

5

CLASSIFICAÇÃO DAS MÁS OCLUSÕES

ARMANDO SALLES MARTINS
FLÁVIO AUGUSTO COTRIM-FERREIRA

INTRODUÇÃO

Após o entendimento das dez características desejáveis em uma oclusão normal (Capítulo 4), passaremos a estudar suas alterações ou desvios, denominadas más oclusões.

As más oclusões têm ocorrência em todo o mundo, e, sob certo ponto de vista, são de solução mais difícil do que a própria cárie dentária, que, com os modernos métodos de prevenção como a fluoretação da água de abastecimento, tem possibilidade de ser reduzida sensivelmente. Aquela, em função de sua natureza morfo-genética, na maioria das vezes continua a exigir cuidados e estudos.

Wylie (1947) define má oclusão como uma relação alternativa de partes desproporcionadas. Suas alterações podem afetar quatro sistemas simultaneamente: dentes, ossos, músculos e nervos. Determinados casos mostram irregularidades apenas na posição dos dentes. Outros podem apresentar dentes alinhados ou bem posicionados existindo, todavia, uma relação basal anormal. Alguns autores utilizam o termo displasia para identificar estas anomalias. Assim as más oclusões podem ser displasias dentais, esqueléticas e dentoesqueléticas.

A enorme diversidade de aspectos das más oclusões incitou os ortodontistas a reunir casos semelhantes em classes. Assim surgiram as classificações, que agrupam casos clínicos de aspectos similares em classes de má oclusão.

O ato de se classificar é freqüente em todos os ramos da ciência, sendo empregado na botânica, na zoologia, nas ciências exatas, etc. Podemos citar entre as principais vantagens de se classificar as más oclusões:

— Maior rapidez na identificação do aspecto clínico, seja para a comunicação entre profissionais, seja para que o próprio ortodontista raciocine sobre os possíveis fatores etiológicos causadores do problema;

— Possibilita a comparação de casos clínicos com aspectos semelhantes (agrupados em uma mesma classe) ou distintos (classes diferentes).

Entretanto, as classificações têm limitações, e, entre elas, a maior reside no fato que na elaboração do projeto terapêutico a classe de oclusão deve desempenhar um papel bastante restrito. Apesar de existirem semelhanças no aspecto, más oclusões de mesma classe poderão apresentar agentes causais distintos, cabendo ao profissional cuidadoso realizar detalhado exame clínico e radiográfico, até a definição do tratamento.

Uma das primeiras classificações ortodônticas surgiu em 1842, quando Carabelli dividiu as más oclusões em:

<i>Mordex normalis</i>	→	oclusão normal
<i>Mordex rectus</i>	→	contato incisal de topo a topo
<i>Mordex abertus</i>	→	ausência de contato oclusal, ou mordida aberta
<i>Mordex prorsus</i>	→	desequilíbrio oclusal por protrusão
<i>Mordex retrorsus</i>	→	desequilíbrio oclusal por retrusão
<i>Mordex tortus</i>	→	inversão da oclusão no sentido vestibulo-lingual, ou mordida cruzada

Outras classificações foram surgindo como as de Magitot (1877), Case (1921), Carrea (1922), Simon (1922) e Izard (1930). Entretanto, de todas, a que mais difundiu-se, fixando-se definitivamente na Ortodontia, foi a classificação desenvolvida por Edward Hartley Angle.

I - CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE

Angle, em 1899, publica um artigo onde se propõe a classificar as más oclusões. O autor pressupôs que o primeiro molar permanente superior ocupava uma posição estável no esqueleto craniofacial, e que as desarmonias decorriam de alterações anteroposteriores da arcada inferior em relação a ele.

Dividiu as más oclusões em três categorias básicas, que se distinguem da oclusão normal, descrita no capítulo anterior. As Classes de má oclusão foram divididas em I, II e III (com algarismo romano).

I - CLASSE I

Estão incluídas neste grupo as más oclusões onde há relação anteroposterior normal entre os arcos superior e inferior, evidenciada pela "chave molar".

O autor denominou chave molar a oclusão correta entre os molares permanentes superior e inferior, na qual a cúspide mesiovestibular do 1º molar superior oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior (Fig. 5.1).

CLASSE I

CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
CHAVE MOLAR

5.1A



5.1B

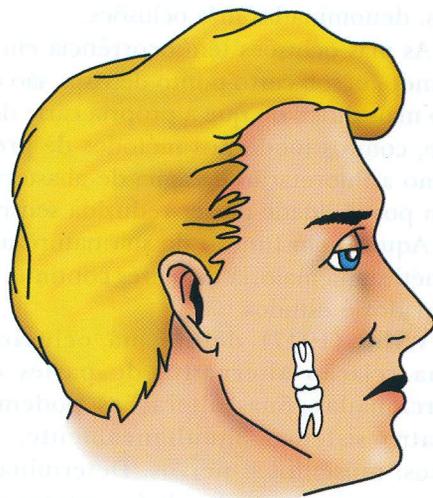


Fig. 5.1 - Chave molar. É a relação presente na oclusão normal, assim como na má oclusão de Classe I. (5.1A) Quando os molares estão em chave, a ponta de cúspide mesiovestibular do superior oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior. O perfil facial reto (5.1B) é freqüente.

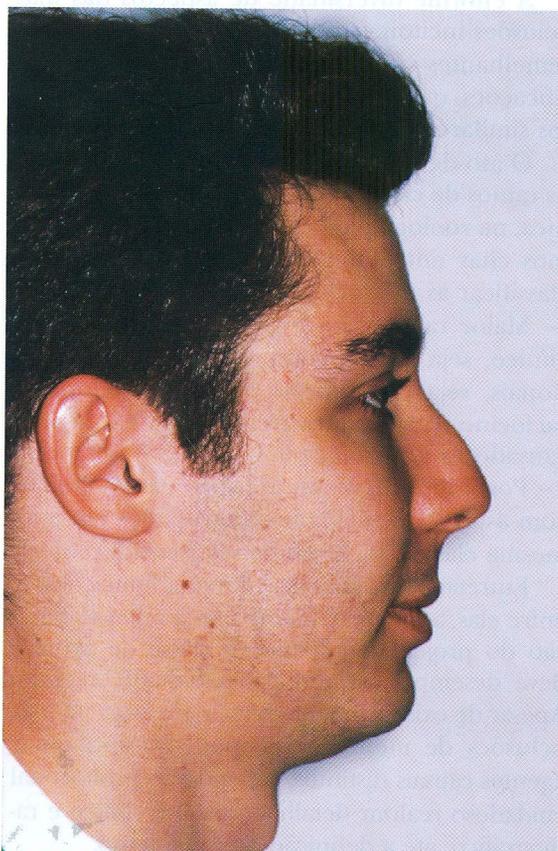
Nos pacientes portadores de Classe I de Angle, é freqüente a presença de um perfil facial reto (Fig.

