

FACULDADE SETE LAGOAS -FACSETE

Pós- Graduação em Ortodontia e Ortopedia Facial

Natália Costa Oliveira Melo

TRATAMENTO DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM ADULTOS

São Luís

2020

Natália Costa Oliveira Melo

TRATAMENTO DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM ADULTOS

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial.

Orientadora: Prof.^a Cristiane Pontes de Barros Leal

Área de concentração: Odontologia



Natália Costa Oliveira Melo

TRATAMENTO DE MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM ADULTOS

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial.

Orientadora: Prof.^a Cristiane Pontes de Barros Leal

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof.a. M.e Dra. Cristiane Pontes de Barros Leal

Avaliador 1

Prof.– FACSETE

Avaliador 2

Prof.– FACSETE

São Luís, 30 de outubro de 2020

Dedico este trabalho à Deus, Aquele que é a Sabedoria e o Entendimento.
À minha mãe, pai e irmão, nos quais deposito o meu amor e confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus Criador e mantenedor do Universo, à Ele toda honra e glória, por meio da conclusão desse curso tenho mais certeza ainda que Seus planos se concretizam em minha vida. Sei que a minha vitória vem do Senhor.

À minha mãe Laudelina, meu pai Raimundo Nonato e meu irmão Natan que são meu porto seguro aqui na terra, não medindo esforços para que eu pudesse finalizar essa etapa da vida, e assim realizar mais um dos meus sonhos.

À professora Cristiane Pontes de Barros por todo o apoio, gentileza, e orientação que dedicou em prol da conclusão desse trabalho.

“Nada temos a temer quando ao futuro, a menos que nos esqueçamos da maneira como Deus nos conduziu no passado” (Ellen G. White, 1915).

RESUMO

A mordida aberta anterior é um tipo de má oclusão que na maioria das vezes pode ser reconhecida sem muito esforço, sua característica é dada pela presença do transpasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. Este estudo foi escrito baseado em um levantamento bibliográfico, através das seguintes bases de dados: Pubmed, SciELO e Bireme (BVS). O tratamento para mordida aberta anterior irá variar de observação ou simples controle de hábito até procedimentos cirúrgicos mais complexos. A conduta clínica para o tratamento está relacionada a diversos fatores, são eles: o tipo de mordida aberta, a idade e o padrão de crescimento. Em pacientes adultos, a mordida aberta anterior é vista como um problema de difícil solução, porém pode-se obter bons resultados seguindo os métodos, técnicas e mecânicas específicas, conhecendo a má oclusão, e tendo uma atuação multidisciplinar com a presença do ortodontista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo, pediatra, fisioterapeuta, entre outros profissionais, de acordo com a necessidade.

Palavras-chave: Mordida aberta anterior, tratamento mordida aberta, etiologia mordida aberta.

ABSTRACT

The anterior open bite is a type of malocclusion that in most cases can be recognized without much effort, its characteristic is given by the presence of a negative vertical overlap between the incisal edges of the upper and lower anterior teeth. This study was written based on a bibliographic survey, through the following databases: Pubmed, SciELO and Bireme (BVS). Treatment for anterior open bite will range from observation or simple habit control to more complex surgical procedures. The clinical management for the treatment is related to several factors, they are: the type of open bite, the age and the growth pattern. In adult patients, the anterior open bite is seen as a difficult problem to be solved, but good results can be obtained by following the specific methods, techniques and mechanics, knowing the malocclusion, and having a multidisciplinary performance with the presence of the orthodontist, otolaryngologist, speech therapist, psychologist, pediatrician, physiotherapist, and other professionals, according to the need.

