

Tratamento da mordida aberta anterior relacionada a hábitos bucais deletérios

Treatment of anterior open bite related to deleterious oral habits

Tratamiento de la mordida abierta anterior relacionada con hábitos orales nocivos

Lilian Paixão 

Endereço para correspondência:

Lilian Paixão
Rua Arquimedes de Oliveira, 180
Santo Amaro
50050-510 - Recife - Pernambuco - Brasil
E-mail: lilianzinha.paixao@hotmail.com

RECEBIDO: 15.01.2023

MODIFICADO: 24.01.2023

ACEITO: 27.02.2023

RESUMO

A mordida aberta anterior pode ser definida como a presença de uma deficiência no contato vertical entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. A etiologia da mordida aberta anterior é multifatorial e está associada à genética, como hereditariedade e fatores, como respiração bucal, hábitos de sucção, tamanho anormal da língua, dentre outros. Diversos métodos de tratamento vêm sendo utilizados para a correção da mordida aberta anterior: grades palatinas, Bionator, esporões linguais, aparelho extrabucal conjugado, dispositivos temporários de ancoragem. O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível para obter maiores chances de sucesso, e é importante a associação de ortodontistas com cirurgiões, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e psicólogos.

PALAVRAS-CHAVE: Mordida aberta. Hábitos. Ortodontia.

ABSTRACT

The anterior open bite can be defined as the presence of a deficiency in the vertical contact between the incisal edges of the maxillary and mandibular anterior teeth. The etiology of anterior open bite is multifactorial and is associated with genetics, such as heredity and environmental factors, such as mouth breathing, sucking habits, abnormal tongue size, among others. Several treatment methods have been used for anterior open bite correction: palatal braces, Bionator, lingual spurs, combined headgear, temporary anchorage devices. Treatment should be started as soon as possible to obtain greater chances of success, and it is important to associate orthodontists with surgeons, otolaryngologists, speech therapists and psychologists.

KEYWORDS: Open bite. Habits. Orthodontics.

RESUMEN

La mordida abierta anterior se puede definir como la presencia de una deficiencia en el contacto vertical entre los bordes incisales de los dientes anteriores maxilares y mandibulares. La etiología de la mordida abierta anterior es multifactorial y está asociada a la genética, como la herencia y factores ambientales, como respiración bucal, hábitos de succión, tamaño anormal de la lengua, entre otros. Se han utilizado varios métodos de tratamiento para la corrección de mordida abierta anterior: paratos ortopédicos palatinos, Bionator, espolones linguales, arnés combinado, dispositivos de anclaje temporal. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible para obtener mayores posibilidades de éxito, y es importante asociar ortodoncistas con cirujanos, otorrinolaringólogos, logopedas y psicólogos.

PALABRAS CLAVE: Mordida abierta. Hábitos. Ortodoncia.

INTRODUÇÃO

A mordida aberta pode ser definida como a falta de contato vertical entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores¹⁻².

A mordida aberta pode ser classificada em esqueléticas, dentárias e dentoalveolares. A mordida aberta anterior (MAA) tem etiologia multifatorial, estando muitas vezes ligada a uma desordem miofuncional orofacial, seja por fatores genéticos ou por hábitos bucais deletérios prolongados³.

Os indivíduos com MAA podem apresentar falta de contato entre os dentes anteriores (caninos a caninos) superiores e inferiores, deficiência ou ausência de selamento labial, respiração bucal, arco maxilar atrésico, fala atípica, aumento do plano oclusal e tendência à Classe II de Angle⁴.

O tratamento da MAA torna-se muito complexa devido aos vários fatores envolvidos que incluem hereditariedade e fatores ambientais³. Devido às dificuldades de tratamento e manutenção dos resultados, diversas alternativas mecânicas têm sido relatadas na literatura.

A MAA pode ser revertida através do abandono de hábitos deletérios como sucção não nutritiva e interposição lingual e da instalação de aparelhos ortodônticos³.