5.2A e B) e equilíbrio nas funções da musculatura peribucal, mastigadora e da língua.

5.2A



5.2B

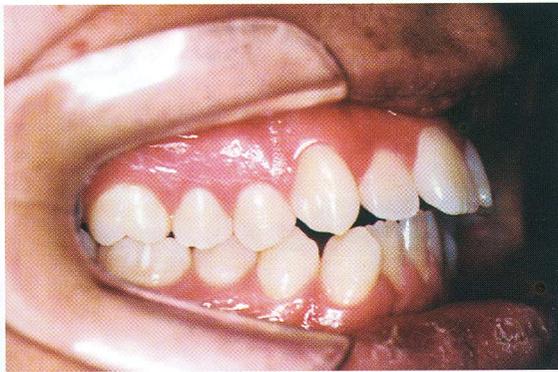


5.2C



Fig. 5.2. Paciente portador de má oclusão de Classe I de Angle. Os 1^{os} molares estão em chave, mas problemas de falta de espaço e mordida aberta anterior podem ocorrer.

5.2D



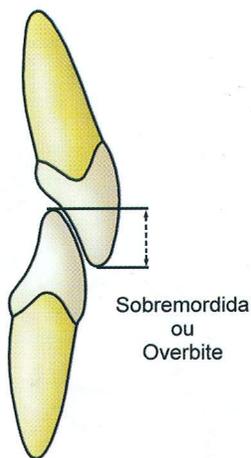
5.2E



Os problemas oclusais, que podem ocorrer isoladamente ou combinados (Figs. 5.2C, D e E), são normalmente devidos à presença de falta de espaço no arco dental (apinhamento), excessos de espaço no arco (diastemas), más posições dentais individuais, mordida aberta,

mordida profunda ou sobremordida (Fig. 5.3A e B), cruzamento de mordida ou até mesmo protrusão dental simultânea dos dentes superiores e inferiores (biprotrusão). Em geral nos casos de mordida aberta ou de biprotrusão o perfil facial torna-se convexo (Fig. 5.3 C e D).

5.3A

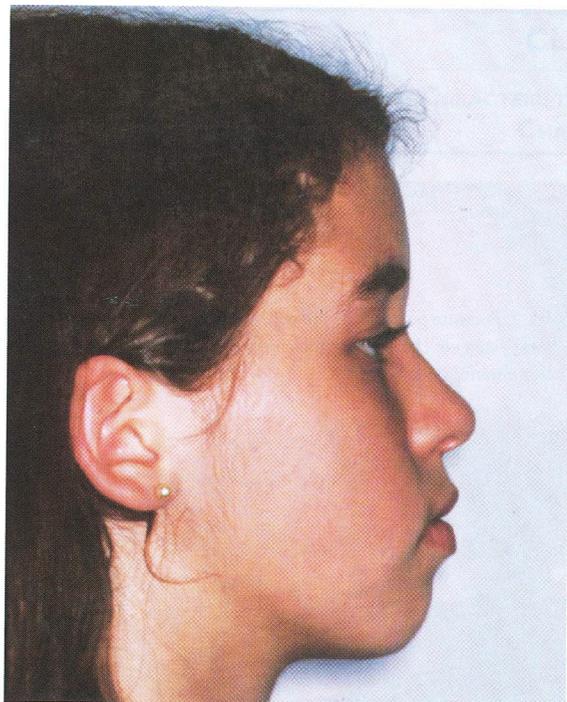


5.3B



Figs. 5.3 A e B. Aprofundamento de mordida na região incisal, usualmente denominado sobremordida ou overbite.

5.3C



5.3D



Fig. 5.3 - As imagens C e D apresentam uma paciente com má oclusão de Classe I de Angle associada à biprotrusão dental, o que produz um perfil convexo.

2 - CLASSE II

São classificadas como Classe II de Angle as más oclusões nas quais o 1º molar permanente inferior situa-se distalmente ao 1º molar superior, sendo por isso também denominada distoclusão.

Sua característica determinante é que o sulco mesiovestibular do 1º molar permanente inferior encontra-se distalizado em relação à cúspide mesiovestibular do 1º molar superior (Fig. 5.4A).

Em geral, os pacientes classificados neste grupo apresentam perfil facial convexo (Fig. 5.4B).

CLASSE II

CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
DISTOCLUSÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE INFERIOR

5.4A



5.4B

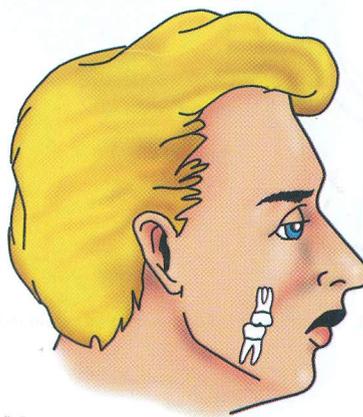


Fig. 5.4 - Distoclusão do 1º molar permanente inferior, característica determinante da má oclusão de Classe II de Angle. Observa-se que o sulco mesiovestibular do molar inferior situa-se distalmente à cúspide mesiovestibular do 1º molar permanente superior (Fig. 5.4 A). A figura B mostra o perfil convexo, freqüente nos pacientes Classe II.

As más oclusões da Classe II foram separadas em duas divisões: a divisão 1ª e a divisão 2ª (escritas em algarismos arábicos).

