



QUALIS
A2



**MÁ OCLUSÃO DE CLASSE II ESQUELÉTICA ASSOCIADA AO HÁBITO
DE SUÇÃO DIGITAL: ABORDAGEM ORTODÔNTICA:
RELATO DE CASO¹**

**SKELETAL CLASS II MALOCCLUSION ASSOCIATED WITH THUMB
SUCKING HABIT: ORTHODONTIC APPROACH:
CASE REPORT**

Cristiane Tathier de Souza SANDES
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: cristathier25@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-5795-7354>

Jéssica Guimarães DIAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: jessica-guidias@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8824-6368>

RESUMO

Introdução: O presente estudo descreve o relato de um caso clínico de uma paciente em fase de dentição mista, portadora de má oclusão de Classe II esquelética, com overjet acentuado, associada ao hábito de sucção digital. A abordagem terapêutica foi conduzida em duas fases, com ênfase inicial na eliminação do hábito deletério, seguida de intervenção ortodôntica corretiva. **Objetivo:** Relatar o manejo clínico de uma má oclusão de Classe II esquelética associada ao hábito de sucção digital, com foco no restabelecimento da harmonia facial e da estabilidade oclusal. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, com 10 anos e 7 meses de idade, apresentando má oclusão de Classe II esquelética, overjet acentuado, diastema interincisal superior, inserção alta do freio labial superior, padrão de crescimento vertical e perfil facial convexo. O plano de tratamento foi estabelecido com base na etiologia e nas queixas relatadas, priorizando a interrupção do hábito de sucção digital como etapa inicial, seguida da correção ortodôntica das alterações dentões esqueléticas. **Resultados:** Observou-se redução do overjet, melhora do selamento labial e do perfil facial, além de evolução favorável da relação oclusal, compatível com os objetivos propostos. **Considerações finais:** A eliminação do hábito de sucção digital foi determinante para a correção da má oclusão, contribuindo diretamente para a eficácia do tratamento ortodôntico e para a estabilidade dos resultados obtidos.

¹ COMO CITAR: (ABNT): SANDES, C. T. S.; DIAS, J. G. Má Oclusão de Classe II Esquelética Associada ao Hábito de Sucção Digital: Abordagem Ortodôntica – Relato de Caso. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Maio de 2026 - Ed. 74. VOL. 01. Págs. 468-486. Disponível: <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. Acesso em: __/__/__.

Palavras-chave: Diastema. Freio Labial. Ortodontia.

ABSTRACT

Introduction: This study describes a clinical case report of a patient in the mixed dentition phase, presenting with skeletal Class II malocclusion, with pronounced overjet, associated with a thumb-sucking habit. The therapeutic approach was conducted in two phases, with initial emphasis on eliminating the deleterious habit, followed by corrective orthodontic intervention. **Objective:** To report the clinical management of a skeletal Class II malocclusion associated with a thumb-sucking habit, focusing on restoring facial harmony and occlusal stability. **Case description:** A 10-year-and-7-month-old female patient presented with skeletal Class II malocclusion, pronounced overjet, upper interincisal diastema, high insertion of the upper labial frenulum, vertical growth pattern, and convex facial profile. The treatment plan was established based on the etiology and reported complaints, prioritizing the interruption of the thumb-sucking habit as an initial step, followed by orthodontic correction of the skeletal dentition alterations. **Results:** A reduction in overjet, improvement in lip seal and facial profile, as well as favorable evolution of the occlusal relationship, consistent with the proposed objectives, were observed. **Final considerations:** Eliminating the thumb-sucking habit was crucial for correcting the malocclusion, directly contributing to the effectiveness of the orthodontic treatment and the stability of the results obtained.

Keywords: Diastema. Labial Frenum. Orthodontics.

INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe II esquelética é uma condição de etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais e funcionais. Influências hereditárias podem predispor a discrepâncias nas bases ósseas maxilar e mandibular, enquanto fatores ambientais, como hábitos orais, respiração bucal e postura mandibular, associados ao padrão de crescimento facial, exercem papel determinante no seu desenvolvimento e progressão¹⁻³.

Os hábitos de sucção podem ser classificados em nutritivos (amamentação e mamadeira) e não nutritivos (chupeta, sucção digital e sucção labial)⁴. Enquanto a amamentação apresenta benefícios sistêmicos e orofaciais amplamente reconhecidos⁴⁻⁶, os hábitos não nutritivos são considerados fatores modificadores

externos associados ao desenvolvimento de más oclusões, especialmente quando persistentes, frequentes e de alta intensidade^{7,10}.

A sucção digital, embora fisiológica nos primeiros anos de vida, tende a ser interrompida com o desenvolvimento do autocontrole infantil. Quando mantida além desse período, é considerada um dos hábitos com maior potencial deletério ao sistema estomatognático, podendo contribuir para alterações dento-esqueléticas, como aumento do overjet e desequilíbrios funcionais^{8,10,12}. Seus efeitos tornam-se mais expressivos durante a dentição mista, fase em que a presença ou erupção de dentes permanentes pode favorecer a consolidação das alterações¹¹.

Alterações do freio labial superior também podem estar associadas a repercussões estéticas e periodontais, incluindo diastema interincisal, dificuldade de higienização e alterações na papila interdental. Embora a intervenção precoce possa trazer benefícios, ainda há controvérsias quanto ao momento ideal de abordagem, uma vez que parte dos diastemas pode se fechar espontaneamente com a erupção dos incisivos laterais permanentes^{13,14}.

A definição do plano de tratamento para a Classe II esquelética depende da identificação da fase de crescimento e da localização da discrepância, podendo ser maxilar, mandibular ou combinada¹⁵. A intervenção precoce permite o aproveitamento do crescimento facial para correções dento-esqueléticas, além de reduzir a necessidade de abordagens mais complexas no futuro^{8,12,16,18}.

Dessa forma, o tratamento ortodôntico de pacientes com Classe II esquelética associada ao overjet acentuado e hábitos de sucção deve ser individualizado, visando à correção das alterações funcionais e estruturais, à melhora da harmonia facial e à estabilidade dos resultados^{16,18}. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de paciente com essas características, descrevendo a abordagem terapêutica adotada e os resultados obtidos.

