

TRATAMENTO ORTODÔNTICO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM PACIENTES ADULTOS

Jorge Ferreira Rodrigues¹
Marcella Maria Ribeiro do Amaral Andrade²
Ernesto Dutra Rodrigues³

Resumo — O tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior em pacientes adultos apresenta muitas limitações e a terapêutica adequada seria a cirúrgica. Entretanto, por razões econômicas e ou psicológicas alguns pacientes a rejeitam como forma de tratamento. Diante da necessidade desses pacientes se tratarem, resta a possibilidade do tratamento ortodôntico compensatório, tema este que é abordado neste trabalho através da revisão literária e da apresentação de casos clínicos que produziram resultados bastante satisfatórios, mesmo em casos mais severos.

Abstract — The orthodontic treatment of the anterior bite open in adult patients presents many limitations and the suitable therapy would be the surgical one. However, for economic and or psychological reasons, some patients reject it as treatment form. In reason of the need of treatment of these patients, remains the possibility of the compensatory orthodontic treatment, which is boarded in this work through the literature review and the presentation of clinical cases that had produced satisfactory results, even in more severe cases.

INTRODUÇÃO

São poucos os trabalhos publicados sobre o tratamento ortodôntico da mordida aberta em pacientes adultos. Quando se referem a este tema vários autores o abordam, mas se referindo a pacientes em crescimento. Isso pode ser explicado pelo fato de que, em pacientes adultos, uma maloclusão caracterizada pela mordida aberta pode ser um dos mais difíceis problemas de se corrigir através do tratamento ortodôntico (GOTO et al. 1994). Dessa forma, ao paciente adulto restaria a correção cirúrgica ou a compensação ortodôntica.

Na elaboração de um plano de tratamento para correção da mordida aberta anterior vários fatores (tempo, risco, custo financeiro, desconforto) devem ser observados para estabelecermos uma relação custo benefício que quando avaliada possibilite uma melhor opção pela modalida-

1- Mestre em Ortodontia pela Universidade Camilo Castelo Branco-SP; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da Associação Brasileira de Odontologia - Sub-Seção Muriaé-MG; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia Escola Mineira de Odontologia-BH; Professor do Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade Estácio de Sá-JF.

Email:atendimento@jorgerodrigues.odo.br

2- Aluna do Curso de Especialização em Ortopedia Funcional dos Maxilares da Associação Brasileira de Odontologia - Sub-Seção Muriaé-MG; Assistente do Dr. Jorge F. Rodrigues.

Email:alecram@imicro.com.br

3- Aluno da Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora -MG Email: ernestorodrigues@yahoo.com.br

de de tratamento.

A cirurgia dos maxilares deve classificar-se mais alto em custo e risco que elásticos para alongar os incisivos ou redução oclusal dos dentes posteriores. Por outro lado, se os procedimentos menos difíceis iriam promover pequeno benefício real ao paciente, enquanto que a cirurgia de maxilares iria promover benefício considerável, o custo-risco/análise de benefício pode ainda favorecer o procedimento mais difícil (PROFFIT, 1991).

Reconhecemos que em razão dos avanços conquistados nos últimos anos pela cirurgia ortognática, esta terapia apresenta uma maior previsibilidade quanto à correção da maloclusão. O tratamento ocorre através da rotação anti-horária da mandíbula que tem como consequência a diminuição de altura facial anterior inferior. Porém, alguns pacientes a rejeitam como forma de tratamento por questões sócio-econômicos e ou até mesmo pela fobia por cirurgia.

Nesses pacientes, resta ao ortodontista a aplicação da mecânica ortodôntica como procedimento terapêutico com a finalidade de melhorar esses pacientes funcional e esteticamente.

Diante do exposto, no presente artigo, os autores expõem casos clínicos demonstrando o tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior mesmo em casos mais severos, observando a necessidade que pacientes adultos têm de tratar sua má-oclusão, que pela nossa experiência clínica provoca constrangimento aos seus portadores.

1 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com estudos de Lundstrom e Howe, citado por Cervera em 1995, o sistema ósseo está dividido em três tipos de osso:

1 – OSSO ALVEOLAR: é o suporte ósseo que recobre as raízes dos dentes e forma parte do periodonto.

2 – OSSO APICAL: é um espaço ósseo delimitado virtualmente, uma vez que não existem limites anatômicos que o quantifiquem. É definido como osso que está em torno das raízes dos dentes aproximadamente 2mm abaixo e acima do nível dos ápices de cada elemento dentário e onde se encontra o plexo vaso-nervoso ao redor do qual se produz os estímulos de crescimento, desenvolvimento e formação histológica para calcificação e erupção dos dentes.

3 – OSSO BASAL: é formado pelo corpo mandibular e maxilar e suas apófises.



