



Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

FACULDADE SETE LAGOAS

KARINNA VASCONCELOS MOREIRA PONTES

TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRECOCE NA ATUALIDADE

FORTALEZA – CE

2015

KARINNA VASCONCELOS MOREIRA PONTES

TRATAMENTO ORTODÔNTICO PRECOCE NA ATUALIDADE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ortodontia Bioprogressiva, da Clínica Integrada de Odontologia, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia Bioprogressiva.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Renata Torreão Viana de Melo Costa.

FORTALEZA – CE

2015

Pontes, Karinna Vasconcelos Moreira.  
Tratamento ortodôntico precoce na  
atualidade / Karinna Vasconcelos Moreira Pontes. - 2015.  
16 f.  
Orientador: Renata Torreão Viana de Melo Costa  
Monografia (especialização) - Faculdade de Tecnologia de  
Sete Lagoas, 2015.  
1. Tratamento ortodôntico. 2.  
I. Título  
II. Renata Torreão Viana de Melo Costa

FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “Tratamento ortodôntico precoce na atualidade” de autoria da aluna Karinna Vasconcelos Moreira Pontes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

*Renata Torreão Viana de Melo Costa*

---

Prof.<sup>a</sup> Renata Torreão Viana de Melo Costa – IESO - Fortaleza - ORIENTADORA

*Prof. Rafael Douglas Lima Gonçalves*

---

Prof. Rafael Douglas Lima Gonçalves – IESO - Fortaleza

*Ms. Antônia Laura Araújo Carvalho*

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Antônia Laura Araújo Carvalho – IESO - Fortaleza

## RESUMO

A maloclusão é um dos problemas de saúde bucal com maior prevalência no mundo, podendo ser influenciada por fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Trata-se de desvios dos dentes e dos maxilares do alinhamento normal, havendo três classes que se distinguem pela relação oclusal dos primeiros molares. Tal como é preconizado nas áreas da saúde em geral, a Ortodontia valoriza a ideia de diagnóstico e tratamento precoces, i. e. durante o estágio mais ativo do crescimento dentário e esquelético craniofacial. Hodiernamente, o mais comum é o tratamento em duas etapas, em que se inicia o tratamento na dentição decídua ou mista e finaliza com aparelhagem fixa completa na dentição permanente. O tratamento precoce inclui a eliminação dos fatores etiológicos da má oclusão e a prevenção da progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais. Obtendo-se um ambiente dentofacial mais favorável, guiando a irrupção dentária para posições normais nos arcos e reduzindo as discrepâncias esqueléticas por meio de redirecionamento do crescimento facial, pode-se minimizar ou até mesmo eliminar a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente.

**Palavras-chave:** Ortodontia; maloclusão; tratamento precoce.

## **ABSTRACT**

Malocclusion is one of the most prevalent oral health issues in the world and can be influenced by genetic, environmental and behavioral factors. It comprises deviations of teeth and jaws from their normal alignment and can be distinguished into three classes, based on the occlusal relationship between the first molars. Such as preconized by the health areas in general, Orthodontics also values the idea of early diagnosis and treatment, i.e. during the most active stage of craniofacial dental and skeletal growth. Presently, the most usual treatments have two phases, starting on the deciduous or mixed dentition and ending with complete fixed braces on the fixed dentition. Early treatment includes the elimination of malocclusion's etiological factors and prevention of dental, skeletal and functional disharmonies' progression. By obtaining a more favorable dentofacial environment, guiding dental eruption to normal positions on the arch and diminishing skeletal discrepancies via redirecting facial growth, it is possible to minimize or even eliminate the need for complex treatments during fixed dentition.

**Keywords:** Orthodontics; malocclusion; early treatment.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>09</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>09</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Oclusão Dentária.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Maloclusão .....</b>	<b>11</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Mordida Cruzada Anterior e Posterior.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Perda Precoce de Dentes Decíduos .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Mordida Aberta Anterior e Posterior .....</b>	<b>17</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prevenção é um conceito unânime na área de saúde e a Ortodontia, dentro deste contexto, também valoriza a ideia de diagnóstico e tratamento precoces (MASSA; ALBUQUERQUE; FAUSTA, 2008). Com isso, atualmente, os profissionais devem preconizar uma abordagem conservadora, promovendo a manutenção dos dentes nas arcadas dentárias devido à sua relação direta com a qualidade de vida de cada indivíduo. (OMS, 2003).

