

Tratamento ortopédico em paciente Classe III em fase de maturação óssea avançada - relato de caso

Orthopedic treatment in a Class III patient in the advanced bone maturation phase - case report

Tratamiento ortopédico en un paciente Clase III en fase de maduración ósea avanzada - reporte de caso

Jacymara da Silva Barbosa 

Alexandre Rodrigues da Ponte 

Wanderson Roberto dos Santos Azevedo 

Andressa Nascimento Lira da Ponte 

Endereço para correspondência:

Jacymara da Silva Barbosa
Rua 21 de Setembro, 46
57325-000 - Coité do Nóia - Alagoas - Brasil
E-mail: drajacymarabarbosa@gmail.com

RECEBIDO: 27.08.2024

MODIFICADO: 29.08.2024

ACEITO: 02.10.2024

RESUMO

A má-oclusão Classe III, identificada por Angle em 1899, é uma condição onde a mandíbula está posicionada anteriormente em relação à maxila e ao crânio, levando a desalinhamento dentário e facial. Com prevalência global abaixo de 5% e variações étnicas, a condição resulta de fatores genéticos e ambientais. O tratamento inclui abordagens interceptivas, durante o crescimento, e corretivas, após o crescimento. Técnicas comuns envolvem o uso de máscara facial e expansão rápida da maxila para corrigir discrepâncias esqueléticas. Diagnóstico precoce e intervenção eficaz são cruciais para melhorar a função e a estética facial.

PALAVRAS-CHAVE: Má oclusão Classe II de Angle. Ortodontia. Ortopedia.

ABSTRACT

Class III malocclusion, identified by Angle in 1899, is a condition where the mandible is positioned anteriorly in relation to the maxilla and skull, leading to dental and facial misalignment. With a global prevalence below 5% and ethnic variations, the condition results from genetic and environmental factors. Treatment includes interceptive approaches during growth and corrective approaches after growth. Common techniques involve the use of a face mask and rapid maxillary expansion to correct skeletal discrepancies. Early diagnosis and effective intervention are crucial to improving facial function and aesthetics.

KEYWORDS: Malocclusion, Angle Class II. Orthodontics. Orthopedics.

RESUMEN

La maloclusión de Clase III, identificada por Angle en 1899, es una condición en la que la mandíbula se posiciona anteriormente en relación con el maxilar y el cráneo, lo que lleva a una desalineación dental y facial. Con una prevalencia global inferior al 5% y variaciones étnicas, la afección se debe a factores genéticos y ambientales. El tratamiento incluye enfoques interceptivos durante el crecimiento y enfoques correctivos después del crecimiento. Las técnicas comunes implican el uso de una mascarilla facial y una expansión maxilar rápida para corregir las discrepancias esqueléticas. El diagnóstico temprano y la intervención efectiva son cruciales para mejorar la función y la estética facial.

PALABRAS CLAVE: Maloclusión Clase II de Angle. Ortodoncia. Ortopedia.

INTRODUÇÃO

A má-oclusão Classe III foi inicialmente descrita por Angle em 1899 através do seu sistema de classificação das más-oclusões. O autor considerava como Classe III aquele indivíduo que apresentasse o sulco méso-vestibular do primeiro molar inferior ocluindo mesialmente em relação à cúspide mésovestibular do primeiro molar superior¹⁻².

Ainda a má-oclusão de Classe III pode ser definida como uma discrepância esquelética facial caracterizada por uma posição anteriorizada da mandíbula em relação à base do crânio e da maxila. Essa discrepância facial pode resultar de uma diversidade de combinações morfológicas entre as bases apicais, maxila e mandíbula, tanto no sentido sagital como no vertical²⁻³.

A má-oclusão de Classe III tem etiologia multifatorial, sendo a expressão de uma distorção moderada do desenvolvimento normal como resultado da interação entre fatores hereditários/genéticos com fatores ambientais. Devido ao seu caráter etiológico multifatorial, além da dificuldade em se prever o padrão de crescimento das diversas partes do complexo craniofacial, o tratamento da má-oclusão de Classe III - apesar de todo interesse - tem-se constituído num desafio para a prática ortodôntica⁴⁻⁵.

