

Mordida Aberta Anterior: A Importância da Abordagem Multidisciplinar e Considerações sobre Etiologia, Diagnóstico e Tratamento. Apresentação de um Caso Clínico

Anterior Open Bite: The Importance of Multidisciplinary Approach and Considerations on the Etiology, Diagnosis and Treatment. A Case Report



José Fernando
Castanha Henriques

Resumo

A mordida aberta anterior é uma das más oclusões de maior comprometimento estético-funcional, além das alterações dentárias e esqueléticas. Ela pode se desenvolver a partir de diversos fatores etiológicos, tais como os hábitos bucais deletérios (sucção de polegar ou chupeta), amígdalas hipertróficas, respiração bucal, anquilose dentária e anormalidades no processo de erupção. Estes fatores interferem no crescimento e desenvolvimento normais das estruturas faciais, modificando não somente a morfologia, mas também a função do sistema estomatognático.

Sendo assim, para que o tratamento ortodôntico seja efetivo e estável, uma abordagem multidisciplinar é necessária, pois não basta apenas a correção do problema morfológico. Os tratamentos coadjuvantes são importantes para a manutenção da oclusão normal obtida pelo tratamento ortodôntico. Dentre eles, encontram-se a psicologia, a otorrinolaringo-

logia e a fonoaudiologia, que reeduca os padrões funcionais dos músculos.

Este artigo apresenta considerações relevantes sobre a etiologia, o desenvolvimento da mordida aberta anterior, bem como seu diagnóstico e a terapia multidisciplinar de tratamento nas diversas fases de desenvolvimento da dentadura. Também é apresentado um caso clínico de mordida aberta anterior causada por sucção digital, que foi tratado com grade palatina na fase de dentadura mista, e que, após sete anos do término do tratamento, ainda mantém ótima estabilidade.

Introdução

A mordida aberta pode ser definida como um trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas, podendo manifestar-se tanto na região anterior como na posterior, ou, mais raramente, em todo o arco dentário^{19,21,34}. Neste contexto, a mordida aberta anterior merece des-

Unitermos:

Ortodontia; Má oclusão; Mordida aberta anterior; Grade palatina; Hábitos bucais deletérios.

José Fernando Castanha Henriques^A
Guilherme Janson^B
Renato Rodrigues de Almeida^C
Eduardo Álvares Dainesi^D
Sandra Márcia Hayasaki^E

^A Professor Titular e coordenador do curso de Pós-graduação ao nível de Doutorado da Disciplina de Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

^B Professor Associado da Disciplina de Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP e coordenador do curso de especialização FUNBEO

^C Professor Assistente Doutor da Disciplina de Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP e Professor Responsável pela Disciplina de Ortodontia da Faculdade de Odontologia de Lins e Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia da F.O.L./UNIMEP e Professor Titular da UNICID

^D Professor Doutor em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP e Professor do Curso de Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial da FOB-USP

^E Aluna do Curso de Aperfeiçoamento em Ortodontia pela APCD - Bauru

taque pois, além de sua prevalência ser maior que a da mordida aberta posterior²⁸, apresenta uma série de fatores etiológicos possivelmente implicados, tais como os hábitos bucais deletérios (sucção de polegar ou chupeta), amígdalas hipertróficas e a respiração bucal.

Esta má oclusão requer dos profissionais uma intervenção imediata, após os 5 anos de idade, pois quanto mais precoces forem o diagnóstico e o tratamento, melhores, mais rápidos e mais estáveis serão os resultados²⁵. O tratamento precoce, apesar de ser relativamente simples, envolve áreas bastante diferentes, como a psicologia, a fonoaudiologia, a otorrinolaringologia e a ortodontia.

O objetivo deste trabalho é apresentar a etiologia, o desenvolvimento da mordida aberta anterior, o diagnóstico, os tipos de tratamento e a importância da fonoaudiologia como tratamento coadjuvante, seguindo-se com a apresentação de um caso clínico.

Etiologia

Os fatores etiológicos básicos da mordida aberta anterior estão relacionados com a hereditariedade e com os fatores ambientais. Nas fases de dentadura decídua e mista, os fatores etiológicos mais encontrados são os ambientais: a hipertrofia das amígdalas, a respiração bucal e principalmente os hábitos bucais deletérios¹⁹. O comprometimento esquelético é pequeno, nestes casos. Por essa razão é muito importante que os fatores etiológicos ambientais sejam interrompidos precocemente, pois na fase de dentadura permanente, o envolvimento esquelético-alveolar torna-se maior, principalmente se agravado por um padrão de crescimento vertical associado. Portanto, o tratamento em fases tardias é bem mais complexo e pouco estável, envolvendo, em alguns casos, a cirurgia ortognática.

