

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Danielle Freitas Silva

Mordida cruzada unilateral

São Paulo 2021

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Danielle Freitas Silva

Mordida cruzada unilateral

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Ortodontia

Orientador: Prof.^a Emne Hammoud Gumieiro

“Dedico esta monografia à minha mãe Maria, à meus irmãos: Manoel, Claudenis,
Claudeni e Diego.”

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. REVISÃO DE LITERATURA	
2.1. Mordida cruzada unilateral	5
2.2. Relato de caso	7
3. DISCUSSÃO	8
4. CONCLUSÕES	9
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

MORDIDA CRUZADA UNILATERAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Resumo: As mordidas cruzadas são anomalias oclusais que se caracterizam pela inversão da oclusão dos dentes, no sentido vestibulo-lingual. Este estudo trata-se de um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, com hipotonicidade do lado esquerdo, assimetria facial, terços faciais não proporcionais, perfil convexo, desvio de linha média inferior para lado esquerdo, ligeiro apinhamento dos incisivos inferiores, mordida topo-a-topo, mordida cruzada unilateral lado esquerdo, relação molar e de canino classe I do lado direito, higiene bucal insatisfatória com sinais de gengivite, retrusão de maxila e mandíbula em relação à base do crânio, compatíveis de maloclusão de classe I, incisivos superiores e inferiores lingualizados e protruídos em relação à base óssea. O tratamento ortodôntico proposto foi à correção da mordida cruzada e o desvio da linha média que foi conseguido com pouco mais de um ano de tratamento.

Unitermos: má oclusão; ortodontia; mordida cruzada unilateral.

Introdução

O conceito de mordida cruzada posterior foi utilizado por Moyers como sendo uma relação vestibulo-lingual anormal dos dentes posteriores. A falha dos arcos dentários em ocluir normalmente, na relação transversal, pode se originar a partir de problemas dentários, do processo alveolar, do esqueleto craniofacial, da musculatura têmporo-mandibular ou da combinação de quaisquer dessas causas⁽¹⁻²⁾. A mordida cruzada se destaca entre as másoclusões de maior frequência. Sua prevalência está situada entre 8 e 23,5%, sendo mais frequente as unilaterais funcionais que as bilaterais. Figura na terceira posição da escala de prioridade e de problemas de saúde bucal do Brasil⁽³⁻⁴⁾.

A manifestação da mordida cruzada posterior tem tendência a ser unilateral com demonstração de mordida dupla, ou seja, o paciente demonstra uma mordida cruzada posterior unilateral em máxima intercuspidação habitual, mas na manipulação em relação cêntrica o paciente exibe uma relação transversal com contato quase sempre nos caninos decíduos. O contato oclusal em relação cêntrica é instável e obriga o paciente a procurar uma relação oclusal estável em máxima intercuspidação habitual⁽⁵⁻⁶⁾.

A mordida cruzada unilateral posterior em adultos se deve principalmente à assimetria dentoalveolar e desvio posicional da mandíbula e não simplesmente à assimetria esquelética direita-esquerda da mandíbula⁽⁷⁻⁸⁾. A função prejudicada e a estética facial comprometida

podem ser consequências de mordida cruzada unilateral não tratada em tempo oportuno⁽⁹⁾. A mordida cruzada unilateral posterior não tratada em crianças pode levar à compensação assimétrica progressiva da relação cêndilo-fossa e resultar em um desvio posicional da mandíbula, que, juntamente com uma assimetria dentoalveolar distinta, mantém a oclusão da mordida cruzada em adultos⁽⁷⁾.

A etiologia da mordida cruzada posterior pode incluir qualquer combinação de componentes funcionais dentários, esqueléticos e neuromusculares^(6,10-11).

A apresentação clínica é mordida cruzada unilateral com deslocamento funcional da mandíbula em direção ao lado da mordida cruzada. Uma discrepância na relação de oclusão cêntrica para a relação cêntrica é evidente e geralmente coincidentes. O lado da mordida cruzada unilateral frequentemente mostra uma relação molar Classe II parcial ou completa; o lado não-cruzado mostra uma relação de Classe I devido ao fechamento rotacional da mandíbula. No entanto, a simetria da mandíbula e sua posição rotacional em relação à base do crânio é alterada em pacientes adultos com mordida cruzada posterior não tratada⁽¹⁰⁾.

Tratar uma mordida cruzada posterior unilateral em adultos é um desafio. Como a interferência oclusal faz com que a mandíbula se desloque para o outro lado, a mordida cruzada unilateral pode ser tratada com expansão simétrica do arco maxilar, remoção de interferências oclusais seletivas e eliminação do desvio funcional mandibular⁽⁶⁾.

