



TRATAMENTO PRECOCE DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR RELATO DE CASO

Ione Rafaela ARROYO¹
Carolina MATTAR²
Marcus Vinicius CREPALDI³
Leo Guimaraes SOARES⁴
Marcia Yuri KAWAUCHI⁵
Bruna G. PERON⁶

Resumo

A mordida aberta é uma má oclusão complexa distinta e de difícil tratamento, pois o controle da dimensão vertical desta má oclusão requer cooperação do paciente e experiência do profissional. Os fatores hereditários como tendência de crescimento vertical, alterações na orofaringe leva a uma respiração deficiente, mau posicionamento da língua e da deglutição e fatores ambientais como a presença de hábitos deletérios, sendo os mais comuns o uso de chupeta, sucção de polegar e interposição podem agravar esta má oclusão. Os tratamentos podem ser a grade palatina, forças ortopédicas, ajuste oclusal, camuflagem com ou sem exodontia, mini-implantes ou mini placas e cirurgia ortognática. Esta má oclusão requer uma intervenção imediata, pois quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, melhor, mais eficiente, rápido e estável será o resultado. O objetivo do presente estudo é apresentar através de um caso clínico da E. A. T, sexo feminino 9 anos de idade, que buscou a clínica em especialização de ortodontia da FAIPE, com atresia de maxila, mordida aberta anterior e hábito de sucção do polegar. O tratamento foi realizado com aparelho expansor de maxila e grade palatina.

Palavras-Chave: Ortodontia; Mordida Aberta anterior; Má oclusão.

Abstract

Open bite is a distinct complex malocclusion that is difficult to treat, as controlling the vertical dimension of this malocclusion requires cooperation from the patient and experience from the professional. Hereditary factors such as a tendency towards vertical growth, changes in the oropharynx lead to poor breathing, poor positioning of the tongue and swallowing and also environmental factors such as the presence of harmful habits, the most common of which are the use of pacifiers, thumb sucking and interposition, can aggravate this malocclusion. Treatments can include palatal grating, orthopedic forces, occlusal adjustment, camouflage with or without extraction, mini-implants or mini-plates and orthognathic surgery. This malocclusion requires immediate intervention, as the earlier the diagnosis and treatment, the better, more efficient, faster and more stable will be the result. The objective of the present study is to present a clinical case of E. A. T, a 9-year-old female, who sought the orthodontics specialization clinic at FAIPE, with maxillary atresia, anterior open bite and thumb sucking habit. The treatment was carried out with a maxillary expander device and palatal grille.

Keywords: Orthodontics; Previous Open Bite; Malocclusion.

¹ Aluna do Curso de Pós-graduação em Ortodontia pela FAIPE-MT

² Mestre em Ortodontia

³ Doutor em Ortodontia

⁴ Doutor em Odontologia

⁵ Doutorado em Ortodontia

⁶ Aluna do Curso de Pós-graduação em Ortodontia pela FAIPE –MT.



INTRODUÇÃO

A mordida aberta pode ser definida, como uma deficiência no contato vertical normal entre os antagonistas, podendo manifestar-se numa região limitada, ou em todo o arco dentário. É uma anomalia complexa distinta e de difícil tratamento, pois o controle da dimensão vertical em uma má oclusão requer cooperação do paciente e experiência do profissional (JANSON et al., 2003). Pode ser causada por vários fatores: fatores hereditários como tendência de crescimento vertical, alterações na orofaringe levando a uma respiração deficiente, mau posicionamento da língua e da deglutição e também fatores ambientais como a presença de hábitos deletérios, sendo os mais comuns o uso de chupeta, sucção de polegar e interposição lingual (ALMEIDA 2002), anquilose dentária e distúrbios de irrupção (HENRIQUES 2000).

