MORDIDA ABERTA ANTERIOR NA DENTIÇÃO MISTA – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

RESUMO

A Mordida Aberta Anterior (MAA) é caracterizada pelo trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas, é considerada a maloclusão mais comum na dentição decídua. Os desequilíbrios musculares decorrentes de hábitos bucais deletérios tais como sucção de dedos e chupetas, os desvios funcionais da língua e dos lábios e a respiração bucal podem perturbar o desenvolvimento normal da oclusão desencadeando na MAA.

Pode ser classificada como dentária quando tem interferência na irrupção dos dentes anteriores e no crescimento alveolar, ou esquelética quando apresentam displasias esqueléticas verticais. O tratamento deve ocorrer o mais precoce possível, utilizando-se de um dos vários aparatos encontrados na literatura e de uma intervenção multidisciplinar evitando recidiva.

ABSTRACT

The Anterior Open Bite is characterized by the negative vertical overlap between the opposing teeth, it is considered the most common malocclusion in the deciduous dentition. Muscle imbalances due to deleterious oral habits such as sucking of fingers and pacifiers, functional deviations of tongue and lips and mouth breathing may disturb the normal development of occlusion triggering in Anterior Open Bite.

It can be classified as dental when it interferes with the eruption of the anterior teeth and in the alveolar or skeletal growth when they present vertical skeletal dysplasias. Treatment should occur as early as possible, using one of several devices found in the literature and a multidisciplinary intervention avoiding relapse.

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura a oclusão normal é definida pela relação sagital interarcos de Classe I entre caninos e primeiros molares e deve ser reconhecida pelos ortodontistas, com o arco superior encaixando no arco inferior tal qual a relação tampa e caixa, e trespasses horizontais e verticais positivos. Qualquer alteração nessas características de normalidade é considerada como má-oclusão. A morfologia do arco dentário é comandada pela função e pela postura equilibradas da musculatura peribucal e língua.

A mordida aberta consiste no trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas, podendo manifestar-se tanto na região anterior como na posterior, ou, mais raramente, em todo o arco dentário[1]. Os desequilíbrios musculares decorrentes dos chamados hábitos bucais deletérios durante o período de crescimento facial podem perturbar o desenvolvimento normal da oclusão, comprometendo a morfologia e a função desse intrincado sistema estomatognático. A mordida aberta anterior surge cedo e retrata a maloclusão mais comum no estágio da dentadura decídua, sendo diagnosticada em cerca de 35% das crianças. Os dados epidemiológicos revelam que, entre as crianças que apresentam hábitos de sucção persistente,

prevalência de mordida aberta anterior aumenta para cerca de 50%, corroborando a estreita relação causa efeito entre hábitos prolongados de sucção e maloclusão[2]

Dentre os fatores etiológicos da mordida aberta anterior dentária o que mais prevalece são os hábitos deletérios, como o aleitamento artificial, a sucção de dedos e chupetas e a interposição labial. No passado, a interposição lingual era apontada como uma das principais causas das Mordidas Abertas. Atualmente é considerada como um hábito secundário, pois se deve a uma adaptação ao espaço. Portanto, atua mais como um agravante da mordida aberta do que propriamente como sua causa. O autor salienta o ensinado por Moyers que a mordida aberta pode ser classificada como dentária, quando exibe interferência no irrompimento dos dentes anteriores e no crescimento alveolar; esquelética, quando ocorrem displasias esqueléticas verticais. Quando a analise facial e cefalométrica revelam valores normais no sentido vertical e o problema está concentrado nos dentes e processo alveolar, a mordida aberta é classificada como dentária[3].

O diagnóstico diferencial entre mordida aberta anterior dentária e esquelética é importante que seja avaliado, estudado/priorizado pois facilita que sejam determinados os procedimentos mais adequados para o tratamento. A mordida aberta geralmente está associada a interação de diversos fatores etiológicos relacionados a presença de hábitos bucais deletérios com anormalidade no padrão de crescimento[2].

REVISÃO DE LITERATURA

A mordida aberta anterior se desenvolve devido a interação de fatores etiológicos diversos como: irrupção incompleta de dentes anteriores, alterações nos tecidos linfóides da região da orofaringe, que levam a dificuldades respiratórias e ao mau posicionamento da língua, persistência de um padrão de deglutição infantil e presença de hábitos bucais deletérios persistentes[4].

