando se é uma discrepância maxilar pura, uma displasia mandibular verdadeira ou uma combinação de ambas (Sassouni, 1971).

É comum portadores de Classe III queixar-se de contatos dentários prematuros, responsáveis por deslocamentos posturais significativos e indicadores de características clínicas de mordida cruzada (Rakosi & Schilli, 1981).

Dados obtidos por exames e avaliação clínica dos registros faciais e dentários, constituem uma fonte indispensável para determinar os limites da camuflagem da má oclusão, deve-se levar em conta que alguns pacientes não aceitam prontamente a cirurgia por razões

econômicas, psicológicas e também devido aos possíveis riscos do ato cirúrgico (NING & DUAN 2010).

O problema é que a maioria dos pacientes Classe III, muitas vezes, já possui uma excessiva compensação fisiológica dentária, na tentativa de se estabelecer um trespasse horizontal normal (Prado, 2007).

A camuflagem no tratamento da Classe III inclui uma rotação no sentido horário da mandíbula, uma proinclinação dos incisivos superiores e uma retroinclinação dos incisivos inferiores. Esse processo deve ser determinado pela possibilidade de um selamento labial passivo (Araujo *et al.*, 2008; Valarelli *et al.*, 2018).

Pode-se fazer uma intervenção precoce com uso da ortopedia facial pela expansão rápida da maxila e sua tração por máscara facial resultando no movimento horário da mandíbula antes do pico de crescimento ósseo, mesmo com algumas incertezas no resultado e que pode contribuir numa possibilidade de tratamento ortodôntico compensatório (Rakosi & Schilli, 1981).

Em relato de caso clinico o autor fez uso de máscara facial para tração revessa em paciente adulto de 43 anos, mas não conseguiu efeito ortodôntico e ortopédico que pudesse ser determinado com precisão em análise cefalométrica da tração da maxila, onde teve que adotar extração de incisivo inferior para corrigir mordida cruzada anterior (Daher *et al.*, 2007).

Na conduta do tratamento compensatório pode se ter algo mais conservador, sem extrações; associada a desgastes interproximais no arco inferior. Pode-se fazer uso da extração de primeiros pré-molares inferiores, extração de segundos pré-molares superiores e primeiros pré-molares inferiores, extração de um incisivo inferior e extração de

primeiros molares inferiores (Sobral *et al.* 2013; Rakosi & Schilli, 1981; Ning & Duan, 2010).

No emprego da técnica Biofuncional, descrevendo possível remodelação óssea em adulto resultante da alteração do ponto sagital A e B, é usado para os incisivos superiores os acessórios desta técnica apresentam torque zero e para os inferiores acentuado torque vestibular de +10° (Prado 2007-2014).

O mais interessante é que a literatura evidencia de uma forma geral, a preconização de um torque acentuadamente vestibular nos incisivos superiores e lingual nos inferiores. *Capelozza Filho et al. 1999*, recomendam, em sua prescrição individualizada para os casos de Classe III com tratamento compensatório, um torque positivo de 10° para os incisivos laterais e 14° para os centrais, já para o arco inferior, recomenda-se uma inclinação negativa para os incisivos de 6°.

É fato ter que discutir com o paciente que a camuflagem não resolve desarmonia esquelética, pode ocorrer recessão gengival e que necessita da colaboração do paciente no uso de elásticos intermaxilares (Hisano *et al.* 2007).

BENITEZ,M.M. et al., 2010, relatou que o paciente foi conduzido com um tratamento ortodôntico compensatório em detrimento a opção garantida da cirurgia ortognática junto ao tratamento ortodôntico, sendo que se deve ser uma opção do paciente em não querer a correção pela cirurgia ortognática como no outros relatos clínicos (Prieto *et al.*, 2015; Janson *et al.*, 2005-2010; Prado, 2014; Daher *et al.*, 2007, HISANO *et al.*, 2007; Moullas *et al.*, 2006).

Janson et at, 2005, Conseguiram a custa de uma inclinação severa dos incisivos inferiores fazer a compensação com ortodontia, mas não se tem o acompanhamento do caso clinico ao longo do tempo. No entanto, o paciente estava satisfeito com seus dentes e perfil. Conseguiu uma boa intercuspidação, contatos interproximais e paralelismo satisfatório da raiz.

4. CONCLUSÃO

Assim pode-se argumentar que, para muitos pacientes a melhor estratégia (ou seja, aquela com maior ganho esperado) seria ortodôntico, em vez de tratamento cirúrgico. Simplesmente, para alguns pacientes, a necessidade de mudança dramática é tão grande que o risco cirúrgico faz sentido, mas, para outros com menor necessidade, a cirurgia de mudança pode não valer o risco (MOULLAS et at, 2006).

Sobre a importância do controle vertical durante o tratamento compensatório ortodôntico na Classe III para controle do plano oclusal e do plano mandibular e que a mecânica pode trazer benefícios que caracterizam como uma ótima alternativa para a resolução desses problemas. Destaca-se que existem limitações, e que nem todos os casos podem ser tratados de forma compensatória. Não é capaz de produzir grandes mudanças no rosto, nem para corrigir a assimetria, sendo indicado para pacientes que não almejam grande alteração da estética facial mesmo sendo, portanto, candidatos à intervenção ortocirúrgica. Portanto, no diagnostico é muito importante verificar a queixa do paciente antes de começar qualquer tipo de tratamento, evitando frustração futura quanto ao resultado alcançado no final do tratamento (Silva *et al.*, 2009).