A prevalência da má-oclusão de classe III é de menos de 5% da população mundial e 3% dos brasileiros⁶⁻⁷. Sua prevalência varia de acordo com os grupos raciais. A incidência entre brancos é de 1% a 4%, entre os negros 5% a 8%, em asiáticos varia de 4% a 14%⁸.

Dividiram o diagnóstico da Classe III em quatro etapas: diagnóstico facial, dentário, funcional e hereditário⁹. O diagnóstico ideal da má-oclusão de Classe III deve ser precoce, se possível ainda na dentição decídua. Quanto mais precoce, a intercepção suscita maiores efeitos ortopédicos em detrimento dos inevitáveis efeitos ortodônticos¹⁰.

Mesmo que o diagnóstico e plano de tratamento sejam realizados corretamente, o prognóstico dependerá de fatores como: idade do paciente; colaboração do paciente; magnitude da má-oclusão; comportamento vertical das bases apicais; presença de compensações dentárias; bases ósseas envolvidas e mecânica utilizada¹¹.

Foram relatadas 5 formas de tratamento da má-oclusão de Classe III encontradas com mais frequência na literatura, que visam à correção da

discrepância esquelética em idades precoces, que são: máscara ortopédica facial; aparelho de Frankel FR3; mentoneira ortopédica; mentoneira associada a aparelho de protração maxilar e máscara facial de tração reversa¹².

Entre os aparelhos de uso para correção das más-oclusões esqueléticas, por meio de tracionamento anterior da maxila, estão as máscaras faciais, introduzidas na mecânica convencional em associação com aparelhos intrabucais, para expansão do arco superior, com apoio nos dentes da maxila, elásticos específicos, com força de tração, une as partes intra e extrabucal¹³.

O tratamento combinando a expansão rápida da maxila com a máscara facial mostrou-se ao longo do tempo uma opção de terapia valiosa para o paciente em crescimento, que apresenta uma má-oclusão de Classe III esquelética. Essa técnica desarticula e rompe a sutura Inter maxilar permitindo uma resposta celular nos tecidos circunvizinhos facilitando a força no processo de protração. Portanto, a expansão rápida da maxila deve ser realizada mesmo não havendo atresia maxilar¹⁴⁻¹⁵.

Dentre os diversos tipos de máscaras faciais disponíveis, o modelo Petit é bastante utilizado, por ser uma máscara pré-fabricada, de fácil aquisição, que reduz o tempo de atendimento e tem maior aceitação pelos pacientes, pelo seu custo benefício¹⁶.

RELATO DE CASO

Paciente D.S.S., gênero masculino, melanoderma, compareceu à clínica de pós-graduação em Ortodontia do Neo Odontologia Prime, situada em Arapiraca-AL com queixa principal de ter ido ao ortodontista com indicação do cirurgião-dentista clínico geral para melhora do sorriso. Após avaliação clínica constatou-se que o paciente possuía perfil côncavo característico de padrão III e Classe III.

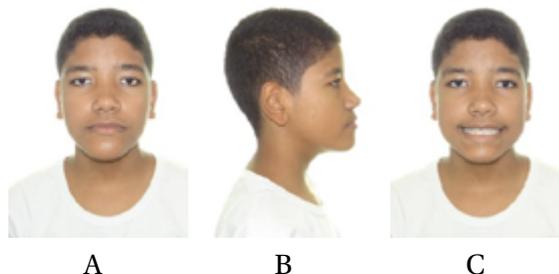


Figura 1 - Fotos extra-orais. A) Frontal. B) Perfil. C) Sorrindo.

A análise facial de perfil mostrou que o paciente é padrão III.

