FACSETE - FACULDADE DE SETE LAGOAS

ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI

MORDIDA ABERTA ANTERIOR

MARÍLIA-SP

2019

ANA BEATRIZ FREITAS CAZARI

MORDIDA ABERTA ANTERIOR

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Facsete Faculdade de Sete Lagoas como requisito parcial para Conclusão do Curso de Especialização.
Área de concentração: Ortodontia
Orientador: Prof. Ms. Francisco Antônio Bertoz.

MARÍLIA - SP
2019

Cazari, Ana Beatriz Freitas.
Mordida aberta anterior / Ana Beatriz Freitas Cazari – 2019.
28 fls.
Orientador: Prof. Ms. Francisco Antônio Bertoz.

Monografia (especialização). Facsete Faculdade de Sete Lagoas - 2019.

1. Mordida aberta. 2. Hábitos 3. Ortodontia
I. Título.
II. Francisco Antônio Bertoz.

FACSETE - FACULDADE DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada *"**MORDIDA ABERTA ANTERIOR"*** de autoria do aluno Ana Beatriz Freitas Cazari, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____
Prof. Francisco Antônio Bertoz – Facsete Faculdade de Sete Lagoas - Orientador

_____
Prof. Carlos Eduardo Shimabucoro - Facset Faculdade de Sete Lagoas - Coorientador

_____
Prof. André Pinheiros de Magalhães Bertoz- Foa Unesp - Examinador

MARÍLIA-SP

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me proporcionado a chegar até aqui e por estar sempre ao meu lado me abençoando.

Aos meus familiares, por todo o incentivo durante essa jornada, agradeço por todos os esforços que fizeram pra que eu chegasse até aqui.

A todos os meus amigos, que caminharam comigo durante esses anos de estudo e dedicação, pelo carinho, apoio e pela amizade sincera que construímos. Em especial para minha amiga e parceira Carla Javaroni Zanini.

Aos meus professores pela competência que transmitiram o conhecimento. Em especial ao meu orientador Francisco Antônio Bertoz, por toda dedicação, apoio, ensino e amizade, que com certeza fizeram a diferença na minha formação.

RESUMO

Para a ortodontia, a mordida aberta anterior consiste na presença de um trespasse vertical negativo entre as bordas incisais dos incisivos e/ou caninos superiores e inferiores, gerando um comprometimento funcional e estético. O desenvolvimento da mordida aberta anterior ocorre por diversos fatores etiológicos, desde genéticos a prolongamentos de hábitos orais, como de sucção da mamadeira ou chupeta, de hábitos bucais deletérios como sucção digital, ou ainda pelo respirador bucal, interposição da língua e anormalidades no processo de erupção dentária. É muito importante o tratamento dessa má oclusão, contudo, é necessário um correto diagnóstico dos fatores etiológicos que a desenvolveram e do trabalho em conjunto com outros profissionais. Neste contexto, o presente estudo é de grande relevância para os profissionais da odontologia, principalmente para a área da ortodontia. Com base na revisão da literatura, esse trabalho tem como objetivo geral analisar a mordida aberta anterior, e especificamente discutir os tratamentos que podem contribuir para sua correção.

Palavras-chave: Mordida Aberta. Hábitos. Ortodontia.

ABSTRACT

For orthodontics, the anterior open bite consists of the presence of a negative vertical overlap between the incisal edges of the incisors and / or upper and lower canines, generating a functional and aesthetic impairment. The development of anterior open bite occurs due to several etiological factors, from genetic to prolongation of oral habits, such as artificial nutritional suction and bottle or pacifier, deleterious oral habits such as digital suction, or mouth breathing, tongue interposition and abnormalities in the process of dental eruption. It is very important to treat this malocclusion, however, it is necessary a correct diagnosis of the etiological factors that have developed it and the work together with other professionals. In this context, the present study is of great relevance for dentistry professionals, mainly for orthodontics. Based on the literature review, this work has the general objective of analyzing the anterior open bite, and specifically discuss the treatments that may contribute to its correction.