Os tratamentos da MAA incluem: modificação de comportamento para eliminar hábitos, movimentação ortodôntica por intrusão de molares e extrusão de dentes anteriores e ainda se necessário tratamento cirúrgico das bases ósseas³.

O objetivo desse estudo é verificar os métodos de tratamento mais eficazes para corrigir a MAA em pacientes que apresentam hábitos bucais deletérios.

REVISÃO DE LITERATURA

Hábitos bucais deletérios são um conjunto de atos espontâneos (sucção digital, sucção artificial - como mamadeira, chupeta, deglutição atípica e respiração bucal), que trazem danos ao sistema estomatognático do paciente modificando o crescimento padrão e afetando a oclusão na primeira infância⁵.

O começo desses hábitos geralmente ocorre por levar prazer à criança. A princípio é um ato realizado por uma ação consciente, porém, em função de reiterar, ocorre a automatização, tornando-se assim, inconsciente constituindo costumes negativos⁵⁻⁶.

A prevalência dos hábitos de sucção diminui com a idade e os hábitos orais até três anos de idade são normais e fazem parte do desenvolvimento emocional da criança, não levando a prejuízos permanentes para a oclusão porque até essa idade a tendência é de autocorreção da má-oclusão. Crianças tensas, ansiosas ou sob estresse tem maior prevalência de hábitos orais nocivos do que aquelas consideradas tranquilas. A instalação dos efeitos nocivos depende de fatores como duração, frequência e intensidade do hábito⁷.

Várias alterações do sistema estomatognático causados por hábitos bucais deletérios podem ser mencionados: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, MAA, musculatura labial hipotônica, respiração bucal, atresia palato e arco superior e interposição de língua, além da tendência vertical de crescimento⁸⁻⁹.

A MAA é um problema neuromuscular e anatômico, pois está relacionada ao posicionamento da mandíbula em relação à maxila (fenômeno muscular) e a uma erupção diferenciada dos dentes, geralmente associada com o crescimento diferenciado das partes anterior e posterior da maxila⁸.

A MAA consiste no trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas na região anterior¹⁰.

A criança dolicofacial apresenta maior potencial para desenvolver uma MAA, porém a MAA pode ser encontrada nas crianças braquifaciais e também nas mesofaciais¹¹.

A MAA pode ser classificada em esqueléticas, dentárias e dentoalveolares. A mordida aberta dentária caracteriza-se por apresentar os dentes vestibularizados, sem alteração das bases ósseas e não se estende para além do canino. Os pacientes apresentam uma morfologia facial normal e uma

correta relação óssea. A mordida aberta esquelética caracteriza-se por apresentar hiperdivergência na maxila, com o terço facial inferior e a dimensão vertical aumentada¹⁰.

A mordida aberta, como qualquer outra má-oclusão, é multifatorial e resulta da interação de diversos fatores etiológicos: fatores genéticos e fatores ambientais³.

Após investigação e com diagnóstico por meio de anamnese e exame clínico para tornar o tratamento assertivo. O paciente deve ser encaminhado ao otorrinolaringologista para maior detalhamento sobre a causa da respiração bucal, e quando acompanhado de deglutição atípica é necessário também verificar se esta gerou alguma outra patologia que necessite de intervenção multidisciplinar⁵.

Uma má-oclusão precisa ser tratada por uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião-dentista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e psicólogo para obter um diagnóstico preciso e resultados satisfatórios. O otorrinolaringologista tratará as vias áreas superiores, o cirurgião-dentista ortodontista restabelecerá as alterações dentárias e esqueléticas, o fonoaudiólogo corrigirá a função muscular, e o psicólogo intervirá nas variáveis psicossociais auxiliando na modificação do comportamento dos pacientes e familiares, e também ajudará a encarar os tratamentos orais recomendados. No entanto, é o cirurgião-dentista que deve reconhecer as possíveis causas da má-oclusão e encaminhar os pacientes aos outros profissionais¹¹.