Quanto ao tratamento, o profissional deverá dispor daquele que melhor se adapte ao problema do paciente, considerando as atresias mais importantes ou menos importantes, que podem ser somente dentárias, dentoalveolares ou nas formas mais graves, esqueléticas². Diversos procedimentos de tratamento da mordida cruzada unilateral têm sido propostos como opções não cirúrgicas para correção, incluindo aparelhos removíveis de expansão, quadri-hélice, expansor palatal de níquel titânio, barra transpalatina, placa lábio ativa, expansor mandibular de Prieto, aparelhos fixos autoligados, elásticos⁽¹²⁻¹³⁾, botões e tubos linguais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Os elásticos na mordida cruzada são posicionados na face lingual dos dentes inferiores e na vestibular dos superiores ou o inverso, de acordo com o tipo de mordida cruzada apresentado. Permitem a movimentação recíproca dos dentes inferiores e superiores em sentidos opostos vestibulo-lingualmente⁽¹⁶⁾. Entretanto, o uso de elásticos depende da resposta individual e da colaboração do paciente⁽¹⁷⁾. Destaca-se que a indicação dos dispositivos ortodônticos vai depender do diagnóstico e da preferência do profissional.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, veio à Clínica Odontológica da Sociedade Paulista de Ortodontia com queixa principal de que “tinha mordida torta, já tinha

passado em alguns Ortodontistas que falaram que problema era cirúrgico” (*sic*).

Na análise extrabucal, a paciente apresentava hipotonicidade do lado esquerdo, assimetria facial, terços faciais não são proporcionais e perfil convexo.

(figura1), (figura2), (figura3).

No exame intrabucal, observou-se desvio de linha média inferior para lado esquerdo, ligeiro apinhamento dos incisivos inferiores, mordida topo-a-topo **(figura4)**, mordida cruzada unilateral lado esquerdo **(figura5)**, relação molar e de canino classe I do lado direito **(figura6)**. A higiene bucal foi considerada insatisfatória com sinais de gengivite.

Na radiografia panorâmica, observou-se a presença de dentição permanente completa, com ausência dos terceiros molares, imagem radiopaca sugestiva de tratamento endodôntico no elemento 46. Na análise cefalométrica, a paciente apresentava retrusão de maxila e mandíbula em relação à base do crânio, compatíveis de maloclusão de classe I, incisivos superiores e inferiores lingualizados e protruídos em relação à base óssea.

O tratamento ortodôntico proposto foi corrigir mordida cruzada e o desvio da linha média. Inicialmente foi colocado aparelho autoligado cêramico (a pedido da paciente), prescrição Roth, *slot* 0,022” (GAC’s Inovation, Dentisply Sirona), bandas e tubos simples nos primeiros molares e botões na face palatina de canino a pré-molar lado superior esquerdo. Devido ao pouco apinhamento, o primeiro fio utilizado foi de níquel-titânio termoativado 0,016”, além do uso de elásticos 1/8” pesado nos botões palatinos de canino a pré-molar superior esquerdo, e ganchos vestibulares de canino a pré-molar inferiores esquerdo, com orientação de retirar os elásticos somente nas refeições, **(figura7)**.

Após 20 dias do uso de elásticos, o lado esquerdo apresentou oclusão em topo; com dois meses, a mordida cruzada foi corrigida e, conseqüentemente, a linha média também **(figura8)**. A partir do fio 0,016” x 0,022”, iniciou-se o uso de elástico 3/16” leve para intercuspidação. Por fim, com o *braided*, finalizou-se a correção da mordida cruzada e da linha média, com pouco mais de um ano de tratamento, **(figura9), (figura10), (figura11), (figura12)**.

Discussão

A grande maioria dos casos de mordida cruzada posterior manifesta-se unilateralmente. No entanto, com a mandíbula manipulada em relação cêntrica, quase sempre se observa comprometimento de ambos os lados do arco dentário, havendo uma relação de mordida de topo bilateral, provocando instabilidade oclusal, levando a um desvio da mandíbula^(1-5, 10), conforme observado no caso clínico relatado.

A mordida cruzada unilateral em adultos não tratados em crianças pode levar à compensação assimétrica progressiva da relação cêndilo-fossa e resultar em um desvio

posicional da mandíbula, que, juntamente com uma assimetria dentoalveolar distinta, mantém a oclusão da mordida cruzada em adultos⁽⁷⁻⁸⁾. Conforme observado no caso clínico a paciente apresentava hipotonicidade do lado esquerdo, assimetria facial, terços faciais não proporcionais e perfil convexo.

Nesse caso clínico a paciente relatou como queixa principal “mordida torta”, estando de acordo com alguns autores⁽⁶⁾ que descreveram a assimetria na face e na dentição um fenômeno que ocorre naturalmente e, na maioria dos casos, só pode ser observada pela comparação das partes homólogas da face e que a assimetria apresentada no plano transversal dos arcos dentários é a mais perceptível aos olhos do paciente e do observador⁽⁹⁾.

