



Gleyciane Moreira Guimarães Corrêa

**TRATAMENTO DA SOBREMORDIDA PROFUNDA: RELATO DE CASO**

Joinville

2020

Gleyciane Moreira Guimarães Corrêa

## **TRATAMENTO DA SOBREMORDIDA PROFUNDA: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao curso de Especialização *Lato Sensu* da FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Danilo Pinelli Valarelli.

Joinville

2020



Artigo intitulado “**Tratamento da Mordida Profunda: Relato de Caso**”, de autoria da aluna **Gleyciane Moreira Guimarães Corrêa**.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Danilo Pinelli Valarelli – ICOS/FACSETE Joinville

---

Prof. Me. Rogério Almeida Penhavel – FOB-USP/HRAC

---

Prof. Me. Adriano Garcia Bandeca – ICOS/FACSETE Joinville

Joinville 24 de janeiro 2020.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Rua Dr. João Colin, 2079, sala 201, Joinville/SC

Telefone (47) 3029-5620 – [www.icosjoinville.com.br](http://www.icosjoinville.com.br)

## RESUMO

A sobremordida é um tipo de má oclusão que apresenta etiologia multifatorial e necessita de um diagnóstico diferencial elaborado e específico. Muitas vezes, essa má oclusão é a menos compreendida e a mais difícil de se tratar com sucesso e estabilidade. A etiologia dessa má oclusão pode estar associada a alterações de crescimento na mandíbula e/ou maxila, modificações na função de lábios e língua e, principalmente, a alterações dentoalveolares. Este trabalho tem como objetivo mostrar um caso clínico tratado ortodonticamente corrigindo mordida profunda.

**Palavras-chave:** sobremordida profunda severa; diagnóstico e tratamento sobre mordida profunda; Aparelho extra bucal

## **ABSTRACT**

Exaggerated overbite is a type of malocclusion that has a multifacial etiology and requires an elaborate and specific differential diagnosis. This malocclusion is often the least understood and the most difficult to treat successfully and with stability. The etiology of this malocclusion may be associated with changes in jaw and / or maxillary growth, changes in lip and tongue function, and especially dentoalveolar changes. This paper aims to show the technique of contouring the wire to sharp and reversed for correction and deep bite. And use of AEB extra buccal appliance for class II correction.

**Key words:** severe deep bite; deep bite diagnosis and treatment; extraoral appliance

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>RELATO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>08</b>
2.1	Objetivo do tratamento.....	10
2.2	Alternativas de tratamento.....	10
2.3	Tratamento.....	11
2.4	Resultados.....	15
<b>3</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A sobremordida profunda é um tipo de má oclusão vertical que apresenta etiologia multifatorial e necessita de um diagnóstico diferencial elaborado e específico. Muitas vezes, essa má oclusão é a menos compreendida e a mais difícil de se tratar com sucesso e estabilidade<sup>2</sup>. A sobremordida é a sobreposição da coroa dos incisivos superiores em relação aos incisivos inferiores. Apesar do valor da sobremordida em pacientes com oclusão normal poder ser variável, ela é considerada normal quando apresenta valores de 2 a 3 mm ou um terço da coroa clínica<sup>3</sup>. A etiologia dessa má oclusão pode estar associada a alterações de crescimento na mandíbula e/ou maxila, modificações na função de lábios e língua e, principalmente, a alterações dentoalveolares<sup>2</sup>.

O tratamento de direcionamento da maxila, retrusão mandibular quando criança pode ser feito através de aparelhos ortopédicos como bionator e AEB evitando assim um tratamento mais complexo na fase adulta por meio cirurgico. O tratamento da sobremordida tem a técnica por meio da extrusão dos molares e pré-molares, intrusão dos incisivos, inclinação dos incisivos e crescimento diferencial das estruturas maxilares e mandibulares<sup>1</sup>. Os arcos de acentuação e reversão são muito importantes para a correção de sobremordida, pois a mecânica obtido.

Elástico de Classe II quanto maior for essa distância ântero-posterior, a componente vertical de força poderá ser menor e a componente horizontal será maior. Dessa forma, a extensão do canino superior até o segundo molar inferior pode minimizar os efeitos extrusivos e potencializar a componente horizontal da mecânica aplicada<sup>15</sup>. Com referência à magnitude de força, Cabrera et al.<sup>7</sup> indicam a utilização de 200-250 g na mecânica com elástico de classe II<sup>11</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar relato de caso clínico de uma paciente portadora de maloclusão de Classe II e mordida profunda, tratada com AEB assimétrico, arco acentuado e revertido e elástico de classe II.

