FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Grupo CIODONTO
Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

MARIANA DINIZ BORDIGNON

MORDIDA ABERTA ANTERIOR

SETE LAGOAS- MG
2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

MARIANA DINIZ BORDIGNON

MORDIDA ABERTA ANTERIOR- RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da FACSETE- Unidade avançada de Campo Grande-MS, como requisito parcial para conclusão do Curso de Ortodontia.

Orientador: Prof. Ms. Sidnei Valieri.

SETE LAGOAS- MG
2019

Bordignon, Mariana Diniz.

Mordida Aberta Anterior / Mariana Diniz Bordignon – 2019.

23.f
Orientador: Sidnei Valieri.

Monografia (Especialização)–Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE) Unidade Avançada de Campo Grande-MS. 2019.

Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE) Unidade Avançada de Campo Grande-MS.

1. Mordida Aberta Anterior.

I. Título.

II. Sidnei Valieri

FACSETE

Faculdade Sete Lagoas

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

Artigo intitulado: **Mordida aberta anterior,** de autoria da aluna **Mariana Diniz Bordignon,** aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Sidnei Valieri – orientador

AEPC – Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

Fabiano Ferreira Regalado – examinador

AEPC – Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

Matheus M. Valieri – examinador

AEPC – Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

Campo Grande – MS, 29 de Novembro de 2019.

RESUMO

A mordida aberta anterior é considerada uma anomalia que afeta os arcos dentais levando a impasses de ordem esqueléticas e funcionais. Algumas das características mais relevantes de pacientes com mordida aberta anterior são a perda de contato entre os dentes, contato labial deficiente, fonação atípica e constrição do arco maxila. A anomalia relaciona-se quase sempre a algum hábito nocivo como o uso prolongado da chupeta, sucção do polegar ou de outros dedos, deglutição atípica, sucção e mordida do lábio. Outro fator que pode estar relacionado seria a interposição lingual. O tratamento pode ser realizado com a instalação de alguns dispositivos para que o hábito seja abandonado. Além disso, é evidente que a importância do trabalho multidisciplinar no intuito de atender o paciente de forma integral, tem um papel importantíssimo para o tratamento satisfatório do paciente.

Palavras chaves: Mordida aberta, Etiologia, Tratamento.

ABSTRACT

Anterior open bite is considered an anomaly that affects the dental arches leading to skeletal and functional impasses. Some of the most relevant features of patients with anterior open bite are loss of tooth contact, poor lip contact, atypical phonation, and maxillary arch constriction. The anomaly is almost always related to some harmful habit such as prolonged use of a pacifier, suction of the thumb or other fingers, atypical swallowing and suction and bite of the lip. Another factor that may be related would be lingual interposition. Treatment can be done with the installation of some devices so that the habit is abandoned. Moreover, it is evident that the multidisciplinary work between orthodontists, speech therapists and often psychologists, in order to fully care for the patient, plays a very important role for the satisfactory treatment of the patient

Key word: Open bite, Etiology, Treatment**.**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÂO 7

2. REVISÃO DE LITERATURA 8

3. PROPOSIÇÃO 12

4. RELATO DE CASO 12

5. DISCUSSÃO 18

6. CONCLUSÃO 20

REFERENCIAS 21

1. INTRODUÇÂO

A mordida aberta anterior (MAA) é uma maloclusão que está relacionada ao trespasse vertical negativo. Ela atinge tanto o gênero masculino quanto o feminino e seu tratamento pode ser executado de forma simples ou complexa dependendo das partes envolvidas. Quando há o comprometimento esquelético e das bases ósseas o tratamento é mais complexo e exige que mais manobras sejam realizadas, além de necessidade de outros profissionais envolvidos. Porém, quando a mordida aberta é apenas dentoalveolar pode ser tratada mais facilmente através de manobras ortodônticas simples (SABER et al, 2010).

Nesse contexto, é papel do profissional fazer o diagnóstico correto, através de exame clínico e de imagens, para então realizar o melhor tratamento possível. Os fatores etiológicos são extremamente importantes porque o sucesso do tratamento está diretamente relacionado a interrupção ou eliminação do hábito. Caso este não seja removido, a chance de recidiva ou de insucesso aumenta significativamente (NAKAO et al, 2016).