A - CLASSE II DIVISÃO 1ª

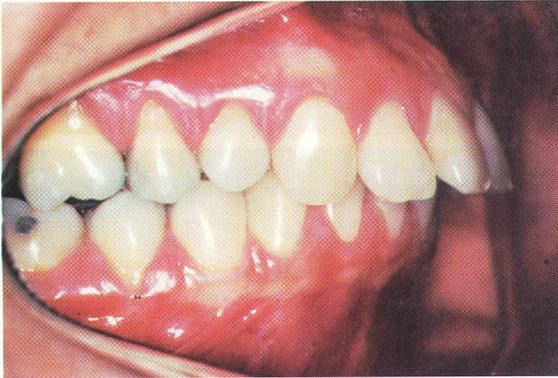
Angle situou nesta divisão, as más oclusões de Classe II com inclinação vestibular dos incisivos superiores (Fig. 5.5).

São freqüentes nestes pacientes os problemas de desequilíbrio da musculatura facial, decorrentes do distanciamento vestibulo-lingual entre incisivos superiores e inferiores. Este desajuste anteroposterior é denominado sobressaliência ou "overjet". O perfil facial destes pacientes é, em geral, convexo (Fig. 5.6).

CLASSE II DIVISÃO 1ª

CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
 RELAÇÃO MOLAR DE CLASSE II
 VESTIBULARIZAÇÃO DOS INCISIVOS SUPERIORES

5.5A

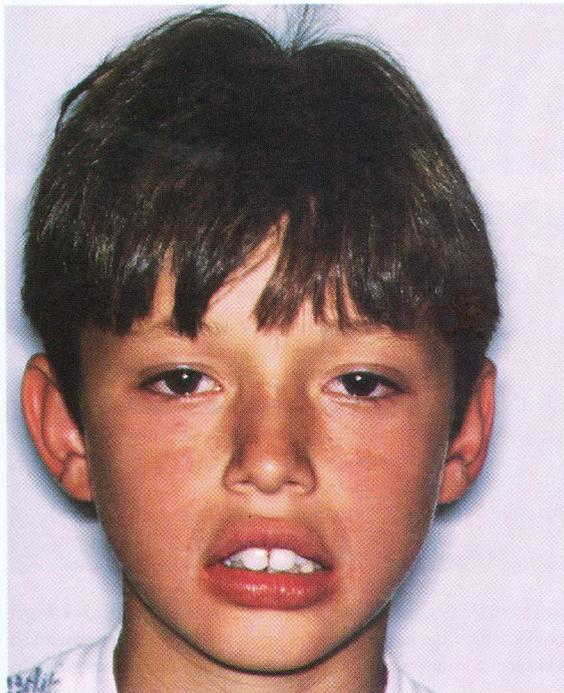


5.5B

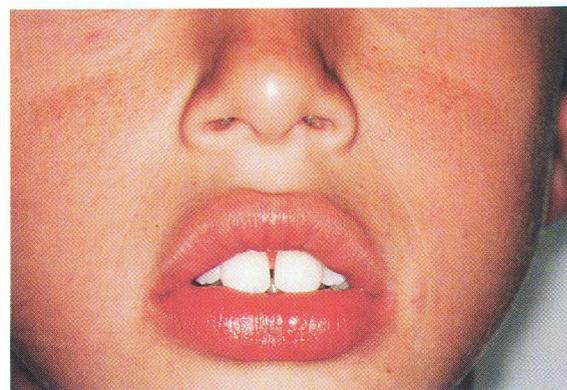


Fig. 5.5 - Angle situou na divisão 1ª da Classe II as más oclusões que apresentam relação molar de Classe II (distocclusão) e vestibularização dos incisivos superiores.

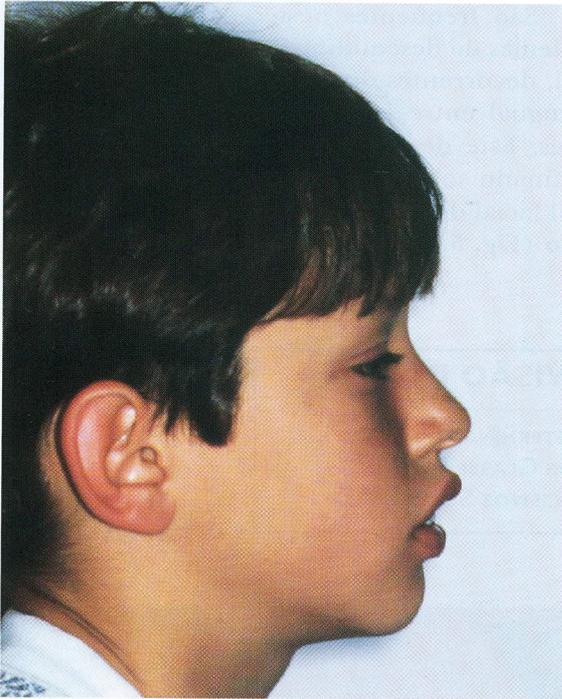
5.6A



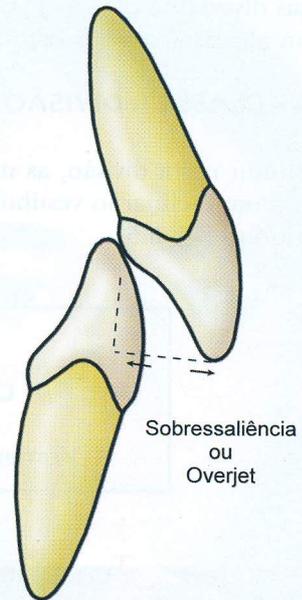
5.6B



5.6C



5.6D



5.6E



5.6F

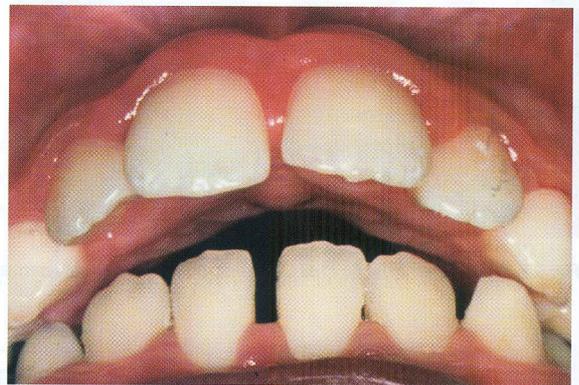


Fig. 5.6 - Paciente classificado como Classe II divisão 1°. Notar o desequilíbrio muscular (A, B, C) com incompetência dos lábios e aprofundamento do sulco mentolabial. A vestibularização dos incisivos superiores cria uma projeção destes em relação aos incisivos inferiores. Esta projeção é denominada sobressaliência ou overjet (5.6 D, E e F).