Keywords: Open bite. Habits. Orthodontics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Demonstrativo de mordida aberta anterior 10
Figura 2: Sucção digital com o dedo e interposição de língua 14
Figura 3: Sucção de dedo e grade palatina.....14
Figura 4: Amamentação e formação facial do bebê 15
Figura 5: Tratamento com a grade palatina.....18
Figura 6: Bionator de Balters.....19
Figura 7: *Bite Block* 20
Figura 8: Tração Alta.....20
Figura 9: Esporão Colado Lingual.....21

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO 10
2 - PROPOSIÇÃO 12
3 - REVISÃO DE LITERATURA 13
3.1 - Alterações Causadas pela Sucção e seus Hábitos 13
3.2 Aleitamento Materno e Hábitos de Sucção 15
3.3 - Mordida aberta dentária, mordida aberta esquelética e fatores etiológicos. ..16
3.4 Tratamento para Mordida Aberta 17
3.5 Dos Tipos de Dentadura 17
3.6 Diagnóstico 21
4 - DISCUSSÃO 23
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS 25
6 - REFERÊNCIA 26

1 - INTRODUÇÃO

A primeira vez que o termo mordida aberta foi utilizado, data-se de 1842, por Caravelli, que classificou como má oclusão (PARKER, 1971). Essa má oclusão consiste de uma discrepância dentoalveolar do trespasse vertical na região de incisivos e/ou caninos gerando uma má oclusão dental (Figura 1).

Figura 1: Demonstrativo de mordida aberta anterior



Fonte: Saúde bem Estar (2019)

Dependendo da localização, há um comprometimento funcional e estético em razão dessa má oclusão. A periocidade da má oclusão diversifica conforme o período da odontiase.

Ferreira et al. (2001) constataram em um estudo realizado com 261 crianças com dentadura decídua, que 45,2% delas possuíam mordida aberta anterior.

Para Moyers (2000), a mordida aberta anterior pode ser classificada com base na estrutura que é afetada, podendo ser esquelética ou dentária. A classificação ocorre quando existe uma interferência no irrompimento dos dentes anteriores e no processo alveolar.

As mordidas abertas esqueléticas são as que envolvem as displasias craniofaciais. Caracteriza-se pela rotação no sentido anti-horário do palatino, ângulo goníaco obtuso, ramo mandibular encurtado e hiperplasia dentoalveolar, na maxila e na mandíbula (LÓPEZ; SOUZA; ANDRADE JÚNIOR, 2007; REIS; PINHEIRO; MALAFAIA, 2007).

Caso a mordida aberta simples não tenha um tratamento e não seja removido o agente etiológico na fase de dentadura permanente, poderá progredir para

características esqueléticas. Esse tipo de má oclusão desenvolve-se como resultado da interação multifatorial, relacionado a fatores ambientais. Hábitos bucais deletérios são mais vistos na dentadura decídua e mista, em especial de sucção digital, chupeta, respiração bucal, amígdalas hipertrofiadas e interposição lingual (ALMEIDA et al, 1998; HENRIQUES et al., 2000).

Para Serra Negra et al. (1999), até os três anos de idade, hábitos bucais deletérios como da mãe oferecer a chupeta ou a criança fazer uso do polegar como tranquilizador, é considerado normal. Devido a sucção, acontece modificações no arco dentário, e mesmo que cesse esse hábito, elas serão corrigidas naturalmente. Para os pais, é uma vantagem, visto que serão menores suas despesas (ALMEIDA et al., 1998).

Silva Filho, Freitas e Cavassan (1986) comenta que até os cinco anos de idade, onde inicia-se a maturidade emocional e a socialização, existe uma inclinação para as crianças abandonarem o uso da chupeta ou sucção do dedo. Caso esse hábito persista no decorrer da dentadura mista, pode ser prejudicial à oclusão, crescimento facial e o desenvolvimento normal (NGAN; FIELDS, 1997).

Neste contexto, Silva Filho, Freitas e Cavassan (1986) afirma que a sucção de chupeta e a dos dedos, causa alterações morfológicas, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, gerada pelo desequilíbrio neuromuscular na região bucal.

Moyers (1991) explica que a porção de danos produzida pelos hábitos bucais deletérios sobre a oclusão, depende da Tríade de Graber, ou seja, a frequência, duração e intensidade.

Segundo Worms, Meskin e Isaacson (1971), algumas classificações de mordidas abertas apresentam três categorias: simples, que envolve canino a canino; composta, do pré a pré-molar; e infantil, que atinge os molares.

Para Dawnson (1974), existem denominações e classificações com critérios diferentes para essa mal oclusão de acordo com a altura. São classificadas como: mínima, chegando sua abertura até 1 mm; moderada, de 1 a 5 mm; e severa, superior a 5 mm.

Neste sentido, o presente estudo que tem como metodologia a revisão da literatura, oferece base para discutir os resultados que alguns tratamentos podem contribuir para o posicionamento adequado da mordida aberta anterior do paciente.