## 2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Neste caso clínico vamos abordar o caso de uma paciente do sexo feminino E. C. B. de 11 anos e 4 meses de idade, veio ao Instituto Catarinense de Odontologia e saúde, para avaliação ortodôntica com o objetivo de corrigir a mordida profunda que a mesma relata que não acha confortável pelo motivo de os incisivos inferiores tocar no palato. Nas fotos extrabucais a paciente apresenta o perfil ligeiramente convexo, braquecefálica, assimetria facial, sem selamento labial em repouso (Figura 1 A-C).



Figura 1 (A-C): Fotografia extrabucais iniciais frontal e perfil

No exame clínico intra bucal se encontra na dentadura mista, segundo período transitório, mordida profunda com overjet e overbite acentuado, linha média superior desviada para direita e atresia maxilar, maloclusão de Classe II completa do lado direito e  $\frac{1}{2}$  do lado esquerdo (Figura 2 A – E).

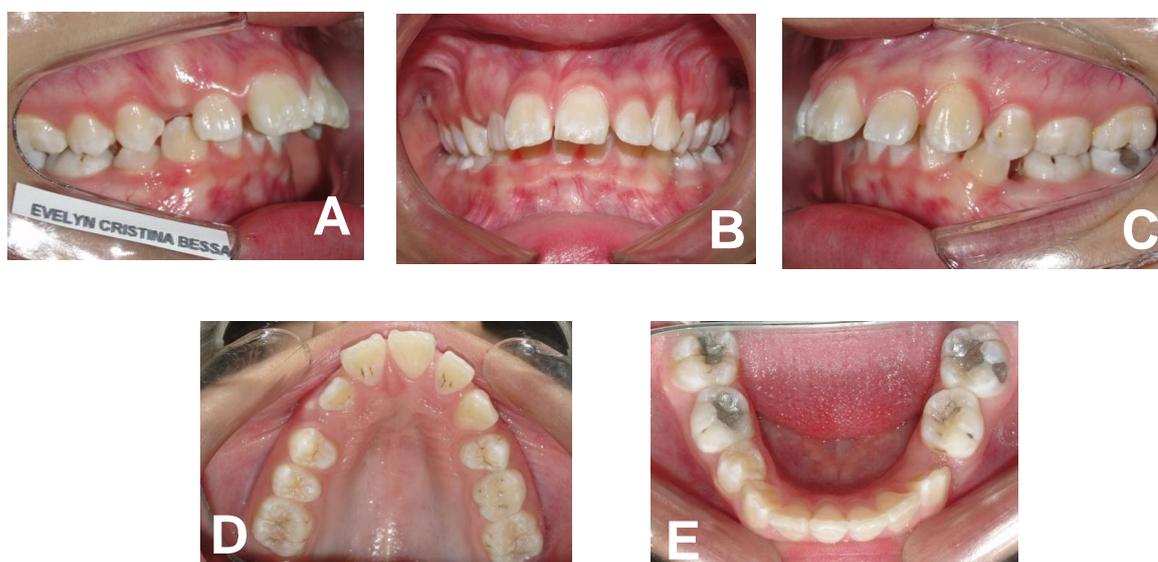
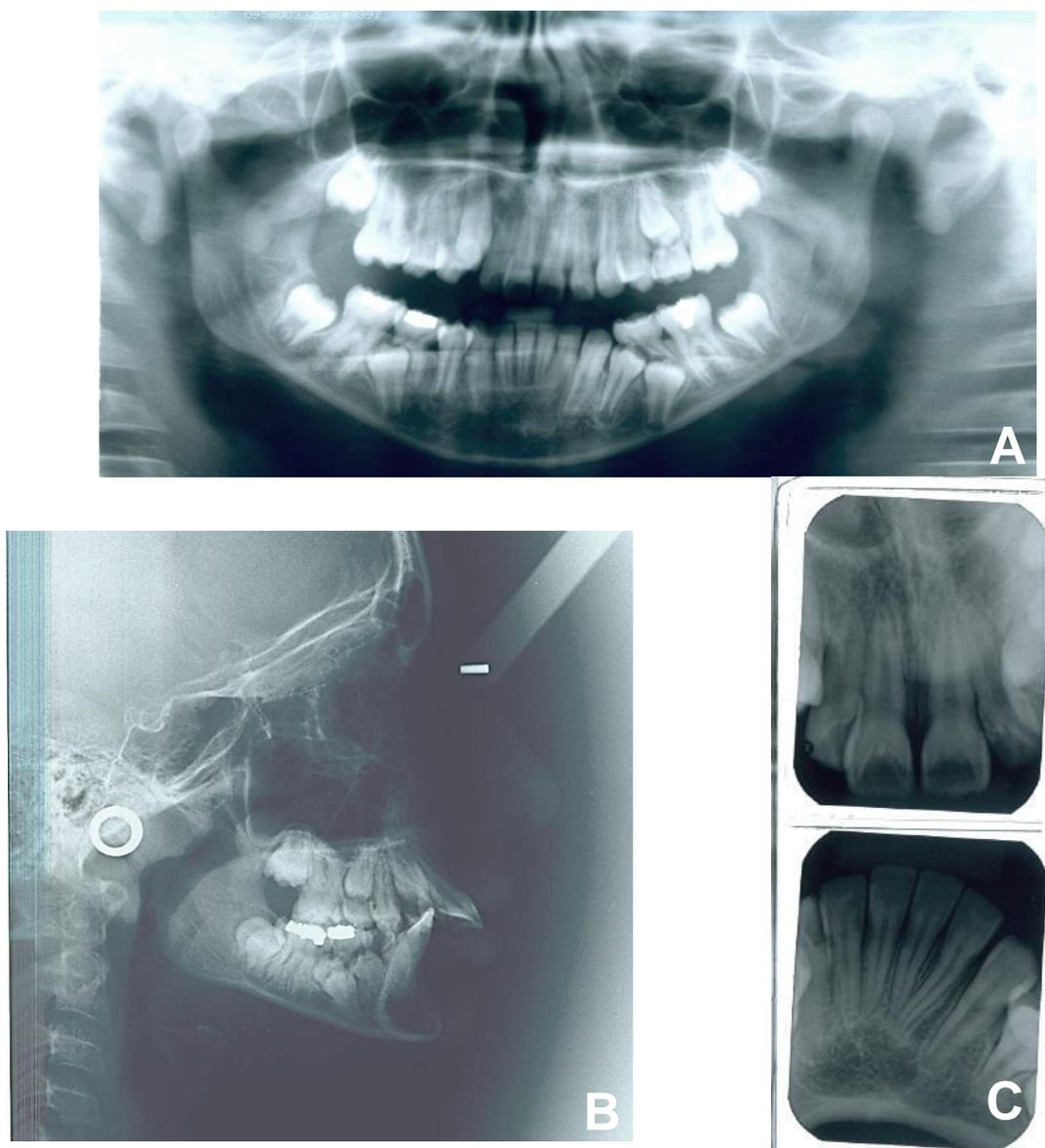


Figura 2: Fotografias intrabucais

Na radiografia panorâmica observa-se dentes 65, 75 e 85 presentes na arcada. Todos os dentes permanentes presentes, dente 13 não irrompido, sem germes dos terceiros molares. Observa-se na telerradiografia os incisivos superiores inclinados para vestibular, interposição de labios inferiores nos superiores, levemente retrusão mandibular (Figura 3 A – C).



**Figura 3 ( A – C): Radiografia Panorâmica, Telerradiografia inicial e radiografias periapicais.**

## **2.1 - OBJETIVO DO TRATAMENTO**

O tratamento tem como finalidade de corrigir a má oclusão de Classe II bilateral, sobremordida profunda com artresia maxilar e linha média superior desviada para direita.