RELATO DE CASO

História e Etiologia

Paciente do sexo feminino, com 10 anos e 7 meses de idade, compareceu à clínica do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT-TO), acompanhada por sua avó, apresentando como queixa principal “volume aumentado dos dentes”, sem queixas faciais associadas.

Na anamnese, relatou hábito de sucção digital desde a infância e alergia a ketchup e maionese, apresentando bom estado geral de saúde. Ao exame clínico

inicial, observou-se ausência de lesões cáries, boas condições de higiene bucal e saúde periodontal, além de freio labial superior hipertrófico.

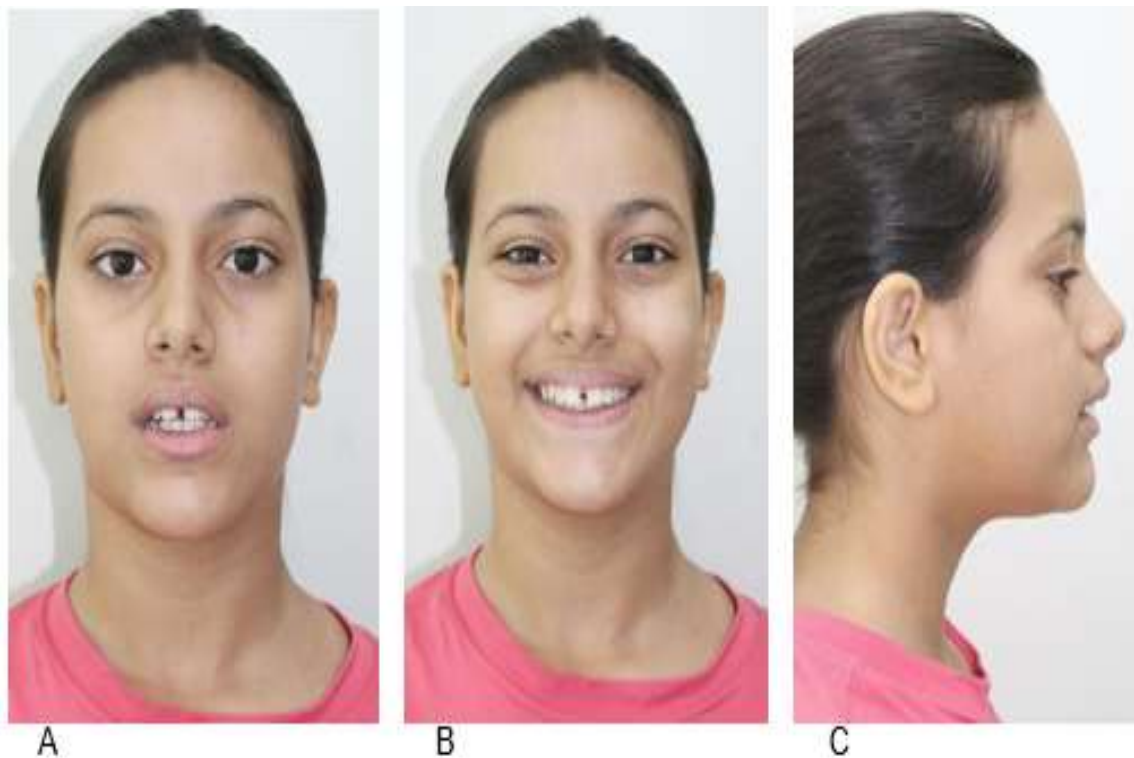
Diagnóstico

Na análise facial frontal, observou-se leve assimetria à esquerda, ausência de selamento labial passivo e aumento do terço inferior da face. Na avaliação do sorriso, verificou-se adequada exposição dos incisivos superiores, com discreta assimetria da linha do sorriso associada à presença de amplo diastema interincisal superior, comprometendo a estética do sorriso.

Na análise de perfil, observou-se perfil convexo, com discreta proeminência mentoniana, característica que pode contribuir para melhor equilíbrio facial (Figuras 1A-C).

Na avaliação intraoral (Figuras 2A-E), a paciente apresentava má oclusão de Classe II, relação de caninos em Classe II, amplo diastema anterosuperior, overjet acentuado e curva de Spee acentuada. Observou-se ainda freio labial superior hipertrófico e apinhamento anteroinferior leve, com discrepância de modelo de 3 mm (Figuras 3A-C).

Figuras (1A-C) Fotografias iniciais de rosto: A- Frontal. B- Sorriso. C- Perfil.



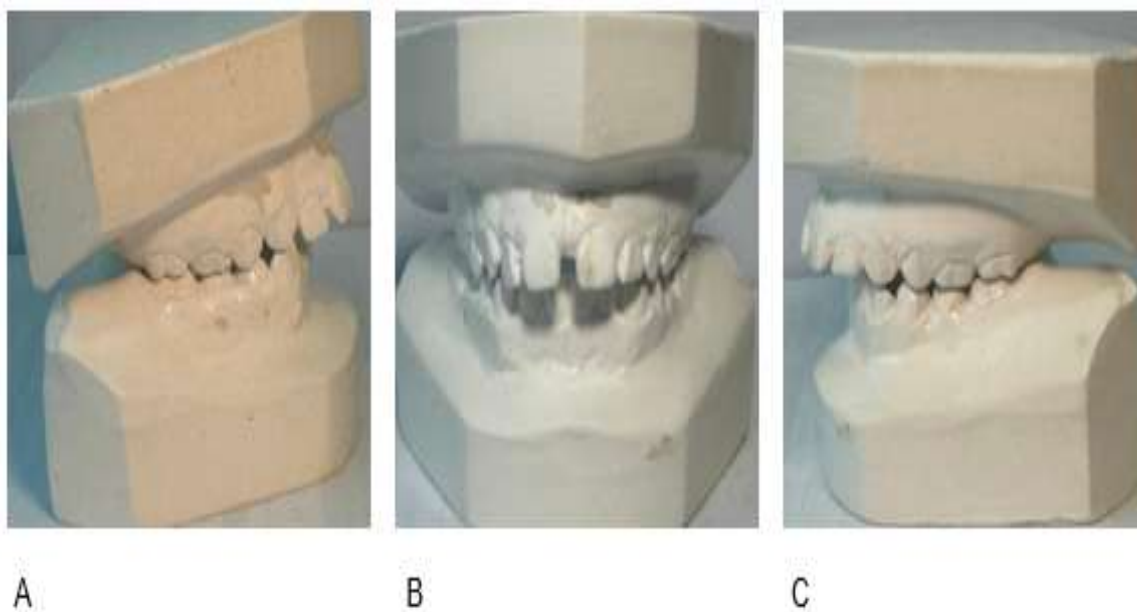
Fonte: Autoria própria

Figuras (2A-E) - Fotografias iniciais intraorais: A- Lateral direita. B- Frontal. C- Lateral esquerda. D-Oclusal superior. E- Oclusal inferior.