2 - PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo é abordar através da revisão de literatura sobre a mordida aberta anterior, enfatizando sua etiologia, classificação, diagnóstico e tratamentos mais utilizados para sua correção.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - Alterações Causadas pela Sucção e seus Hábitos

Quando as crianças nascem e começam a surgir à erupção dentária, espera-se que os dentes e o osso alveolar que os envolve, se desenvolva até atingir o arco dental oposto, ocorrendo sua junção. Porém, hábitos orais como a sucção da chupeta ou dedo, a respiração oral, a interposição da língua e outras patologias, criam desarmonias oclusais, gerando à má oclusão dentária, mais conhecida como mordida aberta. Como já mencionado, a mordida aberta é uma deficiência de contato entre os arcos dentários, superior e inferior. A mordida aberta anterior é multifatorial, podendo ser determinada geneticamente ou pela prolongação dos hábitos orais. (FORTE; BOSCO, 2001)

A protusão dos dentes ântero-superiores ocorre devido ao polegar sustentar para cima o palato e pelo movimento que empurra e faz retrair a mandíbula. Caso os incisos superiores estejam inclinados de maneira vestibular, para uma melhor deglutição, a língua deve ser projetada a frente, promovendo o selamento anterior.

Souza et al. (2007) observa que muitos progenitores, para acalmar o choro da criança, acabam cedendo à chupeta, de forma que, a sucção desenvolve-se como um efeito calmante e de conforto para o bebê. Entretanto, quanto mais cedo for retirada do bebê, melhor será para sua dentição.

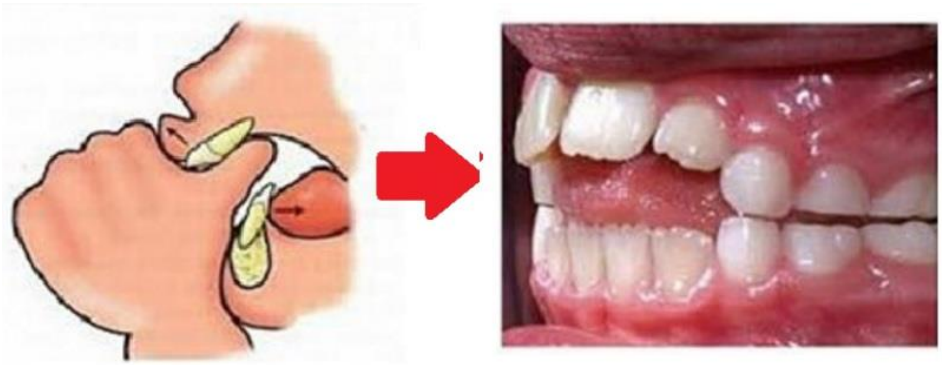
No caso da respiração oral, as modificações podem ser verificadas em posições dentais, na língua, mandíbula, como também apresentar em situações onde existe ausência do vedamento da cavidade oral que é provocada pela falta de contato entre os lábios, gerando movimentos neuromusculares que não são corretos para o desenvolvimento craniofacial. Esses pacientes são classificados como portadores de mordida aberta esquelética. Os efeitos dos hábitos orais em relação a dentição, irá depender da intensidade, da frequência e da duração, sendo recomendado, que para a correção da má oclusão o habito cesse ate os três anos de idade. (EMMERICH et al., 2004)

Watson (1981) e Mizrahi (1978) apresentam a mordida aberta em duas categorias: a primeira, o paciente na mordida aberta esquelética, apresenta aumento

do terço interior da face, os lábios não fecham levando o individuo fazer um esforço para os unir, e a língua pode se projetar através da abertura; a segunda, apresenta um equilíbrio na dentoalveolar e no componente esquelético.

A figura 2, demonstra as más oclusões que são geradas pelos hábitos de sucção.

Figura 2: Sucção digital com o dedo e interposição de língua



Fonte: Truque de dentista (2019)

Um aparelho para impedir as crianças continuar a sucção digital é a grade palatina. (Figura 3)

Figura 3: Sucção de dedo e grade palatina



Fonte: Deskgran (2018)

3.2 - Aleitamento Materno e Hábitos de Sucção

É pacífico o entendimento que o melhor alimento para recém-nascido é o leite materno. Ele contém todos nutrientes que o bebê precisa para desenvolver-se, além de fortalecer o sistema imunológico e auxiliar no vínculo afetivo com a mãe. Também promove o desenvolvimento da saúde, do complexo craniofacial do recém-nascido e do sistema estomatognático, bem como estimula corretamente a respiração nasal.

Figura 4: Amamentação e formação facial do bebê



Fonte: Kolher (apud DUARTE, 2019)

Quando o bebê não é amamentado, as necessidades fisiológicas e de afeto não são supridas totalmente. Cria-se o hábito de sucção não nutritiva para preencher a carência, gerando hábitos bucais deletério e comprometendo a neuromusculatura orofacial e o crescimento craniofacial.