Para Moyers (1991), uma terapia ortodôntica aplicada durante o estágio mais ativo do crescimento dentário e esquelético craniofacial é tido como tratamento precoce; afirma que alguns casos de maloclusão podem ser prevenidos ou interceptados. Hodiernamente, empregam-se mais comumente o tratamento em duas etapas, em que se inicia o tratamento na dentição decídua ou mista e finaliza com aparelhagem fixa completa na dentição permanente. Durante a primeira fase, o crescimento do esqueleto craniofacial é controlado e a morfologia é melhorada, de forma que o posicionamento dentário ideal na segunda fase será facilitado. Ao invés de se trabalhar na correção tardia do esqueleto craniofacial, muitas vezes torna-se mais fácil intervir no controle ortopédico precoce da morfologia esquelética, pois é muito mais fácil do que posicionar dentes para disfarçar a displasia esquelética. O crescimento craniofacial só pode ser controlado quando há potencial evidente deste. Assim, a obtenção de um maior efeito sobre o crescimento ocorrerá na medida em que se inicia o tratamento o mais cedo possível.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a maloclusão é considerada o terceiro maior problema odontológico de saúde pública, ficando atrás somente da cárie dental e da doença periodontal. Daí provém a importância do diagnóstico e da intervenção por parte do cirurgião dentista o mais precocemente possível, a fim de prevenir o aparecimento de alterações mais graves no sistema estomatognático que está em desenvolvimento (STANKIEWICZ, 2009).

Em um estudo de levantamento epidemiológico feito com crianças entre três e seis anos, constatou-se que 73,26% das crianças apresentavam a maloclusão na fase de dentição decídua. Se não tratadas em idade precoce, poderiam apresentar distrofias de base óssea, com alterações ortopédicas, musculares e nervosas, que possivelmente se perpetuariam nas fases de dentição mista e permanente. Entretanto, se diagnosticados e tratados precocemente, as alterações de base óssea e outros

problemas decorrentes poderiam ser evitados (SILVA FILHO et al., 2002; STANKIEWICZ, 2009).

As causas da maloclusão são explicadas, em grande parte, por hábitos da sociedade contemporânea. Valem ressaltar: O desestímulo à amamentação por um período suficiente (de acordo com a Organização Mundial de Saúde e demais órgãos competentes, esta deveria ser exclusiva até os seis meses de idade e prolongada até os dois anos ou mais), seja por questões socioeconômicas, como o ingresso da mulher no mercado de trabalho, ou outras; concomitantemente, o crescente uso de artifícios de sucção para os bebês, como, por exemplo, chupetas e mamadeiras, os quais atuam moldando as estruturas orofaciais e guiando seu crescimento de forma desequilibrada. Além disso, cabe mencionar a alimentação cada vez mais processada e macia, que não estimula a correta maturação do sistema, como já havia alertado Planas (1997). Consequências diretas incluem a atrofia de músculos, ossos, reflexos nervosos e articulações, culminando com a falta de espaço para a erupção dos dentes permanentes, desvios posturais de mandíbula, maxilas atrofiadas e disfunções do sistema estomatognático.

As intervenções precoces, além de favorecerem o bom posicionamento dos sucessores permanentes, promovem simetria condilar e muscular, previnem problemas articulares, distribuem as forças oclusais e permitem o desenvolvimento equilibrado do sistema estomatognático e da face (OLIVEIRA, 1997).

Atuar de forma preventiva, portanto, inclui orientar as famílias – principalmente as mães –, desde a gestação, sobre hábitos saudáveis e sobre a importância da amamentação. Ao mesmo tempo, uma intervenção oportuna, se necessária, evita a evolução do problema para estágios mais avançados e de tratamentos complexos, longos, mutiladores ou limitados, com altos índices de recidivas.