A cavidade bucal pode sofrer um desequilíbrio muscular quando submetida a hábitos deletérios como a sucção digital, uso de chupetas e a interposição lingual atípica. Embora todos esses hábitos causem a mordida aberta anterior cada um possui características peculiares e podem necessitar de tratamentos diferentes. Na sucção da chupeta, por exemplo, a MAA se apresenta em formato circular restrita a região anterior, já na sucção do polegar ou outro dedo, verifica-se uma vestibularização dos incisivos superiores e uma lingualização dos inferiores (GIMENES et al, 2008).

Para Nogueira et al (2005) alguns dispositivos e algumas manobras surgiram para auxiliar no tratamento da MAA. O uso de dispositivos como esporões, grade palatina e miniplacas, tem auxiliado na eliminação do hábito e na correção do trespasse vertical negativo. Quando o perfil do paciente permite, pode ser realizado exodontia de pré molares o que possibilita rotação da mandíbula no sentido anti-horário corrigindo a mordida aberta anterior.

Diante do exposto este trabalho tem por objetivo relatar um tratamento da mordida aberta anterior dentoalveolar em um paciente jovem em período transitório, padrão meso facial, com interposição lingual. Neste paciente foram utilizadas

estratégias visando um tratamento eficiente e que proporcionasse estabilidade a longo prazo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A mordida aberta anterior (MAA) pode ser definida como o trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas e caracterizada por provocar mudanças nos aspectos esqueléticos e dentários do indivíduo. Tais alterações afetam a apreensão e corte dos alimentos, prejudica a articulação e também é responsável, muitas vezes, por prejuízos emocionais (SABER et al, 2010).

É caracterizada por ser uma má-oclusão de maior comprometimento estético funcional podendo apresentar um prognóstico de bom a deficiente de acordo com gravidade e etiologia a que esta associada. Acomete tanto o gênero masculino quanto o feminino, sendo o período mais vulnerável a infância e troca de dentição. (NAKAO et al, 2016).

A MAA pode ser dividida quanto a sua origem em duas condições: dental ou esquelética. Na primeira conhecida também como dentoalveolar há uma alteração na erupção dos dentes e no crescimento alveolar, não havendo prejuízo nos componentes esqueléticos que se encontram normais. Já na mordida aberta esquelética, além dos distúrbios dentoalveolares observa-se desproporções nos ossos que compõem o complexo craniofacial (ALIMERE et al, 2005).

Almeida et al (2003) relataram que a mordida aberta anterior pode ser classificada quanto a sua etiologia. Pode ser definida como transitória quando ainda não se tem o crescimento completo das áreas alveolares. Também pode ocorrer devido a hábitos deletérios, patologias locais e gerais, pelo padrão de crescimento não patológico ou também causadas por variações na morfologia de língua e lábios.

Outra classificação está relacionada ao grau de severidade. Pode ser considerada como suave, quando a distância entre as incisais tem como medida até 2mm. Quando essa distância varia entre 2mm e 4mm é considerada moderada e quando ela se faz superior a 4mm é considerada severa (MATOS et al, 2019).

Em 1991 Moyers e Riolo através de análise cefalométrica dividiram a MAA em simples quando o único problema está na falta de contatos oclusais não mostrando medidas anormais na análise cefalométrica e complexa quando há desarmonias nos componentes esqueléticos.da altura facial (AFAI) (ANTOUN et al, 2018).

Segundo Domann (2016) a ruptura do equilíbrio dentário prejudica o desenvolvimento oclusal e esquelético normal. A instalação da má-oclusão não depende apenas da existência do hábito, mas, sobretudo da sua duração, intensidade e frequência.

Os hábitos de sucção digital e chupeta influenciam significativamente. Na sucção da chupeta é possível verificar uma área de formato circular restrita a região anterior. Na sucção digital a característica aparente é a inclinação vestibular dos incisivos superiores e a inclinação lingual dos inferiores. Sabe-se que tais hábitos são fisiológicos para a criança. A literatura revela que a melhor idade para abandonar o hábito, sem que haja prejuízos, seria a partir dos três anos de idade (GIMENES et al, 2008).

As forças geradas durante a deglutição e a fonação podem provocar alterações nas formas das arcadas dentárias. A mordida aberta anterior quando causada exclusivamente por interposição língual, apresentam-se de forma simétrica, diferente daquelas causadas por hábitos nocivos (MACIEL et al, 2005).