Almeida (2001) explica que a sucção no seio da mãe precisa de um trabalho muscular que pode causar fadiga peribucal na musculatura do bebê, e, devido ao cansaço por conta da atividade, a criança acaba adormecendo. Oferecendo outros objetos para a sucção, como a chupeta e a mamadeira, o desenvolvimento estomatognático da criança é prejudicado.

Serra Negra et al. (1997) realizaram uma pesquisa e observaram que 86,1% das crianças que receberam aleitamento materno por no mínimo seis meses, não apresentaram hábitos bucais deletérios de sucção.

3.3 - Mordida aberta dentária, mordida aberta esquelética e fatores etiológicos.

A mordida aberta é mais comum em crianças que possuem dentadura decídua e mista, sendo que, a remissão pode ocorrer de maneira espontânea ou não.

Worms et al. (1971) discorrem, que a mordida aberta irá diminuir de acordo com o aumento de idade das crianças. Na fase da pubescência, podem ocorrer 80% de correção espontânea, mas após, pode prevalecer à mordida aberta esquelética.

Galvão, Menezes, Nemr (2006) e Almeida et al. (2006) afirmam que no decorrer do tempo, conforme a criança fica mais velha, ela acaba abandonando os hábitos de sucção.

Em um estudo a respeito da incidência das más oclusões, realizado por Silva Filho, Freitas e Cavassan. (1989), na região de Bauru, São Paulo, pesquisou 2.416 crianças em idade escolar, no estágio de dentadura mista (entre 7 e 11 anos de idade), e constatou que 18,5% apresentaram más oclusões, afirmando ainda os autores, que na adolescência a tendência dessas más oclusões é diminuir.

Embora exista dificuldades para o tratamento da mordida aberta em razão dos fatores etiológicos envolvidos, Almeida et al. (2002) ressaltam que, conhecer a etiologia do problema é um aspecto fundamental para o diagnóstico, o tratamento da dentição, e a correção da morfologia e funcionalidade do problema.

Outro fator etiológico importante e determinante para a mordida aberta, envolve mastigação, fonação, deglutição e respiração. Esses fatores atuam no crescimento do rosto da criança. Para uma morfologia correta é preciso que as funções do crescimento craniofacial estejam normais. Os hábitos bucais deletérios podem influenciar nestas funções, gerando o comprometimento do equilíbrio muscular, variando com a frequência, duração do hábito e a intensidade. Ressalta-se que as más oclusões verticais irão se desenvolver pela interação de múltiplos fatores etiológicos que se relacionam com os hábitos bucais, como por exemplo, a sucção digital, chupeta e interposição da língua. (ALMEIDA; URSI, 1990; ALMEIDA et al., 2000).

Para Moyers (1991), o crescimento vertical ocorre pelo crescimento vertical excessivo da maxila, em especial na região posterior, gerando uma altura facial proporcionalmente menor que a altura posterior total. Essa ausência da morfologia

esquelética se compensa pelo desenvolvimento dentoalveolar caracterizado verticalmente, portanto, obtendo uma boa função oclusal. Contudo, um terço dos jovens dolicofaciais, a compensação dentoalveolar não ocorre e o plano palatino ostenta uma rotação em sentido anti-horário resultando em uma mordida esquelética aberta.

O tratamento iniciado tardiamente, o prognostico irá ser desfavorável. Pacientes com crescimento vertical excessivo possuem os piores prognósticos no tratamento, alguns apresentam deficiência no comprimento do arco, necessitando de cirurgia ortognática.

3.4 Tratamento para Mordida Aberta

Para o tratamento da mordida aberta, primeiramente é preciso identificar as principais causas do problema, averiguando o que deve ser tratado, observando se há uma alteração funcional, um problema respiratório ou um hábito deletério. Com base nesses resultados, também é importante observar a faixa etária do paciente (ALMEIDA et. al., 2009).

Crianças com idade de 4 anos, não há possibilidade de sofrer interferências a seus hábitos de sucção, tendo em vista, que altera o beneficio emocional mais do que o funcional (GISFREIDE et al., 2016).

É importante nessa idade que os fatores predisponentes da má oclusão sejam extintos mesmo que o problema ortodôntico não seja corrigido de imediato. Quando o paciente apresenta problemas respiratórios, é preciso encaminha-lo para o médico otorrinolaringologista, pois, a correção da mordida aberta irá depender do restabelecimento da respiração nasal. Somente após resolvido o problema com a respiração, que o ortodontista poderá dar início ao tratamento (ALMEIDA et al., 2009).