A mordida aberta possui características distintas que além da complexidade dos fatores etiológicos, traz consequências estéticas e funcionais. Várias alternativas têm sido realizadas em seu tratamento, entre eles a grade palatina, forças ortopédicas, ajuste oclusal, compensações dentárias com ou sem exodontias, mini-implantes ou miniplacas e cirurgia ortognática. O diagnóstico preciso e a determinação da etiologia permitem estabelecer os objetivos e o plano de tratamento ideal para essa má oclusão (MATSUMOTO, 2011). Esta má oclusão requer uma intervenção imediata, pois quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, melhor, mais eficiente, rápido e estável será o resultado (HENRIQUES, 2000). Porém nem todos os pacientes procuram o tratamento precocemente, procuram já na fase adulta, isto por desconhecer o problema ou até mesmo por fatores de ordem pessoal, quando chegam à adolescência eles ficam mais preocupados com a estética, a vaidade aumenta com isto o tratamento é mais difícil e a estabilidade fica comprometida (BELTRÃO, 2002).

O objetivo do presente estudo é apresentar através de um caso clínico da E. A. T, sexo feminino 9 anos de idade, que buscou a clínica em especialização de ortodontia da FAIPE, com atresia de maxila, mordida aberta anterior e hábito de sucção do polegar. O tratamento foi realizado com aparelho expansor de maxila e grade palatina.

REVISÃO DE LITERATURA

A mordida aberta é a falta de contato entre determinados dentes quando



posicionados em relação centrada, medindo o espaçamento envolvendo a distância entre o plano oclusal superior e o plano oclusal inferior (SALZMANN, 1947).

Graber (1972) classificou a mordida aberta foi avaliada pela presença de espaços entre as superfícies oclusais ou incisais dos dentes superiores e inferiores quando a mordida se encontra em posição centrada (GRABER, 1972).

Moyers (1991) pode ser classificada em simples que abrangem apenas dentes e processos alveolares e complexa apresentando displasia esquelética vertical.

Medeiros e Medeiros (2001) afirmaram que o termo “mordida aberta” é utilizado para classificar ou diagnosticar uma deformidade dentofacial. Mas concluíram que, por se tratar de uma expressão descritiva, não serviria para definir a origem esquelética desta má oclusão.

Almeida et al. (2002) definiu como sendo a ausência de contato entre incisivos superiores e inferiores em relação centrada.

Para Maciel e Leite (2005), a mordida aberta é mais frequentemente vista na região anterior, principalmente devido a hábitos nocivos como a sucção do polegar ou de outros dedos. Nestes casos, a mordida aberta geralmente é de forma assimétrica. A posição dos dentes e a deformação dos processos alveolares exibem uma configuração que representa aproximadamente, uma impressão negativa do polegar ou dos outros dedos, já que estes são utilizados durante o ato de sucção.

Thomas e Valença (2005) confirma que a organização Mundial de Saúde (OMS) considera a má oclusão dentária como o terceiro problema odontológico de saúde pública em todo o mundo.

Cabrera e Cabrera (2010), classificam que as má oclusões que se expressam em mordida abertas são mais frequentemente encontradas em pacientes apresentam extrusão da porção anterior da maxila, revelando excesso de exposição gengival ao sorrir. A mordida aberta tem sido classificada de diversos aspectos, feitas por diferentes autores ao longo do tempo. Essas diferentes formas de classificação têm como finalidade apontar os fatores etiológicos, diferenciais as várias manifestações clínicas e direcionar o tratamento mais adequado para cada anomalia.

Worms (1971) classifica a mordida em simples, compreendida de canino a canino; composta entre os pré-molares, e infantil quando atinge os molares.

Dawson (1974) classifica essa malocclusão em relação à plenitude ou grau de separação dentária atribui-se valores: mordida aberta mínima (até 1 mm); moderada



(1 a 5mm) e severa (acima de 5mm).

Fayyat (1999) a classifica em mordida aberta dentoalveolares (onde os componentes esqueléticos do indivíduo são relativamente normais) ou esqueléticos (onde além dos distúrbios dentoalveolares, há também uma desproporção óssea).