Outros fatores a serem relacionados são a anquilose dentária, as anomalias no processo de erupção, os traumas ou patologias condilares e as

iatrogenias. Estas patologias podem alterar o grau ou a direção do crescimento mandibular¹⁸. Além disso, em pacientes com padrão de crescimento vertical, os movimentos ortodônticos que ocasionam extrusão e/ou a distalização dos dentes posteriores, podem resultar numa mordida aberta de origem iatrogênica¹⁸.

A macroglossia verdadeira, apesar de rara, também é considerada como fator etiológico. Jovens com deficiência mental e Síndrome de Down, nos quais a macroglossia é uma característica comum, apresentam uma alta incidência de mordida aberta anterior⁸.

Desenvolvimento da mordida aberta anterior

No desenvolvimento normal da dentadura, um conjunto de vetores de forças de mesma intensidade é direcionado aos dentes e a seus componentes alveolares em dois sentidos: de lingual para vestibular e vice-versa. A língua é constituída por um potente conjunto de músculos que exerce força bastante intensa sobre os dentes. Opostamente a ela, existe a ação de um "cinturão muscular", que envolve os arcos dentários externamente e que foi denominado por BRODIE⁴ como "mecanismo do bucinador". Numa situação de normalidade, estas forças se neutralizam, de modo que os dentes e as estruturas adjacentes se mantêm em equilíbrio.

Porém, qualquer fator que interfira nesta homeostase no período de crescimento e desenvolvimento das estruturas faciais, pode alterar a morfologia e a função do sistema estomatognático^{1,25}. Como fatores desencadeantes encontram-se os hábitos bucais deletérios, as amígdalas hipertróficas e a respiração bucal. Além disso, o desenvolvimento e a intensidade da mordida aberta estão relacionados ao padrão de crescimento facial.

- Hábitos bucais deletérios

Os hábitos bucais deletérios são assim denominados por estabelecerem o desequilíbrio neuromuscular¹⁹, e

compreendem a sucção de polegar e de chupeta.

O hábito de sucção digital ou de chupeta é considerado normal até os quatro anos de idade, pois consiste em um mecanismo de suprimento emocional da criança e que não deve, preferencialmente, sofrer interferências^{1,6}. Com o início da socialização e da maturidade emocional da criança, que, geralmente, ocorrem a partir dos 5 anos de idade, há uma tendência natural de abandono do hábito. Essa possibilidade, auxiliada por um padrão de crescimento favorável, pode muitas vezes culminar com a reversão espontânea das alterações oclusais, ou seja, a auto-correção^{10,17,24}.

A persistência do hábito após essa fase deve ser considerada deletéria por provocar alterações no desenvolvimento da oclusão e no crescimento e desenvolvimento faciais normais⁶.

Quando a criança succiona o dedo ou a chupeta, estes funcionam como verdadeiros "braços de força", exercendo força sobre a superfície vestibular dos incisivos inferiores e lingual dos superiores, com o fulcro localizando-se próximo ao palato. Assim, os dentes ântero-superiores sofrem uma força para vestibular e apical, enquanto os dentes antagonistas são forçados para lingual e apicalmente, com conseqüente aumento do trespasse horizontal. O posicionamento do polegar ou da chupeta no palato mantém a língua numa posição mais inferior. Ao mesmo tempo, a pressão das bochechas contra os dentes pósterosuperiores aumenta à medida que o bucinador se contrai durante a sucção, causando o desequilíbrio entre a musculatura interna e externa. Deste modo, os molares superiores são pressionados para lingual, instituindo-se, com freqüência, a mordida cruzada posterior e a conformação ogival do palato^{1,6,25}.

Adicionalmente, o simples obstáculo mecânico realizado pelo dedo ou chupeta interfere na erupção normal dos incisivos, estabelecendo a mordida aberta anterior. Além disso, a fre-

qüência, a duração e a intensidade do hábito (Tridente de Graber) possuem influência marcante sobre a má oclusão. A velocidade e a extensão do desequilíbrio neuromuscular são agravadas quando existe uma predisposição genética da criança^{6,25}.

Apesar das alterações morfológicas decorrentes da sucção digital serem as mesmas da sucção de chupeta, esta apresenta a mordida aberta anterior com um aspecto mais circular^{1,2}.

Geralmente, a ocorrência da mordida aberta acarreta no desenvolvimento de outros hábitos como a interposição lingual e a hiperatividade do músculo mentoniano.