Fonte: Autoria própria

Figuras (3A-C) - Fotografias de modelo: A- Lateral direita. B- Frontal. C- Lateral esquerda.



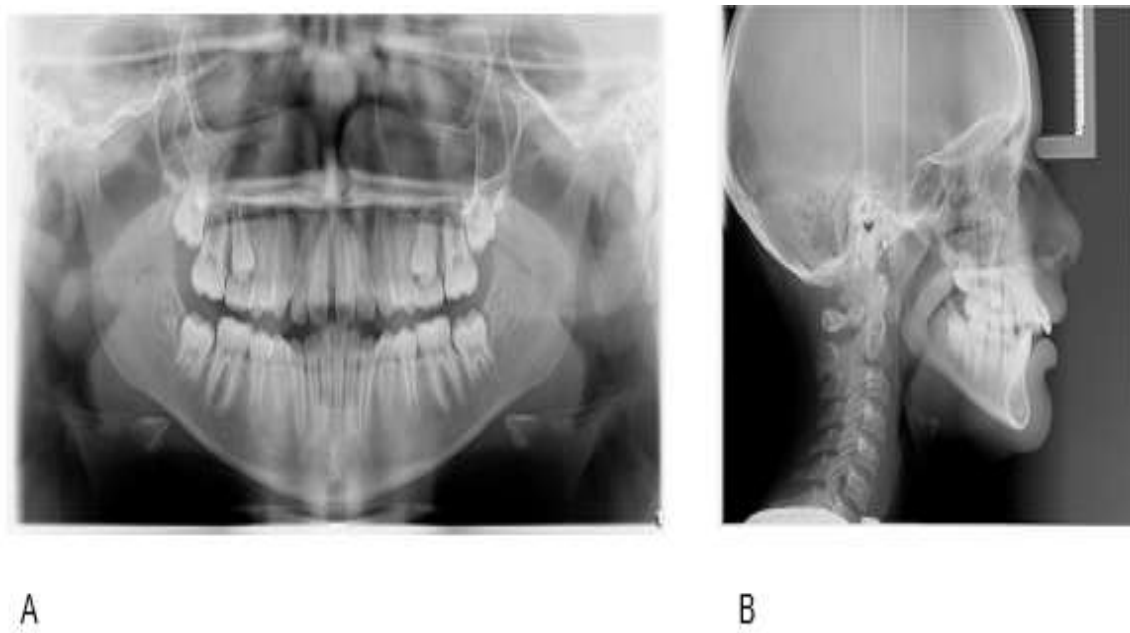
Fonte: Autoria própria

O exame radiográfico panorâmico evidenciou dentição mista, com estágios de formação e erupção dentária compatíveis com a idade cronológica. Os germes dos terceiros molares encontravam-se em estágio inicial de desenvolvimento, classificados como estágio 2 de Nolla. Não foram observadas anormalidades radiográficas significativas (Figuras 4A-B).

A análise cefalométrica, realizada pelo método Padrão USP, evidenciou padrão esquelético de Classe II, caracterizado por discrepância sagital entre maxila e mandíbula ($ANB = 5,14^\circ$). Observou-se que a maxila ($SNA = 83,27^\circ$) e a mandíbula ($SNB = 78,13^\circ$) apresentavam posicionamento individual dentro dos padrões de normalidade em relação à base do crânio, porém com relação intermaxilar desfavorável.

Verificou-se padrão de crescimento predominantemente vertical ($SN.GoGn = 69,77^\circ$). Os incisivos superiores apresentavam-se acentuadamente vestibularizados ($1.NA = 29,31^\circ$) e protruídos ($1-NA = 7,28$ mm), enquanto os incisivos inferiores encontravam-se lingualizados ($1.NB = 20,46^\circ$) e retruídos em relação à base óssea ($1-NB = 2,17$ mm). O ângulo nasolabial (98°) mostrou-se compatível com o padrão de protrusão dentária observado (Tabela 1).

Figuras 4A -B: A- Radiografia panorâmica inicial. B- Teleradiografia inicial.



Fonte: Autoria própria

Tabela 1: Dados Cefalométricos (Padrão USP).

Fatores	Valor Obtido	Normal/Classif	Valor Obtido Final
S-N.A	83.27°	82.00°	83.00°
S-N.B	78.13°	80.00°	81.00°
A-N.B	5.14°	2.00°	2.00°
S-N.D	76.32°	76.00°	76.15°
(N-Pog).(Po-Orb)	88.07°	88.00°+-1.00	87.73°
N-A.Pog	6.64°	0.00°+-2.00	5.72°
S-N.Gn	67.46°	67.00°	68.02°
S-N.Ocl	17.52°	14.00°	16.35°
(S-N).(Go-Me)	38.20°	32.00°	41.14°
(Go-Gn).Ocl	17.07°	18.00°	22.78°

1/./1	125.09°	131.00°	130.12°
1/.NS	112.58 °	103.00°	101.25°
/1-Orbita	2.95mm	5.00mm	-0.36mm
1/.NA	29.31	22.00°	18.25°
1/-NA	7.28mm	4.00mm	2.35mm
/1.NB	20.46°	25.00°	26.60°
/1-NB	2.17mm	4.00°	4.75mm
/1.NPog	-0.08mm	0.00mm	2.01mm
H(N-B)	10.17°	10.50+-1.50°	5.35°
H-Nariz	3.39mm	10.00+-1.00mm	8.56mm
Pog-NB	3.18mm	0.00mm	3.90mm
Ângulo Nasolabial	98°	97 a 110°	
Eminência Mentoniana	9.44mm	7.00+-1.00mm	11.45mm

Fonte: Autoria própria

O diagnóstico final foi de má oclusão de Classe II esquelética associada ao trespassse horizontal acentuado. É importante salientar que a etiologia da discrepância entre as bases ósseas e os problemas horizontais pode ter sido atribuída a fatores externos como a sucção digital prolongada, o que afetou o desenvolvimento da cavidade bucal.