Key Words: Anterior open bite, open bite treatment, open bite etiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	11
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Definição.....	12
3.2 Etiologia.....	13
3.2.1 <i>Interposição Língua.....</i>	<i>14</i>
3.2.2 <i>Respiração Bucal.....</i>	<i>14</i>
3.2.3 <i>Padrão Facial.....</i>	<i>15</i>
3.3 Prevalência.....	15
3.4 Tratamento.....	15
3.4.1 <i>Tratamento não cirúrgico.....</i>	<i>16</i>
3.4.2 <i>Tratamento cirúrgico.....</i>	<i>19</i>
3.4.3 <i>Estabilidade/Contenções ativas.....</i>	<i>20</i>
4 DISCUSSÃO.....	21
5 CONSIDERAÇÕES	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A mordida aberta anterior é um tipo de má oclusão que na maioria das vezes pode ser reconhecida sem muito esforço.¹⁵ Sua característica é dada pela presença do transpasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, ainda que os dentes posteriores estejam ocluídos. É uma alteração que tem grande potencial de desencadear problemas em diversas áreas: estética, funcional (dificuldade de apreensão e corte dos alimentos e tornando a pronúncia dos fonemas dificultada), e psicológica do indivíduo.^{3,14,15}

Vários fatores etiológicos têm potencial de estarem relacionados às mordidas abertas anteriores, entre eles podemos destacar: padrões de crescimento desfavoráveis, os hábitos de sucção presentes na vida do indivíduo, alguns fatores genéticos e tecidos linfáticos quando se encontram hipertrofiados.¹

Pode ser observada com maior frequência em pacientes que se encontram em crescimento, e isto pode ser explicado devido à nessas fases prevalecerem grande parte dos hábitos deletérios, bem como pelo tamanho dos tecidos linfáticos e pelo crescimento dos maxilares que ainda não está completo em pacientes mais jovens. Com isso, a fase mais oportuna para realizar o tratamento da mordida aberta anterior seria nessa fase, em que aqueles hábitos deletérios serão controlados ou até removidos com mais facilidade e eficácia. A ausência de tratamento nessa fase adequada irá determinar algumas alterações morfológicas que são de difícil resolução na idade adulta.⁷

Por isso, em adultos, principalmente quando a origem da alteração é esquelética, o profissional recebe um grande desafio ao iniciar o tratamento para alcançar o fechamento da mordida aberta anterior com a obtenção da desejada estabilidade ao final. Nesses casos, o tratamento ortopédico vem com expressiva limitação devido à ausência do que chamamos de potencial de crescimento, dessa forma, o que se torna em prioridade em muitos planejamentos é a realização de uma terapia se valendo de cirurgias ortognáticas ou de um tratamento apenas compensatório.¹⁵

Diante disso, pretendeu-se, por meio de uma revisão sistemática, realizar um estudo sobre mordida aberta anterior, revisando sua definição, etiologia e prevalência. Tendo o objetivo também de abranger planos de tratamento em pacientes adultos que possuem tal má oclusão, observando com isso formas de terapias que apresentam uma favorável estabilidade em longo prazo.

2. METODOLOGIA

A literatura relacionada à mordida aberta anterior em pacientes adultos foi selecionada a partir de uma busca eletrônica. Este estudo foi escrito baseado em um levantamento bibliográfico, através das seguintes bases de dados: Pubmed, SciELO e Bireme (BVS), a revisão eletrônica nessas bases, a escolha e pré-seleção dos artigos e demais estudos foram feitas por meio da relevância que cada um deles tinham para com o tema dessa monografia.

As expressões e termos, da língua inglesa e portuguesa, usados para a busca foram: “mordida aberta”, “anterior open bite”, “mordida aberta e etiologia”, “definição mordida aberta anterior” e “tratamento mordida aberta”. Os artigos publicados em revistas, e as demais literaturas utilizadas se enquadram no período entre o ano de 2010 a 2020.

Os estudos foram sendo incorporados à medida que preenchiam todos os pré-requisitos do critério de inclusão, sendo eles: estudos de revisões sistemáticas e relatos de caso clínico e pesquisas pertinente ao tema. Critérios de exclusão: foram excluídos todos os tipos de estudos e datados com mais de 10 anos ou ainda artigos que não deram enfoque na má oclusão tema deste estudo.

Devido a esse estudo ser uma revisão bibliográfica, todas as informações e dados contidos nele foram extraídos de arquivos e documentos preexistentes, sendo assim, excluiu-se os demais métodos de realização de estudos científicos.