Durante a dentição mista, os hábitos orais são consideradas as principais causas da mordida aberta, principalmente interposição lingual ou labial. A grade palatina e uma abordagem multidisciplinar é o tratamento indicado. Em casos de atresia do arco superior, um dos possíveis tratamento é a instalação de disjuntor tipo Hass e grade palatina associada a barreira de acrílico para evitar que a criança continue a interpor a língua entre os incisivos. Na dentição permanente, o tratamento ortodôntico deve ser realizado com aparelho fixo. Sessões de fonoaudiologia são necessárias após o fechamento da mordida aberta, visto que enquanto o paciente estiver usando a grade palatina, não conseguiria executar os exercícios indicados pelo fonoaudiólogo. Se o paciente for adulto, a cirurgia ortognática é indicada¹¹.

Os aparelhos funcionais (ativador, Bionator e aparelho de Frankel) são indicados para o uso na dentição mista. Ainda para tratamento da mordida

aberta pode ser utilizado: aparelho extrabucal de tração alta, aparelho bite block, grade palatina, disjunção com grade, Bionator de Balters fechado e esporão colado lingual¹¹.

Também citam o aparelho extrabucal conjugado, extrações dentárias e uso de aparatos temporários de ancoragem¹¹.

Mini-implantes vêm sendo utilizados para auxiliar no tratamento ortodôntico de MAA, proporcionando uma ancoragem estável, intruindo significativamente os molares inferiores, fechando a mordida com um giro anti-horário da mandíbula com mínimo de efeitos colaterais¹².

Aparelhos como bite block, magnetos, extrabucais de puxada alta, elásticos intermaxilares tem sido a um longo tempo utilizados para correção da MAA, através da extrusão dos incisivos ou pela prevenção passiva da irrupção dos dentes posteriores, ou ambas as coisas. Elásticos intermaxilares, usados em mecânicas convecionais e mecânicas de arco de Edgewise com múltiplas dobras, normalmente causam extrusão de dentes posteriores, isso abre o plano mandibular e tem efeitos prejudiciais no perfil facial. Portanto, o controle vertical dos dentes posteriores é crucial no tratamento ortodôntico da mordida aberta¹³.

A placa de Hawley com grade é indicada para pacientes que colaboram com o tratamento. Utilizada na dentição mista para tratar MAA decorrentes de hábitos. O aparelho é composto por uma fina cobertura de acrílico na região do palato, sua retenção ao elemento dental é obtida através dos grampos em gota e grampos de Adams na região interproximal e molares decíduos, respectivamente. Possuem na grande maioria das vezes, torno expensor devido à grande prevalência de mordidas cruzadas ocasionadas pela MAA, assim como grade palatina localizada na região anterior, entre os caninos decíduos¹³.

A grade palatina fixa que tem função de obstáculo mecânico que impede a sucção digital ou da chupeta, assim como mantém a língua numa posição mais retruída, ou seja, em posição posterior, impedindo com isso sua projeção e interposição nos dentes anteriores, e ocorrendo a verticalização dos incisivos superiores com a extrusão dentária do processo alveolar maxilomandibular¹³.

O aparelho tem mais efetividade em dentadura decídua e mista, sendo pouco eficaz na dentadura permanente¹³.

As grades palatinas ou linguais corrigem a MAA nos casos de disfunção lingual (um desvio na

atividade postural da língua resulta em mordida aberta esquelética). As grades palatinas ou linguais impedem que a língua se apoie sobre os dentes. Elas precisam ser longas para evitar que a língua se posicione abaixo delas¹³.

O esporão lingual apresenta 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. Tem a vantagem de ser um método rápido e de baixo custo, de tamanho aproximado de 3 mm, promovendo maior liberdade para a língua. É indicado no tratamento de sucção digital crônica, podendo ser usada eficientemente na dentição mista, alterando a postura e função lingual. Juntamente com esse método, preconizou-se a utilização de exercícios reeducadores posturais da língua¹³.