Objetivos do Tratamento

- Interromper o hábito de sucção digital com grade palatina e esporões linguais;
- Eliminar o apinhamento dentário inferior;
- Estabelecer uma relação molar e canino de Classe I através da correção ântero posterior;
- Encaminhar paciente para cirurgia de freio labial superior;
- Fechar diastemas anteriores superiores;
- Corrigir overjet com retração dos incisivos superiores;
- Proporcionar uma oclusão estável e uma estética favorável.

Plano de Tratamento

Para alcançar os objetivos propostos, o plano de tratamento consistiu em utilizar uma barra transpalatina com grade, para depois instalar o aparelho fixo na técnica *Straight-Wire* no tratamento de classe II de canino, associado à ancoragem da barra palatina. Segue a sequência clínica:

- Orientação quanto aos malefícios do hábito de sucção digital antes, durante e depois do tratamento ortodôntico;

- Encaminhar ao fonoaudiólogo para corrigir a interposição lingual
- Instalação da barra transpalatina com grade;
- Solicitação da remoção cirúrgica do freio labial superior;
- Colagem direta dos bráquetes (Max Roth 022/Morelli- Sorocaba SP/Brasil) superior e inferior;
- Alinhamento e nivelamento;
- Fechamento dos diastemas nos fios redondos com amarrilho conjugado e retração dos pré-molares superiores com amarrilho ativo conjugado, primeiro os segundos pré-molares e depois os primeiros pré-molares;
- Retração dos dentes anteriores superiores nos fios retangulares NiTi 0,17x0,25", 0,19x0,25" e aço 0,19x0,25";
- Intercuspidação, finalização e contenção.

Progresso do Tratamento

Inicialmente, instalou-se barra palatina com grade impeditora de língua (Figura 5). Após fratura do dispositivo, realizou-se nova moldagem para confecção de outra barra. Em seguida, procedeu-se à colagem do aparelho ortodôntico fixo no arco inferior (técnica Straight-Wire). Posteriormente, instalou-se o aparelho na arcada superior, sem inclusão dos dentes 15 e 25, ainda não erupcionados, mantendo-se os dentes decíduos 55 e 65.

Figura 5: Fotografia intra oral da barra transpalatina com grade instalada.



Fonte: Autoria própria

Devido outra intercorrência com a grade palatina, optou-se pela colagem de esporões linguais na face palatina dos incisivos superiores (Figura 6). Após 60 dias, foi finalizada a colagem do aparelho.

Figura 6: Fotografia intra oral dos esporões instalados na face palatina dos incisivos superiores.



Fonte: Autoria própria

O alinhamento e nivelamento foram realizados com fios de NiTi 0.012", 0.014", 0.016", 0.018" e 0.020". Nessa fase, iniciou-se a correção do apinhamento inferior e o fechamento inicial do diastema por meio de amarrilho conjugado entre os dentes 11 e 21.

Durante o tratamento, observou-se aumento de volume com sinais inflamatórios na região do freio labial superior, sendo indicada a realização de frenectomia labial superior.

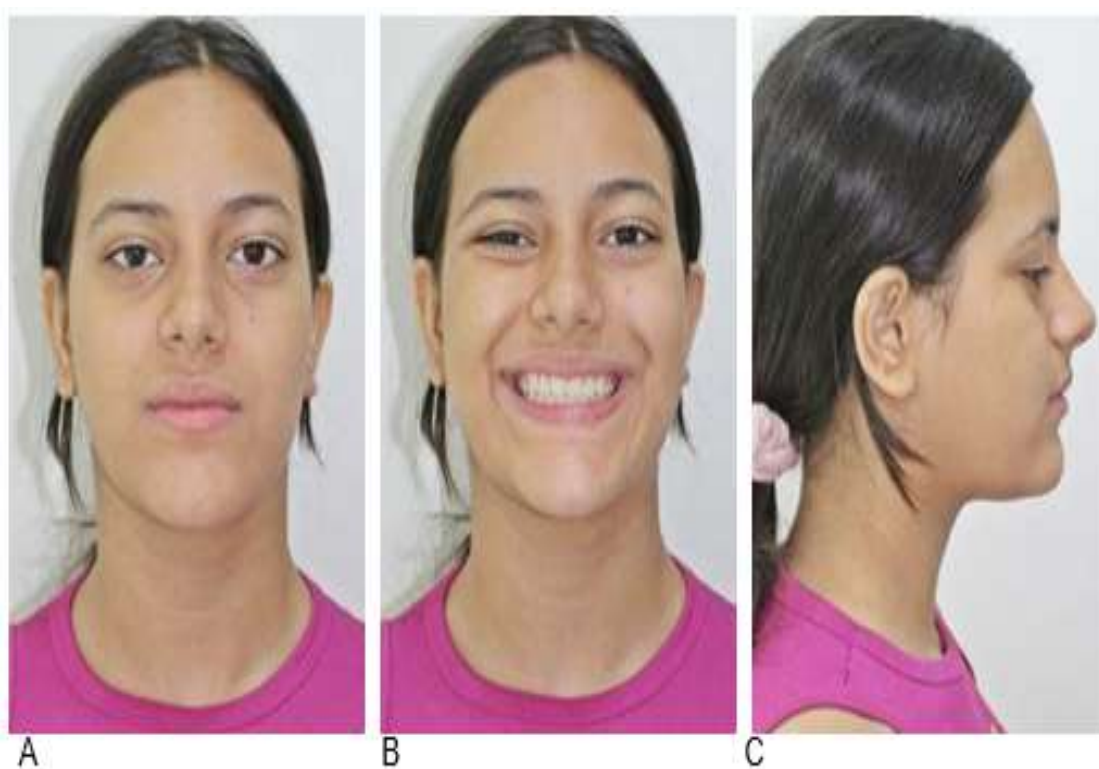
Iniciou-se a mecânica de fechamento dos espaços com retração dos pré-molares superiores com fios de amarrilhos 010 conjugados ativos de molar à canino associado ao elástico em cadeia do 16-26.