Entre os fatores desencadeantes estão maus hábitos bucais como: hábitos de sucção de dedos ou chupetas, os desvios funcionais da língua e do lábio e a respiração bucal. Apesar do osso ser o tecido mais duro do corpo humano, esse é considerado um tecido plástico, ou seja, reage a todo tipo de pressão sobre ele exercida, logo a forma dos arcos dentários depende de fatores como a relação de contato dos dentes, atividade muscular e do mecanismo de reabsorção e aposição do osso de suporte. Quando as musculaturas do lábio, bochechas e língua se encontram no padrão morfogenético normal funcionam como mantenedores.

Em pesquisa realizada em duas cidades do interior paulista, encontrou-se uma prevalência de mordida aberta entre 17,65% e 27,97% da amostra na dentição decídua, essa incidência reduziu para 23% na dentição mista, esses dados demonstram que há redução dessa má oclusão da dentição mista para a permanente[5].

Em 1971, afirmaram que a incidência das mordidas abertas diminui com o aumento da idade, apresentando uma alta prevalência na fase pré-puberal, uma correção espontânea em 80% nos casos na fase puberal sendo que na fase pós-puberal são mais prevalentes as mordidas abertas esqueléticas[6].

Mordida aberta esquelética, pode ser caracterizada por um grande ângulo do plano mandibular, sobremordida negativa, inclinação mesial dos molares, arco maxilar estreito ou atresiado, desproporção entre as alturas faciais anterior total e posterior, desproporção entre as alturas faciais anteriores superior e inferior, altura do ramo mandibular curta e rotação da maxila e mandíbula no sentido horário. Estes indivíduos tendem a exibir uma típica aparência de rosto longo e ovóide, devido a um aumento do terço inferior da face. A mordida aberta esquelética seria um dos sinais, ou uma consequência, de um desequilíbrio maxilo-mandibular vertical, denominada de Padrão Face Longa[7].

Mordida aberta dentária ou dento alveolar, é caracterizada por um impedimento no processo ativo de irrupção dentária, geralmente causada por hábitos de sucção, provocando uma redução no crescimento da região anterior ou posterior da maxila e mandíbula. Na mordida aberta dentária a etiologia é geralmente ambiental, não estando relacionada a desequilíbrios esqueléticos. Porém, muita confusão ocorre, pois a mordida aberta dentoalveolar pode estar associada a qualquer Padrão Facial (I, II, III, Face Longa ou Face Curta)[8].

Outra classificação da mordida aberta é a amplitude ou o grau de separação entre os dentes anteriores, atribuindo valores: mordida aberta mínima (abertura de até 1mm); moderada (de 1 a 5mm) e severa (superior a 5mm).[8]

Dividiu, também, as mordidas abertas em duas categorias distintas: dentária e esquelética. Dentária: aquela que apresenta um desenvolvimento normal de toda a área basal, como exemplo, a falta de irrupção dos dentes anteriores. Esquelética: quando apresenta displasias craniofaciais envolvendo a área da base apical com outras características associadas à má oclusão.[9]

Um aspecto importante diz respeito sobre a época ideal de intervenção da Mordida Aberta Anterior. Se um paciente com face longa não for tratado até o estágio de desenvolvimento dos dentes permanentes, a oportunidade de modificação do crescimento pode ser perdida, neste caso, a correção cirúrgica é a única possibilidade para o tratamento[10]. O tratamento para pacientes com mordida aberta esquelética deve ser realizado precocemente para se obter sucesso em jovens entre 7 e 8 anos de idade[11].

A melhor época de se intervir nos pacientes com MAA, e de acordo com a maioria dos estudos, é na dentadura mista, porque além de interferir no crescimento da face, o tratamento precoce melhora a aparência da criança, aumentando a sua auto-estima[12].

No tratamento da mordida aberta, é necessário, inicialmente, conhecer as suas causas e suprimi-las, para então corrigir os seus efeitos. Afirma que o tratamento deva ser multidisciplinar. Na fase da dentadura mista torna-se importante intervir diretamente no problema ortodôntico do paciente, pois aumenta as chances de agravamento das alterações dentárias que porventura já tenham se instalado, dificultando a possibilidade de auto-correção[1].