Interposição Lingual: Consequência da Mordida Aberta

No passado, a interposição da língua era apontada como uma das principais causas das mordidas abertas.^{30,33} Atualmente, a interposição lingual é considerada como um hábito secundário, pois deve-se principalmente a uma adaptação ao espaço anteriormente existente e, portanto, atua mais como um agravante da mordida aberta do que propriamente como a sua causa^{29,32}.

O indivíduo passa a utilizar a língua para selar a região anterior da boca durante a deglutição, por exemplo, a fim de prevenir que líquidos e alimentos escapem. A interposição lingual também ocorre durante a fala ou durante a própria posição postural de repouso da mesma. Trazer os lábios de encontro um ao outro e colocar a língua entre os dentes anteriores separados é a única maneira de se alcançar um selamento anterior²⁵.

Os hábitos bucais secundários mantêm ou até agravam a má oclusão já existente.

- Amígdalas hipertróficas

A hipertrofia das amígdalas restringe a passagem de ar, fazendo com que o reflexo neuromuscular deixe que a língua fique mais avançada para que as amígdalas a acompanhem, desobstruindo a passagem do ar. Assim, a

mandíbula posiciona-se mais pósteroinferiormente, e a língua se interpõe entre os dentes, criando e/ou mantendo a mordida aberta¹⁹. Com isso, os dentes posteriores irrompem mais no sentido vertical, agravando a mordida aberta. Logicamente, deve-se haver a predisposição genética anteriormente citada, não significando, portanto, que toda criança com amígdalas hipertróficas tenha mordida aberta anterior^{8,25}.

- Respiração bucal

A respiração bucal é causada pela obstrução nasal, oriunda de tonsilas faríngeas hipertrofiadas, rinites alérgicas ou desvios de septos^{1,3,19}. A língua, nesses casos, em vez de pressionar o palato, fica numa posição mais abaixada e a mandíbula posiciona-se pósteroinferiormente, liberando os dentes posteriores para uma erupção passiva, proporcionando um aumento da altura facial ântero-inferior (AFAI) e da convexidade facial¹⁹. Desse modo, um menor crescimento transversal da maxila é esperado, pois a língua não pressiona convenientemente o palato, criando também a mordida cruzada posterior.

Como consequência da obstrução nasal, a face apresenta características peculiares, tais como olheiras, nariz afilado ou estreito, falta de selamento labial passivo, sendo conhecida como "face adenoideana"¹⁹.

- Padrão de crescimento vertical

O desenvolvimento da mordida aberta anterior e sua gravidade estão diretamente relacionados ao padrão de crescimento facial do paciente^{1,3,19}. Os jovens dolicofaciais, que possuem predominância de crescimento no sentido vertical, apresentam um maior potencial para desenvolver uma mordida aberta do que os braqui ou mesofaciais^{1,3,21}. O padrão de crescimento vertical caracteriza-se pelo crescimento vertical excessivo da maxila, principalmente na região posterior, ocasionando uma altura facial anterior to-

tal desproporcionalmente menor que a altura facial posterior total²¹. Frequentemente, essa desproporção na morfologia esquelética é compensada por um maior desenvolvimento dentoalveolar anterior no sentido vertical e uma função oclusal satisfatória é obtida²¹. Porém, em um terço dos jovens dolicofaciais, essa compensação dentoalveolar não ocorre, e o plano palatino fica rotacionado no sentido anti-horário, resultando em uma mordida aberta esquelética^{1,3,21}. O prognóstico, nestes casos, é desfavorável, principalmente se o tratamento iniciar-se em fases tardias (após o crescimento). A intensidade das mordidas abertas esqueléticas pode ser aumentada pela ocorrência concomitante de hábitos bucais deletérios, deglutição atípica e respiração bucal^{1,2,5}.

Diagnóstico

Para um correto diagnóstico, inicialmente deve-se compreender que toda má oclusão apresenta um componente dentário e um esquelético; é a predominância de um destes componentes que determina sua principal característica: dentária ou esquelética. Segundo MOYERS²¹, em 1991, a mordida aberta pode ser (1) simples, quando exibe interferência no irrompimento dos dentes anteriores e no crescimento alveolar; e (2) esquelética, quando ocorrem displasias esqueléticas verticais. Quando a análise cefalométrica revela valores normais no sentido vertical e o problema está concentrado nos dentes e processo alveolar, a mordida aberta é simples.

Considera-se como mordida aberta esquelética aquela que apresenta características como rotação do processo palatino no sentido anti-horário, associada a um aumento da altura facial ântero-inferior (AFAI), rotação da mandíbula para baixo e para trás, ângulo goniaco obtuso e ramo mandibular encurtado.