Com a obtenção de Classe I de molares e pré-molares, iniciou-se a retração do segmento ântero-superior. Para controle do movimento dentário, utilizou-se arco retangular de aço 0.019"x0.025", enquanto na arcada inferior manteve-se a sequência de fios.

Os amarrilhos conjugados na arcada superior, além de promoverem ancoragem, evitaram a reabertura do espaço entre os dentes 11 e 21, contribuindo para maior estabilidade.

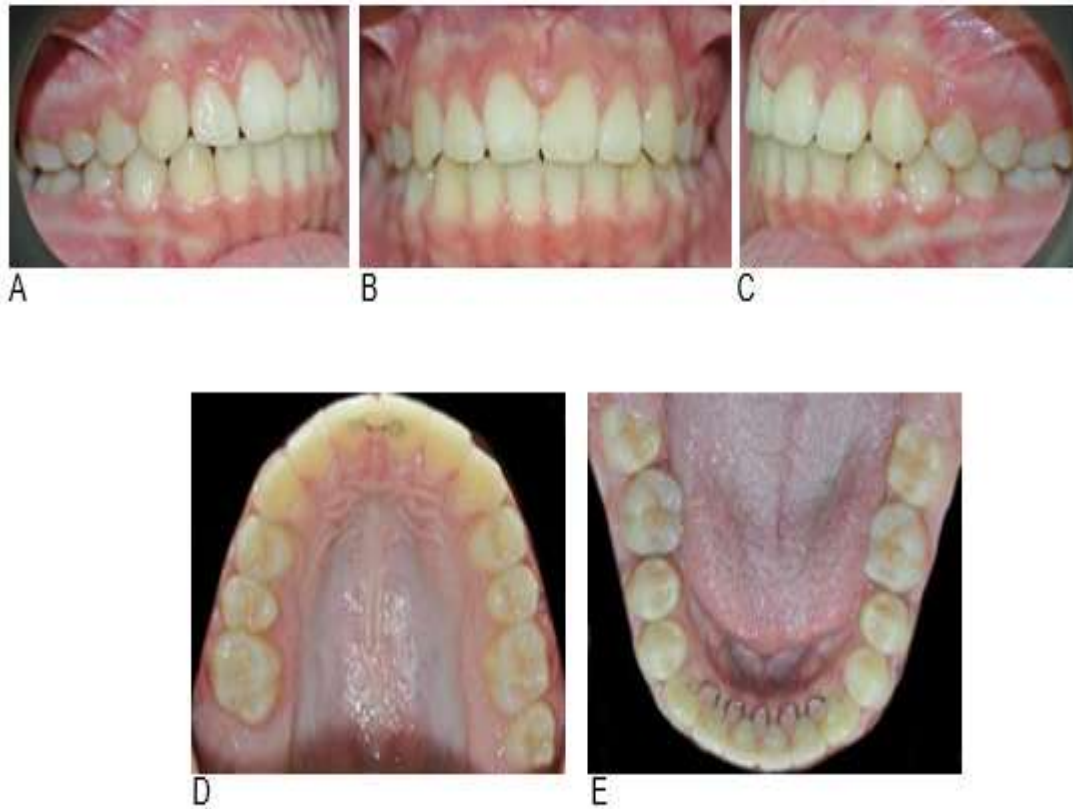
Com o fechamento completo dos espaços, em Classe I e com overjet e overbite adequados, realizou-se a remoção do aparelho e instalação das contenções: placa de Hawley e contenção fixa 1x1 superior e 3x3 inferior. A paciente foi orientada quanto à fase de contenção e possível encaminhamento cirúrgico em caso de sinais inflamatórios no freio labial superior, encontrando-se com o tratamento finalizado e em contenção (Figuras 7A-C, 8A-E).

Figuras 7A-C - Fotografias finais de rosto: A- Frontal. B- Sorriso. C- Perfil.



Fonte: Autoria própria

Figuras 8A-C - Fotografias finais intraorais: A- Lateral direita. B- Frontal. C- Lateral esquerda. D-Oclusal superior. E- Oclusal inferior.



Fonte: Autoria própria

Figuras 9A-C - Fotografias intra orais finais, 30 dias após a remoção do aparelho.



Fonte: Autoria própria

No exame radiográfico final (Figura 10), verificou-se o paralelismo das raízes dos dentes e confirmou uma pequena remodelação radicular nos segundos pré-molares inferiores.

Figuras 10: Radiografia panorâmica final.



Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Os tratamentos ortodônticos realizados durante a dentição mista desempenham um papel crucial na resolução das más oclusões, atuando como um fator moderador ou mesmo impedor do surgimento de novos problemas oclusais^{8,19}. Neste sentido, o diagnóstico precoce é muito importante no planejamento do tratamento ortodôntico. No caso clínico proposto, a paciente encontrava-se na fase de dentição mista, em que o perfil convexo, cujas características faciais constituíam sua principal queixa estética.

Outro ponto a ser discutido em tratamentos precoces são os hábitos deletérios^{8,20}. Tendo como, os mais prevalentes sucção digital e chupeta, ambos podem levar à protrusão excessiva dos incisivos superiores impedindo o selamento labial e levar a um mau posicionamento da língua^{21,22}. No caso proposto, o trespasse horizontal excessivo estava presente juntamente com o hábito de sucção digital.

Alguns estudos preconizam o uso da chupeta, considerando os seus efeitos menos deletérios que a sucção digital, apontando a vantagem adicional de que o abandono da chupeta seja mais fácil^{8,23}. Porém alguns autores apontam para direção contrária: a sucção de chupeta é um fator de risco à má oclusão de maior intensidade que a sucção digital. Afirmando que onde a chupeta não está disponível apresentam menores taxas de má oclusão que aquelas que a utilizam²⁴. No caso exposto, a paciente apresentava o hábito de sucção digital, o qual pode ter contribuído para o desenvolvimento de alterações horizontais.