Atualmente, o tratamento ortodôntico ainda na dentição decídua simplifica a forma de abordagem e promove o equilíbrio funcional e estético, favorecendo o prognóstico do paciente.

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo realizar uma revisão de literatura ressaltando a importância do tratamento ortodôntico precoce, ou seja, durante a fase de dentição decídua e mista.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo do presente trabalho foi avaliar, na literatura, a importância de uma abordagem ortodôntica precoce dentro do tratamento ortodôntico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar quais as maloclusões dos pacientes;
- b) Avaliar a causa das maloclusões;
- c) Mostrar a importância do tratamento ortodôntico precoce;
- d) Prevenir problemas de alterações de base óssea.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

De acordo com Moyers (1991), há duas razões pelas quais o tratamento precoce evita o comprometimento da qualidade. A primeira delas é que ele pode impedir os fatores etiológicos e restaurar o crescimento normal. A segunda é que ele pode reduzir a severidade de um padrão esquelético, possibilitando maiores facilidades e precisão no posicionamento dos dentes na adolescência. Quando ocorre um tratamento ortodôntico adiado até a adolescência, reduz-se as dificuldades no plano de tratamento, a dentição permanente já está completa e o crescimento esquelético praticamente cessou. Esse atraso no tratamento reduz o número de opções, talvez complique o tratamento e o compromisso de resultados.

Existem muitas razões para que o tratamento precoce seja considerado, segundo Moyers (1991). Entre elas: a possibilidade de obtenção de um melhor resultado; alguns tratamentos só podem ser feitos em pacientes de pouca idade; o tratamento precoce de sérios hábitos viciosos é mais fácil do que o tratamento depois de anos de hábito instalado e reforçado; existem vantagens, do ponto de vista psicológico, no tratamento precoce em algumas crianças e, por fim, o compromisso da qualidade do tratamento é menos necessário.

Atualmente, pacientes procuram orientação ortodôntica cada vez mais cedo, dando a devida importância ao diagnóstico precoce de uma possível maloclusão ou oclusopatia.

#### **3.1 Oclusão Dentária**

O conceito de oclusão dentária vem sofrendo, ao longo de décadas, diversas modificações, bem como o entendimento do que se apresenta como oclusão satisfatória ou não.

O primeiro autor a empregar o termo “oclusão normal”, em 1907, foi Angle, e assim ficou definido como sendo “as relações normais dos planos inclinados dos dentes quando os maxilares são ocluídos”. Em 1972, Andrews realizou uma pesquisa na qual identificou “as seis chaves da oclusão normal”, que correspondem a seis requisitos fundamentais que uma pessoa deveria apresentar para condizer com o perfil de oclusão normal. Também definiu que esses requisitos deveriam estar presentes em todos os tratamentos ortodônticos finalizados.

### 3.2 Maloclusão

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define maloclusão como um distúrbio de crescimento e/ou desenvolvimento craniofacial que pode determinar alterações funcionais, desenvolvendo prejuízo estético e consequentes implicações psicossociais. É um dos problemas de saúde bucal com maior prevalência no mundo, ficando atrás somente da cárie e da doença periodontal (OMS, 2003). Com isso, precisamos entender os conceitos de maloclusão para alicerçarmos o entendimento do tratamento precoce na atualidade.

Angle, em 1899, apresentou o conceito de oclusão. Ele baseava-se nos primeiros molares superiores, sendo este a chave da oclusão; sendo assim, quando os molares superiores e inferiores se relacionassem de forma que a cúspide mesiovestibular do molar superior ocluisse no sulco vestibular do molar inferior, era chamado de Classe I de Angle.

Desta forma, Araujo (1986) relata que quando conhecemos perfeitamente a evolução da oclusão nas diferentes faixas etárias, deve-se também estar apto a identificar, reconhecer clinicamente essas variações da normalidade, comparando-se, principalmente, com os parâmetros já estabelecidos e difundidos na literatura odontológica e ortodôntica. Contudo, não se deve confundir uma descrição puramente dentária com a necessidade de descrever todo o conjunto dentofacial. Por esta razão, deve-se procurar entender as possíveis combinações em que pode ocorrer não só desvios da oclusão, mas também que se referem ao esqueleto facial.