Figura 1: Paciente com anodontia; não se encontra o osso alveolar correspondente aos elementos ausentes (CABRERA, 1997).

Nos casos de anodontia múltipla os ossos basal e apical serão muito pouco afetados. Apenas terão o seu tamanho reduzido, visto que o seu crescimento independe da formação dos dentes. Diferentemente do osso alveolar que se desenvolve pela erupção e desenvolvimento dos dentes e é uma estrutura plástica capaz de modificar sua morfologia e manter-se na posição em que se coloca o dente.

De acordo com os relatos de Cervera (1995) o osso apical depende do desenvolvimento do osso basal formando assim parte do que se entende por matriz funcional; o mesmo autor afirma ainda que não é possível por nenhum meio ortodôntico ou ortopédico desenvolver o osso basal, e não se pode ampliar a capacidade do osso apical, baseado nessa consideração a maioria dos tratamentos ortodônticos não são mais que uma compensação da posição dos dentes que é corrigida para melhorar as relações entre as arcadas dentárias produzindo resultados estéticos dos dentes e da expressão labial. Os tratamentos, portanto, ocorrem dentro de um campo limitado onde podemos mover o dente, conhecido como matriz funcional. Sendo que esta é completamente diferente nos tipos hipodivergente e hiperdivergente.

A constituição hiperdivergente está relacionada a mordida aberta porque os hiperdivergentes têm uma tendência a aumentar a dimensão vertical anterior. Se esses pacientes não desenvolvem uma mordida aberta é devido a um crescimento vertical compensatório do osso alveolar que suporta as raízes dos incisivos e caninos. Então, o contato entre esses dentes é proporcionado pelo afastamento dos respectivos ápices da linha dos ossos basais segundo o plano palatino e bordo inferior da mandíbula através de um movimento compensatório do processo alveolar para que os dentes não percam o contato. Portanto, a mordida aberta vai se desenvolver devido a presença de hábitos deletérios como a interposição da língua, lábio ou sucção digital o que impediria aquele crescimento compensatório estabelecendo assim a Mordida Aberta

Anterior.

A mordida aberta é uma forma comum de maloclusão relacionada com a postura dos tecidos moles. A mordida aberta anterior simétrica é em geral devido a uma postura lingual interdental baixa. A língua está posicionada habitualmente entre os dentes, bloqueando o mecanismo de erupção contínua que em geral resulta em contatos relativamente homogêneos entre as arcadas antagonistas, na posição de máxima intercuspidação. Uma mordida aberta anterior assimétrica resulta da postura habitual de um dedo ou outro objeto entre os dentes. A mordida aberta lateral (simétrica ou assimétrica) resulta do hábito postural de interposição de língua e/ou do tecido da bochecha entre os dentes posteriores (MCNEILL, 2000).



Figura 2A, 2B, 2C, 2D: Pacientes gêmeas monozigóticas. Uma delas desenvolveu a mordida aberta anterior e a outra não, mostrando a necessidade do fator ambiental no desenvolvimento dessa maloclusão.

De acordo com Enlow (1993), a curva dentoalveolar (de Spee) é um ajuste desenvolvimental comum que pode proporcionar compensação intrínseca para uma mordida aberta anterior. Uma combinação de muitos fatores fundamenta a base esquelética desse tipo de maloclusão. Se problemas das vias aéreas (ou outros) levam a uma abertura do ângulo ramo-corpo (goníaco) e a uma rotação do palato e da maxila, a flutuação (não erupção) vertical dos dentes anteriores e inferiores pode fechar o que poderia ser de outro modo uma mordida aberta esquelética (não meramente dentária). Se esse processo intrínseco falhar, a mordida aberta será grave.

Essa idéia é reforçada pelos trabalhos de Dung e Smith (1988) que estudaram 250 pacientes com idade entre 10 e 16 anos e que exibiam indicativos cefalométricos de dimensão vertical excessiva. Dentre esses pacientes apenas 13% eram portadores de mordida aberta.

Também se referindo a paciente de face longa que não desenvolvem mordida aberta anterior Capelozza Filho (2004) afirma que a sensação é que o crescimento divergente entre maxila e mandíbula que afastam os incisivos, exige uma compensação vertical tão significativa que um alvéolo vai sendo criado para acomodar esses dentes na sua busca por contato, embora alerte

para o fato de não haver provas conclusivas na literatura, ou seja, trata-se de um fenômeno progressivo com a idade.