Com a avaliação das fotos intra-orais do lado esquerdo observou-se que o paciente apresentava Classe III de molar e Classe I de caninos. Nas fotos intraorais do lado direito observou-se que apresentava Classe III de molar, Classe III de canino, presença de resto radicular do elemento decíduo e por fim na foto intra-oral frontal notou-se um diastema anterior entre os incisivos superiores.

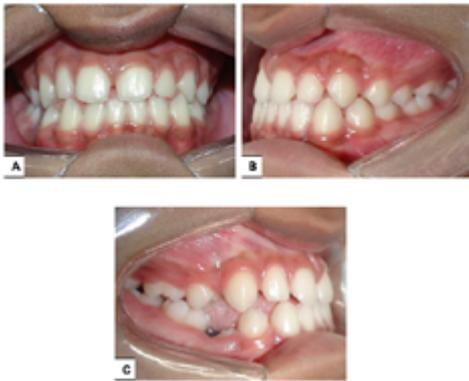


Figura 2 - Fotos intra-orais. A) Frontal. B) Intra-oral esquerda. C) Intra-oral direita.

A foto oclusal superior observou palato duro dentro dos padrões de normalidade de profundidade e presença de diastemas.



Figura 3 - Fotos oclusais A) Oclusal superior. B) Oclusal inferior.

Na análise radiográfica panorâmica, verifica-se agenesia do pré-molar superior direito (35) e 2º pré-molar inferior direito (45) e terceiros molares em formação.



Figura 4 - Radiografia panorâmica.

De acordo com a análise cefalométrica padrão USP, o paciente apresenta mandíbula protruída em relação a base anterior do crânio, constatado cefalometricamente através do valor de SNB. Observou-se também que existe uma tendência a crescimento vertical através do SNGoGn (35.5 g) e SN-Gn (64.8 g). Dentes inferiores apresentam-se lingualizados e retruídos (1.NB: 19.62 g, 1-NB:3.83 g, IMPA: 75.08 g).

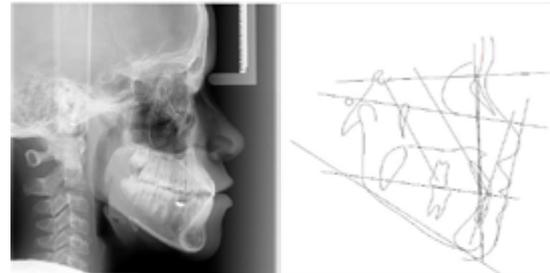


Figura 5 - Telerradiografia lateral e análise de USP.

Tabela 1 - Análise cefalométrica USP.

#	Descrição	Norma	Valor obtido centro radiológico
1	(N-Pog) (Po-Orb)	88.00 ± 1.00	79,74 gr
2	N-APog	0.00 ± 2.00	-1.83 gr
3	S-N.A	82.00	88.17 gr
4	S-N.B	80.00	88,98 gr
5	A-N.B	2.00	-0.80 gr
6	S-N.D	76.00	84,67 gr
7	S-N.Gn	67.00	64,83 gr
8	S-N.Ocl	14.00	10,13 gr
9	(S-N), (Go-Me)	32.00	35,56 gr
10	(Go-Gn).Ocl	18.00	22,22 gr
11	1./1	131.00	131,74 gr
12	1./NS	103.00	117,62 gr
13	/1-Orbita	5.00	9,54 mm
14	1./NA	22.00	29,44 gr
15	1./NA	4.00	7,05 mm
16	/1.NB	25.00	19,62 gr
17	/1-NB	4.00	3,83 mm
18	/1.NPog	0.00	3,72 mm
19	H.(N-B)	10.50 ± 1.50	13,64 gr
20	H-Nariz	10.00 ± 1.00	1,08 mm
21	Po g-NB	0.00	0,15 mm
22	Eminência Mentoniana	7.00 ± 1.00	6,08 mm
23	FMIA	68.00	80,55 gr
24	FMA	25.00	24,36 gr
25	IMPA	87.00	75,08 gr
26	TPI	0.00	
27	/1-Linha I	0.00	-4,36 mm
28	(Go-Me) (V-T)	72.00	72,34 gr
29	F.(V-T)	81.00	83,30 gr
30	A-(V-T)	3.00	-8,58 mm
31	III-(V-T)	6.00	2,20 mm
32	H.(V-T)	5.00	3,24 gr
33	DC (Vigorito)	0.00	3,90 mm