Moyers (1991) define que em vez de possuir causas específicas, como algumas enfermidades, maloclusões são, em geral, alterações clinicamente significativas do campo normal de crescimento e morfologia. Fatores etiológicos contribuem para a desarmonia com mais frequência do que simplesmente a causam. Portanto, o diagnóstico precoce dos fatores etiológicos durante o período da dentição decídua a mista direciona o tratamento precoce, favorecendo o crescimento craniofacial e sua morfologia.

De uma forma sucinta, Pinto et al. (2008) enquadra o termo maloclusão como todos os desvios dos dentes e dos maxilares do alinhamento normal.

A classificação das maloclusões foi apresentada por Edward H. Angle, em 1899. Esta classificação é a mais utilizada nos dias atuais e utilizada amplamente para referenciar os três diferentes tipos de más oclusões na dentição permanente, baseado

na relação oclusal dos primeiros molares. O autor pressupôs que o primeiro molar superior permanente ocupava uma posição estável no esqueleto craniofacial, e que as desarmonias decorriam de alterações anteroposteriores da arcada em relação a ele. As classes de más oclusões foram divididas em I, II e III.

As de Classe I apresentam relação normal dos molares, mas a linha de oclusão está incorreta por mau posicionamento dentário, rotações ou outras causas. Nessa classe, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior, de ambos os lados.

Para Capelozza Filho (2002), na Classe I os problemas oclusais podem ocorrer isoladamente ou combinados, normalmente provocados tanto por falta de espaço no arco dental como pelos excessos de espaço, também por mordida aberta, profunda ou sobremordida, cruzamento de mordida.

Nas de Classe II, o molar inferior está posicionado distalmente em relação ao molar superior, sem ter especificações para a linha de oclusão. Nessa classe, o sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior oclui posteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior. É subdividida em: Divisão 1, com incisivos centrais superiores vestibularizados; e Divisão 2, com incisivos centrais superiores lingualizados.

Para Martins e Ferreira (2004), os pacientes classificados neste grupo podem apresentar perfil facial convexo. A Divisão 1 pode apresentar mordida profunda, mordida aberta, falta (apinhamento) ou excesso de espaço (diastema) no arco, cruzamento de mordida. Já a Divisão 2 apresenta como perfis faciais mais comuns o reto e o levemente convexo, podendo apresentar alterações transversais e verticais, que podem ser corrigidas ou minimizadas com o tratamento precoce.

Em casos de Classe III, o molar inferior está posicionado mesialmente em relação ao molar superior, sem maiores especificações para a linha de oclusão. Nessa Classe, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar inferior oclui anteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior. O perfil facial côncavo é o mais comumente encontrado nos pacientes que estão inseridos nesse Classe.

Bittencourt (2009) definiu essa classe de maloclusão como uma discrepância dentária anteroposterior, acompanhada ou não por alterações esqueléticas.

São três os fatores que podem influenciar as más oclusões: genéticos, ambientais e comportamentais (perda dentária precoce, alimentação inadequada,

etc). É em relação aos fatores comportamentais que é preciso aplicar as medidas preventivas efetivas.

## 4 DISCUSSÃO

Na área da saúde, a prevenção é um conceito unânime e, dentro desse contexto, a Ortodontia também valoriza a ideia de diagnóstico e tratamento precoces.

Sob o ponto de vista funcional, oclusão ideal é aquela em que:

Os contatos são simultâneos e estáveis entre todos os dentes na posição intercuspídica, sem que haja interferência nos movimentos mandibulares funcionais; deve haver distribuição das forças oclusais, nas zonas de trabalho, pelo maior número de dentes; a resultante das forças oclusais deve seguir uma direção axial ótima para as estruturas de suporte do dente; e finalmente, deve existir um equilíbrio funcional com a articulação têmporo-mandibular e o sistema neuro-muscular da mandíbula. (Marchesan, 1990).