## **2.2 - ALTERNATIVA DE TRATAMENTO**

A opção de tratamento ideal para esse caso foi o uso de AEB (aparelho extra bucal) assimétrico, para a correção de ½ Classe II do lado esquerdo e Classe II completa do lado direita evitando assim exodontia de pré-molares superiores caso não seja tratada na fase de crescimento. Durante o uso de AEB foi feito o alinhamento e nivelamento com aparelho fixo com uso de arcos acentuados e revertidos, para finalizar o caso complementou-se com o uso de elástico de Classe II bilateral. Podendo também ter como opção os aparelho propulsor mandibular bionator, Forsus e entre outros. para agilidade de corrigir a classe II. O tratamento pela técnica do arco segmentado é uma boa opção, pois se consegue intrusão dos incisivos sem extrusão dos dentes posteriores<sup>1</sup>.

### 2.3 - TRATAMENTO

O protocolo de tratamento foi o aparelho fixo convencional, com instalação superior para se iniciar o alinhamento e uso de mola aberta para abrir espaços para o dente 13 entrar na arcada. Confeção de bandas superiores 16 e 26 para AEB e bandas inferiores 36 e 46(Figura 4 A – E).

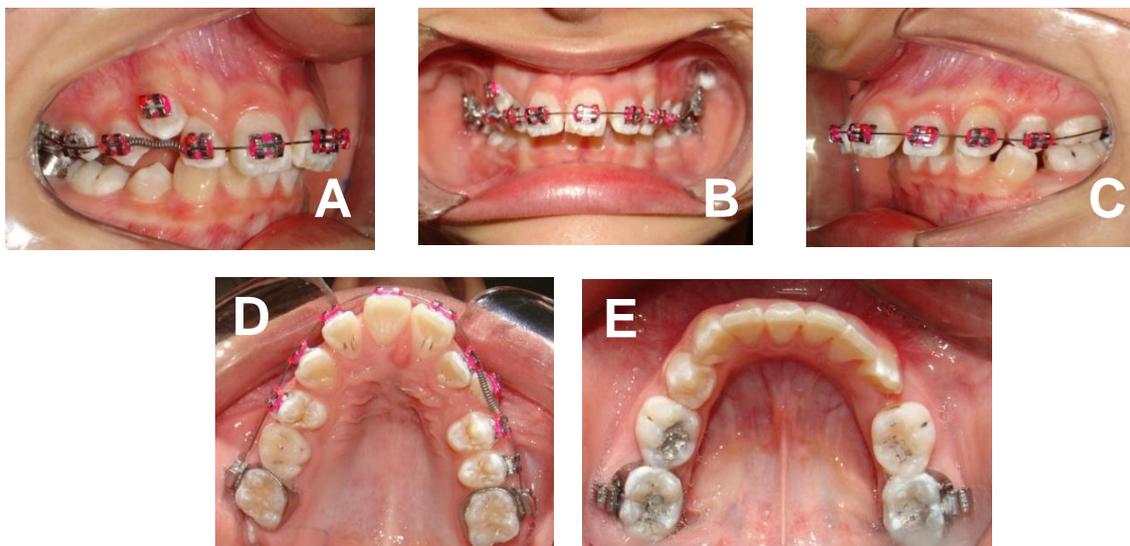


Figura 3 (A- E) : Fotografias Intrabucais, com aparelho fixo superior instalado e bandas no 36 e 46.

Foi confeccionado o aparelho extra bucal “AEB assimétrico” para a correção de ½ classe II do lado esquerdo e direito completa, uso em tração baixa para distalização e extrusão, sendo assim corrigindo o trespasse vertical. AEB assimétrico ajustado com uso de pelo menos 16 horas por dia. (Fig 9 A – C).



Figura 4 ( A – C): Instalação do Aparelho extra bucal AEB

Logo após, foi instalado o aparelho inferior, incluindo na mecânica o dente 13, mais mola aberta no dente 24 para erupcionar. (Figura 5 A – E).