Indica-se a bandagem dos dentes cruzados e o emprego de elásticos intermaxilares^(2, 13-17). A utilização de fios termoativados visa promover expansão progressiva do arco dentário no tratamento de más oclusões com apinhamentos. Os bráquetes autoligados constituem um sistema completo de tratamento em razão da diversidade de características que tornam possível um movimento dentário mais controlado e eficiente⁽¹³⁾. No tratamento ortodôntico proposto em razão do pouco apinhamento utilizou-se primeiramente o fio de níquel-titânio termoativado (0,016”), além do uso de elásticos 1/8 nos botões palatinos de canino a pré-molar superior esquerdo e ganchos vestibulares de canino a pré-molar inferiores esquerdo, com orientação de retirar os elásticos somente nas refeições.

Conclusão

O tratamento da mordida cruzada unilateral pode ser bastante simplificado e eficaz quando se utiliza procedimentos adequados a cada caso iniciando por um correto diagnóstico diferencial.

UNILATERAL CROSSBITE: CLINICAL CASE REPORT

Abstract: Cross bites are occlusal anomalies that are characterized by inversion of the occlusion of the teeth, in the lingual-lingual sense. This study is a clinical case of a 27-year-old female patient with left-sided hypotonicity, facial asymmetry, non-proportional facial thirds, convex profile, left inferior to left lateral deviation, slight crowding of lower incisors, bite end-to-end, cross bite unilateral left side, molar ratio and canine class I on the right side, poor oral hygiene with signs of gingivitis, maxillary and mandible retrusion in relation to the base of the skull, compatible with malocclusion of class I, upper and lower incisors lingual and protruded in relation to the bone base. The proposed orthodontic treatment was the correction of crossbite and the deviation of the midline that was achieved with little more than one year of treatment.

Keywords: malocclusion; orthodontics; unilateral crossbite.

Referências bibliográficas

1. Moyers RE. Classificação e terminologia da má-oclusão. *In: _____*. Ortodontia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
2. Locks A, Weissheimer A, Ritter DE, Ribeiro GLU, Menezes LM, Derech CDA. et al. Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008;13(2):146-58.
3. Thilander B, Lennartsson B. A study of children with unilateral posterior crossbite, treated and untreated, in the deciduous dentition — occlusal and skeletal characteristics of significance in predicting the long-term outcome. *J Orofacial Orthop*. 2002; 63(5):371-83.
4. Pompei VTM, Carvalho AS, Cunha FL, Filho HP. Avaliação da assimetria facial em indivíduos com mordida cruzada posterior por meio de fotografias frontais. *Ortodontia SPO*. 2005;38(4):337-44.
5. Silva Filho OG, Silva PRB, Rego MVNN, Capelozza Filho L. Epidemiologia da mordida cruzada posterior na dentadura decídua. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(29):61-8.
6. Proffit WR, Fields Jr HW, Sarver DM. Contemporary orthodontics. 5th ed. St. Louis (US): Elsevier Health Sciences; 2014.
7. Langberg BJ, Arai K, Miner RM. Transverse skeletal and dental asymmetry in adults unilateral lingual posterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;127(1):6-15.
8. Hoshijima M, Hojo T, Moritani N, Lida S, Yamashiro T, Kamioka H. Maxillary Advancement for Unilateral Crossbite in a Patient with Sleep Apnea Syndrome. *Acta Med Okayama*. 2015;69(3):177-82.
9. Moskowitz EM. A The unilateral posterior functional crossbite: an opportunity to restore form and function. *NY State Dent J*. 2005;71(5):36-9.

10. Kennedy DB, Osepchook M. Unilateral posterior crossbite with mandibular shift: a review. *JCDA*. 2005;71(8):569-73.
11. Allen D, Rebellato J, Sheats R, Ceron AM. Skeletal and dental contributions to posterior crossbites. *Angle Orthod* 2003; 73(5):515–24.
12. Ishihara Y, Kuroda S, Sugawara Y, Kurosaka H, Takano-Yamamoto T, Yamashiro T. Long-term stability of implant-anchored orthodontics in an adult patient with a Class II Division 2 malocclusion and a unilateral molar scissors-bite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014 Apr;145(4 Suppl):S100-13.
13. Figueiredo C, Moura WS. Série de casos clínicos com mordida cruzada posterior tratados com aparelhos autoligados. *Orthod Sci Pract*. 2017;10(37):88-97.
15. Lee AS, Chang CCH, Roberts WE. Severe unilateral scissors-bite with a constricted mandibular arch: bite turbos and extra-alveolar bone screws in the infrazygomatic crests and mandibular buccal shelf. *Am J Orthod*. 2018;154(4):554-69.
16. Loriato LB, Machado AW, Pacheco W. Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia. *R Clin Ortodon Press*. 2006;5(1):42-55.
17. Janson G, Freitas MR, Araki J, Franco EJ, Barros SE. Class III subdivision malocclusion corrected with asymmetric intermaxillary elastics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010 Aug;138(2):221-30.



(figura 1)



(figura 2)



(figura 3)



(figura 4)



(figura 5)



(figura 6)



(figura 7)



(figura 8)



(figura 9)



(figura 10)



(figura 11)



(figura 12)



(figura 13)



(figura 14)