Sob este aspecto clínico, o tratamento precoce consiste na manutenção e desenvolvimento da oclusão funcional até o estabelecimento da dentição permanente. Segundo Pinto et al. (2008), a Organização Mundial de Saúde inclui a maloclusão como, “conjunto de anormalidades dentofaciais”, as quais são definidas como anormalidades que causam deformação ou que impedem a função e que, portanto, requerem tratamento. Partindo deste princípio, consideramos que essas anormalidades sejam tratadas precocemente.

Discutiremos sobre o tratamento precoce das maloclusões mais frequentes na dentição decídua e na mista e faremos considerações referentes aos protocolos de atendimento dessas maloclusões.

### 4.1 Mordida Cruzada Anterior e Posterior

A mordida cruzada é resultante de uma alteração do posicionamento inadequado dos dentes superiores em relação aos dentes inferiores, observada durante a oclusão, podendo estar presente tanto na região anterior quanto na posterior (CHOW, 1979; VADIAKAS; VIAZIS, 1992; WOOD, 1992).

Antes do início do tratamento da mordida cruzada anterior, deve-se realizar o diagnóstico diferencial desta maloclusão, que pode ser classificada como de acordo com Gimenez et al. (2008):

- a) Dentária: devido a uma alteração na inclinação de um ou mais dentes, ou seja, dente superior posicionado por palatino com vestibuloversão do dente antagonista, estando a relação maxilo-mandibular correta. Apresentam relação molar de Classe I e coincidência da relação cêntrica e máxima intercuspidação;

- b) Funcional: resultante de uma interferência dentária instalada precocemente, que força a mandíbula a mover-se, a fim de obter a máxima intercuspidação. Em relação cêntrica, os incisivos apresentam-se em relação de topo a topo, com os molares separados, porém, em relação molar de Classe I. Quando a mandíbula desliza de relação cêntrica para máxima intercuspidação, os incisivos ficam cruzados e os molares tendem à relação de Classe III. O perfil pode ser reto ou côncavo;
- c) Esquelética: desenvolve-se devido a uma assimetria ou falta de harmonia do crescimento ósseo maxilo-mandibular. O perfil será reto ou côncavo na relação excêntrica. Os incisivos superiores estão frequentemente inclinados para a frente e os incisivos inferiores estão inclinados para trás, para compensar a displasia esquelética.

Alguns trabalhos apontaram vários recursos ortodônticos que podem ser utilizados no tratamento das mordidas cruzadas anteriores de origem dentária, como por exemplo no trabalho de Tashima et al. (2003), podendo ser divididos em: Recursos removíveis, como o exercício em espátula, aparelho superior com mola digital; e os recursos fixos, que são: Plano individual em resina, plano inclinado inferior de acrílico.

Quando se trata de mordida cruzada na região anterior, Valentine e Howitt (1970) afirmam que os aparelhos removíveis são utilizados, pois exercem forças leves e contínuas, são bem tolerados pelos pacientes e facilmente confeccionados. Nesse estudo, os autores também alertaram para a importância do controle da pressão exercida durante o descruzamento de dentes cuja formação radicular não está completa devido ao risco de dilaceração e reabsorção radicular.

A mordida cruzada posterior é reflexo da redução nas dimensões transversais do arco superior e pode ser classificada como: Unilateral funcional, unilateral verdadeira bilateral, bilateral (GHERSEL et al., 1992; SILVA FILHO et al., 2004).

De acordo com o trabalho de Tashima et al. (2003), alguns recursos utilizados para o tratamento de mordida cruzada podem ser: recursos removíveis, como placa de Hawley com expansor, descruzador de mordida posterior com mola digital; já os recursos fixos são botão lingual, bi-helice, quadri-helice e arco em W.

Ghersel et al. (1992) afirmaram que a correção da mordida cruzada posterior nas fases de dentição decídua ou mista previne o desenvolvimento de problemas de oclusão mais graves, como, por exemplo, as assimetrias faciais.