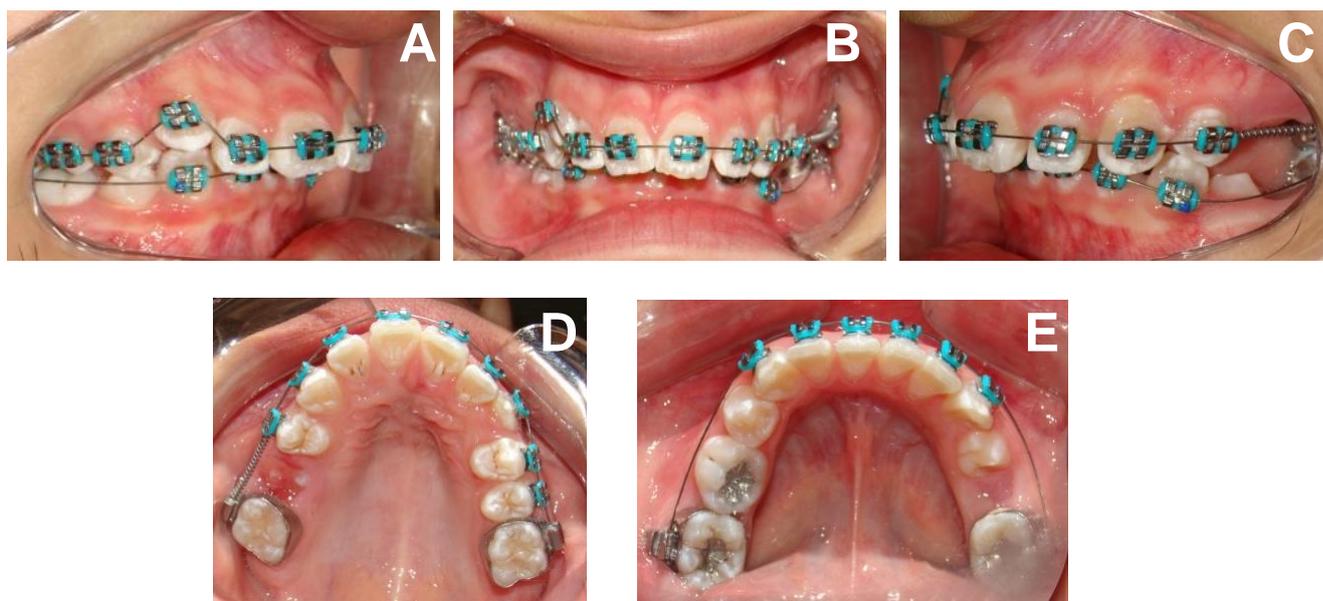


Figura 5 ( A – E ): Instalação de aparelho fixo superior e inferior

Depois de 6 meses, continuamos alinhando com molas abertas bilateral inferior para erupção 45 e 35, fazendo também que os incisivos inferiores vestibularizem dando o início da correção da sobremordida. (Figura 6 A – E).