3. REVISAO DE LITERATURA

3.1 Definição

A mordida aberta anterior pode ser definida como um transpasse vertical negativo das bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. ^{7,3,1,8}

O trespassse vertical negativo que atinge a região anterior nesses casos pode afetar várias vertentes da vida do indivíduo entre elas: a mastigação, fonação e estética, em decorrência disso, a autoestima e sua qualidade de vida em geral são atingidas. Autores notam que a mordida aberta anterior está entre as más oclusões de maior comprometimento estético-funcional. ^{3,1,7} Acomete o gênero masculino bem como o feminino, se sobressaindo notoriamente na infância e na primeira fase transicional da dentição. ^{15,16}

É considerada uma má oclusão difícil de ser tratada pois o controle da dimensão vertical requer experiência do ortodontista, bastante colaboração do paciente e controle multiprofissional, como por exemplo: o papel da fonoaudiologia, que é de suma importância na grande maioria dos casos. Com relação a sua classificação, pode ser vista como dentária ou dentoalveolar e/ou esquelética, de acordo com as estruturas que a atingem. Nota-se que na mordida aberta dentoalveolar, o distúrbio irá ocorrer na erupção dos dentes bem como no crescimento alveolar, nesse tipo de má oclusão identifica-se os componentes esqueléticos de aparência normal. A mordida aberta esquelética, poderá conter os distúrbios dentoalveolares, juntamente com a discrepância entre as bases ósseas causando uma desproporção entre os elementos que compõem o complexo craniofacial. ^{11,3,11}

Autores consideram as relações incisais de topo como mordida aberta ou também a falta de contato incisal. Porém o maior número de definições na literatura considera a mordida aberta anterior como a ausência de contato incisal dos dentes anteriores em relação cêntrica. ¹⁸

Os indivíduos com mordida aberta anterior apresentam características específicas, entre elas pode-se destacar: o aumento na altura facial ântero-inferior, a diminuição da altura facial posterior, ângulos do plano oclusal mandibular e goníaco maiores, retrusão da mandíbula, diminuição do comprimento do ramo e corpo da

mandíbula, tendência à classe II, planos cefalométricos divergentes, base craniana anterior íngreme e selamento labial deficiente. ⁶

Há aqueles que definem mordida aberta, ou casos tendenciosos à mordida aberta quando a sobremordida se apresenta menor que a considerada dentro do padrão da normalidade. ²

3.2 Etiologia

Segundo vários autores, a etiologia da mordida aberta anterior é multifatorial, sendo assim, diversos fatores etiológicos podem agir para determinarem a má oclusão e sua severidade. O padrão de crescimento facial do indivíduo e a influência causada por hábitos deletérios (tendo o cuidado sempre de observar a tríade de Graber para chegar a uma conclusão dessa influência) podem ter uma grande atuação para que esta má oclusão seja instalada. ^{15,6,1,3}

Dentre os fatores, além do padrão de crescimento facial vertical e dos hábitos bucais deletérios e sua frequência, que já foram supra citados, pode-se citar também a presença de tecidos linfoides hipertróficos, tonsilas palatinas e faríngeas hipertróficas, respiração bucal, interposição labial, interposição lingual, anquilose dentária, macroglossia, fonação e deglutição atípicas, traumas, patologias condilares, iatrogenias, displasia óssea, ausência de maturação do sistema neuromuscular, fatores genéticos e anormalidade no processo de erupção. É importante salientar que nem todos esses fatores etiológicos têm uma relação de causa e efeito definitivamente bem esclarecida. A literatura mostra existir relação entre uma musculatura orofacial fraca e o padrão de face longa juntamente com a mordida aberta anterior. ^{1,7,3,6}

Forças e pressões antagônicas advindas principalmente da função muscular são lançadas para os dentes e ossos alveolares, que de alguma forma podem determinar a posição do dente. Por outro lado, as forças intrínsecas exercidas pelos lábios e pela língua em repouso produzem uma condição de equilíbrio para a posição dos dentes. Existe quando um corpo em repouso é submetido a forças em várias direções, mas não sofre aceleração ou não sofre deslocamento, no caso, os dentes. Se um elemento dentário é extraído, seu antagonista irá continuar no processo de erupção passiva, isso indica que o mecanismo de erupção fica quase que totalmente

sem alteração ao longo da vida e que os dentes vão em busca do contato oclusal ou incisal com o objetivo de chegarem ao equilíbrio.²