## 4.2 Perda Precoce de Dentes Decíduos

Os dentes decíduos apresentam grande importância para a função mastigatória, articulação, oclusão, fonação, estética e, sobretudo, para a função normal e correta evolução do sistema mastigatório. São, assim, considerados excelentes “mantenedores e espaços naturais”, pois podem evitar os problemas associados à diminuição do perímetro do arco, migrações dentárias, perda de espaço e outros problemas que podem causar desequilíbrio na oclusão. (ANDO, 2000; NOGUEIRA et al., 1998).

Moyers (1991) defende que a perda precoce ocorre quando um dente decíduo é perdido antes do sucessor permanente ter começado sua erupção, sua formação coronária completa e formação radicular já iniciada.

Diversos dispositivos, atualmente, podem ser utilizados para a manutenção de espaço após a perda precoce de um dente decíduo, dentre os quais se encontram: banda-alça, coroa-alça, arco-lingual de Nance e botão palatino de Nance (ALENCAR; CAVALCANTI; BEZERRA, 2007).

Dispositivos ortodônticos que substituem um ou mais dentes e têm sido utilizados para preservar o espaço destinado ao elemento dentário permanente sucessor, sem que este se torne impactado ou sofra desvios durante sua erupção, são chamados de mantenedores de espaço. (DINIZ et al., 2005).

Os recuperadores de espaço são dispositivos dinâmicos que recuperam espaço nos casos em que o diâmetro mesiodistal foi perdido parcialmente. Podem ser fixos ou removíveis, podendo empregar-se a ancoragem extrabucal ou a placa lábio-ativa.

A literatura é convergente quanto à importância da manutenção do dente decíduo até a época de sua esfoliação natural, visto sua importância não só para o desenvolvimento satisfatório da dentição permanente, mas também para o desenvolvimento das funções mastigatória e fonética, tendo relação com a articulação e oclusão do indivíduo.

Sendo assim, é importante haver medidas que contribuam para a manutenção e reestabelecimento não só da função mastigatória, mas também da estética e fonética (ALENCAR; CAVALCANTI; BEZERRA, 2007).

### 4.3 Mordida Aberta Anterior e Posterior

Hábitos bucais deletérios ocasionam desequilíbrios musculares que podem afetar o desenvolvimento normal da oclusão dentária. Quando falamos em hábitos deletérios, englobamos a respiração bucal, hábitos de sucção, interposição labial e deglutição atípica com interposição lingual. Um tipo de maloclusão decorrente desses hábitos é a mordida aberta anterior (GODOY, 2004).

A mordida aberta anterior pode ser definida como a falta de trespasse vertical entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores com os inferiores. A sucção digital pode ser considerada o hábito bucal mais frequentemente encontrado entre as crianças, ao lado de sucção de chupetas (ALMEIDA et al.; 1998).

Foi observado clinicamente por Silva Filho et al. (2004) que a interposição lingual ou pressionamento lingual atípico sempre acompanha a mordida aberta anterior.

Almeida et al. (1998) consideram que na fase de dentadura mista torna-se importante intervir diretamente no problema ortodôntico do paciente. Para isso, é necessária a eliminação dos hábitos deletérios e dos problemas funcionais associados da maloclusão o mais cedo possível. A intervenção ideal deve ser de caráter multidisciplinar, o que significa que o clínico geral, o odontopediatra e o ortodontista não devem trabalhar isoladamente, mas com o auxílio de profissionais fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e de psicólogos.

As mordidas abertas dentoalveolares na dentadura decídua têm como tratamento a eliminação do agente causador do problema. Assim, o tratamento consiste na instalação de uma grade palatina fixa e longa (SILVA FILHO et al., 1986; SILVA FILHO et al., 1991), com intenção de impedir o hábito e favorecer a movimentação dos dentes para uma relação inter-arcos adequada.

A grade palatina é um aparelho passivo que não exerce força alguma sobre as estruturas dentárias, ou seja, funciona como também a língua numa posição mais retraída, permitindo sua interposição entre os incisivos, durante a deglutição e a fala (ALMEIDA et al., 1998).