Em crianças, geralmente a mordida aberta é dentária, pois os fatores etiológicos impedem o crescimento dentoalveolar^{1,2,5}. No entanto, é váli-

do ressaltar ainda que, apesar das características esqueléticas serem inerentes ao jovem, uma mordida aberta simples em fases precoces, se não tratada, também poderá assumir um caráter esquelético ao final do período de crescimento e desenvolvimento faciais^{1,3}.

Tipos de tratamento ortodôntico

A conduta terapêutica a ser seguida está diretamente relacionada com a etiologia e com a época de intervenção.

- Dentadura decídua

Conforme já comentado anteriormente, os hábitos bucais praticados até os 4 anos de idade não devem sofrer interferências, visto que a criança ainda não desenvolveu totalmente sua maturidade emocional^{1,5}. Contudo, se distúrbios respiratórios ou hipertrofia de amígdalas forem detectados nesse período, a criança deve ser encaminhada a um otorrinolaringologista para avaliação e tratamento.

A partir dos 5 anos de idade, se a interrupção do hábito for espontânea, auxiliada por um padrão de crescimento favorável, a correção da mordida aberta pode ocorrer naturalmente^{10,17,24}. A criança deve ser estimulada a abandonar o hábito, tanto pelo ortodontista quanto pelos pais. Entretanto, se o hábito bucal persistir após essa fase ou a mordida aberta estiver sendo mantida por hábitos bucais secundários, a interação da ortodontia com a psicologia é a abordagem mais recomendada^{1,3}.

Geralmente, o hábito bucal é desencadeado por problemas psicológicos da criança, pois consiste em uma maneira de “descarregar” as tensões emocionais ou de receber maior atenção dos pais. Por esse motivo, o tratamento psicológico é muito importante^{1,2}.

A interceptação da má oclusão, por sua vez, deve ser realizada por meio da grade palatina, que pode ser removível ou fixa. Assim, quando o pacien-

te é colaborador, indica-se o uso da grade palatina removível, que também é denominada de “aparelho recordatório”, pois apenas lembra a criança de não mais praticar o hábito deletério, além de impedir uma possível interposição lingual associada. Porém, se o paciente não colaborar com o tratamento, deve-se utilizar a grade palatina fixa, ou seja, cimentada aos molares por meio de bandas.

Verticalmente, a grade palatina deve estender-se até a região lingual dos incisivos inferiores, proporcionando um vedamento da área da mordida aberta. A grade deve ser utilizada até a obtenção de 2 a 3 milímetros de trespasse vertical positivo. A contenção pode ser realizada com o próprio aparelho, por, no mínimo, 3 meses. Após esse período, deve-se observar se a criança ainda mantém a interposição da língua ou de lábio. Geralmente, ao se corrigir a mordida aberta, os hábitos secundários são abandonados. Se isso não ocorrer, deve-se encaminhar ao fonoaudiólogo, para que se restabeleçam as funções musculares corretas.

A mordida aberta esquelética raramente é observada na dentadura decídua¹⁰. Porém, esta possibilidade deve ser considerada em casos que apresentem discrepância intermaxilar associada a um aumento da AFAI²⁴. Nestas circunstâncias, mesmo após a eliminação do fator etiológico ambiental, a auto-correção não ocorre, devendo ser tratada imediatamente. Seu tratamento almeja controlar o crescimento vertical excessivo da maxila, assim como o desenvolvimento vertical acentuado dos dentes póstero-superiores e inferiores. Todavia, não basta a utilização de um aparelho extrabucal de tração alta, pois a AFAI pode continuar a aumentar, uma vez que os dentes inferiores continuam a irromper verticalmente. É por esses motivos que indica-se a associação de um aparelho extrabucal de tração alta a ativadores, que restringem o desenvolvimento vertical dos dentes posteriores por meio do bloco de mordida.

- Dentadura mista

Na dentadura mista, a principal causa da mordida aberta relaciona-se com a persistência dos hábitos bucais, que comumente encontram-se associados à interposição de língua ou de lábio inferior. Nesta fase, a terapia com a grade palatina ainda é a conduta mais indicada e a abordagem multidisciplinar também deve ser instaurada. A criança deve ser encaminhada ao psicólogo quando preciso e, nos casos de hipertrofia de amígdalas ou respiração bucal, também é necessária uma avaliação e tratamento por um otorrinolaringologista.