A utilização de aparelhos extrabuciais de tração alta associados a aparelhos ortopédicos tem como objetivo reduzir a extrusão de molares, permitindo um giro anti-horário da mandíbula¹³.

No tratamento da MAA em adultos, o recurso dos mini-implantes e mini placas de titânio como ancoragem no tratamento ortodôntico e cirúrgico, proporciona uma possibilidade de movimentação e estabilidade que antes dificilmente eram realizados através de métodos convencionais na ortodontia. Para o uso destes, faz-se necessário uma análise do paciente, observando-se o tipo de padrão e tipo de oclusão. Após nivelamento e alinhamento, o profissional instalaria a mini placa na região entre pré-molares e molares. Quando da necessidade de exodontias, estas deveriam ser realizadas antes de passar para o fio retangular, e as mini placas deverão ser instaladas antes do total fechamento dos espaços das extrações. As mini placas serão fixadas com parafusos, e após 15 a 20 dias inicia-se o movimento de intrusão através de elásticos correntes, que devem ser trocados mensalmente. O movimento levaria em média oito meses para ser realizado¹⁴.

O tratamento da MAA é realizado mediante a intrusão de molares e/ou extrusão de incisivos. Os elásticos são grandes auxiliares para estes tipos de movimentos. Porém, deve-se observar o tipo de face do paciente (em pacientes padrão face longa, não deve ser utilizado o recurso de extração de molares para não acarretar dano estético ao mesmo). Se a MAA for esquelética, o profissional não deve promover uma extrusão dos dentes anteriores, uma vez que pela

própria natureza já houve uma extrusão dentária¹⁴.

Para intrusão de molares, os mini-implantes são uma excelente opção de ancoragem, instala-se um por lingual e outro por vestibular, pode-se ou não conjugar os dentes com a intenção de formar um bloco, e com o uso de elástico corrente, faz-se a intrusão do elemento desejado¹⁴.

As mini placas de titânio são uma dos mais modernos recursos para correção de tratamento ortodôntico, e que vem sendo usados juntamente com os mini-implantes ampliando as opções de tratamento da MAA, tendo em vista a dificuldade que o profissional encontra em realizar este tipo de tratamento em pacientes adultos¹⁴.

Com o uso de mini placas e mini-implantes, diminui-se a necessidade de cirurgia ortognática e aumentam a estabilidade no tratamento¹⁴.

As extrações são mais indicadas em casos de mordida aberta esquelética, por apresentarem-se com maior estabilidade. Extrações de molares devem ser realizadas somente em casos de comprometimento estrutural do dente como por exemplo cáries avançadas e grandes restaurações (sempre deve dar preferência pelas exodontias de pré-molares, por estarem em região de transição entre as regiões posterior e anterior)¹⁴.

Em casos de mordida aberta esquelética em adultos, a indicação é a cirurgia ortognática pelo grau de dificuldade em corrigi-la (compensar) e pelo grau de dificuldade em se manter a estabilidade pós-término do tratamento. Para realização das cirurgias ortognáticas, alguns fatores deverão ser analisados, desde a idade do paciente, severidade da má-oclusão, condições socioeconômicas, até mesmo a vontade do paciente¹⁴.

DISCUSSÃO

Discutir o tratamento ortodôntico em casos de MAA é importante porque existem vários tipos de tratamento. Os autores entram em consenso em estudos realizados sobre o tratamento da MAA e destacam que a eliminação de hábitos deletérios é necessária e resolutive em alguns casos, levando a um bom prognóstico do tratamento efetuado.

Os hábitos bucais deletérios causam danos ao sistema estomatognático do paciente e modifica o crescimento padrão da face e afeta a oclusão na primeira infância.

Os aparelhos funcionais são citados para correção da mordida aberta na dentição mista. E na dentição permanente aparelho fixo é o tratamento indicado¹¹.