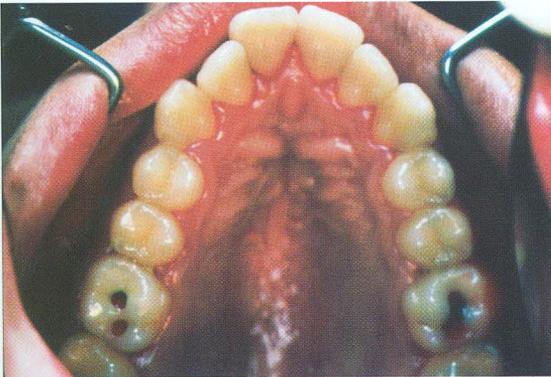
Podemos observar, associada à Classe II divisão I^a, a presença de:

- **Mordida profunda:** já que o contato oclusal dos incisivos está alterado pela sobressaliência, estes tendem a extruir, aprofundando a mordida;
- **Mordida aberta:** presente nos pacientes que possuem hábitos inadequados, seja devido à interposição de língua, sucção digital ou de chupeta;
- **Problemas de espaço:** falta ou excesso de espaço no arco;

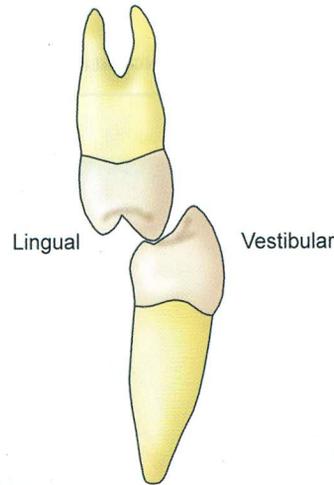
- **Cruzamentos de mordida:** nos casos com sobressaliência, a língua tende a se projetar para anterior durante as funções de deglutição e fonação, mantendo-se assentada no assoalho bucal (ao invés de tocar o palato duro) durante o repouso. Este desequilíbrio favorece a lingualização dos premolares e molares superiores, podendo gerar mordidas cruzadas (Fig. 5.7);

- **Más posições dentais individuais.**

5.7A



5.7B



5.7C



5.7D

5.7E



5.7F

Fig. 5.7 - Lingualização dos dentes posteriores superiores (A) o que pode levar ao cruzamento lingual de mordida. Nestes casos as cúspides vestibulares de premolares ou molares ocluem no sulco central dos dentes inferiores (B). Já nas imagens C, D, E e F, um raro caso de Classe II divisão I^a com cruzamento vestibular de mordida, no qual os premolares e molares superiores do lado direito estão tocando com a face palatina na face vestibular dos dentes inferiores.

Em alguns casos, a relação molar de Classe II ocorre em apenas um dos lados. Nestes casos dizemos que estamos diante de uma Classe II divisão 1ª subdivisão direita (quando a relação molar de Classe II estiver somente do lado direito) ou Classe II divisão 1ª subdivisão esquerda (quando a Classe II estiver do lado esquerdo).

B - CLASSE II DIVISÃO 2ª

Esta classe engloba as más oclusões que apresentam relação molar de Classe II sem sobressaliência dos incisivos superiores, estando eles lingualizados ou verticalizados (Fig. 5.8).

CLASSE II DIVISÃO 2ª

CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
RELAÇÃO MOLAR DE CLASSE II

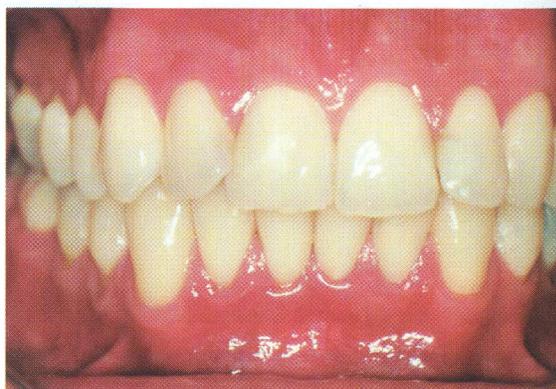
LINGUALIZAÇÃO OU VERTICALIZAÇÃO DOS INCISIVOS SUPERIORES

5.8A



5.8B

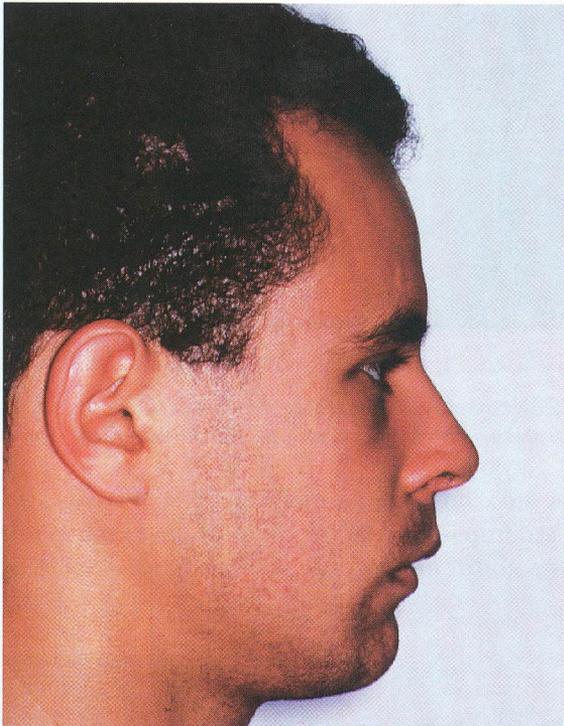
5.8C



5.8D

Fig. 5.8 - As más oclusões de Classe II divisão 2ª de Angle caracterizam-se pela distocclusão (relação molar de Classe II) e lingualização ou verticalização dos incisivos superiores. Neste caso clínico, há lingualização apenas dos dois incisivos centrais.