Dá-se preferência pela utilização da grade palatina fixa, pois além de não depender da colaboração do paciente, fornece resultados mais rápidos e seguros. Do mesmo modo que na dentadura decídua, o trespasse vertical de 2 a 3 milímetros deve ser obtido ao final do tratamento e a fase de contenção deve ser de 3 meses, no mínimo. GRABER et al.¹⁰ demonstraram que 50% dos pacientes tratados com grade palatina apresentaram uma redução da mordida aberta logo após a eliminação do hábito.

Quando existe associação da mordida aberta com a mordida cruzada posterior e vestibularização dos dentes ântero-superiores, a grade palatina pode ser adaptada a aparelhos expansores e a um arco vestibular, que irá ajudar na retenção e proporcionar pequenos movimentos dos incisivos superiores para lingual.

Ao final da fase de contenção, o ortodontista deve encaminhar a criança ao fonoaudiólogo, pois apenas a correção da forma dos arcos dentários não é suficiente. Para evitar recidivas, é necessário o retorno das funções musculares normais.

- Dentadura permanente

Na fase de dentadura permanente, duas condutas podem ser realizadas. Se a mordida aberta for pequena, com pouco envolvimento esquelético e padrão de crescimento horizontal, o

fechamento da mordida pode ser feito mecanicamente, por meio de aparelhagem fixa com tracionamento dos dentes ântero-superiores. Porém, nos casos mais severos, em que o padrão de crescimento é desfavorável, o tratamento mais estável e seguro é o cirúrgico-ortodôntico¹⁹.

Estudos realizados em adultos com Classes II e III com mordida aberta anterior, apresentam um número significativo de casos que requerem correção cirúrgica, tanto na maxila como na mandíbula, para que se obtenham resultados estético-funcionais satisfatórios, bem como estabilidades esquelética e dentária¹⁹.

A importância da Fonoaudiologia no tratamento da Mordida Aberta Anterior

O tratamento ortodôntico isolado apenas corrige as alterações morfológicas dos arcos dentários, sem, contudo, normalizar os padrões funcionais musculares. Porém, para que haja estabilidade dos resultados ortodônticos, tanto a forma como a função do sistema estomatognático devem estar corretas. Assim, a terapia miofuncional, realizada por um fonoaudiólogo ao final do tratamento ortodôntico, é aceita como um valioso auxiliar de tratamento, levando à reeducação das funções musculares da língua e dos lábios, adequando-os quanto à propriocepção, o tônus e postura de repouso^{15,21}. O paciente somente deve ser encaminhado para mioterapia se apresentar o meio bucal favorável para a correção das funções, ou seja, primeiramente deve-se corrigir a forma e depois, a função^{15,21}. Quando a forma é corrigida, a própria função tem significativa melhora⁷. A avaliação de um fonoaudiólogo determina a necessidade ou não do processo de reeducação funcional.

Na fase de dentadura decídua, a mordida aberta pode ainda não estar relacionada aos hábitos bucais secundários. Nesses casos, apenas a correção da mordida aberta é suficiente. Se houver interposição lingual, indica-se

o tratamento fonoaudiológico.

Já na dentadura mista, a interposição lingual é mais freqüente, pois consiste numa adaptação ao espaço de uma mordida aberta instalada há mais tempo. Sendo assim, após o tratamento ortodôntico, o profissional deve encaminhar a criança ao fonoaudiólogo para a terapia miofuncional.

Na fase de dentadura permanente, em que o tratamento ortodôntico é realizado com bráquetes colados aos dentes, o paciente pode e deve iniciar as sessões de fonoaudiologia logo após o fechamento da mordida aberta, uma vez que não está sendo utilizada a grade palatina, que impediria a execução dos exercícios de fonação e deglutição. Em pacientes adultos que necessitam de cirurgia ortognática, a terapia miofuncional também é necessária após o restabelecimento da forma.

O ortodontista deve avaliar e tratar cada caso como único, sem padronizações, com a consciência de que forma e função estão intimamente relacionados. A automatização do padrão correto da língua em repouso e em fonação somente é conseguida após o tratamento ortodôntico das mordidas abertas.

Caso clínico

A paciente F.C.P., leucoderma, brasileira, com 7 anos e 6 meses de idade, procurou a clínica de graduação, na disciplina de Ortodontia da FOB-USP para tratamento. Ao exame clínico, observou-se um bom perfil facial, com selamento labial passivo. Ao exame intrabucal, a paciente apresentava má oclusão de Classe I de Angle, com mordida aberta anterior de 4 milímetros e mordida cruzada unilateral direita, causados por sucção digital. A paciente encontrava-se na fase inicial de dentadura mista (FIG. 1).