Após ao estudo do caso através das análises cefalometricas e exames de imagem, foi decidido o uso do aparelho Hyrax para, inicialmente, realizar a expansão da maxila e posteriormente o uso da máscara

de Petit para correção da Classe III do paciente.

Na primeira consulta foi instalado a o Hyrax com gancho para posterior uso da máscara de Petit, com orientação de 1/4 de volta por dia durante 15 dias.



Figura 6 - Foto oclusal com Hyrax instalado.

Após 1 mês do uso do Hyrax com ativação por 15 dias foi avaliado a abertura da sutura palatina e então iniciou-se o uso da máscara de Petit com orientação de utilizar o máximo possível durante 24 horas.

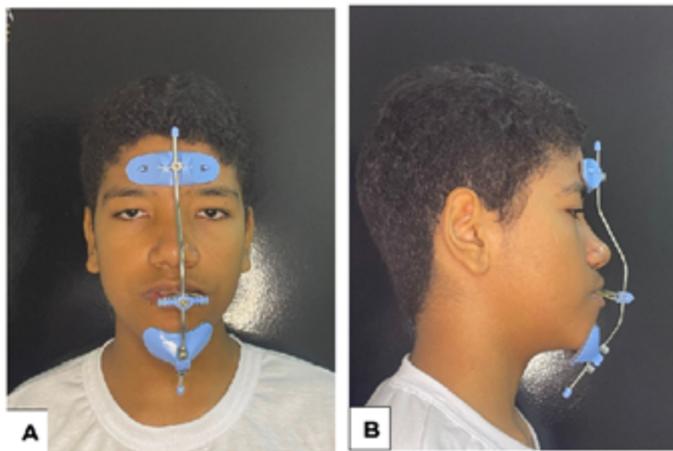


Figura 7 - Instalação da máscara de Petit. A) Frontal. B) Perfil direito.

Paciente retornou na terceira consulta para avaliação da máscara de Petit, com orientação de utilizá-la por mais alguns meses.

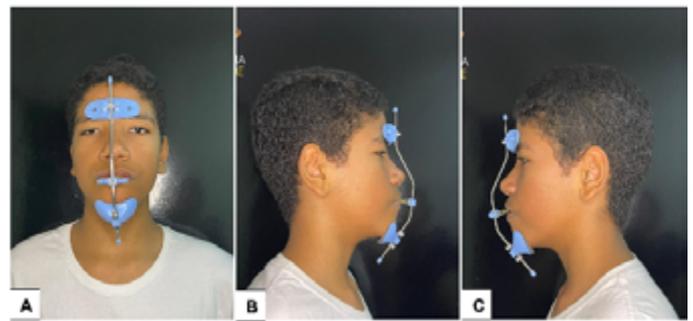


Figura 8 - Avaliação com a máscara. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.



Figura 9 - Avaliação sem a máscara. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.

Paciente retornou na quarta consulta para avaliação da máscara de Petit, com orientação de utilizá-la por mais alguns meses.

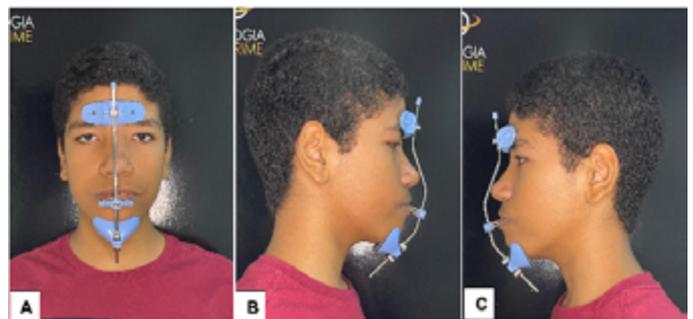


Figura 10 - Avaliação com a máscara. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.