3.5 Dos Tipos de Dentadura

Dentadura Decídua: Os dentes das crianças são chamados de dentes de leite. Esse termo surgiu por conta da coloração mais branca, como do leite. Os dentes são

menores comparados aos permanentes e possuem raízes mais longas. É possível encontrar também nessa dentição, os pré-molares e os sisos. Na fase inicial da dentição, as crianças estão mais propensas a contraírem problemas com cáries, devido a falta de esmalte nas paredes dentárias, que são mais finas, possibilitado que o ácido chegue na raiz com mais facilidade.

Dentadura Permanente: Na faixa etária dos 12 anos, a criança já começa a apresentar os dentes permanentes. O permanente pode começar a crescer na raiz do decíduo, prejudicando o mesmo. Aos 12 anos, quase todos já estão presentes, mas o siso ou terceiros molares surgem entre os 16 aos 20 anos de idade. Percebem-se os dentes permanentes, observando as pontas dos dentes incisivos inferiores e superiores. Também é possível notar quando estão nascendo, por suas características parecidas com mamelões ou serrinhas.

Dentadura Mista: Na fase da dentadura mista, é significativo intervir no problema ortodôntico de maneira direta, pois, as probabilidades do aumento de alterações dentárias são grandes, quando se encontram instaladas dificultando o tratamento e autocorreção.

Almeida e Ursi (1990) afirma que uma das medidas de correção para o tratamento de mordidas abertas relacionadas a hábitos deletérios é a grade palatina, que não exerce força sobre as estruturas dentárias. Tem como função servir de obstáculo para a sucção do dedo e chupeta, mantendo a língua mais retraída, impedindo a interposição durante a deglutição e a fala. Também é considerado um aparelho recordatório, pois a grade palatina lembra a criança de não executar o hábito.

Figura 5: Tratamento com a grade palatina



Fonte: Tokus (2012)

Para Almeida e Ursi (1990), a correção da mordida aberta anterior que circunda as estruturas dentárias e alveolares dá-se devido a musculatura peribucal, produzindo alterações como extrusão dentária, verticalização dos incisos. Neste sentido, o tratamento com a grade palatina pode variar. O tempo é de meses utilizando a obtenção de 2 a 3 mm trespasse vertical positivo, sendo que a contenção pode ser utilizada minimamente por 3 mm.

Além da grade palatina, outros aparelhos interceptores e funcionais, também são utilizados na dentadura mista, como o Bionator de Balters fechado, o Bite Block, a Tração Alta e o Esporão Colado Lingual.

Segundo Faltin e Faltin Junior (1998), o Bionator de Balters fechado é indicado para a correção da mordida aberta anterior causada por interposição lingual e sucção digital ou de chupeta. O aparelho tem como finalidade adequar a postura normal para a língua, orientada pela alça palatina. Possui uma porção de acrílico na região oclusal posterior, para prevenir a extrusão dentária, que se estende até a porção anterior, desde a região palatina dos dentes superiores até a lingual dos inferiores, inibindo a pressão ou interposição lingual e propiciando o vedamento da mordida aberta anterior. Ademais, cria um arco vestibular para estimular o selamento e estiramento labial, favorecendo o movimento extrusivo dos dentes anteriores. (Figura 6)

Figura 6: Bionator de Balters



Fonte: Liz (2010)

Almeida et al. (1998) afirmam que o Bite Block é o aparelho que quando usado precocemente, apresenta melhores resultados. É indicado para mordidas abertas esqueléticas, sendo que a correção se dá pela inibição da erupção dentária no

segmento posterior, denominada de “intrusão relativa”, e extrusão dos incisivos superiores e inferiores, criando uma rotação para cima e para frente da mandíbula ou uma direção de crescimento mandibular mais horizontal. Normalmente tem uma espessura que excede o espaço livre de 3 mm a 4 mm. (Figura 7)

Figura 7: Bite Block



Fonte: Oliveira (2015)

A tração alta é utilizada para o tratamento das mordidas abertas esqueléticas. Proffit (1995) explica que o aparelho extrabucal (AEB) com tração alta é um controlador da extrusão dos dentes póstero-superiores. Para um efeito ortopédico, esse aparelho pode ser utilizado por um período de 12 a 14 horas/dia, com uma força de aproximadamente 350 a 400g de cada lado. (Figura 8)