3.2.1 Interposição lingual

A posição que se considera dentro da normalidade para a língua em repouso é quando a sua ponta se posiciona em cima da papila incisiva e seu dorso ao longo do palato de forma a manter os dentes anteriores em equilíbrio e a dimensão transversa da arcada superior. Com base nestas características morfológicas, extraiu-se essas posições de repouso da língua: alta, horizontal e baixa. A posição alta está ligada a incisivos superiores projetados de forma leve, e pode apresentar a mordida aberta anterior com trespasse vertical e trespasse horizontal positivo. A postura de repouso horizontal da língua acontece quando ela está mais projetada e se assenta na face palatina dos incisivos superiores e sobre as incisais dos inferiores. Na postura baixa da língua, ela se assenta sobre a face lingual das coroas dos incisivos inferiores, projetando-os e impedindo sua erupção, estabelecendo uma mordida aberta moderada com trespasse horizontal nulo ou negativo.²

Com todos esses fatores em questão, há uma dificuldade para chegar à correção bem como à manutenção da estabilidade, que apenas são alcançadas quando o profissional investiga qual o fator etiológico levou ao desenvolvimento do problema. Comumente o posicionamento da língua é deixado de lado pelos profissionais, porém é um fator de suma importância a ser observado e pontuado.⁵

3.2.2 Respiração bucal

A respiração bucal faz com que a língua deixe de pressionar o palato, ficando numa posição mais abaixada e a mandíbula posiciona-se pósterio-inferiormente liberando os dentes posteriores para uma erupção passiva.⁸

3.2.3 Padrão facial

O padrão facial vertical por muitos anos foi considerado como o mais importante fator de risco para a mordida aberta anterior e para a instabilidade do tratamento. Porém, outras pesquisas relatam que a maioria dos indivíduos hiperdivergentes apresenta uma sobremordida normal ou exagerada, esse é um fator etiológico que ganha destaque. O padrão esquelético não é capaz de ocasionar essa má oclusão, confirmando que é necessário haver o equilíbrio de forças entre os dentes, pois a presença de um impedimento mecânico faz com que os dentes incisivos não atinjam o contato oclusal. ¹

3.3 Prevalência

A prevalência da mordida aberta anterior é bastante variável. Alguns estudos citam que houve uma prevalência na população entre 1,5% e 11%, já em outros estudos as taxas de prevalência variaram de 2 a 8% baseados em estudos feitos com crianças com idades pré-escolares. ¹⁶

A literatura indica que a prevalência é maior em indivíduos que se encontram na fase de dentadura decídua, seguido das fases de dentadura mista e permanente, diminuindo conforme os indivíduos avançam na idade. Isso acontece principalmente pelo fato da maturação e desenvolvimento da pessoa, que converge para uma redução fisiológica do tamanho das adenoides. ¹⁵

3.4 Tratamento

O tratamento para mordida aberta anterior irá variar de observação ou simples controle de hábito até procedimentos cirúrgicos mais complexos. A conduta clínica de tratamento está relacionada a diversos fatores, são eles: o tipo de mordida aberta, a idade e o padrão de crescimento. Quando o indivíduo está em idade precoce, e sendo de pequena magnitude poderá ser corrigida somente com a remoção do agente causador. De acordo com a literatura, quanto mais tarde o tratamento acontecer, maior o agravamento dos fatores esqueléticos, precisando muitas vezes de outros procedimentos para sua correção, como por exemplo, a cirurgia ortognática. ^{16,6}

Sendo assim, o ideal é que seja feita a intervenção na dentadura decídua e mista, porém também é possível realizar o tratamento em pacientes adultos, estando todos cientes do maior grau de dificuldade. O tratamento em geral vai desde tratamentos preventivos, excluindo os hábitos deletérios (fazendo a correção a postura dos tecidos moles através de uso de grades palatinas ou aparelhos ortopédicos), passando por algumas mecânicas corretivas, exodontias, elásticos, alinhamento e nivelamento, aparelho extrabucal (AEB) e cirurgias ortognáticas.⁵