No exame radiográfico, verificou-se que todos os germes dos dentes permanentes estavam presentes, e não foi constatada nenhuma anomalia (FIG. 2).

O plano de tratamento consistiu na utilização de um aparelho removível com parafuso e grade palatina, com levantamento de mordida, que seria utilizado 24 horas por dia até a normalização da oclusão (FIG. 3). Após o irrompimento de todos os dentes sucessores, a paciente seria reavaliada quanto à necessidade de uma fase corretiva, cujo objetivo seria apenas de alinhamento e nivelamento dos dentes.

Desse modo, a paciente foi orientada para ativar o parafuso com 1/4 de volta a cada cinco dias, até a obtenção de uma sobrecorreção de dois milímetros. O controle da paciente foi quinzenal, apresentando uma excelente colaboração por parte da paciente. Após três meses de tratamento, tanto a mordida aberta anterior como a mordida cruzada posterior, foram corrigidas (FIG. 4). A seguir, o mesmo aparelho foi utilizado como contenção por mais oito meses. Nesta fase, confeccionou-se um novo aparelho removível com grade palatina para controlar e manter a estabilidade da correção da mordida aberta anterior, permanecendo por mais um ano em uso.

Com a forma restabelecida, a paciente foi encaminhada para avaliação e tratamento fonoaudiológicos, a fim de se equilibrar a função do sistema estomatognático, diminuindo os riscos de recidiva.

Após dezoito meses do término do tratamento interceptor, todos os dentes permanentes encontravam-se irrompidos. Por meio da radiografia panorâmica tomada antes do início do tratamento corretivo, pode-se observar o fechamento da mordida aberta anterior (FIG. 5).

Após a finalização do tratamento corretivo (FIG. 6), foi instalada a contenção inferior (3x3) e placa de Hawley no arco superior.

Atualmente, ou seja, sete anos após o fechamento da mordida aberta anterior, a paciente ainda mantém ótima estabilidade oclusal (FIG. 7).



FIGURA 1 (A, B, C, D, E) - Fotografias intra e extrabucais pré-tratamento.

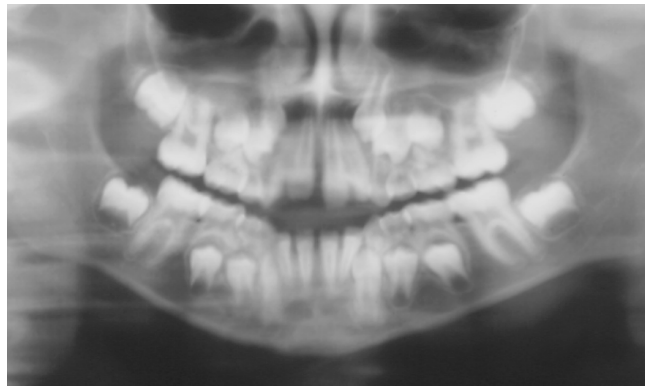


FIGURA 2 - Radiografia panorâmica inicial. Pode-se observar a mordida aberta anterior.

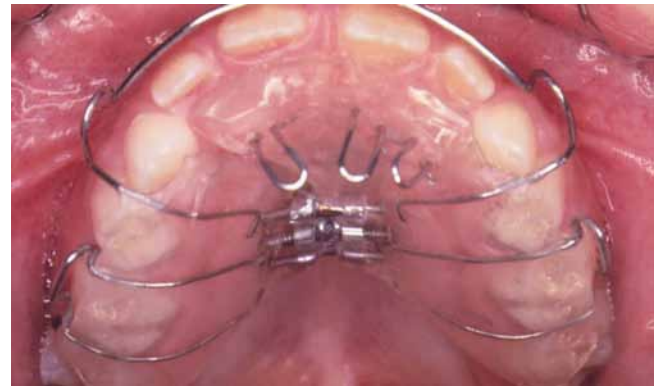


FIGURA 3 - Aparelho removível com parafuso expansor e grade palatina.



FIGURA 4 - Final do tratamento ativo interceptador, com correção da mordida aberta anterior.