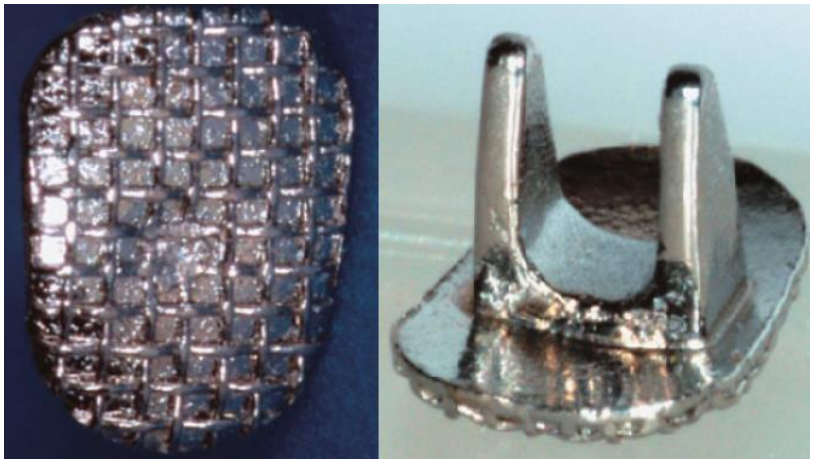
Figura 8: Tração Alta



Fonte: SBO (2010)

Já o Esporão Colado Lingual, Nogueira (2005) comenta que o aparelho foi desenvolvido tendo como base os princípios dos esporões tradicionais. É utilizado no tratamento da deglutição atípica por pressionamento lingual, podendo ser aplicado tanto no arco superior como no inferior. Para Almeida et al. (2000), este esporão possui uma base com uma malha convexa na sua parte posterior, para colagem nas superfícies linguais dos incisivos superiores e/ou inferiores, soldado a essa base apresenta duas hastes afiladas, com as extremidades levemente arredondadas. Sua grande vantagem é de ser um método rápido e barato. (Figura 9)

Figura 9: Esporão Colado Lingual



Fonte: Nogueira et al. (2005)

3.6 Diagnóstico

Steiner (1953) explica que para obter um bom diagnóstico, é preciso utilizar dados cefalométricos, importantes instrumentos para o diagnóstico das anomalias que apontam o tratamento mais adequado a ser realizado. Os traçados cefalométricos não são nem geometricamente e matematicamente exatos, mas fornecem uma boa interpretação dos resultados, além de necessitar de uma orientação mais científica para o tratamento.

É necessário um estudo da morfologia, da função neuromuscular da

respiração e dos dados cefalométricos para conhecer a má oclusão. É um auxílio para avaliar o grau da intensidade de correção da mordida aberta, a fim de restabelecer o sistema estomatognático (COURA et al., 2000).

É imprescindível uma investigação para identificar o fator etiológico, determinante do tipo de mordida aberta. Capelozza (2004) adverte que, quanto antes for diagnosticado, melhor será para dar início ao tratamento com os métodos necessários.

4 - DISCUSSÃO

Segundo Almeida (1998), a mordida aberta anterior pode ser considerada como a presença de uma dimensão vertical negativa entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. É de natureza vertical sendo uma má oclusão recorrente na população infantil, apresentando um prognóstico que dependendo de sua gravidade e da etiologia a ela associada, varia de bom a deficiente. A mordida aberta ocorre devido aos hábitos deletérios bucais, a função do tamanho anormal da lingua, respiração bucal, ou outras patologias.

Bronzi et al. (2002) discorrem que os hábitos bucais deletérios têm interferência no equilíbrio muscular, sendo dependente da duração do hábito e da intensidade e interferindo no desenvolvimento craniofacial, respiração, mastigação, deglutição e fonação. Essas interferências alteram morfologicamente de criança até sua vida adulta, caso não sejam tratadas.

Almeida e Ursi (1990) discorrem que muitas vezes, os hábitos se desenvolvem devido ao sentimento de insegurança da criança. Os hábitos mais decorrentes são: sucção digital da chupeta, mamadeira, caneta.

A deglutição com interposição da língua é outra causa apontada para a instalação de uma mordida aberta anterior. É necessário um retreinamento da língua no novo ambiente, para que evitem recidivas, sendo necessário o acompanhamento de um Fonoaudiólogo. (ALMEIDA et al., 2003).

O tratamento da mordida aberta anterior é complicado para o ortodontista, devido aos muitos fatores etiológicos. Maia et al. (2008) ressaltam que é preciso iniciar o tratamento o mais rápido possível, para que o crescimento não seja influenciado por outros fatores, como respiração bucal ou hábitos bucais deletérios.

De acordo com Almeida et al. (1998), na dentadura decídua, o tratamento envolve o controle dos hábitos e o atendimento multidisciplinar, com profissionais de fonoaudiologia, otorrinolaringologia e ortodontia. Um dos procedimentos utilizados para correção das mordidas abertas anteriores, de natureza dentária e dentoalveolar, que são causadas pelos hábitos de sucção e interposição da língua, é a utilização da grade palatina, adaptada ao arco superior.