A conduta terapêutica que deve ser seguida está relacionada com a etiologia e com o período de intervenção, sendo que o protocolo da terapia irá ser de acordo com a mudança de cada fase de crescimento. Sendo assim, reforçando o que foi supracitado: ela deve ser corrigida o mais precocemente proporcionando um crescimento normal dos componentes.³

Grande parte é tratada já em estágios avançados, ou seja, na fase adulta. Nesse caso de pacientes adultos, a mordida aberta anterior é vista como um problema de difícil solução, porém é possível encontrar na literatura estudos que apresentam diferentes tipos de tratamento para pacientes na fase adulta. Os conhecimentos atuais sobre as características envolvidas no diagnóstico, tratamento e estabilidade da correção da mordida aberta anterior no paciente adulto, mostram que alguns parâmetros devem ser avaliados com bastante critério para definir o tipo de tratamento a ser realizado.^{15,7,4}

3.4.1 Tratamento não cirúrgico

O tratamento não cirúrgico em pacientes adultos acontece por meio da compensação ortodôntica e tem o objetivo de gerar uma boa oclusão estática e funcional, bem como propiciar a estética do sorriso. Neste tipo de tratamento as discrepâncias esqueléticas ficam mascaradas pelo posicionamento dentário compensatório. De acordo com a literatura, existem fatores relacionados com o diagnóstico, plano de tratamento e mecânica ortodôntica que podem influenciar no sucesso desse tipo de tratamento, são eles: posicionamento diferenciado dos acessórios, utilização de grade palatina fixa ou esporões durante a mecânica, realização de extrações dentárias, intrusão de dentes posteriores por meio de dispositivos de ancoragem absoluta, utilização de elásticos verticais na região anterior

e ao final do tratamento, e a utilização de contenções ativas para proporcionar a estabilidade dos resultados.¹⁵

O tratamento não cirúrgico pode lançar mão da ancoragem esquelética (mini-implantes), pois a ancoragem absoluta para intrusão de molares por uma mecânica ortodôntica tradicional, utilizando ancoragem combinada intra e extrabucal, parece ser difícil. Não há muitos casos relatados sobre o uso de parafusos de titânio como ancoragem ortodôntica no tratamento de mordida aberta anterior severa nem com intrusão de molares tanto na maxila como na mandíbula com ancoragem absoluta.¹⁴

Tratamentos ortodônticos sem extrações em indivíduos adultos podem ser feitos de inúmeras maneiras: Aparelho Extra Oral (AEO) de tração alta, Multiloop Edgewise ArchWire Therapy - MEAW, blocos de mordida ou com o uso de elásticos verticais anteriores. Em alguns casos a compensação ortodôntica pode se tornar dificultosa para a obtenção de uma correção facial ideal, principalmente nos portadores da síndrome da face longa. A correção ortodôntica convencional pela intrusão verdadeira de molares é mais difícil de ser alcançada devido à falta de ancoragem adequada, e da necessidade de colaboração do paciente, por isso os DAT's (Mini-parafusos e Mini-placas) estão se destacando como forma de obtenção da ancoragem absoluta em tratamentos ortodônticos. Devido ao tratamento cirúrgico ter complexidade, risco e custo geralmente maior, nota-se que tem aumentado a busca por estes procedimentos clínicos alternativos.⁷

Já nos casos de tratamento com extrações dentárias indica-se a extração de 4 pré-molares nos casos de classe I e II, onde este tipo de conduta tem por objetivo deixar os dentes posteriores mais no sentido mesial, conseqüentemente rotacionar a mandíbula no sentido anti-horário, promovendo a rotação anterior da mandíbula e reduzindo a hiperdivergência entre os planos mandibular e palatal, o que irá resultar no fechamento da mordida aberta. Em alguns casos também se indica a exodontia dos primeiros molares permanentes.^{3,11}

Muitas evidências científicas demonstram a efetividade das extrações dentárias no tratamento, com isso, o tratamento da mordida aberta anterior realizado com extrações dentárias apresenta uma boa estabilidade, numa abordagem a longo prazo, isso ocorre quando o mesmo é comparado ao tratamento realizado sem extrações. Pode-se perceber que irá promover alterações dento alveolares, pela da intrusão dos

dentes posteriores ou extrusão dos dentes anteriores, ressaltando que aqueles indivíduos que possuem linha do sorriso alta não devem ser fazer a extrusão dos dentes anteriores.^{15,11}