O tratamento realizado precocemente, apesar de poder recidivar devido a um crescimento desfavorável, possui grande vantagem de possibilitar maiores mudanças esqueléticas e funcionais, favorecendo o prognóstico do tratamento da mordida aberta anterior (GODOY, 2004).

## 5 CONCLUSÃO

Podemos concluir que o tratamento ortodôntico precoce é importante no sentido de corrigir e minimizar a severidade de alguns tipos de maloclusão, tanto da dentição decídua como na mista, proporcionando o restabelecimento do crescimento e desenvolvimento craniofacial e o desenvolvimento da oclusão equilibrada.

Quando as perdas precoces ocorrem na dentição decídua, os prejuízos podem se estender à dentição permanente e interferir no desenvolvimento dos tecidos ósseos e musculares da face, contribuindo, dessa forma, para o estabelecimento e/ou agravamento de más oclusões (CARDOSO, 2005; KORYTNICKI; NASPITZ; FALTIN, 1994; MENEZES; ARAÚJO, 1992/1993; NOGUEIRA et al., 1998).

É de extrema importância a intervenção, nos casos de mordida aberta anterior, na dentição mista, porque podemos diminuir as chances de agravamento das alterações dentárias que já tenham se instalado, dificultando a possibilidade de autocorreção. Por isso da necessidade de eliminação dos hábitos deletérios e dos problemas funcionais associados ao quadro de maloclusão o mais precocemente possível.

A utilização de recursos ortodônticos removíveis e fixos é de grande relevância no diagnóstico e intervenção precoce nas mordidas cruzadas anteriores e posteriores, pois solucionam o problema de maneira rápida e eficaz, permitindo que o crescimento e desenvolvimento ocorram de forma harmoniosa, favorecendo o estabelecimento de uma oclusão equilibrada.

O tratamento precoce inclui a eliminação dos fatores etiológicos da má oclusão e a prevenção da progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais. Obtendo-se um ambiente dentofacial mais favorável, guiando a irrupção dentária para posições normais nos arcos e reduzindo as discrepâncias esqueléticas por meio de redirecionamento do crescimento facial, pode-se minimizar ou até mesmo eliminar a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente (ARAÚJO, 1988; DIAS, 2008; HEBLING, 2007; MARQUES, 2005).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, C. R. B.; CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M. Perda precoce de dentes decíduos: Etiologia, epidemiologia e consequências ortodônticas. **UEPG Ci. Biol. Saúde**, v. 13, n. 1/2, p. 29-37, 2007.
- ALMEIDA, R. R. et al. Mordida aberta anterior - considerações e apresentação de um caso clínico. **Rev Dent Press Ortodon e Ortopedi Facial**, v. 3, n. 2, p. 17-19, 1998.
- ANDO, T. Fatores pós-natais intrínsecos de interesse para a ortodontia preventiva. In: GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 40, p. 739-765.
- ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. **Dent. Cosmos**, Philadelphia, v. 41, n. 3, p. 248-64, 1899.
- ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae, Angle's system**. 6. ed. Philadelphia: SS White Dental Mfg Co, 1900.
- ARAUJO, M. C. M. **Ortodontia para clínicos: programa pré-ortodôntico**. 4ª ed. São Paulo: Livraria Santos, 1988. 286 p.
- CARDOSO, L. et al. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 17-22, jan/abr. 2005.
- CHOW, M. H. Treatment of anterior crossbite caused by occlusal interferences. **Quintessence Int.**, v. 10, n. 22, p. 57-60, 1979.
- DIAS, P. OIOTN como método de avaliação em saúde pública. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, jan/fev. 2008.
- DINIZ, M. B. et al. Perda dental precoce e manutenção de espaço na dentadura decídua: relato de um caso clínico. **JBP Revista Ibero-Americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.8, n. 44, p. 376-381, 2005.
- FRACASSO, L. M. **A Influência das “maloclusões” dentárias na qualidade de vida das crianças e adolescentes brasileiros: uma revisão de literatura**. 2014. 42 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre. 2014.
- GHERSEL, E. L. A. et al. Mordidas cruzadas posteriores: diagnóstico e tratamento. **Rev Odontopediatr**, v. 1, n. 2, p. 73-82, 1992.
- GIMENEZ, C. M. M. et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 2, p. 70-83, 2008.