A obstrução nasal e os tecidos linfoides hipertróficos podem fazer com que a língua se mantenha em uma posição projetada. Porém apenas alguns pacientes que apresentam essas características desenvolvem a MAA. É clinicamente notável que quando a língua está em repouso e projetada ela exerce uma pressão que leva a movimentação dentária podendo impedir a erupção dos incisivos, causando e mantendo a MAA. O posicionamento baixo da língua pode causar uma constrição na arcada superior (ARTESE et al, 2011).

O diagnóstico da MAA deve ser realizado através de exames clínicos e de uma documentação composta por exames complementares. O profissional deve observar as características que se encontram alteradas e utilizar de modelos e de medidas do traçado cefalométrico para definir a melhor forma de intervenção e tratamento (MATOS et al, 2019).

Segundo Silva et al (2019), o tratamento da MAA varia desde a adesão de procedimentos mais complexos, como a cirurgia ortognática, a condições mais simples, como a remoção do hábito. É importante a avaliação precoce para que o crescimento não seja influenciado por fatores internos como amígdalas hipertróficas, respiração bucal ou hábitos bucais deletérios.

A terapia miofuncional é realizada através de exercícios para reeducar a musculatura orofacial na deglutição, fonação e posição postural de descanso.

Acredita-se que as atividades voluntárias como deglutição e fonação são mais fáceis de serem corrigidas do que as atividades involuntárias como o hábito postural da língua. Outra forma de correção da MAA é o uso de dispositivos que impeçam que a língua se apoie sobre os dentes como as grades palatinas ou linguais e as pontas ativas ou esporões (ARTESE, et al 2011).

O uso da grade palatina tem sido utilizado para interromper os hábitos deletérios. Pode ser fixa quando é cimentada com bandas ortodônticas ou, removível, quando está associada a uma placa de Hawley. O tratamento se inicia após a faixa etária de 5 anos e a escolha está relacionada a cooperação do paciente. Quando o paciente apresenta além da mordida aberta anterior a mordida cruzada posterior pode-se associar a grade palatina outros aparelhos como por exemplo o aparelho fixo tipo arco em W, bi-hélice, disjuntores ou aparelhos removíveis. (MATOS et al, 2019).

O uso de esporões linguais afiados colados na face lingual dos dentes anteriores inferiores tem efeito positivo para correção da mordida aberta anterior. Com o uso desse dispositivo a língua é posicionada adequadamente durante a deglutição. Nos casos de sucção digital, os esporões funcionam como um alerta, pois causam desconforto e fazem com que o paciente perca o hábito. É preciso lembrar apenas que o seu uso pode não ser suficiente devendo muitas vezes ser acompanhado de exercícios mioterápicos reeducadores e tratamento psicológico (NOGUEIRA et al, 2005).

Uma forma eficaz de se corrigir a mordida aberta anterior esquelética pode ser feita com a intrusão dos molares através do auxílio de miniplacas. Essa intrusão permitirá que o plano oclusal, plano mandibular e porção anterior da face sejam alterados permitindo que haja o seu fechamento completo. Para fazer a instalação das miniplacas é necessário avaliar precocemente a quantidade e qualidade do osso cortical no sítio de implantação e as características da mucosa ao redor (FABER et al, 2008).

Alguns especialistas recomendam exodontia dos pré-molares em pacientes com altura facial aumentada. A mesialização dos molares favorece a rotação da mandíbula no sentido anti-horário corrigindo a mordida aberta anterior. Já a exodontia dos primeiros molares não é recomendada porque a extensa largura mésio-distal dificultaria o seu fechamento. Em alguns casos recomenda-se a exodontia dos segundos ou terceiros molares (SIMONETTI et al, 2009).

3. PROPOSIÇÃO

Discorrer sobre definição, etiologia, diagnóstico e tratamento da mordida aberta anterior através de um relato de caso clínico.

4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente GLM, 12 anos e 10 meses de idade procurou tratamento ortodôntico no curso de especialização em Ortodontia da Faculdade FACSETE – Unidade Campo Grande-MS, relatando queixa em relação à aparência do sorriso em virtude da mordida aberta anterior. Na análise clínica extrabucal inicial observou-se que a paciente apresentava uma simetria facial dentro dos padrões de normalidade, perfil levemente convexo, padrão meso facial e selamento labial passivo associado à mordida aberta anterior.