Os elásticos são grandes auxiliares na intrusão de molares e/ou extrusão de incisivos, porém em pacientes com MAA esquelética onde já houve extrusão anterior pela própria natureza, esse tipo de tratamento não deve ser indicado¹⁴.

Para intrusão de molares, os mini-implantes são uma excelente opção de ancoragem. Em casos de mordida aberta esquelética em adultos, a indicação é a cirurgia ortognática pelo grau de dificuldade em corrigi-lá¹⁴.

Os autores convergem para o tratamento multidisciplinar sendo necessário acompanhamento fonoaudiológico e psicológico para melhoria de resultados. E em casos de respiração bucal é importante acompanhamento do otorrinolaringologista.

CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que a MAA é dentre os problemas de oclusão o que mais gera problemas estéticos e funcionais, tanto em crianças como em adultos, afetando a qualidade de vida destes pacientes.

É imprescindível realizar uma boa anamnese e exame clínico e avaliar cada situação em específico (identificar etiologia), são determinantes para o sucesso do tratamento. É importante durante o tratamento o ortodontista encaminhar o paciente quando necessário para o otorrinolaringologista, psicólogo, fonoaudiólogo, mantendo uma equipe multidisciplinar e contribuindo para uma melhora na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Antoun TRA, Santos DCL, Flaiban E, Negrete D, Bortolin R, Santos RL. Mordida aberta anterior - uma revisão de literatura. Rev Odontol Univ Sao Paulo. 2018;30(2):190-9.
2. Dias GF, Valle PTG, Bojarski FR, Alves FBT. Mordida aberta anterior em dentição mista - relato de caso. Rev Stricto Sensu. 2019;4(2):19-28.
3. Braga AR. Mordida aberta: etiologia e relacionamento com hábitos deletérios. Rev Pub Saude. 2021;5:a88.
4. Bruggemann R, Tomé SB, Tonetto A, Heizemann, Burmann PFP, Beck DGS, et al. Mordida aberta anterior: etiologia e tratamento. Rev Eletr CNEC/IESA. 2015:187-211.
5. Ribeiro CS, Mendes CM, Picanço KS, Carlos AMP. Hábitos bucais deletérios e suas consequências ao paciente infantil: uma revisão de literatura. Braz J Dev. 2021;7(11):106102-13.
6. Alencar LBB, Oliveira EB, Silva IL, Sousa SCA, Araújo VFE, Fonseca FRA. Hábitos associados a mordida aberta anterior em crianças: uma revisão integrativa. Arq Odontol. 2021;57:244-52.
7. Missen VC, Izolani Neto O, Barbosa OLC, Nogueira MF, Tresse DF. Hábitos deletérios causadores da mordida aberta. Braz J Surg Clin Res. 2017;19(2):177-82.
8. Bistaffa AGI, Oltramari PVP, Conti ACCF, Almeida MR, Pinzan A, Fernandes TME. Hábitos bucais deletérios e possíveis intervenções: uma revisão de literatura. Ensaios Cienc C Biol Agr Saude. 2021;25(1):77-84.

9. Vituriano AL. Hábitos em ortodontia: uma revisão de literatura [monograph]. Pindamonhangaba: Faculdade de Pindamonhangaba; 2014.
10. Costa GF. Fatores genéticos e ambientais na má oclusão de mordida aberta [dissertation]. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2019.
11. Costa MI. O tratamento multidisciplinar da mordida aberta [undergraduate thesis]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
12. Maciel FF. Tratamento da mordida aberta anterior com uso de mini-implantes [monograph]. Pindamonhangaba: Faculdade de Pindamonhangaba; 2015.
13. Silva L. Tratamento da mordida aberta anterior em paciente infantil: uma revisão de literatura [undergraduate thesis]. Fortaleza: Centro Universitário Fametro; 2020.
14. Lira CMN. Tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior em adultos [monograph]. Maceió: Faculdade Sete Lagoas; 2021.