Em relação ao posicionamento diferenciado dos acessórios ortodônticos, alguns detalhes no posicionamento deles nos dentes anteriores podem ajudar na correção da mordida aberta, por exemplo: a colagem quando é feita mais para a cervical nesses dentes. Com isso, ao ser iniciada a fase de alinhamento e nivelamento, os dentes anteriores irão passar por maior extrusão que os posteriores, permitindo assim o fechamento mais eficiente do trespasse vertical negativo nessa região, a colagem dos acessórios mais para a porção cervical deve ser realizada principalmente nos dentes anteroinferiores, com o objetivo de possibilitar uma sobrecorreção do trespasse vertical e garantindo assim uma maior estabilidade.¹⁵

Partindo do princípio que uma das característica nos pacientes portadores de mordida aberta anterior esquelética é a presença de dentes posteriores mais angulados mesialmente, alguns autores trazem a ideia de que o tratamento deve ser realizado com a verticalização desses dentes em relação ao plano oclusal com o intuito de que seja promovida melhor função e estabilidade do tratamento, e isso pode ser feito alterando-se a angulação dos acessórios na hora da colagem ortodôntica no consultório, durante a mecânica ortodôntica deve ser feito também o uso de elásticos intermaxilares na região anterior. Assim, os dentes posteriores que se apresentam angulados no sentido mesial em relação ao plano oclusal, durante o alinhamento e nivelamento ficam propensos a movimentar-se no sentido da distalização de sua coroa, girando o plano oclusal inferior no sentido anti-horário e o plano oclusal superior no sentido horário, dessa forma acontece o fechamento da mordida aberta anterior. Com relação aos segundos molares superiores, sua inclusão na mecânica ortodôntica deve ser cuidadosamente investigada e estudada, devido ao fato de que estes já apresentam irrompimento com angulação distal de coroa e ao fazer a colagem do acessório nesse dente poderá provocar sua extrusão, dessa forma, um contato prematuro pode ser promovido, o que agravaria mais ainda a mordida aberta na região anterior.^{15,11,9}

Os elásticos intermaxilares na região anterior devem ser usados na mecânica ortodôntica como principal meio para viabilizar o fechamento da mordida aberta anterior, bem como permitir a sobrecorreção do trespasse vertical positivo. Grade palatina fixa/esporões e elásticos intermaxilares anteriores também promovem no tratamento, maior eficiência da mecânica ortodôntica de fechamento da mordida. ¹⁵

3.4.2 Tratamento cirúrgico

Os tratamentos cirúrgicos se iniciaram na década de 70 e eram indicados para casos muito graves, depois disso, esses tratamentos foram se tornando mais comuns e geralmente incluem a osteotomia do tipo LeFort I para reposicionamento superior da maxila, isso permite o giro anti-horário da mandíbula obtendo-se assim a correção da mordida aberta anterior.²

Ou seja, a cirurgia ortognática é uma opção para o tratamento mesmo que muitos pacientes recusem esta alternativa, pela resistência a cirurgia, ou por fatores socioeconômicos. Procedimentos cirúrgicos sempre devem ser feitos com toda cautela, embora o reposicionamento superior da maxila seja uma das cirurgias ortognáticas mais estáveis, é importante deixar claro a importância de acompanhamento com o Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo e outros profissionais necessários em cada caso.^{16,11}

O tratamento cirúrgico de escolha para a mordida aberta esquelética tem se modificado ao longo dos anos, e um dos fatores mais decisivos na sua escolha é a estabilidade pós-cirúrgica. Os procedimentos cirúrgicos incluem: osteotomias maxilares, mandibulares, uma combinação de ambas e a osteotomia alveolar, já o tipo de cirurgia escolhida pode variar desde um avanço linear unimaxilar relativamente simples, até uma complexa cirurgia tridimensional bimaxilar, dependendo da deformidade esquelética. Foi observado que a instabilidade encontrada nos pacientes do grupo mordida aberta ocorreu pelo fato das modificações dentoalveolares e não pelas modificações esqueléticas. Então, acredita-se que as recidivas encontradas em pacientes tratados cirurgicamente sejam de origem dentoalveolar. ¹