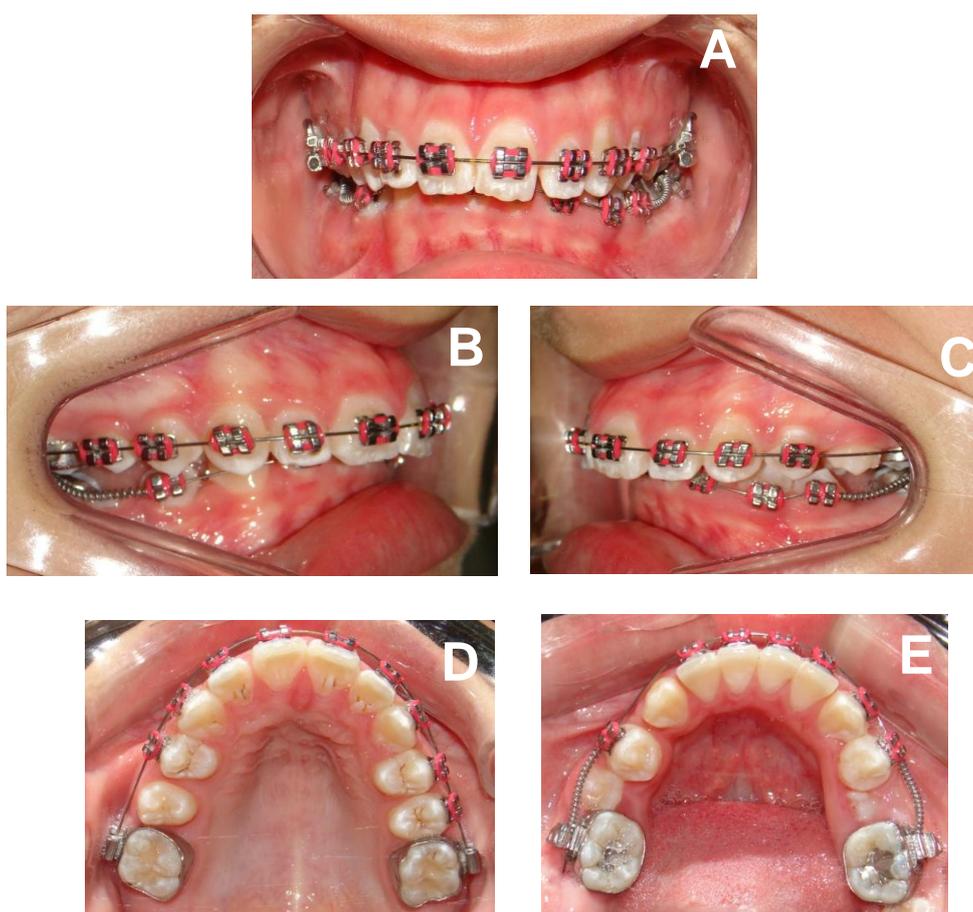


Figura 6 ( A – E ): Mecânica com mola aberta ativa, para obtenção de espaço para 45 e 35

Com o dente 24 erupcionado continuou o alinhamento superior com fio 0,018" aço levemente acentuado e inferior com molas ativadas. Podemos comparar na fig. A com mais três meses de mecânica com mola já o resultado de vestibularização dos incisivos inferiores. (Figura 7 A – B).

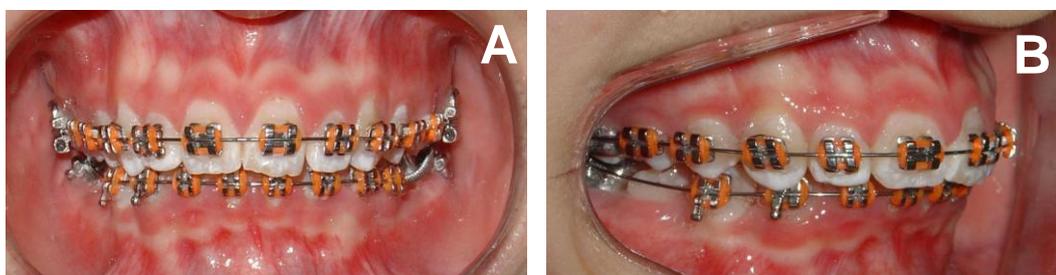


Figura 7 ( A – B ): Fios com curvas acentuada e revertida

Depois dos dentes erupcionado 35 e 45 foi feito a colagem dos mesmo alinhando com curvas acentuada e revertidas no fio 0,020" aço corrigindo a sobreposição da arcada superior. (Figura 8 A – E).