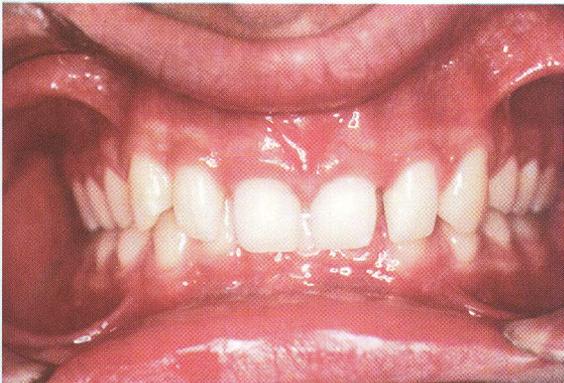
Os perfis faciais mais comuns a esta má oclusão são o perfil reto e o levemente convexo, associados respectivamente à musculatura equilibrada ou aquela com suave alteração (Fig. 5.9).



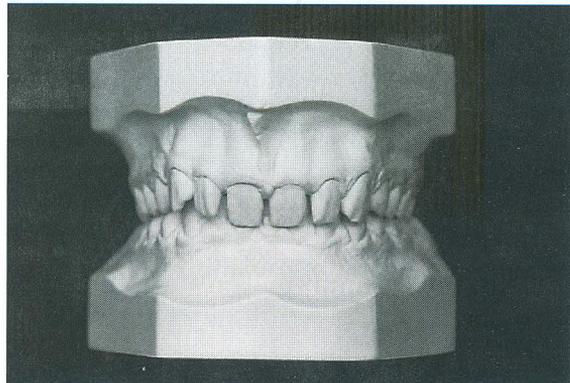
É possível que encontremos, associada à Classe II divisão 2ª, mordida profunda anterior, principalmente nos casos em que não há contato interincisal (Fig. 5.10).

Fig. 5.9 - Perfil facial levemente convexo, usual nas Classes II divisão 2ª. Neste caso há suave desequilíbrio muscular.

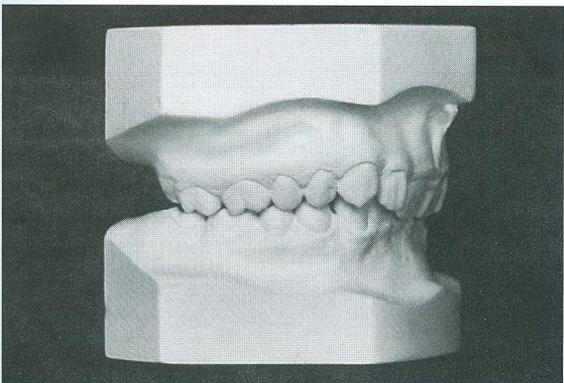
5.10A



5.10B



5.10C



5.10D

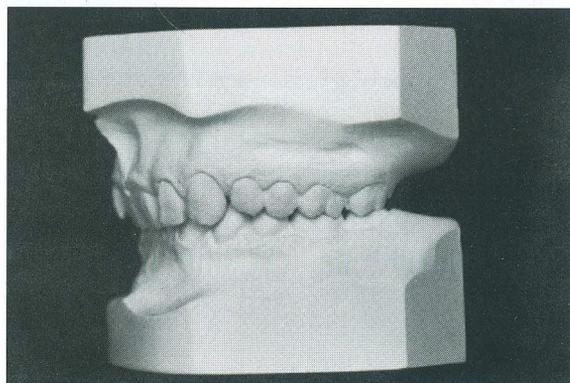


Fig. 5.10 - Aspecto de uma Classe II divisão 2ª com severa sobremordida. Tanto os incisivos centrais quanto os laterais superiores estão lingualizados.

Quando a má oclusão de Classe II divisão 2ª apresenta relação molar de Classe II somente

de um dos lados, usamos o termo subdivisão (Fig. 5.11).

5.11A



5.11B



Fig. 5.11 - Paciente portador de má oclusão de Classe II divisão 2ª subdivisão direita, isto é, a relação molar de Classe II está apenas do lado direito, enquanto o lado esquerdo apresenta chave molar.

5.11C



5.11D



3) CLASSE III

Angle classificou como Classe III as más oclusões nas quais o 1º molar permanente infe-

rior, e portanto seu sulco mesiovestibular, encontra-se mesializado em relação à cúspide mesiovestibular do 1º molar permanente superior (Fig. 5.12).

CLASSE III
CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
MESIOCLUSÃO DO 1º MOLAR PERMANENTE INFERIOR

5.12A



5.12B

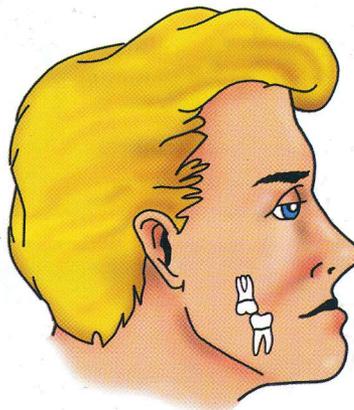


Fig. 5.12 - A mesioclusão do 1º molar permanente inferior é a característica determinante da má oclusão de Classe III de Angle. Notar que o sulco mesiovestibular do molar inferior está mesializado em relação à cúspide mesiovestibular do 1º molar superior (Fig. 5.12 A). O perfil côncavo (B) é freqüente nestes pacientes.

O perfil facial é predominantemente côncavo e a musculatura está, em geral, desequilibrada (Fig. 5.13). Os cruzamentos de mordida anterior ou posterior são freqüentes.

Eventualmente encontramos problemas de espaço (falta ou excesso), mordidas abertas ou profundas e más posições dentais individuais (Fig. 5.14).

5.13A



5.13B



5.13.C



5.13.D

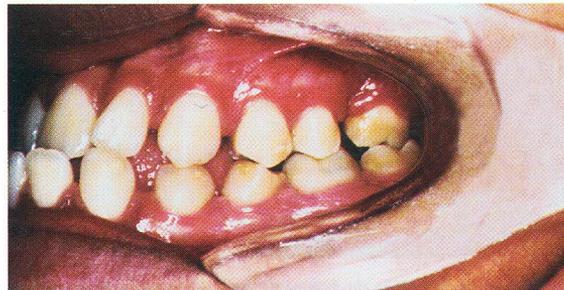


Fig. 5.13 - Perfil característico de paciente portador de Classe III (A) e vistas intrabucais de frente (B) e lateral direita e esquerda (C e D) evidenciando o cruzamento de mordida anterior.