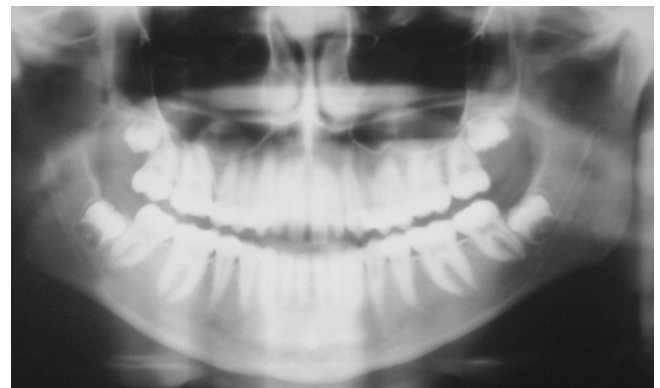


FIGURA 5 - Radiografia panorâmica pré-tratamento corretivo. Compare com a figura 2, o fechamento da mordida aberta anterior.



FIGURA 6 - Final do tratamento ortodôntico corretivo, antes da reconstrução dos incisivos centrais superiores.



FIGURA 7 - Controle após 7 anos do término da fase interceptora.



Conclusão

A intercepção da mordida aberta anterior na fase de dentadura decídua ou mista é de fundamental importância, pois além de melhorar os aspectos estético-funcionais e psicológicos da criança, apresenta grande efetividade clínica, devido aos seguintes fatores:

- Período de crescimento e desenvolvimento craniofacial;
- Curto período de tratamento;
- Estabilidade de correção;
- Boa aceitação do tratamento pelo paciente;
- Utilização de mecanoterapia simples.

Entretanto, somente a abordagem multidisciplinar da mordida aberta é que determina o sucesso do tratamento. Torna-se essencial que o ortodontista possua essa visão global de tratamento, para que seus encaminhamentos ao psicólogo, ao otorrinolaringologista e ao fonoaudiólogo sejam mais precisos e eficientes, culminando numa terapia eficaz e diminuindo o risco de recidiva desta má oclusão.

Abstract

The anterior open bite is a malocclusion that most compromises the function and esthetics, in addition to dental and skeletal changes. It can develop from a number of etiologic factors, such as oral habits (thumb sucking or pacifier), hypertrophic tonsils, oral breathing, dental ankylosis and abnormalities in the eruption process. These factors also interfere in the normal growth and development of facial structures, modifying not only the morphology, but also the stomatognathic system functions. Thus, in order that the

orthodontic treatment can be effective and stable, a multidisciplinary approach has been needed, because the correction of the morphological problem is not enough. The coadjuvant treatments are important for the maintenance of the normal occlusion obtained by the orthodontic treatment. Among them are the psychology, otorhinolaryngology, speech therapy, which re-educates the muscles functional patterns.

This paper presents relevant considerations about the etiology, the development of the anterior open bite,

as well as, its diagnosis and multidisciplinary therapy for the treatment in the various stages of the dentition development. A clinical case report of anterior open bite caused by the thumb sucking habit is presented which was treated with palatal crib in the mixed dentition stage, and that, after seven years following the completion of the treatment, the case maintained optimal stability.

Uniterms: Orthodontics; Malocclusion; Anterior open bite; Palatal crib; Oral habits.