Um dos fatores importantes para a estabilidade e consequente sucesso dos tratamentos ortodônticos, é saber avaliar corretamente a postura de repouso da língua. A literatura relata que a postura correta do órgão língua em repouso é o terço anterior da língua tocando a papila com ligeiro solapamento do dorso da língua em palato duro e mole proporcionando um equilíbrio. Reforça que a postura de repouso da língua pode ser o fator mais danoso para o sistema músculo esquelético facial, pois será sempre fator etiológico de uma deglutição atípica. Acrescentam ainda que na postura em repouso as estruturas buco maxilo faciais se mantém por um período muito maior do que em função. [13, 14]

Muitas vezes as disfunções aparecem como fatores etiológicos das más oclusões dentárias e em outros como consequências das próprias más oclusões. Podem, então, comprometer os resultados ou a estabilidade pós tratamento. A preocupação com as recidivas é fundamental nos casos já finalizados ortodonticamente. Sugere, então, que os ortodontistas saibam fazer uma avaliação precoce das disfunções estomatognáticas, bem como da neuro musculatura envolvida para poder atingir o sucesso esperado que só é atingido como consequência do equilíbrio e da estabilidade dos tratamentos ortodônticos. [13, 14]

TRATAMENTO

Quando existe uma mordida aberta anterior, vários fatores devem ser considerados antes de qualquer intervenção. Primeiramente, deve-se fazer um exame detalhado do paciente para elucidar as possíveis causas relacionadas ao problema, isto é, o que de fato deve ser tratado: um problema emocional, um distúrbio respiratório, uma alteração funcional ou a combinação de todos esses fatores[4].

Após observar essas considerações, deve-se observar a faixa etária do paciente, antes dos 4 anos de idade, os hábitos e sucção não devem sofrer interferências, visto que o benefício emocional supera os prejuízos funcionais que acarretam. Na fase de dentadura mista torna-se importante intervir diretamente no problema ortodôntico do paciente, pois aumentam as chances de agravamento das alterações dentárias que por ventura já tenham se instalado, dificultando a possibilidade de correção[4].

Na dentição mista é a melhor época para se intervir, interceptando problemas que interferem no correto crescimento e desenvolvimento do complexo dentomaxilar[15].

Sendo os aparelhos mais utilizados para tal tratamento: Grade palatina, Bionator de Balters fechado, Bite Block, AEB de Tração Alta. Além de um tratamento multidisciplinar com acompanhamento fonoaudiológico.

Grade Palatina: é descrita por vários autores como o aparelho para a correção da mordida aberta anterior alveolar. Aparelho passivo, com efeito restrito aos incisivos, agindo somente como um obstáculo mecânico, que não só impede a sucção digital ou da chupeta, como também mantém a língua numa posição mais retruída, impedindo sua interposição nos dentes anteriores.



I



II

Bionator de Balters fechado: é indicado para a correção da mordida aberta anterior causada por interposição ligual e sucção digital ou de chupeta. Proporciona função e postura normal para a língua, orientada pela alça palatina.



III

Bite Block: é descrito como um aparelho que obtém melhores resultados se utilizado precocemente. É aplicado nas mordidas abertas esqueléticas, inibindo a erupção dentária no segmento posterior, denominada de intrusão relativa.



IV

Tração alta: aplicado nas mordidas abertas esqueléticas, o aparelho extrabucal (AEB) com tração alta é descrito na literatura como um meio de se controlar a extrusão dos dentes póstero-superiores.



V

DISCUSSÃO

A mordida aberta anterior é uma maloclusão vertical, podendo ser definida como sendo a presença de um trespasse vertical negativo entre as bordas incisais dos arcos superior e inferior. É considerada a maloclusão mais comum na dentadura decídua tendo uma alta prevalência na fase pré-puberal com correção espontânea na maioria dos casos na fase puberal [5, 6], sua persistência está relacionada a presença de hábitos bucais deletérios, na fase adulta prevalecem as mordidas abertas esqueléticas[4].

Para os autores é de extrema importância reconhecermos as principais causas antes de iniciar qualquer terapêutica para a correção da mordida aberta anterior, sabendo se é

decorrente de algum fator extrínseco ou intrínseco. Geralmente está associada a interação de diversos fatores etiológicos relacionados a presença de hábitos bucais deletérios, tais como: hábitos de sucção de dedo e chupeta, desvios funcionais da língua e lábio, dificuldade respiratória, irrupção incompleta dos dentes anteriores, juntamente com anormalidade no padrão de crescimento, assim como alguns destes fatores podem ser causados por fundo emocional.

Grande parte dos autores estudados salientam a importância de termos muito claro o diagnóstico dessa maloclusão, identificarmos se é de origem esquelética ou dentária, o diagnóstico diferencial facilita que sejam determinados os procedimentos mais adequados para o tratamento. É classificada como DENTÁRIA quando caracterizada pelo impedimento de irrupção dentária, geralmente causada por hábitos de sucção, e ESQUELÉTICA quando apresenta displasias craniofaciais envolvendo a área da base apical com outras características associadas a má oclusão [3, 7, 11, 12].