5.14A



5.14B

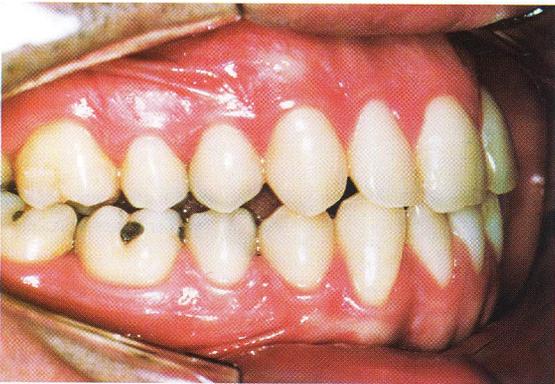


Fig. 5.14 - Caso clínico de Classe III, no qual o cruzamento de mordida anterior não se manifestou. A oclusão foi compensada com a inclinação lingual dos incisivos inferiores, gerando falta de espaço e apinhamento.



5.14C

Caso apenas um dos lados esteja em Classe III, empregamos o termo subdivisão.

A classificação de Angle é, ainda hoje, a mais utilizada pelos ortodontistas, e isto se deve à sua simplicidade — com apenas três classes — e fácil compreensão. Suas limitações estão no fato de o 1º molar superior permanente não é estável no esqueleto craniofacial, como provaram estudos cefalométricos posteriores; baseia-se somente no posicionamento dos dentes, deixando de elucidar os aspectos ósseos e musculares, e considera apenas as alterações no sentido anteroposterior, não citando as verticais ou transversais.

No sentido de suprir as eventuais falhas da classificação de Angle, descreveremos a classifi-

cação de Lisher e de Simon, que enfocam outros aspectos das más oclusões.

II - CLASSIFICAÇÃO DE LISHER

Em 1911 Lisher sugere um modo de se classificar o mau posicionamento dental de forma individualizada, isto é, o autor utiliza um nome, que define a alteração do dente em relação à sua posição normal. Acrescentou o sufixo “versão” ao termo indicativo da direção do desvio.

1 - Mesioversão - O dente está mesializado em relação à sua posição normal (**Fig. 5.15**).

5.15A



Fig. 5.15 - Mesioversão do 1º molar superior esquerdo decorrente da perda do 1º e 2º premolar superior

5.15B

2 - Distoversão - Distalização do dente em relação à sua posição ideal (Fig. 5.16).

3 - Vestibuloversão ou labioversão - O dente apresenta sua coroa vestibularizada em relação à posição normal (Fig. 5.17).

4 - Linguoversão - A coroa dental está lingualizada em relação à sua posição ideal (Fig. 5.18).

5 - Infraversão - O dente apresenta a sua face oclusal (ou incisal) aquém do plano oclusal (Fig. 5.19).

6 - Supraversão - O dente está com a face oclusal, ou borda incisal, além do plano de oclusão.

7 - Giroversão - Indica uma rotação do dente em torno de seu longo eixo (Fig. 5.20).

8 - Axiversão - Há uma alteração da inclinação do longo eixo dental (Fig. 5.21).

9 - Transversão - O dente sofreu uma transposição, isto é, trocou seu posicionamento no arco dental com outro elemento dental (Fig. 5.22).

10 - Perversão - Indica a impactação do dente, em geral, por falta de espaço no arco (Fig. 5.23).

Os termos criados por Lisher podem ser combinados para denominar um dente que reúna duas ou mais alterações, como inframesioversão, axigiroversão ou ainda mesiolinguo-supraversão (Fig. 5.24).

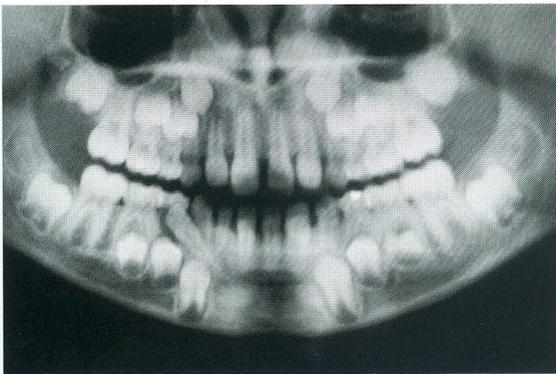


Fig. 5.16 - Radiografia panorâmica que evidencia a distoversão do incisivo lateral inferior direito, que tem sua coroa na região de 1º premolar.

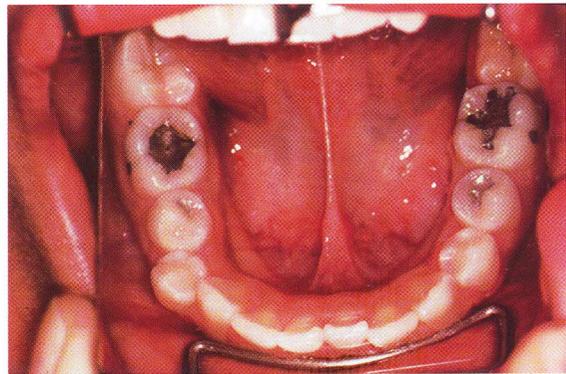


Fig. 5.17 - Vestibuloversão do 1º premolar inferior direito.

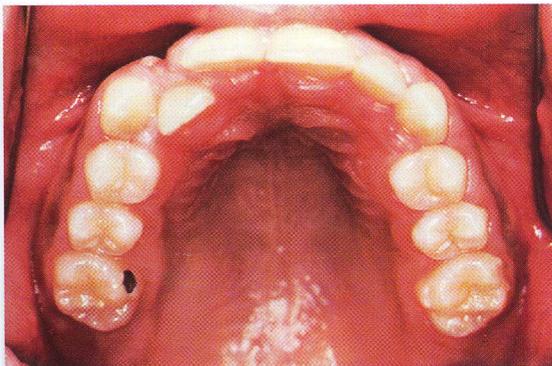


Fig. 5.18 - Linguoversão do incisivo lateral superior direito.