Maia et al. (2008) classificam em dentárias, dentoalveolares e esqueléticas, conforme as estruturas que afetam. Alguns estudos mostram que a prevalência é maior na dentadura temporária 38,11%; no entanto, outros indicam que nas crianças, cerca de 50% das mordidas abertas desaparecem espontaneamente com o avanço da idade.

Cabrera (2010) apresentou uma classificação atualizada da mordida aberta, são elas: mordida aberta dentária (apresenta planos oclusais coincidentes com oclusão entre molares e pré-molares e desocclusão dos caninos e incisivos), mordida aberta ortopédica (apresenta planos oclusais cefalométricos divergentes, com no máximo com 4 graus de divergência entre o plano oclusal superior e inferior, a oclusão geralmente ocorre em molares, e eventualmente, também em segundo pré-molares, mas nunca nos demais inferiores) e mordida aberta cirúrgica (apresenta planos oclusais cefalométricos divergentes, com valores que excedem a 4ª de divergência entre os planos oclusais superiores e inferiores).

A busca de um único fator etiológico da mordida aberta como em todas as más oclusões seria estéril, já que independentemente de seu grau ela apresenta uma etiologia multifatorial, ou seja, diversos fatores interagem e operam dentro de um potencial de crescimento essencial a cada indivíduo, promovendo essa má oclusão (MOYERS, 1991; HUANG, 2002).

Os fatores etiológico básicos da mordida aberta anterior estão relacionados direta ou indiretamente, como é o caso do aleitamento materno, (crianças não aleitadas naturalmente), hábitos deletérios (sucção digital e chupetas), função ou tamanho anormal da língua, respiração bucal (obstrução das vias aéreas superiores), traumatismo e odontologias congênitas ou adquiridas na região da pré maxila (CREPALDI, 2008).

Estão relacionadas à hereditariedade e aos fatores ambientais; por isso, é uma das maloclusões mais difíceis de tratar, pois estes fatores interferem no crescimento e no desenvolvimento normal das estruturas faciais, modificando a morfologia e a função do sistema estomatognático e desencadeando amídalas hipertróficas,



interposição dental, anquilose dentária e anormalidades no processo de erupção (ALMEIDA et al., 2003).

Também são considerados os fatores intrínsecos como o sexo, o grupo étnico, o crescimento e desenvolvimento individual, a alimentação, os transtornos endócrinos e as doenças metabólicas. E entre os fatores extrínsecos que ocorrem para o desenvolvimento da má oclusão estão às alterações na função mastigatória, a cárie dental, a perda prematura dos dentes decíduos, as alterações no posicionamento da língua, hábitos de sucção e respiração bucal (SADAKYTO et al., 2004).

As determinações da etiologia, o diagnóstico preciso, permitem estabelecer os objetivos e o plano de tratamento ideal para essa má oclusão (MATSUMOTO, 2011).

Aleitamento Materno

A forma de aleitamento interfere no padrão de movimentação dos músculos mastigatórios. Durante o primeiro ano de vida, a boca é a região mais importante do corpo, a sucção uma resposta natural da própria espécie, considerada um dos primeiros padrões comportamentais do indivíduo (CORRÊA, 2003).

A amamentação natural, portanto, exerce grande influência na fase do desenvolvimento da oclusão decídua, pois além de seus aspectos nutricionais, imunológicos e emocionais, desempenha um papel funcional (ALMEIDA, 1995).

Função e Postura Anormal da Língua

A interposição lingual é considerada como um hábito secundário, pois se deve principalmente a uma adaptação ao espaço anteriormente existente e, portanto, atua mais como um agravante da mordida aberta (SPEIDEL et al., 1972).

Pode alterar a morfologia e a função estomatognática, rompendo o equilíbrio dentário e prejudicando o desenvolvimento esquelético e normal e oclusal (ESTRIPEANT; HENRQUES; ALMEIDA, 1989).