GODOY, P. R. L. **Tratamento da mordida aberta anterior**: revisão da literatura. 2004. Monografia (Bacharelado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba. 2004.

HEBLING, S. R. F. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1067-1078, 2007.

KORYTNICKI, D.; NASPITZ, N.; FALTIN Jr, K. Consequências e tratamento das perdas precoces de dentes decíduos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 48, n. 3, p. 1323-29, mai/jun. 1994.

MALTAGLIATI, L. A. et al. Avaliação da prevalência das seis chaves de oclusão de Andrews, em jovens brasileiros com oclusão normal natural. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 99-106, 2006.

MARCHESAN, I. Q. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 3, n. 2, 1990.

MARQUES, L. S. et al. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. p. 1099-1106, jul/ago, 2005.

MASSA, C.; ALBUQUERQUE, B.; FAUSTA, S. Aparelho Fixo Parcial 4 x 2 na dentadura mista: quantas indicações! **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 64-80, fev/mar 2008.

MENEZES, F. C.; ARAÚJO, T. M. Manutenção de espaço. **Rev. Faculd Odontol UFBA**, Salvador, v. 12-13, p. 119-126, jan/dez. 1992/1993.

MOYERS, R. E. et al. **Ortodontia**. 4ª Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1991.

NOGUEIRA, J. A. S. et al. Perdas precoces de dentes decíduos e suas consequências para dentição futura: elaboração de propostas preventivas. **Rev ABO Nacional**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 228-233, 1998.

OLIVEIRA, D. A. L. de. Mordidas cruzadas funcionais em crianças: Pista Direta Planas. **Ortodontia**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 92-100, jan/fev/abr 1997.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **The World Oral Health Report 2003**: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003. Disponível em: <[https://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf?ua=1)>. Acesso em: 09 out. 2020.

PINTO, E. M.; GONDIM, P. P. C.; LIMA, N. S. Análise Crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. **Rev Dent Press Ortodon e Ortopedi Facial**, v. 13, n. 1, p. 82-91, 2008.

PLANAS, P. **Reabilitação neurooclusal**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. 384 p.

SILVA FILHO, O. G. et al. Epidemiologia da má oclusão na dentadura decídua. **Ortodontia**, Brasil, v. 25, n. 1, p. 22-23, 2002.

SILVA FILHO, O. G. et al. Sucção digital - abordagem multidisciplinar: ortodontiaxpsicologiaxfonoaudiologia. **Estomat. Cult**, v. 16, n. 2, p. 44-52, 1986.

SILVA FILHO, O. G.; FERRARI JUNIOR, F. M. Má oclusão na dentadura decídua: diagnóstico e tratamento. **Bio Odonto – Publicações Científicas**, v. 1, n. 4, p. 34-45, 2004.

SILVA FILHO, O. G.; GONÇALVES, R. M. G.; MAIA, F. A. Sucking habits: clinical managements in dentistry. **J Clin Pediat Dent**, v. 15, n. 3, p. 137-156, 1991.

STANKIEWICZ, A. **Tratamento da maloclusão na dentição decídua com pistas diretas planas**: relato de caso. 2009. 101 f. Monografia (Especialização em Ortopedia Funcional dos Maxilares) – Clínica Integrada de Odontologia, Ciodonto, Guarulhos. 2009.

TASHIMA, A. Y. et al. Tratamento ortodôntico precoce da mordida cruzada anterior e posterior: relato de caso clínico. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 29, p. 24-31, 2003.

VADIAKAS, G.; VIAZIS, A. D. Anterior crossbite correction in the early deciduous dentition. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 102, n. 2, p. 160-162, 1992.

VALENTINE, F.; HOWITT, J. W. Implications of early anterior crossbite correction. **J Dent Child**, v. 37, n. 5, p. 420-427, 1970.

WOOD, A. W. S. Anterior and posterior crossbites. **J Dent Child**, Baltimore, v. 29, n. 4, p. 280-286, 1992.