Figura 01



No exame clínico intrabucal inicial foi diagnosticado uma má oclusão de Classe I, com a presença de diastemas entre os incisivos superiores e inferiores. Diagnosticou-se também um trespasse vertical negativo de 1,5 mm e o trespasse horizontal de 3,5mm, como também a coincidência das linhas médias dentárias superior e inferior com o plano sagital mediano.

Figura 02



Pela radiografia panorâmica inicial (Figura 3) observou-se características de normalidade das estruturas dentoalveolares. A paciente encontra-se no final do segundo período transitório apresentando dentes permanentes e decíduos. Não há evidencias de lesões cariosas e também não há evidencias de material restaurador.

Figura 03



Na telerradiografia inicial identificou-se um padrão meso facial, perfil suavemente convexo, trespasse vertical negativo.

Figura 4



OPÇÕES DE TRATAMENTO

Neste caso clínico, visto que a paciente apresentava um padrão facial suavemente vertical e um perfil desfavorável às extrações dentárias, optou-se pelo tratamento compensatório sem extrações. Realizou-se também a colagem do aparelho ortodôntico, instalação de esporões linguais nos incisivos inferiores e posteriormente nos superiores e elásticos intermaxilares verticais nas fases finais do tratamento.

SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO

Inicialmente foram instalados os acessórios ortodônticos pré-ajustados da prescrição MBT (DC, Ortho,Tupã/SP), slot 022”x.028” e esporões linguais (Morelli, Sorocaba/SP) nos incisivos inferiores. Para auxiliar no fechamento da mordida aberta, as colagens dos bráquetes foram realizadas no centro da coroa clínica. Não foi colado o elemento dental 55 na fase inicial por se tratar de um decíduo. Nas fases de alinhamento e nivelamento foi utilizado a seguinte sequência de fios de níquel-titânio (NiTi) .014”, .16”x22” TA”, .019”x.025 TA”, juntamente com os esporões que foram instalados na face lingual dos dentes anteriores inferiores. Finalizando

esta fase de alinhamento foi utilizado os fios 018”aço, 020” aço, 19”’x25” aço e 19”x25” braided. Foi acrescentado esporão no elememeto dental 22 para ajudar no fechamento. Nessa fase também foram utilizados os elásticos 3/16 médio intermaxilares para intercuspidação.

Figuras 05



Ao final do tratamento observou-se que as maiores mudanças ocorridas foram dentárias, não havendo alterações nas características do padrão facial do paciente. A mecânica utilizada proporcionou a correção da mordida aberta anterior, harmonizando e melhorando a estética do sorriso no final do tratamento (Figuras: 6). Foram utilizados como contenção pós tratamento a placa de Hawley no arco superior e os esporões colados nos incisivos inferiores.

Ao final dos 2 anos após o término do tratamento ortodôntico, os resultados conseguidos com o tratamento permaneciam estáveis.

Figura 06



Figura 07



Figura 08



5. DISCUSSÃO

Por meio da literatura referida, foi possível constatar que diversos autores (SABER et al, 2010; NAKAO et al, 2016; GIMENES et al, 2008; MACIEL et al, 2005; ARTESE et al, 2011; ANTOUN et al, 2018) explicam mordida aberta anterior como a falta de contato vertical, ou trespasse vertical negativo entre os dentes da arcada superior e inferior, ou a discrepância no relacionamento vertical dos arcos maxilares e mandibulares.

ALMEIDA et al., (2003) verificou que devido aos mais variados fatores etiológicos envolvidos, a mordida aberta anterior é uma maloclusão de difícil tratamento e estabilidade a longo prazo. Já no caso clínico exposto acima podemos notar que não houve mudanças significativas e recidiva a longo prazo.

Conforme as estruturas afetadas, a mordida aberta é classificada em simples e esquelética, dentária e esquelética ou dentária, dentoalveolar e esquelética ALIMERE et al., (2005). No caso clínico retratado acima percebemos que se trata de uma mordida aberta dentária e não há envolvimento das bases ósseas.

MATOS et.al., (2019) afirma que a mordida aberta pode ser classificada quanto ao seu grau de severidade variando de suave, moderada e severa. No caso clínico reportado acima, percebemos um trespasse vertical de 1,5.Dessa forma podemos classifica-la como suave.