2 APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

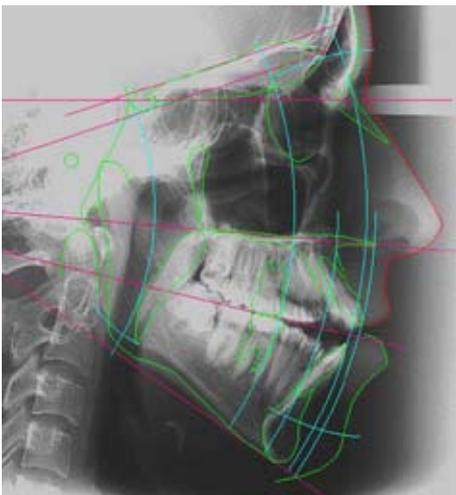
Caso clínico 1

Paciente sexo masculino, com 22 anos, Classe I dentária e esquelética, segundo cefalometria de Sassouni, "ausência" do 13 (Canino Superior Direito), mordida aberta anterior, apinhamento superior e inferior e 1° molar superior direito cruzado.

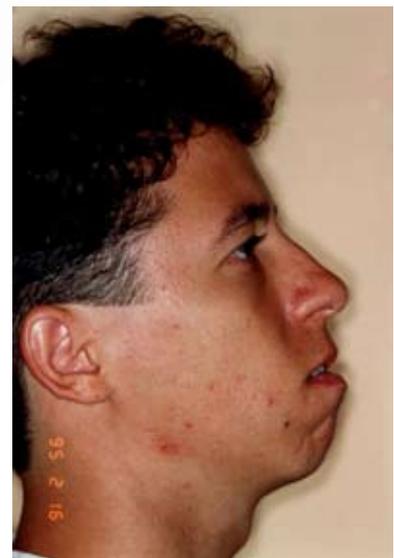
No plano de tratamento fizemos a opção pela extração do 2° pré-molar superior esquerdo e 1° pré-molares inferiores. Optamos por manter o 1° molar superior direito cruzado, pois seu des-cruzamento implicaria numa acentuação da má-oclusão. A técnica utilizada foi Straight Wire.

O paciente foi orientado por uma fonoaudióloga em 04 sessões sobre deglutição e mastigação. O tempo de tratamento foi de 30 meses.

Após a retirada fizemos a opção por uma contenção tipo Hawley na arcada superior e contenção fixa inferior de canino a canino. O paciente foi orientado a fazer uso do Hawley por 24h/dia nos primeiros 6 meses, tempo este que foi sendo reduzido a cada 6 meses, por um período de 30 meses.



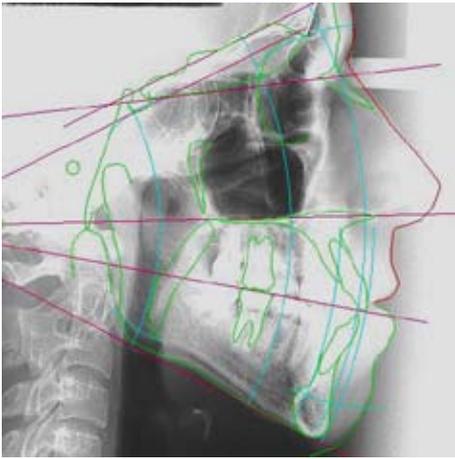
Figuras 3A: Telerradiografia em norma lateral antes do tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 3B-3C: Fotografias de frente e perfil antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior.



Figuras 3D, 3E e 3F: Fotografias de frente, lateral direita e esquerda antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior. Paciente já fazendo uso de aparelho fixo superior e inferior.



Figuras 4A: Telerradiografia em norma lateral pós-tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 4B-4C: Fotografias de frente e perfil, demonstrando uma condição de proporções faciais equilibradas e com harmonia ao final do tratamento ortodôntico.



Figuras 4D, 4E e 4F: Fotografias de frente, laterais direita e esquerda do resultado pós-tratamento corretivo.

Caso clínico 2

Paciente do sexo feminino, 15 anos e 04 meses, Classe I dentária e esquelética, segundo cefalometria de Steiner e Sassouni, mordida aberta anterior.

No plano de tratamento fizemos a opção de extração de 04 pré-molares (1° pré-molares superiores e 2° pré-molares inferiores). A técnica utilizada foi Straight-Wire.

A paciente fez acompanhamento com fonoaudióloga durante o tratamento ortodôntico.

O tempo de tratamento foi de 30 meses.

Após a retirada, fizemos a opção por uma contenção tipo Hawley na arcada superior e contenção fixa inferior de canino a canino. O paciente foi orientado a fazer uso desta contenção 24h/dia nos primeiros 6 meses, tempo este que foi sendo reduzido a cada 6 meses, por um período de 30 meses.



Figura 5A: Telerradiografia em norma lateral antes do tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 5B-5C: Fotografias de frente e perfil antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior.



Figuras 5D, 5E e 5F: Fotografias oclusais de frente, laterais direita e esquerda antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior.



Figura 6A: Telerradiografia em norma lateral pós-tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 6B-6C: Fotografias de frente e perfil, demonstrando uma condição de proporções faciais equilibradas e com harmonia ao final do tratamento ortodôntico.