3.4.3 Estabilidade/Contenções ativas

A mordida aberta anterior esquelética no indivíduo adulto mostra grande dificuldade no seu tratamento e estabilidade, os autores mostram que os parâmetros estabelecidos devem ser considerados para a escolha do tratamento não cirúrgico e do tratamento por compensações ortodôntica dentárias, estratégias em relação ao plano de tratamento e à mecânica escolhida geralmente podem estar relacionadas com o maior sucesso do tratamento e da sua estabilidade.^{15,3,14}

Com isso, para que se possa tentar alcançar o máximo de estabilidade, é necessário que haja uma boa oclusão após a realização do tratamento da correção da mordida aberta para isso, o ortodontista deve almejar uma excelente oclusão na finalização do caso, com contatos simultâneos bilateralmente, em completa harmonia com a relação cêntrica, com a presença de desocclusão dos dentes posteriores, quando nos movimentos excursivos da mandíbula.⁵

Os resultados clínicos a longo prazo não são bem documentados. Na visão de alguns autores, as discrepâncias no sentido vertical têm abordagem mais difícil e tendem à menor estabilidade pós-tratamento. Foi visto que o prognóstico de um caso varia conforme a sua etiologia e a severidade do envolvimento esquelético.^{6,16}

É de suma importância fazer a determinação e avaliação dos: fatores etiológicos, grau de envolvimento dos componentes dentários e esqueléticos, quantidade da discrepância anteroposterior, quantidade de apinhamento, protrusão/vestibularização dos incisivos, convexidade do perfil do paciente, grau de colaboração do paciente e previsão se os resultados que poderão ser alcançados com a terapêutica conseguirão suprir a expectativa do paciente em relação ao tratamento.¹⁵

4. DISCUSSAO

Na literatura, observa-se que há aqueles que consideram mordida aberta, ou casos tendenciosos à mordida aberta logo em situações que a sobremordida se apresenta menor que a considerada dentro do padrão da normalidade, porém existem também aqueles que consideram as relações incisais de topo como mordida aberta. Outros, ainda, especificam que há necessidade de falta de contato incisal para se diagnosticar uma mordida aberta. Porém nota-se que o maior número de definições na literatura considera a mordida aberta anterior como a ausência de contato incisal dos dentes anteriores em relação cêntrica.^{2,7}

É possível perceber também que uma vertente do assunto bastante discutida e comentada entre os autores é a dificuldade para alcançar e manter a estabilidade do tratamento, que é a causa mais conhecida de recidiva da má oclusão. Esses autores concordam entre si que o fator mais importante para alcançar a estabilidade pós-tratamento ortodôntico, tanto em casos com e sem exodontias, é a qualidade de oclusão na conclusão do tratamento, para isso, o profissional deve buscar uma excelente oclusão, com contatos bilaterais em harmonia com a relação cêntrica. É consenso também entre os autores que as alterações mais significativas que ocorrem no perfil facial com o tratamento são na região labial após a extração dos primeiros pré-molares, seguido pela retração do incisivos, por isso, muitos aspectos devem ser pontuados antes de tomar a decisão de realizar extrações.^{10,15,12,9}

Sendo assim, pode-se perceber que um dos grandes desafios enfrentados pelos ortodontistas é chegar a essa estabilidade pós-tratamento da mordida aberta anterior. Autores observam ainda que a estabilidade do tratamento da mordida aberta anterior do paciente adulto em longo prazo é bastante crítica, tanto quando o tratamento é realizado por camuflagem ortodôntica como quando é auxiliado por cirurgia ortognática. Em relação a isso, eles mostraram em consenso que não existe evidência suficiente para afirmar que um tipo de tratamento é superior a outro no quesito estabilidade da mordida.^{6,7,14}