5.19A

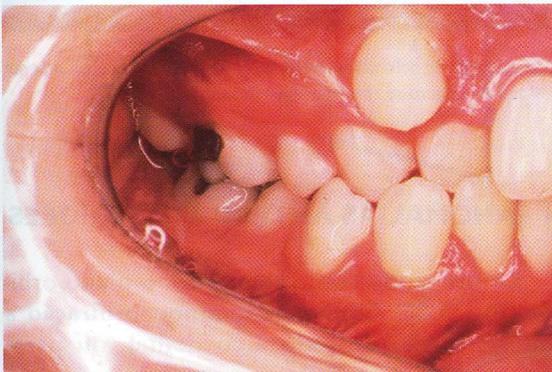
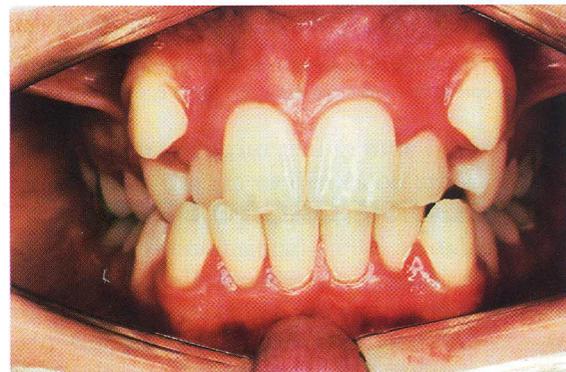


Fig. 5.19 - Os caninos superiores deste paciente se encontram em infraversão, isto é, estão aquém do plano oclusal.

5.19B



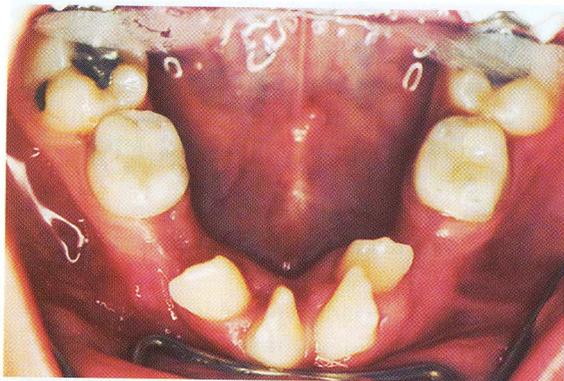


Fig. 5.20 - Giroversão dos quatro incisivos inferiores. Os dentes sofreram rotações em torno de seu longo eixo.

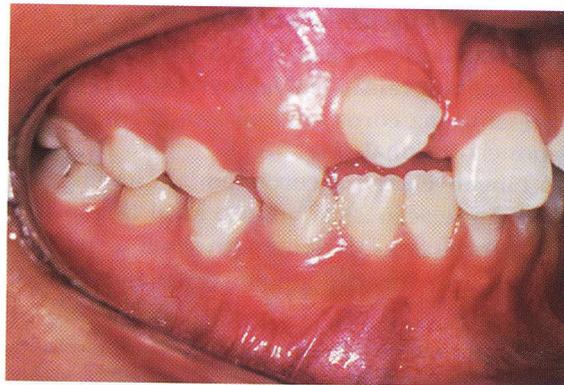


Fig. 5.21 - Axiversão do incisivo lateral superior direito, isto é, o longo eixo dental sofreu uma alteração.

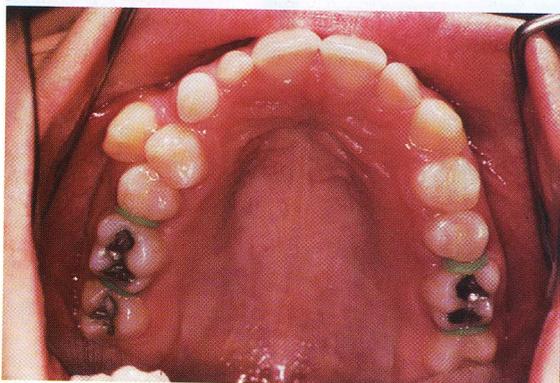


Fig. 5.22 - Transversão do canino superior direito, pois este erupcionou entre os premolares. É o mesmo que transposição.



Fig. 5.23 - Lisher denominou perversão a impactação do dente. Neste caso diz-se que o canino superior direito apresenta perversão.

5.24A

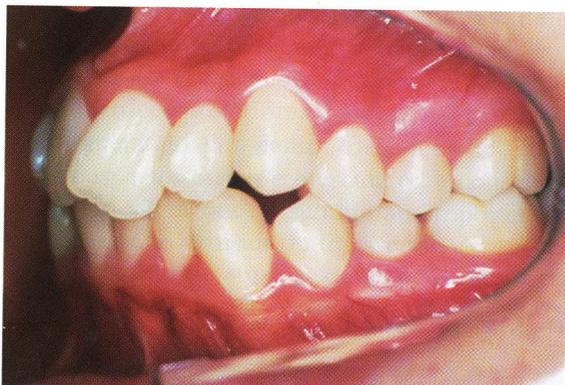
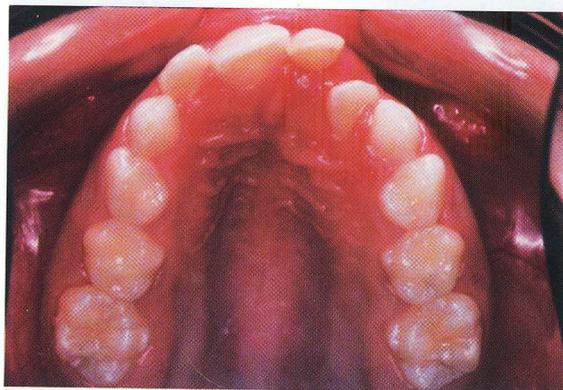


Fig. 5.24 - Posicionamentos dentais complexos podem ser nomeados graças à combinação de dois ou mais termos. Em A, o incisivo central superior esquerdo apresenta axivestibuloversão. Na figura B, O incisivo lateral superior esquerdo mostra-se com girolinguoversão.



5.24B

III - CLASSIFICAÇÃO DE SIMON

A classificação de Simon data de 1922 e prevê a divisão das más oclusões relacionando os arcos dentais, ou parte deles, com três planos anatômicos. Os planos escolhidos foram o de Frankfurt, o sagital mediano e o orbital.

I - ANOMALIAS ÂNTERO-POSTERIORES

Empregando como referência o plano orbital (**Fig. 5.25**) Simon denominou **protração** a anteriorização de todo arco dental, ou parte dele, e **retração** o deslocamento de um ou mais dentes para posterior.