Os fatores desencadeadores de hábitos orais deletérios estão frequentemente associados a variáveis psicossociais, como o surgimento de alterações emocionais que afetam o comportamento infantil^{8,10,20,25}. A persistência desses comportamentos pode provocar deformidades nas estruturas bucais e no complexo miofascial, tornando-se, assim, um tema de interesse tanto para a Odontologia quanto para a Fonoaudiologia. Nesse contexto, o ortodontista exerce papel fundamental no controle desses hábitos durante a infância, podendo intervir por meio do uso de aparelhos destinados a impedir a sucção digital ou o uso prolongado de chupeta^{7,8,11,22,26}. Dessa forma, a remoção dos fatores de risco exerce impacto direto na redução da prevalência e da gravidade das más oclusões existentes²⁷. Com base no diagnóstico, iniciou-se o tratamento com foco na intervenção do hábito.

A idade é um fator determinante na escolha do tratamento ortodôntico a ser instituído. Quando o hábito bucal deletério está presente até aproximadamente os três anos de idade, existe a possibilidade de autocorreção das alterações oclusais após o abandono do hábito^{25,28}. Em contrapartida, em pacientes com idade superior a seis anos, torna-se necessário o monitoramento criterioso do espaço disponível no arco dentário, da esfoliação natural dos dentes decíduos, da erupção dos dentes permanentes e de sua relação oclusal, bem como da relação maxilomandibular. Nessa faixa etária, mesmo com a interrupção do hábito, a autocorreção espontânea geralmente não ocorre, sendo necessária a intervenção ortodôntica por meio de aparelhos fixos, removíveis ou pela associação de ambos²⁶. No caso clínico apresentado, optou-se pela utilização da grade palatina como abordagem terapêutica inicial, considerando a idade da paciente e a natureza do hábito oral prejudicial.

Para hábitos que envolvem sucção digital, existem diversos tipos de aparelhos intraorais desenvolvidos para impedir a colocação do dedo na posição habitual^{29,30}. Um desses dispositivos é a grade palatina, que não exerce força sobre as estruturas dentárias, atuando como um obstáculo mecânico que, além de impedir a sucção do dedo, contribui para manter a língua em uma posição mais retruída^{10,22}. Embora a paciente do caso relatado não tenha colaborado com o uso do aparelho pelo tempo indicado, de acordo com os relatos da família e da própria paciente, observou-se eficácia na intervenção.

Outra alternativa de intervenção de hábitos deletérios são os esporões linguais adesivos. Diferentemente da grade palatina, os esporões linguais adesivos, quando utilizados em conjunto com o aparelho ortodôntico fixo, apresentam a vantagem de auxiliar na interrupção de hábitos orais deletérios, como a interposição lingual e a sucção digital, ao mesmo tempo em que promovem o alinhamento dentário. Essa

associação pode contribuir para a redução do tempo total de tratamento ortodôntico. Além disso, os esporões destacam-se pela simplicidade de instalação e pelo baixo custo. Entretanto, apresentam desvantagens, como maior incidência de complicações relacionadas à quebra, descolamento e má adaptação^{9,22,31}. No caso apresentado, após a remoção da grade palatina, optou-se pela utilização de esporões linguais adesivos associados ao aparelho ortodôntico fixo, visando à correção da má oclusão e à eliminação do hábito prejudicial.

A paciente do caso clínico abordado apresentava uma má oclusão de Classe II esquelética leve, associada à overjet acentuado e ao hábito de sucção digital com amplo diastema entre os incisivos superiores e inserção alta do freio labial superior. Portanto, a primeira etapa do tratamento foi direcionada ao controle do hábito deletério. Já que a prevenção, bem como o tratamento precoce dos hábitos de sucção, adquire uma importância fundamental, por interferir diretamente na oclusão^{10,11,22}.

Após o controle do hábito de sucção digital, iniciou-se a fase ativa do tratamento ortodôntico, com a instalação do aparelho fixo convencional e o emprego de mecânica de Classe II. Alguns autores relatam que, a correção precoce desta má oclusão pode evitar repercussões psicológicas nos pacientes, assim como tratamentos mais complexos no futuro^{15,17}.

Neste sentido, foram empregadas mecânicas de retração do segmento anterior com fechamento do diastema, utilizando uma abordagem conservadora. O tratamento permitiu também a correção da relação molar e canina, bem como o ajuste da inclinação e do posicionamento ântero-posterior dos incisivos. Já que, melhoras no perfil facial dos pacientes, especialmente devido à retração controlada dos incisivos, contribuem para um melhor equilíbrio estético. Contudo, o uso de biomecânica apropriada é fundamental para alcançar o resultado desejado^{15,22}.

A inserção alta, a espessura aumentada e o formato em leque constituem características anormais do frênulo labial superior e podem dificultar significativamente o fechamento do diastema mediano. O momento ideal para a frenectomia labial é amplamente discutido na literatura e não há consenso absoluto, pois a indicação depende de múltiplos fatores, sobretudo da relação entre o frênulo e a manutenção do diastema. Diversos estudos clínicos relatam que o diastema mediano pode se fechar naturalmente antes do tratamento ortodôntico, especialmente durante a erupção dos incisivos laterais e caninos, motivo pelo qual a realização precoce da frenectomia nem sempre é necessária^{13,14}. Por outro lado, a literatura ortodôntica contemporânea considera mais previsível e estável realizar a frenectomia após o fechamento ortodôntico do espaço ou durante sua finalização,

uma vez que a remoção das fibras tracionantes reduz o risco de recidivas³². No caso proposto, a paciente apresentava um freio labial superior com essas características.

Em crianças, a frenectomia precoce pode ser indicada em casos de frênulo papilar-penetrante, espesso ou em leque, sobretudo quando há sinais de comprometimento funcional ou periodontal, ou quando o diastema não demonstra tendência fisiológica de fechamento. A indicação adequada da frenectomia é fundamental, uma vez que a presença de um frênulo espesso e amplamente inserido constitui um fator persistente para a manutenção do espaçamento interincisal e pode comprometer a estabilidade do tratamento ortodôntico; dessa forma, o fechamento do diastema em pacientes com frênulo proeminente tende a ser mais previsível quando a frenectomia é associada ao tratamento ortodôntico do que quando realizada isoladamente^{13,14,33,34}. No caso apresentado foi indicada a frenectomia antes do fechamento do diastema.