Ao retornar para a consulta foi orientado ao paciente usar por mais um mês a máscara assim completando os 10 meses de uso da máscara de Petit.

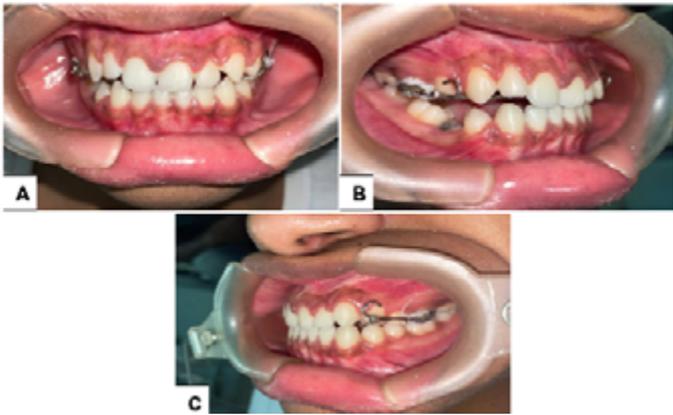


Figura 11 - Fotos intra-orais com Hyrax. A) Frontal. B) Intra-oral direita. C) Intra-oral esquerda.



Figura 14 - Fotos intra-orais sem Hyrax. A) Frontal. B) Intra-oral direita. C) Intra-oral esquerda.

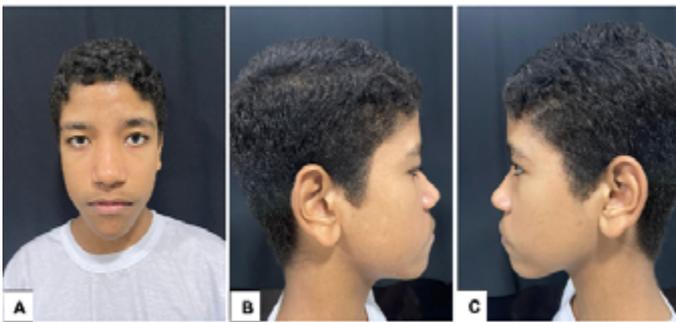


Figura 12 - Avaliação sem máscara. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.

Após o retorno do paciente, foi realizado as orientações para remoção do Hyrax e máscara de Petit, finalizando com 10 meses de uso, assim foi solicitado os exames para posterior uso de aparelho fixo.

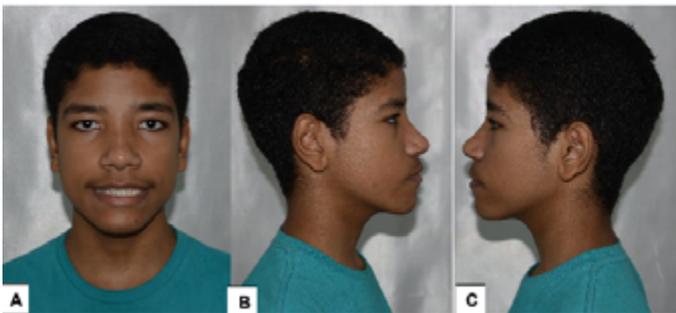


Figura 13 - Fotos extraorais sem Hyrax. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.

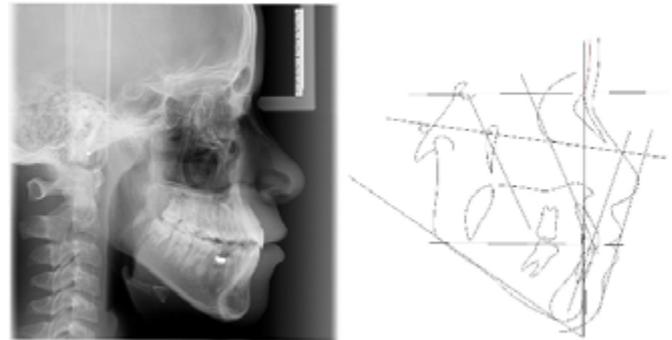


Figura 15 - Telerradiografia lateral e análise de USP.