Silva Filho, Freitas e Cavassan (1986) comenta que na dentadura mista, é importante intervir no problema ortodôntico do paciente, pois, caso não seja tratado

esses hábitos, aumentam a possibilidade de agravamento das alterações dentárias que tenham se instalado, dificultando a possibilidade de auto-correção.

A interceptação da mordida aberta anterior, na fase de dentadura mista, quando apresenta caráter dentoalveolar, possui prognóstico favorável. Nos casos de envolvimento dos componentes esqueléticos, compensações dentárias nem sempre produzidas pelo tratamento ortodôntico, trazem resultados satisfatórios (ALMEIDA et al., 1998).

Nos adultos, o tratamento da mordida aberta anterior é um desafio para o ortodontista. Devido à impossibilidade de crescimento, o tratamento é mais difícil desde o fechamento da mordida aberta anterior.

Para que o tratamento seja mais completo e eficiente ele deve ser multidisciplinar abrangendo outros profissionais como fonoaudióloga, otorrinolaringologista e psicólogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto os dentes quanto os ossos do corpo encontram-se a mostra de pressões decorrente dos músculos e seus movimentos, sendo assim, pode-se determinar as posições dos dentes, mandíbula e maxila.

É possível observar que, existem diversos fatores etiológicos que são relacionado à mordida aberta anterior, desde hábitos de sucção, respiração bucal, crescimento vertical, tamanho da língua, etc. O mapeamento dessas etiologias faz-se importante para o correto tratamento do paciente.

O tratamento da mordida aberta anterior requer uma abordagem multidisciplinar, que busca o melhor para que o paciente tenha uma vida saudável e sem instabilidades. Para isso, é necessário um ótimo tratamento com outros profissionais, caso seja necessário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.B. et al. Interceptação de uma mordida aberta esquelética associada à sucção digital: relato de um caso clínico. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 7, n. 42, p. 448-454, Curitiba, fevereiro/março, 2002.

ALMEIDA, E.S. et al. A sucção e o desenvolvimento do sistema estomatognático: algumas considerações. **Revista Fono Atual**, Ribeirão Preto, n.18, p. 48-53, 2001.

ALMEIDA, F.L., et. al, Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores orais. **Rev. CEFAC**. Jan-Mar, 2009.

ALMEIDA, R.R. et al. Mordida Aberta Anterior. Considerações e apresentação de um caso clinico**. Rev. Dent. Press Ortodon**. Ortopedi. Fac, v.3, n.2, p.17-29, mar/abr. 1998.

_____. A. Etiologia das más oclusões - causas hereditárias e congênitas adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** , Maringá, v. 5, n. 6, p. 107-129, nov./dez.2000.

_____. Displasias verticais: mordida aberta anterior: tratamento e estabilidade. **Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Ortop Maxilar**. 2003; 8(4):91-119.

ALMEIDA, R.R.; URSI, W.J.S. Anterior open bite: etiology and treatment. **Oral Health**, Toronto, v. 80, n. 1, p. 27-31, Jan. 1990.

ALMEIDA, R.V.D. et al. Efeito clínico de solução anti-séptica à base de própolis em crianças cárie ativas. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**. 6:87- 92, 2006.

BRONZI, F.S. et al. Mordida aberta em pacientes jovens. Relato clínico. **FOL,** p. 14, 2002.

CAPELOZZA FILHO, L. Diagnóstico em Ortodontia. **Dental Press**, p. 147-234, 2004.

COURA, L.C. et al. Mordida aberta: etiologia, desenvolvimento, diagnóstico e tratamento. **Rev Faculd Odontol Anápolis**, v. 2, p. 30-38, 2000.

DAWSON, P.E, et al. **Solving anterior open-bite problem.** Saint Louis: Mosby, 1974.

DESKGRAN. **Grade impedidora**. Disponível em: <https://deskgram.net/explore/tags/gradeimpedidora>. Acesso em: 5 jun 2019.

DUARTE, Eveline. **Amamentação e formação facial do bebê**. Disponível em: <http://bebesaudavel.blogspot.com/p/amamentacao-e-formacao-facial-do-bebe.html.> Acesso em: 6 jun 2019.

EMMERICH A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rep Public Health. 2004;20(3):689-97.

FALTIN, C. O.; FALTIN JUNIOR, K. Bionator de Balters. **Rev. Dental Press Ortodon**. Ortop. facial, Maringá, v. 3, n. 6, p. 70-95, nov. /dez. 1998.

FERREIRA,et al.; Estudo da prevalência da mordida Aberta Anterior em crianças de 0 a 5 anos de idade nas creches municipais de Bento Goncalves-RS. J. Bras. **Odontop. Odonto. Bebe**, v.4, n.17, jan/fev 2001.