GIMENES et al., (2008) mostrou que a MMA pode ser agravada pela ocorrência concomitante de hábitos bucais deletérios. A conduta terapêutica a ser seguida para a interceptação desta má oclusão está diretamente relacionada com a sua etiologia e deve ter caráter multidisciplinar. No caso exposto notou-se que a paciente não fazia uso de chupeta ou tinha hábitos de sucção de dedos o que ajudou para que o tratamento fosse mais rápido e efetivo. Não houve nesse caso necessidade de tratamento psicológico e com fonoaudiólogo para finalizá-lo.

NOGUEIRA et al., (2005) retrata que os esporões linguais tem efeito significativo para a correção da mordida aberta anterior reeducando o

posicionamento lingual. No caso exposto ficou evidente seu efeito positivo o que proporcionou um tratamento rápido, eficaz e sem histórico de recidiva.

SIMONETTI et al., (2009) relatou sobre a exodontia dos primeiros pré molares para rotação da mandíbula no sentido anti-horário. No caso clínico verificamos que se tratava de uma paciente com padrão meso facial o que justificaria uma conduta de exodontia.

6. CONCLUSÃO

Diante da revisão de literatura e do caso clínico apresentado pode-se concluir que a mordida aberta anterior é proveniente da interação de diversos fatores etiológicos, relacionados à presença de hábitos bucais deletérios e as anormalidades no padrão de crescimento;

O diagnóstico das más oclusões verticais deve ser feito levando em consideração as estruturas dentárias e esqueléticas;

O correto diagnóstico dos fatores etiológicos das más oclusões verticais potencializa as chances de sucesso no tratamento;

A terapia ortodôntica para a correção da mordida aberta anterior tem por objetivo impedir a erupção dos dentes posteriores, extruir os dentes anteriores e redirecionar o crescimento vertical da maxila;

O tratamento multidiciplinar da mordida aberta anterior deve ser preconizado.

REFERÊNCIAS

ARTESE, A. et al. Critérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior. **Dental Press J Orthod**, 16(3):136-61, 2011.

ALIMERE, H.C; THOMAZINHO, A; FELICIO,C.M. Mordida aberta anterior: uma fórmula para o diagnóstico diferencial. Pró-Fono **Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 367-374, set.-dez. 2005.

ALMEIDA, R.R. Mordida aberta anterior – Considerações e apresentação de um caso clínico. **Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 91-119, jul/ago, 2003.

ANTOUN TRA, SANTOS DCL, FLAIBAN E, NEGRETE D, BORTOLIN R, SANTOS RL. **Mordida Aberta Anterior – uma revisão da literatura**. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, v.30, n.2, p.190-199, abr/jun 2018.

DOMANN, J. *et al*. Mordida aberta anterior, etiologia, diagnóstico e tratamento precoce. **Revista Faipe**. Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2016.

FABER, J*. et al*. Miniplacas permitem tratamento eficiente e eficaz da mordida aberta anterior. **R Dental Press Ortodontia e ortopedia facial,** Maringá, v. 13, n. 5, p. 144-157, set./out. 2008.

GIMENES, C.M.M. et al. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis**. R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 13, n. 2, p. 70-83, mar./abr. 2008.

MACIEL, C.T.V; LEITE, I. C.G. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 3, p. 293-302, set.-dez, 2005.

MATOS, B.S*. et al*. Etiologia, diagnóstico e tratamento da mordida aberta anterior na dentadura mista. **Revista Rede de Cuidados em Saúde** v. 13, n. 1 jul (2019).

NAKAO, T.A. *et al*. Hábitos bucais como fatores de risco para mordida aberta anterior: uma revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37, n.2, p. 09-16, Maio/Agosto, 2016.

NOGUEIRA, F.F. *et al*. Esporão lingual colado: tratamento coadjuvante da deglutição atípica por pressionamento lingual. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 129-156, mar./abr. 2005.

SABER, M; JESUS, H.B; RAITZ, R. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causado por hábitos deletérios. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, nº 25, jul/set 2010.

SILVA BC, SANTOS DCL, FLAIBAN E, NEGRETE D, SANTOS RL. Mordida aberta anterior - origem e tratamento. **Rev. Odontol. Univ**. Cid. São Paulo, v.31, n.1, p.68-73, jan-mar 2019.

SIMONETTI, R; SIQUEIRA, D.F; MALTAGLIATTI, L. Extração de primeiros molares para solução da mordida aberta anterior em paciente adulto. Relato de um caso clínico. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v. 8, n. 3 - jun./jul. 2009.