Tabela 2 - Análise cefalométrica USP após uso da máscara.

#	Descrição	Valor	Norma/Classe
1	(N-Pog) (Po-Or)	82.02 gr	88.00 ± 1.00
2	N-A.Pog	0.55 gr	0.00 ± 2.00
3	S-NA	89.51 gr	82.00
4	S-NB	89.75 gr	80.00
5	A-NB	-0.24 gr	2.00
6	S-ND	85.03 gr	76.00
7	S-N.Gn	65.55 gr	67.00
8	S-N.Ocl	1.15 gr	1.4.00
9	(S-N) (So-Me)	35.04 gr	32.00
10	(So-Gn) Ocl	30.44 gr	18.00
11	1//1	137.54 gr	131.00
12	1//NB	112.73 gr	103.00
13	/1-Orbita	4.36 mm	5.00
14	1//NA	23.22 gr	22.00
15	1//NA	7.16 mm	4.00
16	/1-NB	19.48 gr	25.00
17	/1-NB	3.66 mm	4.00
18	/1-NPog	4.40 mm	0.00
19	H (P-R)	16.86 gr	10.50 ± 1.50
20	H-Nariz	0.97 mm	10.00 ± 1.00
21	Pog-NB	-1.04 mm	0.00
22	Eminência Mentariana	0.43 mm	7.00 ± 1.00
23	FMA	79.01 gr	69.00
24	FMA	26.30 gr	25.00
25	MPA	74.69 gr	87.00
26	TPI		0.00
27	/1-Linha I	-5.13 mm	0.00
28	(So-Me) (V-T)	75.61 gr	72.00
29	F (V-T)	78.09 gr	81.00
30	A (V-T)	-11.83 mm	3.00
31	Si (V-T)	0.17 mm	6.00
32	H (V-T)	3.55 gr	5.00
33	DC (Vigrita)	4.15 mm	0.00

DISCUSSÃO

As más-oclusões de Classe III dividem-se em dentária, esquelética e dentoalveolar e a esquelética é a mais prevalente das três¹⁷⁻¹⁸. Na Classe III dentoalveolar o surgimento ocorre devido ao côndilo se deslocar da fossa articular, no estabelecimento da mordida cruzada funcional, para que ocorra o avanço mandibular que desloca para conseguir fugir da interferência oclusal e colocar os dentes em máxima intercuspidação habitual¹⁹. Já na Classe III esquelética, tanto a mandíbula em repouso, quanto em oclusão de relação cêntrica permanece com as mesmas características¹⁷⁻¹⁸. Os pacientes podem apresentar retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular de maneira individual ou a combinação de ambas²⁰.

O tratamento das más-oclusões de Classe III é considerado delicado, principalmente devido ao seu padrão de crescimento difícil de prever e

potencialmente desfavorável²¹.

Existem dois tipos de tratamento, o interceptivo e o corretivo. O tratamento interceptivo é realizado durante a fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, com o uso de aparelhos ortopédicos. E o tratamento corretivo, após o crescimento craniofacial¹⁰.

O propósito do tratamento ortodôntico interceptivo é estabelecer condições mais propícias ao desenvolvimento dentofacial, tais como: prevenir as mudanças progressivas dos tecidos moles e ósseo, melhorar a discrepância esquelética e proporcionar um ambiente mais favorável para o crescimento, melhorar a função oclusal, simplificar uma segunda fase do tratamento em más-oclusões Classe III com discrepâncias leves a moderadas e proporcionar uma estética facial mais agradável²².