Para alcançar resultados estáveis no tratamento ortodôntico, deve-se garantir uma boa oclusão estável e, às vezes, a sobrecorreção das más oclusões. No entanto, ainda que a oclusão e o alinhamento dentário final possam ser considerados “ideais”, isso não garante a eliminação da tendência à recidiva. Fatores como, remodelação dos tecidos periodontais, idade do paciente, forças dos tecidos moles e persistência de hábitos deletérios podem provocar movimentos dentários indesejados no pós-tratamento, mesmo quando a contenção esteja corretamente posicionada e mantida^{35,36}. Estudos indicam que nenhuma forma de contenção isoladamente é completamente eficaz em prevenir a recidiva, sendo a associação entre contenções fixa e removível uma estratégia amplamente recomendada para garantir melhores resultados a longo prazo^{37,38}. No que diz respeito aos resultados obtidos no caso clínico abordado, as melhorias dentoalveolares alcançadas com o tratamento ortodôntico foram consideradas satisfatórias. Dessa forma, a fim de assegurar a estabilidade dos resultados obtidos e minimizar o risco de recidiva, optou-se pela combinação de contenção fixa e removível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle do hábito de sucção digital foi essencial para o sucesso do tratamento ortodôntico, permitindo a correção eficaz da má oclusão de Classe II esquelética leve, do overjet acentuado e do diastema interincisal.

REFERÊNCIAS

1. George, Ashwin M.; Felicita, A. Sumathi; Tânia, SD Moagem 1 ; Priyadharsini, J. Vijayashree 2 .Revisão sistemática sobre os fatores genéticos associados à má oclusão esquelética de Classe II.. Revista Indiana de Pesquisa Odontológica 32(3):p 399-406, jul-set 2021. Disponível em: https://DOI:10.4103/ijdr.IJDR_59_20. Acesso em: 22/12/2025.
2. Katib HS, Aljashash AA, Albishri AF, Alfaifi AH, Alduhyaman SF, Alotaibi MM, Otayf TS, Bashikh RA, Almadani JA, Thabet AM, Alaman KA. Influence of Oral Habits on Pediatric Malocclusion: Etiology and Preventive Approaches. *Cureus*. 2024 Nov 4;16(11):e72995. Disponível em: <https://doi:10.7759/cureus.72995>. PMID: 39640127; PMCID: PMC11617490. Acesso em: 20/12/2025.
3. Hirani S, Hirani T, Shah A, Patel S, Mehta M, Patel P, Kumar S, Haque M. Morphogenetic Expression of Genes in Class II Division 2 Malocclusion: A Pedigree Study. *Cureus*. 2025 May 7;17(5): e83647. Disponível em: <https://doi:10.7759/cureus.83647>. PMID: 40486362; PMCID: PMC12143110. Acesso em: 08/10/2025.
4. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, et al. The association between nutritive and non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018;18:145. Disponível em: <https://doi:10.1186/s12903-018-0610-7>. Acesso em: 10/10/2025.
5. Sadoun C, Templier L, Alloul L, Rossi C, Díaz Renovales I, Nieto Sanchez I, Martín-Palomino Sahagún P. Effects of non-nutritive sucking habits on malocclusions: a systematic review. *J Clin Pediatr Dent*. 2024;48(2):4-18. Disponível em: <https://doi:10.22514/jocpd.2024.029>. Acesso em: 12/10/2025.
6. Campos BA. Prevalência de malocclusão em crianças entre os 6 e os 10 anos e a sua relação com hábitos de sucção não nutritivos, amamentação e cárie [thesis]. Egas Moniz School of Health and Science (Portugal); 2019. <http://hdl.handle.net/10400.26/30569>. Acesso em: 12/10/2025.
7. Santos Barrera M, Ribas-Perez D, Caleza Jimenez C, Cortes Lillo O, Mendoza-Mendoza A. Hábitos orais na infância e patologias oclusais: um estudo de coorte. *Clin Prac*. 2024;14(3):718-728. Disponível em: <https://doi:10.3390/clinpract14030057>. Acesso em: 12/10/2025.
8. da Costa Gomes CB, et al. O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento precoce de maloclusões decorrentes de hábitos deletérios. *RECIMA21 Rev Cient Multidiscip*. 2023;4(1): e414411. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.4411>. Acesso em: 08/10/2025.
9. Nascimento MHA, Araújo TM, Machado AW. Mordida aberta anterior grave durante dentição mista tratada com esporão palatino. *Rev Odontopediatria Clín*. 2016;40(3):247-250. Disponível em: <https://doi.org/10.17796/1053-4628-40.3.247>. Acesso em: 08/10/2025.
10. Monguilhott LMJ, Frazzon JS, Cherem VB. Hábitos de sucção: como e quando tratar na ótica da ortodontia x fonoaudiologia. *Rev Dent Press Ortodon Ortoped*

Facial. 2003;8(1):95–104. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/odontologia/resource/pt/lil-336442>. Acesso em:
08/10/2025.

11. Magalhães LNC, Rodrigues MJ, Heimer MV, Alencar AS. Prevalência de hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a mordida aberta anterior em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Universidade de Pernambuco. *Dental Press J Orthod*. 2012 Mar-Apr;17(2):119-123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512012000200021>. Acesso em: 08/10/2025.
12. de Camargo HM. Tratamento de overjet acentuado com a técnica de Begg: relato de caso clínico [Monografia]. Campo Grande (MS): Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); 2025. Disponível em: <https://rdta.facsete.edu.br/monografia/items/show/11110>. Acesso em: 08/10/2025.
13. Baxter RT, Zaghi S, Lashley AP. Safety and efficacy of maxillary labial frenectomy in children: A retrospective comparative cohort study. *Int Orthod*. 2022;20(2):100630. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ortho.2022.100630>. Acesso em: 08/10/2025.
14. Awooda EM. Twelve-Year Follow-Up of Laser Frenectomy during Early Mixed Dentition. *Case Rep Dent*. 2023; 2023: 5525534. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2023/5525534>. PMID: 38187163; PMCID: PMC10769751. Acesso em: 08/10/2025.
15. Ngan P, Tai S. Orthopedic treatment of Class II malocclusion with mandibular retrusion. *Front Oral & Maxillofacial Med*. 2024; 6:77634. Disponível em: <https://fomm.amegroups.org/article/view/77634>. Acesso em: 08/10/2025.
16. Giuntini V, et al. Tratamento da má oclusão de Classe II em pacientes em crescimento: precoce ou tardio? *Seminários em Ortodontia*. 2023;29(2):183–188. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/seminars-in-orthodontics>. Acesso em: 08/10/2025.
17. Ferreira LPA. Tratamento da má oclusão Classe II sem extrações. *J Multidiscip Dent*. 2023;13(1):55–61. Disponível em: <https://www.jmdent.com.br>. Acesso em: 08/10/2025.
18. Boeck E M, Pizzol K E D C, Barbosa E G P, Pires N C A, Lunardi N. Prevalence of malocclusion in 3 to 6 year-old sucking habit children. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(2):110-116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-25772013000200008>. Acesso em: 08/10/2025.
19. Almeida ILH, Ferreira VHA. A importância do diagnóstico precoce de desarmonias dentofaciais. *Revista Científica Unilago*. 2024;1(2). Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br>. Acesso em: 15/10/2025.
20. Aguilar MFJ, Jerez M, da Costa Gomes M, Monguilhott L, et al. A construção de um objeto de aprendizagem para promoção, prevenção e proteção da saúde: hábitos orais deletérios em crianças. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*.