Com relação a época ideal de intervenção ortodôntica, ortopédica ou mio funcional os autores concordam, que deva acontecer quando o paciente estiver em início da dentição mista, o que permitiria que os problemas que tenham interferido no correto crescimento e desenvolvimento do complexo dentomaxilar, sejam controlados ou até eliminados, proporcionando uma possibilidade de sucesso do tratamento. Quanto a tratamento desta maloclusão, a literatura nos sugere uma extensa aparatologia e condutas terapêuticas. Sendo os aparelhos mais utilizados na fase de dentição mista para tal tratamento: Grade palatina, Bionator de Balters fechado, Bite Block. Além de um tratamento multidisciplinar com acompanhamento fonoaudiológico [1, 10, 11, 12].

CONCLUSÃO

Com base na literatura estudada, observa-se que, a mordida aberta anterior é a má oclusão mais comum na fase pré-puberal e deve ser bem acompanhada para que possa intervir o mais precocemente, conhecendo suas causas e suprimi-las para então corrigir seus efeitos. Para a realização de um tratamento eficaz há a necessidade de diagnóstico correto e intervenção com um acompanhamento multidisciplinar fazendo uso de aparelhos ortodônticos sempre motivando o paciente, assim como com a orientação fonoaudiológica, para se obter sucesso do tratamento e minimizar os riscos de recidiva.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1 - LIMA, N.S. et al, Alterações Vericais na Dentadura Mista: Diagnóstico e Tratamento. J. Bras. Ortodon Ortop Facial, v 7, n 42, p 511-517, 2002.

2 - SILVA FILHO, O.G. et al, Ortodontia Interceptativa – Protocolo de tratamento em duas fases. Cap. 14, p 475-492, Ed. Artes Médicas. 2013.

3 - TAVARES, S.W., Protocolo de atendimento para mordida aberta dentária em dentição permanente. Orthodontic Sci. Pract. V4, n 16, p 859-866. 2011.

4 - ALMEIDA, R.R. et al, Mordida Aberta Anterior – consideração e apresentação de caso clínico. Dental Press Ortodon Ortop Facial, v. 3, n. 2, p. 17-29, mar/abr. 1998

5 - ALMEIDA, M.R. et al, Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. Dental Press J. Orthod, v. 16, n. 4, p. 123-131, jul/ago. 2011.

6 - WORMS, F.W. et al, Openbite. Am J. Orthod, St Louis, v 59, n 5, p 589-595. Jun 1971.

7 - CHAMBRONE, L. et al. Características Clinicas e Cefalometricas Associadas ao Tratamento de Pacientes com Mordida Aberta. Revista Odonto. São Bernardo do Campo, Ano 15, n. 29, jan./jun. 2007.

8 - DAWSON, P. E. Solving anterior open-bite problem: evaluation, diagnosis and treatment of occlusion problems. Saint Louis: Mosby, 1974.

9 - NAHOUM, H.I Anterior open-bite: a cephalometric analysis and suggested treatment procedures. Am J Orthod, St. Louis, v. 67, no. 5, p. 513-521, 1975.

10 - ALMEIDA, R.R. et al, Displasias Verticais: Mordida Aberta Anterior – Tratamento e Estabilidade. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 8, n. 4, p. 91-119, jul/ago. 2003.

11 - ENGLISH, J. D. et al. Muscle exercise effects on the early treatment of skeletal open-bite malocclusions. Annual Session of the International Association of Dental Research, 80, 2002, [S. l]. Abstract. [S.l.: s. n.], 2002

12 - KLOCKE, A. ask as. Am J. Orthod Dentofacial Orthop, St Louis, v 123, p 13. 2003.

13 – TERRA,V.H.T.C.; A relação da Fonoaudiologia com a Ortodontia e a Ortopedia Funcional dos Maxilares. Diagnóstico , Planejamento e Condutas Clínicas na Técnica Ortodontica MD3. ed.Santos, 2007; cap. 18, p. 237-259

14 - TERRA, G,T.; TERRA, V,H,T,C.; DOMINGOS,V,B,T,C.; FERRIELLO, V.;A visão do aluno de odontologia da importância da multidisciplinaridade odontologia- fonoaudiologia nos cursos de odontologia. Rev. Universidade Ibirapuera, São Paulo, n.2 p. 49-53, Jul./Dez. 2011.

15 - REIS,M.J. et al, Ver. Tratamento da mordida aberta anterior: relato de caso clínico Clin. Ortodon. Dental Press, Maringá, v. 6, n. 4, - ago/set. 2007.