O tratamento pode envolver o uso de um ou mais tipos de dispositivos ortodônticos. Alguns aparelhos aplicam uma força diretamente nos dentes, podendo estes serem removíveis ou fixos. Outros tipos de aparelho são retidos, através dos dentes, a dispositivos (por exemplo máscara facial) que permitem a aplicação de uma força nos dentes e maxilares. O tratamento é geralmente realizado quando os pacientes apresentam uma dentição mista, ou permanente²³.

Em casos mais leves, pode-se lançar mão de aparelhos com o SN3 (Simões Network 3) e o arco progênico. O SN3 é removível e atua estimulando uma suave rotação mandibular e, assim, induzindo a uma correção da postura lingual. Sua indicação é para casos de biprotrusão, mordida aberta, disto ou mesioclusão, mordida cruzada ou topo-a-topo e divergências no plano oclusal. Sua atuação consiste num controle e desenvolvimento transversal e da região anterior²⁴⁻²⁶. O arco progênico também é um aparelho removível usado, principalmente, para correção de mordida cruzada anterior. Ele atua no controle do crescimento mandibular e estímulo do crescimento maxilar. Também chamado de arco de Echler ou Progenie que trabalha a lingualização dos incisivos inferiores ou o controle do movimento protrusivo da mandíbula. Molas digitais palatinas que promovem a vestibularização dos incisivos superiores. Dependendo da situação, um torno expensor pode ser acoplado ao aparelho para gerar um controle transversal na maxila²⁷⁻²⁹.

O tratamento precoce da má-oclusão de Classe III direciona-se para a maxila, por meio da expansão rápida da maxila seguida pela protração maxilar³⁰. A expansão rápida da maxila, além de corrigir a mordida

cruzada posterior, estimula a atividade celular das suturas, potencializando os resultados da protração³¹.

O tratamento com máscara facial é indicado em crianças entre 6 e 8 anos de idade que apresentam retrognatismo de maxilar. O uso da máscara leva a um abaixamento da maxila, aumentando consequentemente a altura da face².

CONCLUSÃO

A utilização de aparelhos ortopédicos como o Hyrax e a máscara facial demonstrou ser uma estratégia valiosa para a correção precoce das más-oclusões esqueléticas, especialmente quando iniciada na fase de crescimento. Os resultados obtidos após 10 meses de tratamento mostraram uma melhora significativa na posição da maxila e na oclusão dentária, confirmando a eficácia da abordagem ortopédica adotada.

A conclusão deste caso reforça a importância do diagnóstico precoce e da intervenção ortopédica na gestão das más-oclusões Classe III.