2025;17(1): e7389. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/ced>. Acesso em: 13/10/2025.

21. Chandel R, et al. Mordida aberta anterior tratada com grade palatina e terapia miofuncional: relato de caso. *Cureus*. 2024;16(6). Disponível em: <https://www.cureus.com>. 04/08/2025.
22. Zhang J, Zhao Y, Song D, Liu X, Lu C, Yi J, Zhang Y, Hu M. Treatment of severe anterior open bite by using tongue crib and teeth extraction: a case report. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):657. Disponível em: <https://doi:10.1186/s12903-025-06035-w>. PMID: 40301873; PMCID: PMC12039108. Acesso em: 13/10/2025.
23. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, Bosch C, Verna C. The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Prog Orthod*. 2018;19(8). Disponível em: <https://doi:10.1186/s40510-018-0206-4>. Acesso em: 12/10/2025.
24. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2000;34: 299–303. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 11/10/2025.
25. Carvalho VG, et al. Relação da mordida aberta anterior com a qualidade de vida das crianças durante a infância. *Rev Saúde Dos Vales*. 2024;10(1). Disponível em: <https://revistasaudedosvales.com.br>. Acesso em: 18/10/2025.
26. Paglia L. Interceptive orthodontics: awareness and prevention is the first cure. *Eur J Paediatr Dent*. 2023 Feb;24(1):5. Disponível em: <https://doi:10.23804/ejpd.2023.24.01.01>. PMID: 36853207. Acesso em: 11/10/2025.
27. Kongo E, Emir B, Gribizi I, et al. Investigando as relações entre idade, características oclusais e gravidade da má oclusão em crianças pré-escolares: um estudo transversal. *BMC Oral Health*. 2025;25: 1529. Disponível em: <https://doi:10.1186/s12903-025-06718-4>. Acesso em: 11/10/2025.
28. Gao C, Wang M, He H, et al. Association between Non-nutritive sucking habits and Anterior open bite: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2025; 25: 1124. Disponível em: <https://doi:10.1186/s12903-025-06040-z>. Acesso em: 12/10/2025.
29. Borrie FR, Bearn DR, Innes NP, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 31;2015(3):CD008694. Disponível em: <https://doi:10.1002/14651858.CD008694.pub2>. PMID: 25825863; PMCID: PMC8482062. Acesso em: 12/10/2025.
30. Tavares A, Estrela CRA, Lazari-Carvalho PC. Ortodontia interceptativa no tratamento de mordida cruzada posterior bilateral e mordida aberta anterior: relato de caso. *Rev Odontol Bras Cent*. 2019;28(87). Disponível em: <https://www.robrac.org.br>. Acesso em: 08/10/2025.
31. Rossato PH, Bayer LB, Almeida RR, Conti ACCF, Fernandes TMF, Oltramari PVP. Clinical complications during early treatment of anterior open bite. *Braz Oral*

Res. 2021 Jul 5;35:e081. Disponível em: <https://doi:10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0081>. PMID:34231768. Acesso em: 07/10/2025.

32. Rai AA, Salian SS, Dhadse PV, Patil RT, Punse SD, Paleriya KM. Labial Frenectomy Using Conventional Scalpel Technique: A Case Report. *Cureus*. 2024 Jul 12;16(7):e64436. Disponível em: <https://doi:10.7759/cureus.64436>. PMID:39139340; PMCID: PMC11319730. Acesso em: 07/10/2025.
33. Ahn JH, Newton T, Campbell C. Labial frenectomy: current clinical practice of orthodontists in the United Kingdom. *Angle Orthodontist*. 2022;92(6):780–786. Disponível em: <https://doi:10.2319/011822-56.1>. Acesso em: 15/10/2025.
34. Ani YSK, Salam F, Thahir H. Frenectomia labial máxima com a técnica de duas pinças em pacientes ortodônticos fixos: relato de caso. *Interdental [Internet]*. 2024 Dec 30 [cited 2025 Oct 16];20(3):492–6. Available from: <https://e-journal.unmas.ac.id/index.php/interdental/article/view/9526>. Acesso em: 19/10/2025.
35. Chacón-Moreno A, Ramírez-Mejía MJ, Zorrilla-Mattos AC. Relapse and inadvertent tooth movement post orthodontic treatment in individuals with fixed retainers: A review. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2022 Sep 28;10(3): e116. Disponível em: doi:10.21142/2523-2754-1003-2022-116. PMID:38389556; PMCID: PMC10880701. Acesso em: 19/10/2025.
36. Martin C, et al. Retention procedures for stabilizing tooth position after treatment with orthodontic braces. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;(5):CD002283. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002283.pub>. Acesso em: 01/11/2025.
37. Alayyash A, et al. Effectiveness of different retention protocols in preventing relapse after orthodontic treatment: A systematic review. *J Clin Orthod*. 2024;58(4):241–249. Disponível em: <https://www.jco-online.com>. Acesso em: 01/11/2025.
38. Inchingolo F, et al. Applied Sciences. 2023;13(20):11442. Orthodontic Relapse after Fixed or Removable Retention Devices: A Systematic Review. *Applied Sciences*. 2023;13(20):11442. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3417/13/20/11442>. Acesso em: 01/11/2025.