Figuras 6D, 6E e 6F: Fotografias oclusais de frente, lateral direita e esquerda do resultado pós-tratamento corretivo.

Caso clínico 3

Paciente do sexo feminino, 16 anos e 04 meses, Classe I dentária e Classe II esquelética com retrusão mandibular e Mordida Aberta Anterior.

O tratamento constou de extração de 04 pré-molares (primeiros pré-molares superiores e segundos pré-molares inferiores) e a técnica desenvolvida foi Straight Wire.

O tempo de tratamento foi de 30 meses, tendo a paciente sido acompanhada por uma fonoaudióloga.

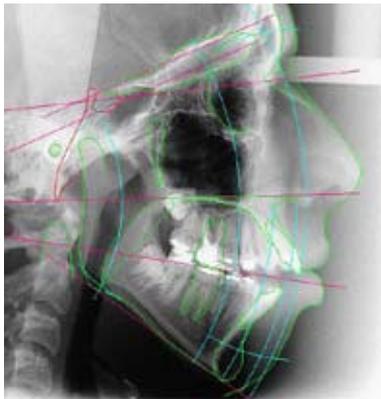


Figura 7A: Telerradiografia em norma lateral antes do tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 7B-7C: Fotografias de frente e perfil antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior.



Figuras 7D, 7E, 7F: Fotografias oclusais de frente, laterais direita e esquerda antes do tratamento, evidenciando a Mordida Aberta Anterior. Paciente já fazendo uso de aparelho fixo superior e inferior.

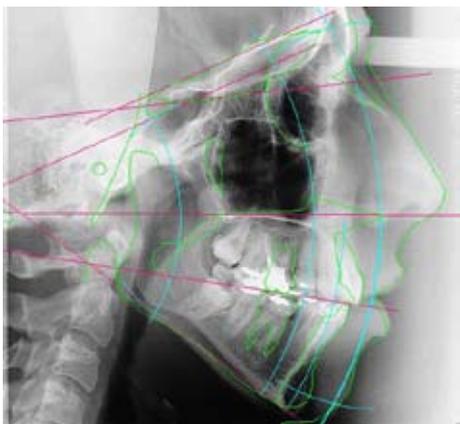


Figura 8A: Telerradiografia em norma lateral pós-tratamento com Traçado de Sassouni.



Figuras 8B, 8C: Fotografias de frente e perfil, demonstrando uma condição de proporções faciais equilibradas e com harmonia ao final do tratamento ortodôntico.



Figuras 8D, 8E, 8F: Fotografias oclusais de frente, laterais direita e esquerda do resultado pós-tratamento corretivo.

CONCLUSÃO

Em pacientes adultos, o tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior apresenta muitas limitações e a terapêutica adequada seria a cirúrgica. Mas respeitando as limitações econômicas e psicológicas desses pacientes verificamos que tratamentos ortodônticos compensatórios que normalmente envolvem extrações dentárias, produziram resultados avaliados pelo paciente e seus familiares como bastante satisfatório, apesar de produzir pouca influência na estética facial, sendo o resultado essencialmente dentário com alguma melhora no selamento labial.

O tratamento ortodôntico, por ser um processo mais prolongado, permite que se tenha simultaneamente à ele o acompanhamento fonoaudiológico, que permite um equilíbrio muscular garantindo maior eficácia da mecânica ortodôntica e maior estabilidade dos casos.

Com relação à porcentagem de pacientes que desenvolveram mordida aberta citada por Dung e Smith (1988), gostaríamos de salientar que acreditamos ser maior a prevalência da mordida aberta nesses pacientes. Entretanto, nossos dados não corresponderiam à realidade populacional, visto que os pacientes que nos procuram são normalmente portadores da má-oclusão.

REFERÊNCIAS

CABRERA, C. A. G.; CABRERA, M. C. **Ortodontia Clínica**. Vol1. Curitiba: Edições e Produções Interativas, 1997

CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em Ortodontia**. Maringá: Dental Press Editora, 2004.

CERVERA, D. A.; CERVERA, S. A.; CERVERA, S. E. **Estudio de la Clase II** (Apostila Curso Ledosa). Laboratório Europeu de Ortodontia, Espanha. 1995.

DUNG, D. J.; SMITH, R. J. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, ano 94, n.6, p. 484-490, dec. 1988.

ENLOW, D. H. **Crescimento Facial**. São Paulo: Artes Médicas. 1993.

GOTO, S.; BOYD, R. L.; LIZUKA, T. **Angle Orthod**, ano 64, n.4, p. 311-318. 1994.

MCNEILL, C. **Ciência e Prática da Oclusão**. São Paulo: Quintessence, 2000.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia Contemporânea**. São Paulo: Pancast, 1991.