FORTE F.D.S; BOSCO V.L. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. **Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr**. 2001;1(1):3-8.

GALVÃO, A.C.U.R; MENEZES, S.F.L; NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4 a 6 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus - AM. **Rev CEFAC**. 2006; 8 (3):328-36.

GISFREDE, T.F. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, p. 144-149, 2016.

HENRIQUES, J. F. C. et al. Mordida Aberta Anterior: A importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortopedi**. Fac., v.5, n.3, p.2936, Maio/Jun. 2000.

LIZ, Mirna. **Bionator de Balters**. 8 out. 2010. Disponível em: <http://odontologiahumana.blogspot.com/2010/10/bionator-de-balters.html>. Acesso em: 5 jun 2019.

LÓPEZ, A.C.P.; SOUZA, J.E.P.; ANDRADE JUNIOR, P. Tratamento da mordida aberta anterior em adultos por meio de extração dos primeiros molares permanentes–caso clínico. **Rev. Clín. Ortodon. Dental Press**, Maringá, v.6, n.2, 2007.

MAIA, S.A. et al. Diferentes abordagens no tratamento da mordida aberta anterior. **ConScientiae Saúde**, v. 7, p. 77-82, 2008.

MIZHARI, E.A. Review of anterior open bite. Brit. J. **Orthod., London**, v. 5, n. 7, p.2127, 1978.

MOYERS, R.E. **Ortodontia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 1991.

_____. **Tratamento precoce**. In: Ortodontia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

NGAN. P.; FIELDS, H.W. Open Bite: a review of etiology and managent. **Pediatric Dentistry,** v.19, n.2, p.91-98, 1997.

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

OLIVEIRA, Ana Paula Bueno de. Tratamento da Mordida Aberta Anterior na Fase de Dentadura Mista. 2015. 78 folhas. **Trabalho de Conclusão do Curso** (Graduação). Curso de Odontologia. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2015/ANA%20PAULA%20BUENO%20DE%20OLIVEIRA.pdf.> Acesso em 5 jun 2019.

PARKER, J.H. The interception of the open bite in the early growth period. **Angle Orthod.** 1971 Jan;41(1):24-44.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia contemporânea**. São Paulo: Pancast, 1995.

REIS, M.J.; PINHEIRO, C.N.; MALAFAIA, M. Tratamento da mordida aberta anterior: relato de caso clínico. **Rev. Clín. Dental Press**, Maringá, v.6, n.4, p. 88-96, 2007.

SAÚDE BEM ESTAR. Mordida Aberta. Disponível em: <http://www.revistasbo.com.br/main.php?bgsModulo=bgs_page.rev20101_m6>. Acesso em: 5 jun 2019.

SERRA NEGRA, J.M.C. et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.2, n. 11, p. 79-86, 1997.

SERRA NEGRA, J.M.C. et al. O uso de chupeta por crianças – relato de mães. J. Bras. Odontoped. **Odonto. Bebe**, v.2, n.7, p.21117, 1999.

SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CAVASSAN, A.O. Hábitos de sucção: elementos passíveis de intervenção. **Estomat Cult**., v. 16, p. 61-71, 1986.

_____. Oclusão: escolares de Bauru – prevalência de oclusão normal e má-oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). **Rev Assoc Paul Cir Dent**. 1989; 43(2): 287-290.

SOB. Sociedade Brasileira de Odontologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Odontologia.** Disponível em: <http://www.revistasbo.com.br/main.php?bgsModulo=bgs_page.rev20101_m6>. Acesso em: 6 jun.2019.

SOUSA, R.L.S. et al Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré-escolares na cidade de Natal/RN. Rev Dent Press **Ortodon Ortopedi Facial**. 2007;12(2):129-38.

STEINER, C.C. Cephalometrics for you and me. **Am J Orthod**., v. 10, p. 729-755, 1953.

TOKUS, Ana. **Para que serve a grade lingual**? 17 jul. 2012. Disponível em: <https://medodedentista.com.br/2012/07/pra-que-serve-a-grade-lingual.html>. Acesso em: 4 jun 2019.

TRUQUE DE DENTISTA. **Sucção Digital**. Disponível em: <https://truquesdedentista.wordpress.com/2015/12/02/succao-digital.> Acesso em: 5 jun 2019.

WATSON, W.G. Open bite, a multifactorial event. **Am. J. Orthod**., St. Louis, v.80, n.4, p. 443-446, jul./oct. 1981.

WORMS, F.W; MESKIN, L.H; ISAACSON, R.J. Open-bite. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 1971; 59(6):589-95.
0016.