Hábitos de Sucção e chupeta

Uma grande prevalência na etiologia da mordida aberta são os hábitos de sucção digital e chupeta (GRABER, 1959; SILVA FILHO et al., 1986).

Além de restringir o crescimento do processo alveolar anterior, com o conseqüente bloqueio do irrompimento dos dentes anteriores, propicia uma condição para o desenvolvimento da mordida cruzada posterior (GRABER, 1959). Devido o



posicionamento do polegar no palato mantem a língua em uma posição mais inferior, afastando-se do contato com os dentes posteriores, permitindo que haja um rompimento do equilíbrio natural existente entre a língua e a musculatura peribucal (SILVA FILHO et al., 1986).

O hábito de sucção deletério é um dos fatores com maior potencial na deterioração da oclusão e pode transformar-se em hábito nocivo de acordo com a frequência, pré-disposição, idade, intensidade de duração do movimento (SOUZA et al., 2006).

Hereditariedade

O indivíduo já nasce com os genes que controlam os padrões de crescimento definidos e quanto mais vertical for sua tendência de crescimento, mais e a probabilidade de apresentar mordida aberta anterior (FRANKEL et al., 1972).

Respiração Bucal

A respiração Bucal está presente em grande parte dos pacientes com mordida aberta anterior (MARTINS et al., 1994).

Normalmente a respiração deve ser realizada principalmente pela via nasal, para que o ar respirado chegue aos pulmões aquecido, filtrado e umedecido (ALMEIDA et al., 2000). No indivíduo que apresenta respiração bucal, a língua em vez de pressionar o palato, fica numa posição mais abaixada e a mandíbula posiciona-se pósteroinferiormente, liberando os dentes posteriores para uma erupção passiva, proporcionando um aumento da altura facial ântero-inferior e da convexidade facial (MARTINS, 1994).

Época Ideal de Tratamento

A intervenção precoce diante dessa má oclusão, ou seja, na dentição mista, as chances de tratamento se elevam e há menor proporção a recidiva (HAYDAR et al., 1992).

A consulta terapêutica a ser seguida está diretamente relacionada com a etiologia e com a época de intervenção, sendo o protocolo de tratamento diferenciado de acordo com a fase de crescimento dentário do paciente (HENRIQUES, 2000).

Caso Clínico



A paciente E.A.T, 9 anos de idade, leucoderma, sexo feminino, apresentou-se na clínica em especialização de ortodontia da FAIPE, para realização de tratamento ortodôntico.

Na análise facial, em norma frontal verificou-se assimetria facial normal, perfil dolicofacial, terço inferior suavemente aumentado, relação labial deficiente sem expor os incisivos superiores quando em repouso, e sorriso não gengival. Em norma lateral observou-se perfil facial convexo, bom ângulo naso-labial, lábio inferior aumentado (figura 1)

Na análise dentária observou-se uma relação molar classe I, com mordida aberta anterior dentária de 3mm, maxila atrésica, sem desvio da linha média anterior. (figura 2). A paciente foi diagnosticada sendo padrão I, com relação de molares em classe I de Angle. Na radiografia panorâmica apresentou a formação dos terceiros molares inferiores.

Planejamento Clínico

Optou-se, inicialmente, por uma expansão da maxila com o aparelho Hyrax com grade palatina ativado por 15 dias. Após esse período manteve o mesmo aparelho por 3 meses para a estabilização da expansão. Após 90 dias do término das ativações, foi trocado o aparelho Hyrax por barra palatina com grade por 6 meses. Após esse período o intervalo foi com 6 meses para acompanhar a troca dos dentes. Após a erupção dos dentes permanentes irá iniciar a fase da ortodontia fixa.



Figura 1 - Fotografias Intra-Orais iniciais lado direito, frontal e lado esquerdo.



Figura 2 Fotografia Intra-Oral Fase final do tratamento da mordida aberta anterior.



Figura 3- Barra transpalatina acoplada com a grade palatina.



Figura 4 - Fotos intra-orais após 6 meses da finalização do tratamento, apresentando leve recidiva.