REFERÊNCIAS

- Souki MQ, Junqueira TP, Souki BQ, Mazzeiro ET. Tratamento ortodôntico interceptador de displasia óssea severa de classe III de Angle: relato de caso. *Rev CROMG*. 2002;8(4):263-9.
- Souza MC N de; Gonçalves MA; Pinheiro P M M. Má oclusão classe III de Angle: diagnóstico e tratamento precoce. *Rev Cient ITPAC*. 2010;3(2).
- Pithon MM, Bernardes LAA. Tratamento de má oclusão classe III esquelética através de expansão rápida da maxila associada à exodontia de pré-molares inferiores: relato de caso. *Rev Bras Ortod Ortop Facial*. 2004;9(54):548-60.
- Zere E, Chaudhari PK, Sharan J, Dhingra K, Tiwari N. Developing class III malocclusions: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018;10:99-116.
- Weissheimer F, Brunetto AR, Petrelli E. Disjunção palatal e protração maxilar: alterações cefalométricas pós-tratamento. *J Bras Ortod Ortop Facial*. 2003;8(44):111-21.
- Daher W, Caron J, Wechsler MH. Nonsurgical treatment of an adult with a class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132(2):243-51.
- Silva Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Prevalência de oclusão normal e má oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1989;43(6):287-90.
- Ngan P. Treatment of Class II malocclusion in the primary and mixed dentitions. In: Bishara SE, editor. *Textbook of orthodontics*. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. . 375.
- Araújo EA, Araújo CV. Abordagem clínica não-cirúrgica no tratamento da má oclusão de classe III. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2008;13(6):128-57.
- Oltramari PVP, Garib DG, Conti ACCF, Henriques JFC, Freitas MR. Tratamento ortopédico da classe III em padrões faciais distintos. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2005;10(5):72-82.
- Furquim LZ, Sant'anna E, Iwaki, L. F. Tratamento ortodôntico cirúrgico de um caso de classe III esquelética, agravado pela ausência total dos dentes superiores. *Rev Clin. Ortod Dent Press*. 2002;1(1):23-39.
- Menezes LFS, Dutra SR. Tratamento precoce da má oclusão de classe III e relato de um caso clínico. *Arq Odontol*. 2002;38(3):229-38.
- McNamara JA. Maxillary transverse deficiency. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000;117(5):567-70.
- Anand Rr, Retna Kn.; Kannan V, Madhu S. Cephalometric effects of combined palatal expansion and facemask therapy on Class III malocclusion. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2015;33(4).
- Queiroz LCDA. Tratamento da classe III esquelética, por meio de disjunção maxilar e protração em paciente infante juvenil - relato de caso [monograph]. Salvador: FACSETE; 2018.
- Pato JPC. Abordagem precoce das classes III esqueléticas [thesis]. Coimbra: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Coimbra; 2010.
- Matos HSA. Anomalia de classe III [thesis]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.
- Gioda AN. Do diagnóstico ao controle do tratamento da malocclusão de classe III: revisão de literatura [undergraduate thesis]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2020.
- Poletti L, Silveira AA, Ghislanzoni LTH. Dentoalveolar class III treatment using retromolar miniscrew anchorage. *Prog Orthod*. 2013;14:7.

20. Silva E, Meloti F, Pinho S, Gasque CA. Correção da classe III esquelética em pacientes jovens - Ertty GAP III[®]. *Ortho Sci, Orthod Sci Pract.* 2017;10(39):244-64.
21. Amat P. Traitement précoce des malocclusions de classe III: les faits. *Orthod Fr.* 2013;84(1):41-52.
22. Ngan P. Early timely treatment of class III malocclusion. *Semin Orthod.* 2005;11(3):140-5.
23. Watkinson S, Harrison JE, Furness S, Worthington HV. Orthodontic treatment for prominent lower front teeth (class III malocclusion) in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD003451.
24. Braz LC. Tratamento da mordida aberta anterior. Feira de Santana: Instituto de Ciências da Saúde; 2014.
25. Reis TSL. Tratamento da classe II e mordida aberta em duas fases [monograph]. Salvador: Centro de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade Sete Lagoas; 2017.
26. Araújo ECV, Bronzi ES, Vera JMA, Ferreira LS, Brito SP. Tratamento precoce de classe III em paciente infantil. *Res Soc Develop.* 2023;12(3):e17612340591.
27. Moura RA, Simplicio A, Lau MJCC, Amorim AN, Silva FAJC, Meio Neto MV. Uso do aparelho progênico modificado na intercepção de mordida cruzada anterior. *Res Soc Develop.* 202;9(8):e98985110.
28. Pavani CHB, Costa JV, Oliveira RCG, Oliveira RCG. A utilização do arco progênico no tratamento da mordida cruzada anterior - pseudo-classe III - relato de caso. *Rev UNINGA.* 2017;51(2):21-6.
29. Souza LFM. Tratamento da mordida cruzada anterior com o arco progênico modificado: um enfoque clínico [undergraduate thesis]. Manaus: Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas; 2017.
30. Macdonald KE, Kapust AJ, Turley PK. Cephalometric changes after the correction of class III malocclusion with maxillary expansion/facemask therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999;116(1):13-24.
31. Silva OG Filho, Caricati JAP, Capelozza L Filho, Cavassan AO. Expansão rápida da maxila na dentadura permanente: avaliação cefalométrica. *Ortodontia.* 1994;25(2):69-76.