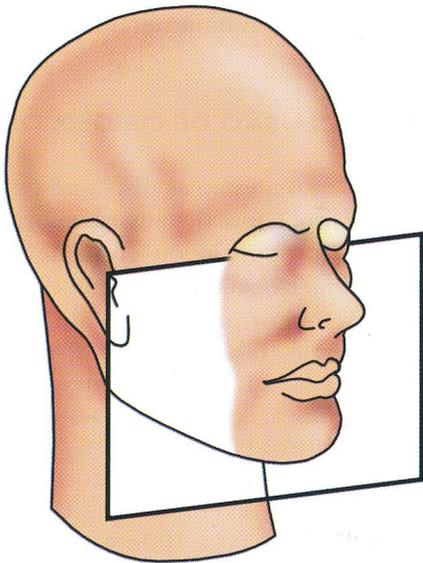


Fig. 5.25 - O plano orbital é perpendicular ao plano de Frankfurt e passa pelos pontos orbitais (Or) direito e esquerdo. Simon usou este plano como referência para as anomalias anteroposteriores.

2 - ANOMALIAS TRANSVERSAIS

São relacionadas ao plano sagital mediano (**Fig. 5.26**), e diz-se **contração** quando há aproximação de um dente ou segmento de arco e **distração** para o afastamento em relação ao plano.

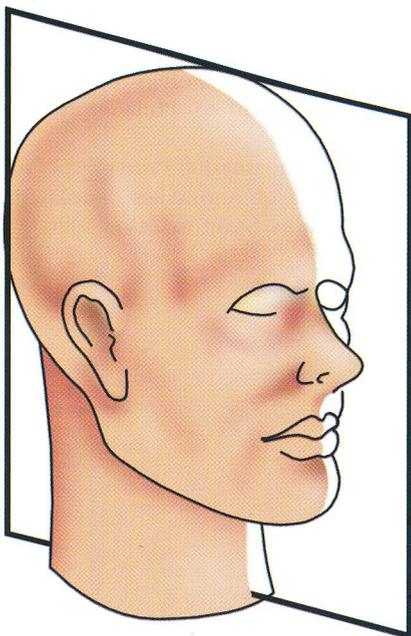


Fig. 5.26 - Plano sagital mediano, empregado para avaliar as anomalias transversais.

3 - ANOMALIAS VERTICAIS

Foram relacionadas ao plano de Frankfurt (**Fig. 5.27**), e denominadas **atração** quando se aproximam do plano (intrusão dos dentes maxilares ou extrusão dos dentes mandibulares) e **abstração** quando se afastam.

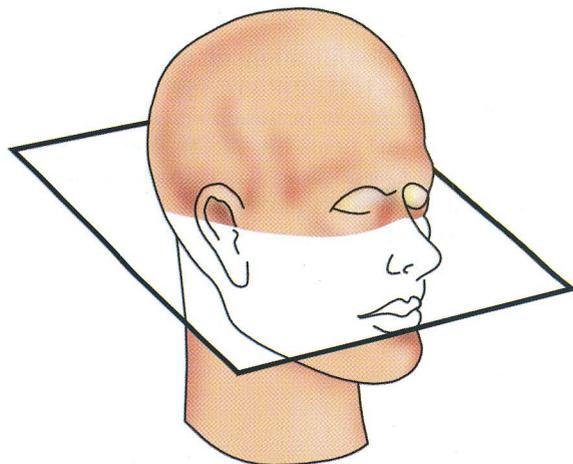


Fig. 5.27 As anomalias verticais foram relacionadas ao plano de Frankfurt (Po Or).

O sistema descrito tem grande importância clínica, pois orienta os dentes ou arcos dentais em relação ao esqueleto craniofacial, dando uma visão tridimensional da má oclusão. Entretanto, apesar de seu uso diagnóstico e conceitual, ele não tem a devida divulgação entre os ortodontistas. Na prática clínica utilizam-se apenas os termos **protração** e **retração** e mais raramente **contração**.

IV - CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DAS MÁ OCLUSÕES

De autoria de Robert Moyers, esta classificação sugere distinguir as más oclusões de acordo com sua origem etiológica. O autor reconhece que a grande maioria das deformidades decorre de alterações tanto nos dentes quanto no osso e na musculatura, mas procura através deste sistema destacar o principal fator causal.

I - MÁ OCLUSÃO DE ORIGEM DENTAL

Cabem neste grupo as más oclusões cuja principal alteração está nos dentes e osso alveolar. Moyers inclui aqui as más posições dentais individuais e as anomalias de forma, tamanho e número de dentes.

2 - MÁ OCLUSÃO DE ORIGEM MUSCULAR

São as anomalias cuja causa principal é um desvio da função normal da musculatura. Os

Capítulos 12 e 13 tratam detalhadamente destes problemas.

3 - MÁ OCLUSÃO DE ORIGEM ÓSSEA

Nesta categoria estão as displasias ósseas, envolvendo os problemas de tamanho, forma, posicionamento, proporção ou crescimento anormal de qualquer osso do crânio ou da face.

Como podemos perceber, o autor, ao contrário de Angle, Lisher e Simon, não define um nome para cada alteração dental, muscular ou esquelética. Assim Moyers utiliza termos criados por outros pesquisadores, acrescentando comentários quanto ao fator etiológico. Pode-se dizer, por exemplo, que o paciente é portador de uma Classe II de Angle com vestibuloversão dental superior e severa retração mandibular.

O conceito de se determinar a origem do problema oclusal antes de qualquer intervenção clínica é amplamente discutido no Capítulo de Diagnóstico e Planejamento Clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angle, E.H. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos* 1(41) 248-357, 1899.
2. Case, C. Principles of occlusion and dentofacial relations. *Dental Items Int.* 27:489, 1905.
3. Dantas A.L. Classificação das má oclusão Rev. Soc. Paul. Orto. 5 (1) jan/mar. 1967.
4. Lisher, B.E. The diagnosis of malocclusion. *Dent. Cosmos* 53:412-22, 1911.
5. Moyers R.M. *Ortodontia* 3ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1984.
6. Posselt, V. *The Physiology of Occlusion and Rehabilitation* 2nd ed. Philadelphia, F.A. Davis Co., 1968.
7. Simon, P. *Fundamental Principles of a Systematic Diagnosis of Anomalies*. Translated by B.E. Lisher, Boston, Stratford Co., 1926.