CONCLUSÃO

As discrepâncias verticais, consistem em um dos maiores desafios á clinica ortodôntica, pois aqueles pacientes que apresentam padrão de crescimento vertical devem ser tratados com o máximo cuidado. Os fatores ambientais como os hábitos de sucção não nutritiva e a respiração bucal, são um dos principais causadores da má oclusão. Interceptar os casos de mordida aberta, muitas vezes pode parecer simples, mas requer um extremo cuidado. Não diagnosticar a associação de diversos fatores etiológicos pode levar a resultados faciais desastrosos. Neste caso de mordida aberta anterior mesmo usando o hyrax e a barra palatina e uma grande colaboração do



paciente, houve uma pequena recidiva e irá instalar-se o aparelho fixo para melhor resultado. A avaliação funcional, bem como o tratamento e acompanhamento de uma fonoaudióloga será necessário para sucesso do tratamento, na fase do aparelho fixo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. R. et al. Mordida aberta anterior: considerações e apresentação de um caso clínico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 3, n. 2, p.17-29, mar./abr. 1995.
- AMEIDA, F. et.al. Intercepção de uma mordida aberta esquelética associada á sucção digital; relato de um caso clínico. **J Bras Ortop Facial**, v. 7, n. 37, fev./mar. 2002
- BELTRAO, R. T. **Estabilidade a longo prazo do tratamento da mordida aberta com extrações na dentadura permanente**. 2002. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2002.
- CREPALDI, M. V. **Estabilidade do tratamento da mordida aberta com ajuste oclusal**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- DAWSON, P. E. **Solving anterior open-bite problem**: evaluation, diagnosis and treatment of occlusion problems. Saint Louis: Mosby, 1974.
- ESTRIPEAUT, L. E.; HENRIQUES, J. F. C.; ALMEIDA, R. R. Hábito de sucção digital e má oclusão: relato de um caso clínico. **R Odontol Univ São Paulo**, v. 3, n. 2, p. 371-6, 1989.
- GRABER, T. M. **Orthodontics**: Principles & Practice. WB Saunders Company, 1972.
- GRABER, T. M. Thumb and fingersucking. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 45, n. 4, p. 258-64, Apr. 1959.
- HAYDAR, B Funcional regulator therapy in treatment of skeletal open-bite. **J Nihon Univ Sch Dent**, v. 34, p. 278-87,1992.
- HENRIQUES, J. F. C. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. **Rev Dental Press de Ort e Ortop Facial**, v. 5, n. 3, p. 29-36, maio/jun. 2000.
- HUANG, G. J. et al. Stability of anterior open-bite treated with crib therapy. **Angle Orthod**, v. 60, n. 1, p. 17-25, 1989.
- JANSON, G. et.al. Stabiliyy of anterior open bite nonextraction treatment in the permanente dentition. **Am J Ortho Dentofacial Orthop**, v. 124, n. 3, p. 265-76, Sep. 2003.
- MATSUMOTO, M. A. N. Má oclusão Classe I de Angle, com mordida aberta anterior, tratada com extração de dentes permanentes. **Dental Press J Orthod.**, v. 16, n. 1, p. 126-38, jan./fev. 2011.
- MOYERS, R. E. **Ortodontia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- SALZMAN, J. A. **Princípios de ortodontia**. Barcelona: Salvat, 1947.
- SILVA FILHO, O. G.; OKADA, T.; SANTOS, S. D. Sucção digital: abordagem multidisciplinar: ortodontia x psicologia x fonoaudiologia. **Estomatol Cult**, v. 16, n. 2, p. 38-44, 1986.
- SPEIDEL, T. M. et al. Tongue thrust therapy and anterior dental open-bite. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 62, n. 3, p. 287-95, Sept. 1972.
- THOMAZ, E.; VALENÇA, A. M. G. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís – MA – Brasil. **RPG: Rev Pós Grad.**, v. 12, p. 212-21, 2005.