Referências Bibliográficas

- 01 - ALMEIDA, R. R. et al. Mordida aberta anterior - considerações e apresentação de um caso clínico. **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.3, n.2, p.17-30, mar./abr.1998.
- 02 - ALMEIDA, R. R.; URSI, W.J.S. Anterior open bite: etiology and treatment. **Oral Health**, v.80, n.1, p.27-31, jan. 1990.
- 03 - ALMEIDA, R. R.; URSI, W.J.S.; HENRIQUES, J.F.C. Mordida abierta anterior- etiología y tratamiento. **Rev Odont Dominicana**, v.4, n.2, p.114-24, May/Ago. 1998.
- 04 - BRODIE, A. G. apud ESTRIFEAUT, L.E.; HENRIQUES, J.F.C.; ALMEIDA, R.R. Hábito de sucção do polegar e má oclusão - apresentação de um caso clínico. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v.3, n.2, p. 371-76, abr./jun. 1989.
- 05 - CANGIALOSI, T. J. Skeletal morphologic features of anterior open bite. **Am J Orthod**, v.85, n.1, p.28-36, jan. 1984.
- 06 - ESTRIFEAUT, L. E.; HENRIQUES, J. F. C.; ALMEIDA, R. R. Hábito de sucção do polegar e má oclusão - apresentação de um caso clínico. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v.3, n.2, p. 371-76, abr./jun. 1989.
- 07 - FERREIRA, F. V. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. São Paulo : Ed. Artes Médicas, 1997.
- 08 - GERSHATER, M. M. The proper perspective of open bite. **Angle Orthod**, v.42, p.263-72, 1972.
- 09 - GRABER, T. M. Thumb and finger sucking. **Am J Orthod**, v.45, p.258-64, 1959.
- 10 - GRABER, T. M.; RAKOSI, T.; PETROVIC, A. G. **Dentofacial orthopedic with function appliances**. Saint Louis : Mosby, 1985.
- 11 - HARYETT, R. D. et al. Chronic thumb sucking. A second report of treatment and its psychological effect. **Am J Orthod**, v.57, n.2, p.167-78, 1970.
- 12 - ISAACSON, J. R. et al. Extreme variation in vertical facial growth and associated variation in skeletal and dental relations. **Angle Orthod**, v.41, n.3, p.219-29, Jul. 1971.
- 13 - JABUR, L. B. Avaliação Fonoaudiológica. In: FERREIRA, F.V. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. Cap.14, p.273-301.
- 14 - JANSON, G. R. P. et al. Mordida aberta posterior bilateral ocasionada por falta de erupção idiopática: caso clínico. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v.3, n.3, p.430-37, jul./set. 1989.
- 15 - JARABAK, F. R. Controlling malocclusion due to sucking habits. **Dent Clin N Am**, p.369-423, 1959.
- 16 - KIM, Y. H. Overbite depth indicator with particular reference to anterior open-bite. **Am J Orthod**, v.65, p.586-611, 1974.
- 17 - LANGERSTROM, L. O. et al. Dental and skeletal contributions to occlusal correction in patients treated with the high-pull headgear- activator combination. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.97, p.495-504, 1990.
- 18 - LARSSON, E. F. Dummy and finger sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion. **Swed Dent J**, v.2, p.23-33, 1978.
- 19 - MARTINS, D. R. et al. A mordida aberta anterior: conceitos, diagnóstico e tratamento? Parte I. In: **Odontomaster - Ortodontia**, v.1, n.5, p.105-33, 1994.
- 20 - MIZRAHI, E. A. Review of anterior open bite. **Br J Orthod**, v.5, p.21-7, 1978.
- 21 - MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- 22 - NAHOUM, H. I. Anterior open bite: A cephalometric analysis and suggested treatment procedures. **Am J Orthod**, v.67, n.5, p.513-21, May 1975.
- 23 - PROFFIT, W. R. **Contemporary Orthodontics**. 2. ed. Mosby Year Book, 1993.
- 24 - PROFFIT, W. R.; WHITTE, R. P. Who seeks surgical-orthodontic treatment? **Int J Adult Orthod Orthognath Surg**, v.5, p.153-60, 1990.
- 25 - SANTOS, E. C. A. et al. Hábito de sucção digital: etiologia, tratamento e apresentação de um caso clínico. **Ortodont Paranaense**, Curitiba, v.12, n.1/2, p.21-9, jan./dez. 1991.
- 26 - SASSOUNI, V.; NANDA, S. Analysis of dentofacial vertical proportions. **Am J Orthod**, v.50, n.11, p.801-22, Nov. 1964.
- 27 - SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, S.F.; CAVASSAN, A. O. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: Relação sagital. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v.4, n.2, p.13-7, abr./jun. 1990.
- 28 - SHENDEL, S. A. et al. The long face syndrome: vertical maxillary excess. **Am J Orthod**, v.70, n.4, Oct. 1976.
- 29 - SPEIDEL, T. M.; ISAACSON, R. J.; WORMAS, F.W. Tongue thrust therapy and anterior dental open bite. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.62, p.287-95, 1972.
- 30 - STRAUB, W. Malfunction of the tongue. Part I. The abnormal swallowing habit: its causes, effects, and results in reaction to orthodontic treatment and speech therapy. **Am J Orthod**, v.46, n. 404, 1960.
- 31 - SUBTELNY, J. D.; SAKUDA, M. Open bite: diagnosis and treatment. **Am J Orthod**, v.50, n.5, p.337-58, May 1964.
- 32 - SUBTELNY, J. D.; SUBTELNY, J. D. Oral habits - Studies in form, function and therapy. **Angle Orthod**, v.43, p.347-83, 1973.
- 33 - SWINEHART, E. A. A clinical study of open-bite. **Am J Orthod**, v.28, n.18, 1942.
- 34 - VAN DER LINDEN, F. P. G. M. **Ortodontia : desenvolvimento da dentição**. São Paulo : Editora Santos, 1986.

Endereço para correspondência

José Fernando Castanha Henriques
Disciplina de Ortodontia - Faculdade de Odontologia de Bauru/USP
Alameda Octávio Pinheiro Briszolla, 9-75
Caixa Postal 73
Bauru/SP CEP 17043-101
Fone: (014) 235-8369