5. CONSIDERAÇÕES

Em suma, pode-se perceber que o tratamento precoce da mordida aberta anterior abre o caminho para um melhor prognóstico, podendo ser feito nas fases de dentição decídua, mista e permanente. Entretanto, quando o paciente passou dessa fase e já se encontra na fase adulta, o tratamento para esse tipo de anomalia pode ser feito através de uso de aparelho ortodôntico bem como associando a ortodontia à cirurgia ortognática, e mesmo o tratamento nessa fase apresentando muitos casos de instabilidade, pode-se obter bons resultados seguindo os métodos, técnicas e mecânicas específicas, conhecendo a má oclusão, e tendo uma atuação multidisciplinar com a presença do ortodontista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo, pediatra, fisioterapeuta, entre outros profissionais, de acordo com a necessidade.

REFERÊNCIAS

1. ANTOUN T.R.A. *et al.* **Mordida Aberta Anterior – uma revisão da literatura.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2018 abr/jun 30(2) 190-199
2. ARTESE, A. *et al.* **Critérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior.** Dental Press J Orthod. 2011 May/June;16(3):136-61.
3. BARBARA, Nayanne de Jesus. *et al.* **Tratamento de mordida aberta anterior com extração de pré-molares superiores: relato de caso.** RFAIPE, v. 7, n. 2, p. 58-65, jul./dez. 2017
4. BONA, Ana Paula; *et al.* **Abordagem multidisciplinar de mordida aberta anterior associada à sucção digital: caso clínico.** REV ASSOC PAUL CIR DENT 2016;70(1):58-63
5. CAMPOS, Liliana Ferraz. **Tratamento de mordida aberta em paciente adulto.** FAPI Faculdade de Pindamonhangaba, 2015. 32f.: il. Monografia (Especialização em Ortodontia).
6. FABRE, Aubrey Fernando. **Mordida aberta anterior – considerações-chave.** Arch Health Invest (2014) 3(5): 48-56
7. MEDEIROS, Raquel Bueno. **A estabilidade do tratamento da mordida aberta em pacientes adultos: Revisão Sistemática.** Universidade Federal Fluminense, 2011. Bibliografia: 49-54. Niterói: [s.n], 2011. 54f., 30cm: Il.
8. NAKAO, Tabata Hissae *et al.* **Hábitos bucais como fatores de risco para a mordida aberta anterior: Uma revisão de literatura.** Revista Odontológica de Araçatuba, v.37, n.2, p. 09-16, Maio/Agosto, 2016
9. OLIVEIRA José Márcio Lenzi de. *et al.* **Etiology and treatment of anterior open bite.** J Health Sci Inst. 2011;29(2):92-5
10. PITHON, M.M; **Angle Class I malocclusion with anterior open bite treated with extraction of permanent teeth.** Dental Press J Orthod. 2013 Mar-Apr;18(2):133-40.
11. SILVA B. C; *et al.* **Mordida aberta anterior - origem e tratamento.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 jan-mar; 31(1): 68-73
12. SILVA, Kívia Camila Cardoso da; CRUZ, Karina Santana. **Estabilidade da compensação ortodôntica da mordida aberta anterior em paciente adulto.** Ortodontia;45(1):66-75, jan.-fev. 2012.
13. SILVA, Letícia Korb da; BRASOLOTTO, Alcione Ghedini; FELIX, Giédre Berretin. **Breathing function in subjects with dentofacial deformities.** Rev. CEFAC. 2015 Maio-Jun; 17(3):854-863

14. TROJAN, Larissa Carvalho. **Tratamento de mordida aberta anterior com auxílio de ancoragem esquelética.** Monografia (Especialização em Ortodontia) CURITIBA 2010.
15. VALARELLI, F. P; JANSON G. **O tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior no paciente adulto.** Orthod. Sci. Pract. 2014;7(27):252-70.
16. VIEIRA, Islana Cleia Carvalho; et al. **Tratamento de mordida aberta anterior: Uma revisão de literatura.** Id on Line Rev. Mult. Psic. V.12, N. 42, p. 984-995, 2018 - ISSN 1981-1179.
17. ZUROFF, Jay P. **Orthodontic treatment of anterior open-bite malocclusion: stability 10 years postretention.** 2010 Mar;137(3):302.e1-8; discussion 302-3.