ALANA HELENA NUNES FERREIRA

SOBREMORDIDA PROFUNDA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

PORTO VELHO/RO

2025

SOBREMORDIDA PROFUNDA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Alana Helena Nunes Ferreira[1]
Juliana Volpato Curi Pacini[2]

RESUMO

A sobremordida profunda é um tipo de má oclusão que acontece quando os incisivos superiores ultrapassam um terço da coroa sobre os incisivos inferiores em oclusão. Sendo muito frequente na prática ortodôntica e não apresentando prevalência entre os gêneros masculino e feminino. Não apresenta um bom prognóstico devido a sua alta taxa de recidiva. Tem etiologia multifatorial e precisa de um diagnóstico diferencial, elaborado e específico. O presente relato de caso clínico apresenta uma alternativa para o tratamento da sobremordida profunda, associada à colagem diferenciada dos acessórios anteriores dos incisivos superiores e inferiores, onde foi reduzido o valor padrão (-0,5 mm para incisal do centro da coroa dos mesmos) logo no início da mecânica. Foram colocados batentes posteriores, o que facilitou a colagem do arco inferior; posteriormente foi realizada a acentuação e reversão da curva de Spee, o que auxiliou na abertura da mordida, diminuindo a sobremordida anterior.

Palavras chave: Ortodontia; Sobremordida; Movimentação Dentária.

DEEP OVERBITE – CASE REPORT

ABSTRACT

Deep overbite is a type of malocclusion that occurs when the upper incisors exceed one third of the crown over the lower incisors in occlusion. Being very frequent in the orthodontic practice and not presenting prevalence between masculine and feminine genders. It does not present a good prognosis due to its high relapse rate. It has a multifactorial etiology and needs a differential, elaborate and specific diagnosis. The present case report presents an alternative for the treatment of deep overbite, associated to the differentiated bonding of the anterior attachments of the upper and lower incisors, where the standard value (-0.5 mm for incisal of the crown center of the incisors was reduced) early in the mechanics. Later stops were placed, which facilitated the collage of the lower arch; later, the accentuation and reversal of the Spee curve was performed, which aided in the opening of the bite, reducing the previous overbite.

Key words: Orthodontics; Overbite; Tooth Movement.

---

[1]Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário São Lucas UniSL Afya, em 2019. alanahelenaa@gmail.com
[2]Mestre em Ortodontia pela Unicid - SP, em 2020; Especialista em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em 2017; Graduada em Odontologia pela Faculdades Araçatuba UNESP, em 1997. Orientadora.

1 - INTRODUÇÃO

A sobremordida é um tipo de má oclusão vertical que apresenta etiologia multifatorial e precisa de um diagnóstico diferencial para o seu correto tratamento, caracterizada pelo excesso de trespasse vertical que geralmente ultrapassa um terço da coroa dos incisivos inferiores em relação à sobreposição dos incisivos superiores (PROFFIT, 2007; NANDA, 2005).

Baume (1950) classificou a sobremordida em leve, média e exagerada. A primeira acontece quando os incisivos superiores recobrem o terço incisal dos incisivos inferiores; a média quando os incisivos superiores recobrem o terço médio dos incisivos inferiores e a exagerada quando recobrem totalmente a coroa dos incisivos inferiores os quais ocluem com o cíngulo ou a gengiva palatina.

Entre as opções terapêuticas para tratar a sobremordida estão: intrusão dos dentes anteriores, extrusão dos dentes posteriores, nivelamento da curva de Spee, associada com a rotação da mandíbula no sentido horário, a associação destas opções anteriores e também o uso de aparelhos ortopédicos funcionais durante a fase de crescimento (BRITO, 2009; ALMEIDA 2004).

2 - DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

A paciente A.V.L., 11 anos, apresentou-se à clínica de pós-graduação em ortodontia, com a queixa principal de “quero usar aparelho, pois, não gosto do meu sorriso”. Na análise facial foi constatado que a paciente apresentava um perfil reto, padrão de crescimento equilibrado e selamento labial passivo (Figura 1A-C).



Figura 1A



Figura 1B



Figura 1C

No exame clínico intrabucal, foi observada uma má oclusão de Classe I bilateral. A linha média superior era coincidente com o plano sagital mediano, a linha média inferior desviada 2mm para esquerda, um trespasse vertical de 5,1 mm e trespasse horizontal de 5,0 mm. Os Incisivos superiores e inferiores apresentavam-

se bem posicionados em relação à base óssea, com curva de Spee acentuada. Os dentes apresentavam-se íntegros quanto à forma e estrutura (Figura 2A – E).



Figura 2A



Figura 2B



Figura 2C



Figura 2D



Figura 2E

Na radiografia panorâmica, não foi observada nenhuma alteração significativa nas estruturas dentais e adjacentes, agenesia dos terceiros molares superiores e inferiores, segundos molares superiores em erupção, rizólise incompleta dos molares superiores e inferiores (Figura 3). Na telerradiografia lateral observou-se um bom posicionamento dos incisivos superiores e inferiores (Figura 4).

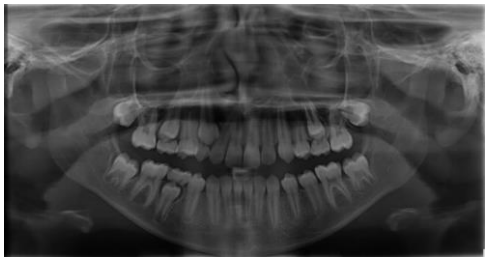


Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial.



Figura 4 – Telerradiografia inicial.

2.1 - Tratamento

O tratamento realizou-se por meio da instalação de bráquetes pré-ajustados de prescrição Roth com slot 0,022”x0,028”. Durante a colagem dos acessórios foi reduzido o valor padrão dos incisivos superiores e inferiores (-0,5 mm para incisal do centro da coroa dos elementos dentários). Foram colocados batentes posteriores para realizar a colagem do arco inferior. O alinhamento e nivelamento foi realizado

com a seguinte sequência de fios: 0,012” niti, 0,014” niti, 0,016” niti, 0,018” niti, 0,022” niti, 0,018” de aço, 0,020” de aço, 0,016”x0,022” niti, 0,019”x0,025” niti, 0,017”x0,025” de aço 0,019”x 0,025” de aço. Durante o alinhamento e nivelamento realizou-se a acentuação do arco superior e reversão da curva de Spee no arco inferior (Figura 5A-E).



Figura 5A



Figura 5B



Figura 5C



Figura 5D



Figura 5E

Após a correção do trespasse vertical excessivo ainda na fase de alinhamento e nivelamento, iniciou-se a fase de finalização por meio de utilização de arcos de aço 0,017”x0,025”. Foram removidos os levantes posteriores, colocados os elásticos corrente superior e inferior respectivamente (figura 7 A-E).



Figura 7A



Figura 7B



Figura 7C



Figura 7D



Figura 7E

Na fase de intercuspidação, foram utilizados elásticos de intercuspidação 1/8 médio de forma triangular bilateralmente, o que melhorou o posicionamento dos caninos e pré-molares (figura 8 A-C).





Figura 8A Figura 8B Figura 8C

Posteriormente à fase de intercuspidação, procedeu-se a remoção do aparelho fixo e instalação das contenções, utilizando-se neste caso uma placa de Hawley superior e 3x3 inferior (Figura 9 A-E).





Figura 9A Figura 9B Figura 9C




Figura 9D Figura 9E

Após a remoção do aparelho observa-se que se manteve o do perfil da paciente, se manteve a linha do sorriso, boa exposição dos incisivos superiores, ocorrendo à correção da má oclusão e da sobremordida profunda (Figura 10 A-C), também sendo observado nas imagens intra-bucais após a finalização do tratamento ortodôntico (Figura 11 A-E).





Figura 10A Figura 10B Figura 10C


Figura 11A


Figura 11B


Figura 11C


Figura 11D


Figura 11E

Na radiografia panorâmica final observa-se que se manteve um bom posicionamento das raízes, sem reabsorções severas nos ápices dos elementos dentários e ocorreu a rizólise dos ápices dos molares (Figura 12).

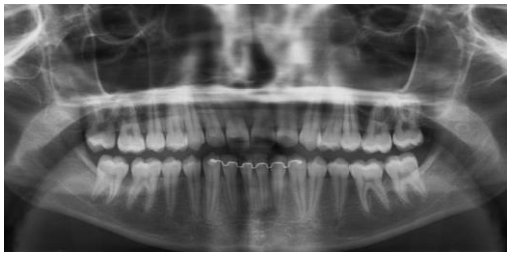
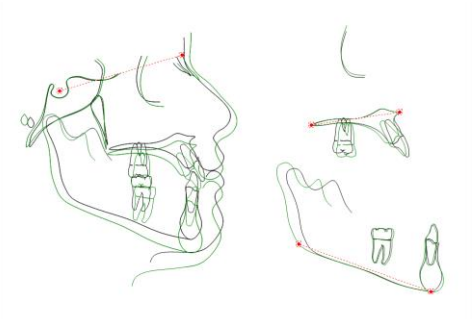

Figura 12 Radiografia Panorâmica final.


Figura 13 Telerradiografía final


Figura 14 Sobre posição dos traçados anatômicos.

2.2 - Resultados

Ao final do tratamento nas fotografias extraoral (Figura 10 A-C), pode-se observar que a paciente apresentou uma melhoria especialmente nas fotos de frente, em qual se pode apreciar uma harmonia no sorriso, mantendo o selamento labial e o perfil reto.

Variáveis		Inicial	Final
Componente Maxilar	SNA (º)	82.1	80.1
	Co-A (mm)	72.9	75.5
Componente Mandibular	SNB (º)	81.5	80.4
	Co-Gn (mm)	98.5	105.6
Relação entre Maxila e Mandíbula	ANB (º)	0.6	-0.3
	WITS (mm)	-4.1	-3.7
Componente Vertical	FMA (º)	26.6	26.7
	SN.GoGn (º)	33.3	37.9
	Sn.ocl (º)	16.1	17.1
	AFAI (mm)	54.5	57.1
Componente dentoalveolar Superior	IS.NA (º)	21.4	27.1
	IS-NA (mm)	4.1	3.8
	IS-PP (mm)	23.9	23.1
	MS-PTV (mm)	15.6	18.3
	MS-PP (mm)	15.0	15.8
	MS-SN (º)	73.4	72.3
Componente Dentoalveolar Inferior	II.NB (º)	12.0	14.5
	II-NB (mm)	0.5	1.1
	II-GoMe(mm)	34.3	33.4
	MI-Sínfise (mm)	23.2	22.2
	MI-GoMe (mm)	23.6	23.9
	MI.GoMe (º)	61.6	61.2
Relações Dentárias	Sobressaliência (mm)	5.0	2.4
	Sobremordida (mm)	5.1	1.1
Perfil Tegumentar	ANL (º)	111.2	114.7
	Li-Plano E (mm)	-1.0	-2.1
	Ls-Plano E (mm)	-1.9	-3.9

3 - DISCUSSÃO

Na prática ortodôntica através do uso do aparelho fixo, o mais comum é a utilização de mecânicas que promovem a extrusão dentária. O uso de fios contínuos na fase de alinhamento e nivelamento quando há sobremordida profunda geralmente promove a extrusão de dentes posteriores. Da mesma maneira, a acentuação e reversão da curva de Spee independentemente do tipo de liga, estimula a extrusão dentária dos posteriores, principalmente os pré-molares, seguida da vestibularização dos incisivo (MUNOZ, 2005; NANDA, 2007).

As utilizações de batentes anteriores facilitam a extrusão dentária posterior assim como favorecem ao nivelamento da curva de Spee, tratando a sobremordida. Esta opção de tratamento é indicada em pacientes braquifaciais, já em pacientes mesofaciais os batentes podem ser anteriores ou posteriores, pois o aumento da altura facial anteroinferior (AFAI) não comprometerá a estética facial em ambos os casos (JANSON, 2008). A paciente em questão, o padrão de crescimento equilibrado da mesma permitiu a instalação de batentes na região posterior de molares.

A intrusão nos incisivos superiores e/ou inferiores é indicada quando há extrusão destes, em pacientes dólicos, com a dimensão vertical aumentada, exposição incisiva dos incisivos em repouso, sorriso gengival, diferença interlabial maior que 4 mm, entre outro (BURSTONE, 1977; NANDA, 1981). Devido à sobremordida profunda constatada pelo estudo cefalométrico de 5.1 mm optou-se pela intrusão dos incisivos superiores e inferiores, havendo uma redução significativa de 4,0 mm ao final do tratamento.

4 - CONCLUSÃO

Baseado no caso clínico relatado e de acordo com a literatura apresentada pôde-se concluir que: A colagem diferenciada dos acessórios ortodônticos nos incisivos superiores e inferiores de forma conjunta à acentuação e reversão da curva de Spee, mostraram ser uma alternativa satisfatória na correção da sobremordida profunda anterior, interferindo positivamente no controle do trespasse anterior, não sendo necessário para este caso o auxílio de outros dispositivos ortodônticos.

REFERÊNCIAS

1. PROFFIT WR, FIELDS HW, SARVER DM. Ortodontia contemporânea. Janeiro: Elsevier 2007.

2. NANDA R. Biomechanics and esthetic strategies in clinical Orthodontics. Elsevier 2005.

9. BAUME LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. . I- Biogenetic course of the deciduous dentition. J Dent Res 1950 Apr.; 29(2):123-32.

10. BRITO HHA, LEITE HR, MACHADO AW. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. Dental Press Ortodon Ortop Facial 2009 14(3):128-57.

11. ALMEIDA MR, ALMEIDA RR, ALMEIDA-PEDRIN RR. O uso do sobrearco na correção da sobremordida profunda. Clín Ortodon Dental Press, Maringá 2004 fev./mar.; 3(1):14-30.

13. BURZIN J, NANDA R. The stability of deep overbite correction. Retention and stability in Orthodontics 1993 461-79.

14. ALMEIDA MR. Ortodontia clínica e biomecânica. Dental Press 2010.

15. OLIVEIRA SR, NISHIO C, TORRES MFM, BARRETO SYN, QUINTÃO CA. Correção da maloclusão Classe II com sobremordida profunda. Odontol Sanmarquina 2008 11(2):83-7.
.
16. MUNOZ AM. Correction of a Class II deep overbite skeletal and dental asymetric maloclusion in na adult patient. patient. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005 127(5):611-7.

17. NANDA R, KUHLBERG A. Tratamento da má oclusão de sobremordida: estratégias biomecânicas e estéticas na clínica ortodôntica. 2007.

18. JANSON MP, G. . Alternativas para acelerar a colagem dos acessórios inferiores em casos com sobremordida profunda. Rev Clín Ortodon Dental Press 2008 7(3):27-36.

19. BURSTONE CJ. Deep overbite correction by intrusion. Am J Orthod. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1977 1323-38.

20. NANDA R. The differential diagnosis and treatment of excessive overbite. Dent clin North Am 1981 25(1):69-84.