A ortodontia não é uma ciência exata, portanto é a experiência clínica do profissional que ditará o planejamento do tratamento, sempre prestando atenção às limitações e particularidades de cada paciente, para aumentar as possibilidades de sucesso do tratamento (Sobral *et al.*, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGEL, E. H. Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae: Angle's system. SS White Dental Manufacturing Company, 1900.

ARAÚJO, Eustáquio A.; ARAÚJO, Cristiana V. de. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de Classe III. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial, v. 13, n. 6, p. 128-57, 2008.

ARAUJO, Eustaquio; SOUKI, Marcelo. Bolton anterior tooth size discrepancies among different malocclusion groups. The Angle orthodontist, v. 73, n. 3, p. 307-313, 2003.

BENITEZ, Milton Meri; MARCHIORI, Marcel; MARCHIORI, Alessandro. Tratamento não cirúrgico da má oclusão Classe III e mordida aberta esquelética em adultos. Rev Clín Ortod Dental Press, v. 9, n. 3, p. 51-6, 2010.

BURNS, Nikia R. *et al.* Class III camouflage treatment: what are the limits?. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 137, n. 1, p. 9. e1-9. e13, 2010.

CAPELOZZA FILHO, L. *et al.* Individualização de braquetes na técnica de straight-wire: revisão de conceitos e sugestões de indicações para

uso. Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, v. 4, n. 4, p. 87-106, Jul./Ago. 1999.

DAHER, Wissam; CARON, Julie; WECHSLER, Morris H. Nonsurgical treatment of an adult with a Class III malocclusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 132, n. 2, p. 243-251, 2007.

DILIO, Rogério Cássio *et al.* Tratamento compensatorio da má oclusnao de classe lll: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, p. 84-93, 2014.

GALLETTI, Catherine; FAUQUET-ROURE, Coralie; RAYBAUD, Philippe. Treatment of class III malocclusions in adults using the Incognito® lingual technique. International orthodontics, v. 8, n. 3, p. 227-252, 2010.

HISANO, Masataka; CHOO-RYUNG, J. Chung; SOMA, Kunimichi. Nonsurgical correction of skeletal Class III malocclusion with lateral shift in an adult. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 131, n. 6, p. 797-804, 2007.

JACOBS, Collin *et al.* Dental compensation for moderate Class III with vertical growth pattern by extraction of the lower second molars. Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie, v. 73, n. 1, p. 41-48, 2012.

JANSON, Guilherme *et al.* Class III subdivision malocclusion corrected with asymmetric intermaxillary elastics. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 138, n. 2, p. 221-230, 2010.

JANSON, Guilherme *et al.* Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of Class III malocclusion. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics, v. 128, n. 6, p. 787-794, 2005.

MOULLAS, Alexandros T. *et al.* Nonsurgical treatment of a patient with a Class III malocclusion. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics, v. 129, n. 4, p. S111-S118, 2006.

NING, Fang; DUAN, Yinzhong. Camouflage treatment in adult skeletal Class III cases by extraction of two lower premolars. Korean Journal of Orthodontics, v. 40, n. 5, p. 349-357, 2010.

PRADO, E. Questionando paradigmas no tratamento da Classe III em adultos. Qual seria o limite da compensaçao em pacientes adultos?. Revista Clınica de Ortodontia, v. 6, n. 3, p. 16-29, 2007.

PRADO, E. Tratamento da Classe III em adultos sem cirurgia ortognática. Orthod. Sci. Pract. 7(28):439-448. 2014.

PRIETO, Marcos Gabriel do Lago *et al.* Tratamento compensatório da Classe III no paciente adulto, uma abordagem em Ortodontia Lingual-relato de caso. Ortho Sci., Orthod. sci. pract, p. 324-332, 2015.

PROFFIT, WR. Ortodontia contemporânea. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

RAKOSI, Th; SCHILLI, W. Class III anomalies: a coordinated approach to skeletal, dental, and soft tissue problems. Journal of oral surgery (American Dental Association: 1965), v. 39, n. 11, p. 860, 1981.

SAKAI, Akiko; HARAGUCHI, Seiji; TAKADA, Kenji. Orthodontic camouflage of a late adolescent patient with Class III malocclusion. orthodontic waves, v. 65, n. 3, p. 127-133, 2006.

SASSOUNI, V. Orthopedics in dental practice. St. Louis: C. V. Mosby, 1971.

SILVA, A.A.F. MANGANELLO, L.C.S. FREITAS, S.L.A. Tratamento das deformidades maxilofaciais. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2(3):129-32. 2009.

SOBRAL, Márcio Costa; HABIB, Fernando AL; NASCIMENTO, Ana Carla de Souza. Vertical control in the Class III compensatory treatment. Dental press journal of orthodontics, v. 18, n. 2, p. 141-159, 2013.

TROY, Beth A. *et al.* Comparison of incisor inclination in patients with Class III malocclusion treated with orthognathic surgery or orthodontic camouflage. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, v. 135, n. 2, p. 146. e1-146. e9, 2009.

VALARELLI, Fabricio Pinelli *et al.* Tratamento da mordida aberta anterior em paciente padrão III – relato de caso clinicio. Revista Uninga, v. 42, n. 1, 2018.

---

[1] Acadêmico do curso de Ortodontia, especialista em Periodontia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Especialista em Ortodontia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail