AMANDA CARVALHO CAVALCANTE

SOBREMORDIDA PROFUNDA – RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO VELHO/RO

2021

AMANDA CARVALHO CAVALCANTE

SOBREMORDIDA PROFUNDA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientadora: Prof. Me. Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbueno

PORTO VELHO/RO

2021

Artigo intitulado “SOBREMORDIDA PROFUNDA – RELATO DE CASO CLÍNICO” de autoria da aluna Amanda Carvalho Cavalcante, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Me. Roberta Francisca Martins de Castro
FACSET - SOEP - PVH/RO

Prof. Me. Icris Dayane Rodrigues Jardim Bueno
FACSET- SOEP- PVH/RO

Prof. Dr. Fabrício Valarelli
IOPG – Instituto Odontológico de Pós Graduação de Bauru - SP

Porto Velho/RO, 18 de Junho de 2021.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me permitiu chegar até aqui mesmo diante de tantas dificuldades, a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, estando ao meu lado acreditando no meu potencial.

Em especial a SOEP, pois me sinto privilegiada por fazer parte do corpo de alunos desta instituição que tanto se destaca com profissionais de excelência, os quais fizeram toda diferença em minha caminhada ortodôntica. Sigo convicta que foi a melhor escolha que eu poderia ter feito para começar a minha tão desejada especialização. Muito obrigada!

RESUMO

A sobremordida é caracterizada pelo posicionamento dentário, onde o trespasse vertical positivo fica entre 2 a 3 mm, sendo assim, os incisivos superiores ultrapassam um terço da coroa sobre os incisivos inferiores em oclusão. O presente relato de caso clínico apresenta uma alternativa para o tratamento da sobremordida profunda. Logo no início da mecânica, foram colocados batentes anteriores para possibilitar a colagem dos bráquetes no arco inferior, associado a reversão da curva de Spee para o auxílio da abertura da mordida, levando em consideração que, como há uma alta taxa de recidiva, é importante a sobrecorreção para um bom prognóstico, para dar maior estabilidade ao tratamento.

Palavras - chave: Ortodontia. Sobremordida. Movimentação dentária.

ABSTRACT

Overbite is characterized by tooth positioning, where the positive overbite is between 2 to 3 mm, thus, the upper incisors exceed one third of the crown over the lower incisors in occlusion. This clinical case report presents an alternative for the treatment of deep overbite. Early in the mechanics, anterior stops were placed to allow the bonding of the brackets in the lower arch, associated with the reversal of the curve of Spee to aid in the opening of the bite, taking into account that, as there is a high rate of recurrence, it is important overcorrection for a good prognosis, to give greater stability to the treatment.

Key words: Orthodontics, overbite, tooth movement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografias extrabucais iniciais ao tratamento ortodôntico 8

Figura 2 – Fotografias intrabucais iniciais ao tratamento ortodôntico 8

Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial 9

Figura 4 – Telerradiografia lateral inicial 10

Figura 5 – Fotografias intrabucais após instalação do aparelho ortodôntico superior 11

Figura 6 – Fotografia intrabucal da evolução dos fios superior e reversão da curva inferior 11

Figura 7 – Fotografias intrabucais após remoção dos batentes superiores. 12

Figura 8 – - Fotografias intrabucais com a placa de Hawley superior e contenção 3x3 inferior. 12

Figura 9 – Fotografias Extrabucais finais à finalização do tratamento ortodôntico. 13

Figura 10 – Fotografias Intrabucais finais após a finalização do tratamento ortodôntico. 13

Figura 11 - Panorâmica final. 14

Figura 12 - Telerradiografia lateral final. 15

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO 07

2 – DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO 08

2.1 – Possibilidades Terapêuticas 10

2.2 – Tratamento 10

2.3 – Resultados 15

3 – DISCUSSÃO 15

4 – CONCLUSÃO 17

BIBLIOGRAFIA 18

1 - INTRODUÇÃO

A sobremordida profunda é caracterizada quando há um trespasse vertical acima de 2 a 3 mm na região de dentes anteriores ou posteriores. Este tipo de má oclusão, como consequência, pode prolongar o tempo de tratamento por não haver espaço para a colagem dos acessórios inferiores ou provocar uma colagem para cervical provocando alterações no torque em aparelhos pré-ajustados e inflamações gengivais mais recentes[1]. Predispõe também ao paciente o envolvimento periodontal, problemas funcionais e distúrbio da articulação temporomandibular[2].

Essa má oclusão é denominada por diferentes terminologias: sobremordida exagerada, sobremordida profunda, sobremordida aumentada, sobremordida fechada, mordida profunda, trespasse vertical aumentado, sobressaliência vertical aumentada, dentre outras. Todas essas nomenclaturas caracteriza-se a condição clínica na qual os incisivos superiores recobrem os incisivos inferiores mais do que os padrões de normalidade[3].

O diagnóstico e tratamento da má oclusão é complexo e os fatores etiológicos podem ser esqueléticos e/ou dentários. Não há prevalência entre os gêneros feminino e masculino[4].

Para agilizar a colagem na arcada inferior, o levantamento da mordida por meio de batentes anteriores ou posteriores permite ao ortodontista trabalhar imediatamente na arcada inferior, corrigindo a curva de Spee com mais rapidez e passando para outras etapas do tratamento[5].

O Bite turbo ou levante de mordida anterior que permite um desbloqueio da oclusão, facilitando as movimentações dentárias nas fases iniciais do tratamento. É instalado na região anterior, podendo ser metálico ou em resina composta[6].

O presente artigo tem por objetivo demonstrar o tratamento de uma paciente com mordida profunda, no qual foi realizado o levante de mordida através de batente anterior, conjunto à acentuação e reversão da curva de Spee, baseando-se na mecânica de intrusão dos dentes anteriores desde a fase de alinhamento e nivelamento, sobrecorrigindo a má oclusão de maneira eficiente.

2 - DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

A paciente Y.V.L., 15 anos, apresentou-se à clínica de pós-graduação em ortodontia, com a queixa principal de “ mordida torta ”. Na avaliação extrabucal foi constatado que a paciente apresentava padrão de crescimento equilibrado, tipo facial braquicefálico, selamento labial passivo e a paciente apresentava o perfil reto. (Figura 1A-C)



Figura 1A Figura 1B Figura 1C

Figura 1 (A- C) - Fotografias extrabucais iniciais ao tratamento ortodôntico.

No exame clínico intrabucal, Classe I, linha média superior era coincidente com o plano sagital mediano, a linha média inferior desviava 1mm para esquerda, um trespasse vertical de 6 mm e trespasse horizontal de 1,0 mm. Os Incisivos superiores e inferiores apresentavam-se bem posicionados em relação as bases ósseas, com curva de Spee moderada. Os dentes apresentavam-se íntegros quanto à forma e estrutura, sem contato prematuro e sem alterações nos tecidos moles. (Figura 2A-E)



Figura 2A Figura 2B Figura 2C





Figura 2D Figura 2E

Figura 2(A-E)- Fotografias intrabucais iniciais ao tratamento ortodôntico.

Na radiografia panorâmica, não foi observada nenhuma alteração significativa nas estruturas dentais e adjacentes, 18, 28 e 48 em desenvolvimento, agenesia do 38, elemento 37 houve necessidade de ulotomia para acelerar o processo de irrompimento. (Figura 3)



Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial

Na telerradiografia lateral observou-se os incisivos superiores e inferiores verticalizados. (Figura 4)

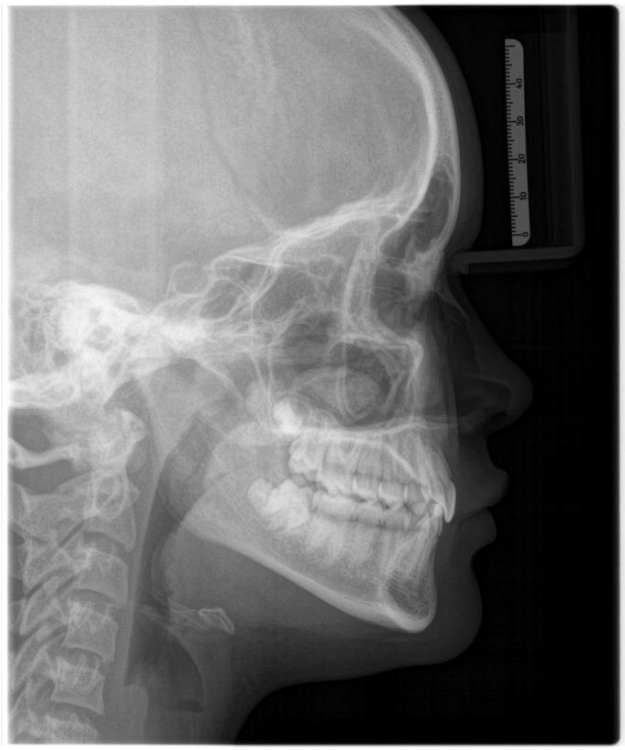


Figura 4 – Telerradiografia inicial

2.1 - Possibilidades Terapêuticas

Entre as opções de tratamento propostas para paciente, sendo elas, colagem diferenciada, placa de Hawley superior com levante de mordida, ancoragem absoluta através de mini implantes para intrusão de incisivos superiores e inferiores e batente anterior, optamos por levante de mordida anterior com a finalidade de possibilitar a colagem dos bráquetes no arco inferior associando com reversão da curva de Spee.

2.2 - Tratamento

O tratamento realizou-se por meio da instalação de bráquetes pré-ajustados de prescrição Roth Max .022” somente no arco superior para adaptação, no mês seguinte, foi feita a manutenção e a inserção de batente anterior para que fosse possível fazer a instalação do inferior. (Figura 5A-E)



Figura 5A



Figura 5B



Figura 5C



Figura 5D



Figura 5E

Figura 5 (A-E) Fotografias intrabucais após instalação do aparelho ortodôntico superior.

O alinhamento e nivelamento foi realizado com a seguinte sequência de fios: 0,012” niti, 0,014” niti, 0,016” niti, 0,018” niti e 0,019”x0,025” niti. No final do alinhamento e nivelamento realizou-se a reversão da curva de Spee no arco inferior com 0,018” de aço. (Figura 6 A-E)



Figura 6A

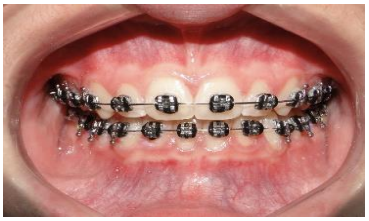


Figura 6B



Figura 6C



Figura 6D



Figura 6E

Figura 6 (A-E) – Fotografia intrabucal da evolução dos fios superior e reversão da curva inferior.

Foram removidos os levantes anteriores e mantida mecânica do superior e continuou-se com a reversão da curva de Spee do inferior para maior estabilidade ao tratamento. (Figura 7 A-E)



Figura 7A



Figura 7B



Figura 7C



Figura 7D



Figura 7E

Figura 7 (A-E) – Fotografias intrabucais após remoção dos batentes superiores.

Ao final da correção do arco superior procedeu-se com a remoção aparelho fixo superior e moldagem para instalação de contenção, utilizando-se neste caso placa de Hawley superior e dando continuidade a reversão da arcada inferior, juntamente com a dobra de offset na mesial de 33 e 43. Em seguida, foi feita a remoção do aparelho inferior e a instalação da contenção reta e a manutenção da contenção superior. (Figura 8 A-E)



Figura 8A



Figura 8B



Figura 8C



Figura 8D



Figura 8E

Figura 8 (A-E) - Fotografias intrabucais com a placa de Hawley superior e contenção 3x3 inferior.

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 9 A-C), também sendo observado nas imagens intrabucais após a finalização do tratamento ortodôntico. (Figura 10 A-E)



Figura 9A Figura 9B Figura 9C

Figura 9 (A-E) – Fotografias Extrabucais finais à finalização do tratamento ortodôntico.



Figura 10A



Figura 10B



Figura 10C



Figura 10D



Figura 10E

Figura 10 (A-E) – Fotografias Intrabucais finais após a finalização do tratamento ortodôntico.

Na radiografia panorâmica final observa-se que se manteve um bom posicionamento das raízes, sem reabsorções severas nos ápices dos elementos dentários. (Figura 11)



Figura 11 - Panorâmica Final.

Na telerradiografia lateral, observa-se que o perfil reto se manteve, houve melhora nas inclinações dos incisivos e a extrusão dos dentes posteriores. (Figura 12)

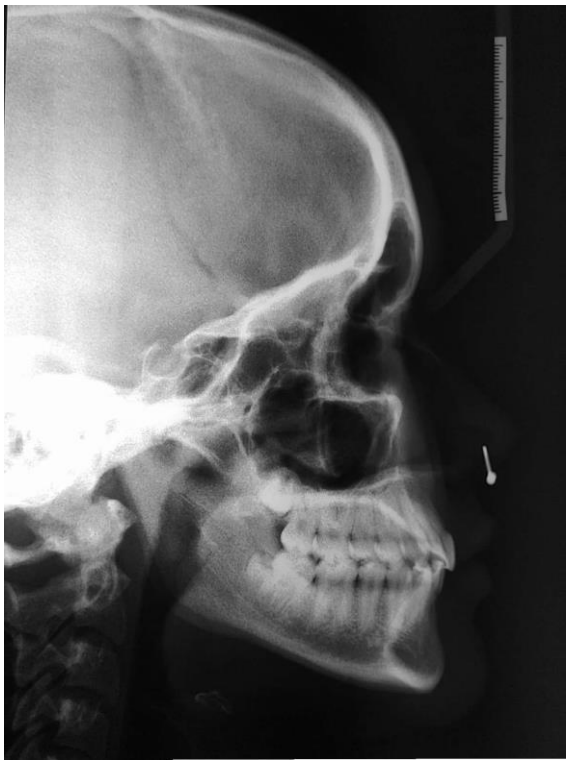


Figura 12 – Telerradiografia lateral final.

2.3 - RESULTADOS

Resultados subjetivos foram observados na paciente, através da análise clínica extrabucal, podê-se observar que a paciente apresentou uma abertura do ângulo nasolabial, o perfil tornou-se mais reto e os lábios superior e inferior sofreram uma suave retrusão.

Na análise intrabucal, houve uma melhora no overjet da paciente, os incisivos inferiores intruiram, os pré molares e molares extruiram, com planificação total da curva de spee, relação molar se manteve estável em Classe I.

3 - DISCUSSÃO

A sobremordida exagerada é um tipo de má oclusão vertical que apresenta etiologia multifatorial e necessita de um diagnóstico diferenciado elaborado e específico. Muitas vezes, essa má oclusão é a menos compreendida

e a mais difícil de tratar com sucesso e estabilidade por falta de domínio das possibilidades de tratamento[3].

Para a realização do tratamento, o fator que mais influência nos resultados é o pleno conhecimento acerca do diagnóstico ortodôntico como já foi citado. Com relação à sobremordida, deve-se levar em consideração o diagnóstico facial, o diagnóstico cefalométrico, e dentário[4,7,8].

Este excesso de trespasse vertical é comum causar danos à estética, desgastes dentários, alterações periodontais e alterações nas articulações temporomandibulares. Pode aparecer tanto em jovens quanto em adultos, em ambos, pode-se caracterizar pelo trespasse vertical acentuado entre os dentes anteriores, pela falta de desenvolvimento vertical dentoalveolar posterior e/ou pela deficiência esquelética anterior vertical[9].

A etiologia dessa má oclusão pode estar associada a alterações de crescimento na mandíbula e/ou maxila, modificando as funções de lábios e língua e, principalmente, a alterações dentoalveolares[10].

Janson ressalta que o levantamento temporário da mordida na região anterior, como também na posterior, quando bem indicados, auxilia positivamente no sucesso do tratamento, possibilita a instalação imediata dos bráquetes no arco inferior, promove a redução de intercorrências de reparos causados pelos descolamentos das peças por contatos excessivos. O batente tem uma relação custo/benefício vantajosa ao paciente, fácil confecção e instalação, possibilitando ajustes de forma simples por desgaste ou por acréscimo de resina diretamente na cavidade bucal, diminuindo tempo de cadeira[5].

No presente estudo a colagem dos acessórios superiores foi feita no primeiro mês para adaptação da paciente, posteriormente, foram colocados batentes anteriores por ser uma paciente de padrão horizontal, promovendo a intrusão dos mesmos e favorecendo a colagem do arco inferior de uma maneira mais rápida.

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. Este fato também pode ser observado neste trabalho, onde o batente anterior

associado a reversão da curva de Spee promoveram a correção da sobremordida da paciente[5].

Na literatura cita uma das formas para tratar a sobremordida, como: intrusão dos incisivos, inclinação dos incisivos, crescimento diferencial das estruturas maxilares e mandibulares e por meio de extrusão dos molares e pré molares[11,12].

Salientando que na mecânica de intrusão dos dentes anteriores é de primordial a importância de utilizar forças de baixa magnitude e de longa duração. A força de baixa magnitude permite intruir os incisivos de modo que não ocorra reabsorção radicular extensa. Os ortodontistas, em geral, denotam um certo receio quando se fala em movimento de intrusão, pois certamente se mal controlado é um movimento que se direciona contrariamente ao alvéolo, podendo causar reabsorção no ápice[13].

Ainda com a mecânica empregada pode-se notar através de uma análise subclínica que os dentes posteriores sofreram extrusão e o incisivos intruiram, corroborando com os resultados observados por autores.

3 - CONCLUSÃO

Baseado no caso clínico relatado e de acordo com a literatura apresentada pôde-se concluir que: A colagem de batentes nos incisivos superiores de forma conjunta à acentuação, reversão da curva de Spee e sobrecorreção, mostraram ser uma alternativa satisfatória na correção da sobremordida dando maior estabilidade ao tratamento com menos efeitos de recidivas.

BIBLIOGRAFIA

1 - Silva GO Silva AM , Peixoto MGS ,2, Ribeiro ALR , Tiago CM. Correção da má oclusão classe II, --com mordida profunda, utilizando batente anterior. J Odontol FACIT.2014;1(1):3-11

2 - Daokar S, Agrawal G.Deep Bite Its Etiology, Diagnosis and Management: A Review. Review Article. 2016:4(12);2469-2980.

3 - Brito HHA, Leite HR, Machado AW. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. R Dental Press Ortodon Ortop Facial.2009; 14(3): 128-157.

4 - MORO K. SANTOS BL. Protocolo de tratamento de mordida profunda. RFAIPE. 2017;7(2):31-42.

5 - Janson M, Pithon G. Alternativas para acelerar a colagem dos acessórios inferiores em casos com sobremordida profunda. Rev. Clín. Ortodon. Dental Press. 2008;7(3):27-36.

6 - SILVA RTF, Neto NTL. Correção de sobremordida profunda com o uso do dispositivo bite turbo: relato de caso. [Dissertação]

7 - Cogorni AA, Penhavel RA, Patel MP, Valarelli DP, Freitas KMS, Cançado RH et al. Uso de placa de levante fixa como método alternativo para a colagem dos acessórios nos dentes anteriores. R. Uningá. 2013:37;99-110.

8 - Moreno BMC, Gaviria CEM. Tratamiento ortodóncico de mordida profundas. Rv. Faculdade de odontologia universidad de antioquia. 2011:23(1);158-173.
9 - Aguiar GAR, Cruz CM, Crepaldi MV, Crepaldi MLS, Oliveira BLS, Bárbara NJ. Et al. Sobremordida: Relato de Caso. RFAIPE. 2017:7(2);16-23.

10 - Nielsen IL.Vertical Malocclusions: etiology,development,diagnosis and some aspects of treatment.The Angle Orthodontist.1991:61(4);247-260.

11 - Tratamento de mordida profunda segundo a técnica do arco segmentado. Maia SA, Almeida MEC , Junior WMO, Dib LS ,Raveli DB. ConScientiae Saúde.2008; 7(4):463-470.

12 - Danatto NRR, Correia APZB, Kamoda DM, Souza ER, Penteado RC, Chagas SM, Shibuya RH. CORREÇÃO DA SOBREMORDIDA EXAGERADA USANDO “BITE GUIDE”.

13 - Almeida MR, Almeida RR, Almeda-Pedrin RR. O uso do sobrearco na correção da sobremordida profunda. R Clín Ortodon Dental Press.2004:3(1);14-30.