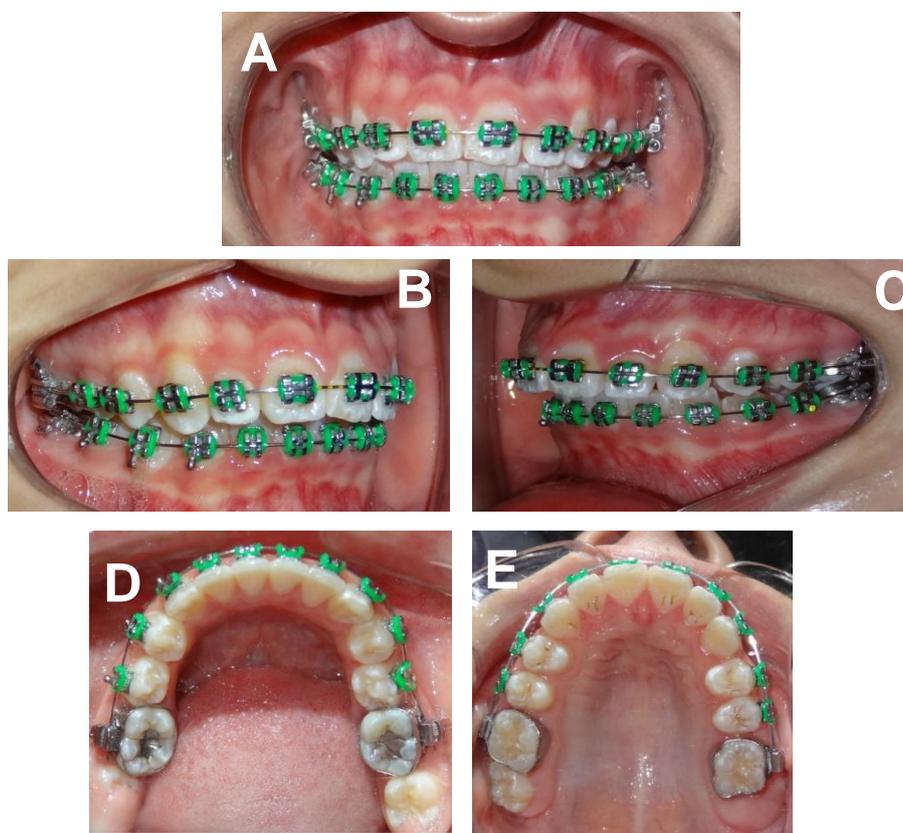


Figura 8 ( A – E ): alinhamento e nivelamento superior e inferior

Ao iniciar com fio retangular 0,16x0,22" niti superior e inferior 0,17x0,25" aço começou o uso de elástico 3/16 de classe II contínuo e uso noturno do AEB. (Figura 10 A – C).



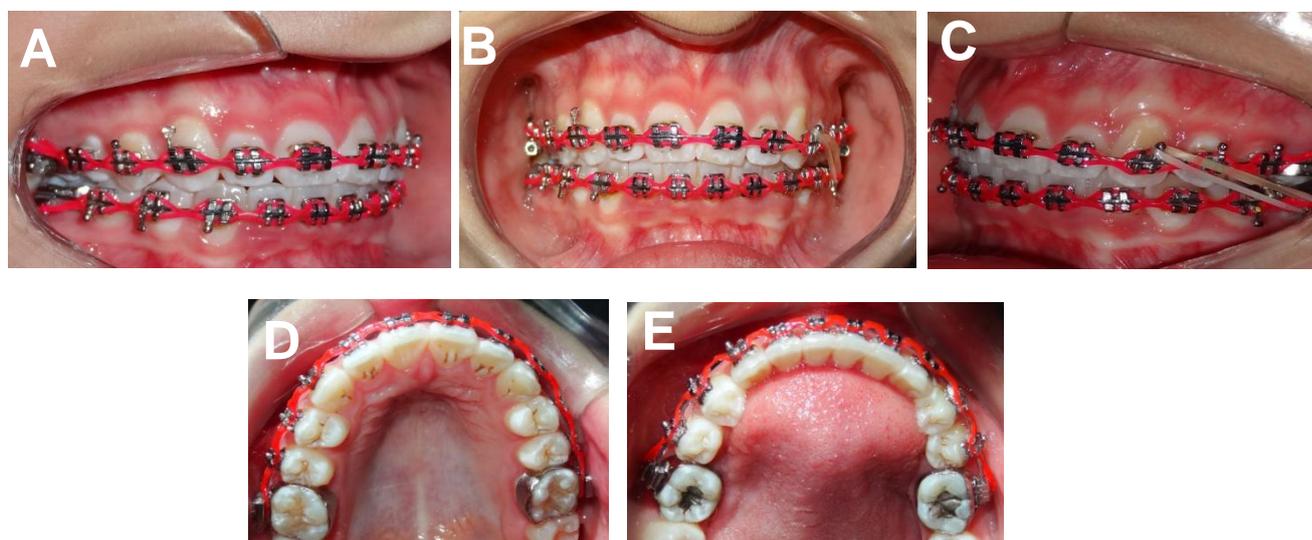
**Figura 10 (A – C): Elástico intra oral de classe II**

Após 36 meses de tratamento suspendeu o uso de AEB, e continuando com a acentuação e reversão dos arco, elástico corrente junto com uso de elástico classe II. (Figura 11 A – C).



**Figura 11 (A – C): Fotografias intra bucais, elástico de classe II unilateral**

Com o uso contínuo de elástico de classe II, obtivemos a correção de classe II bilateral e linha media coincidindo entre si. (Figura 12 A – E).



**Figura 12 (A – E): Fotografias intrabucais**

## 2.4 Resultado

Após três anos e nove meses de tratamento obtivemos a correção de classe II e mordida profunda, foi confeccionado contenção hawley superior e contenção fixa 3x3 inferior ( Figura 13 A – L ).

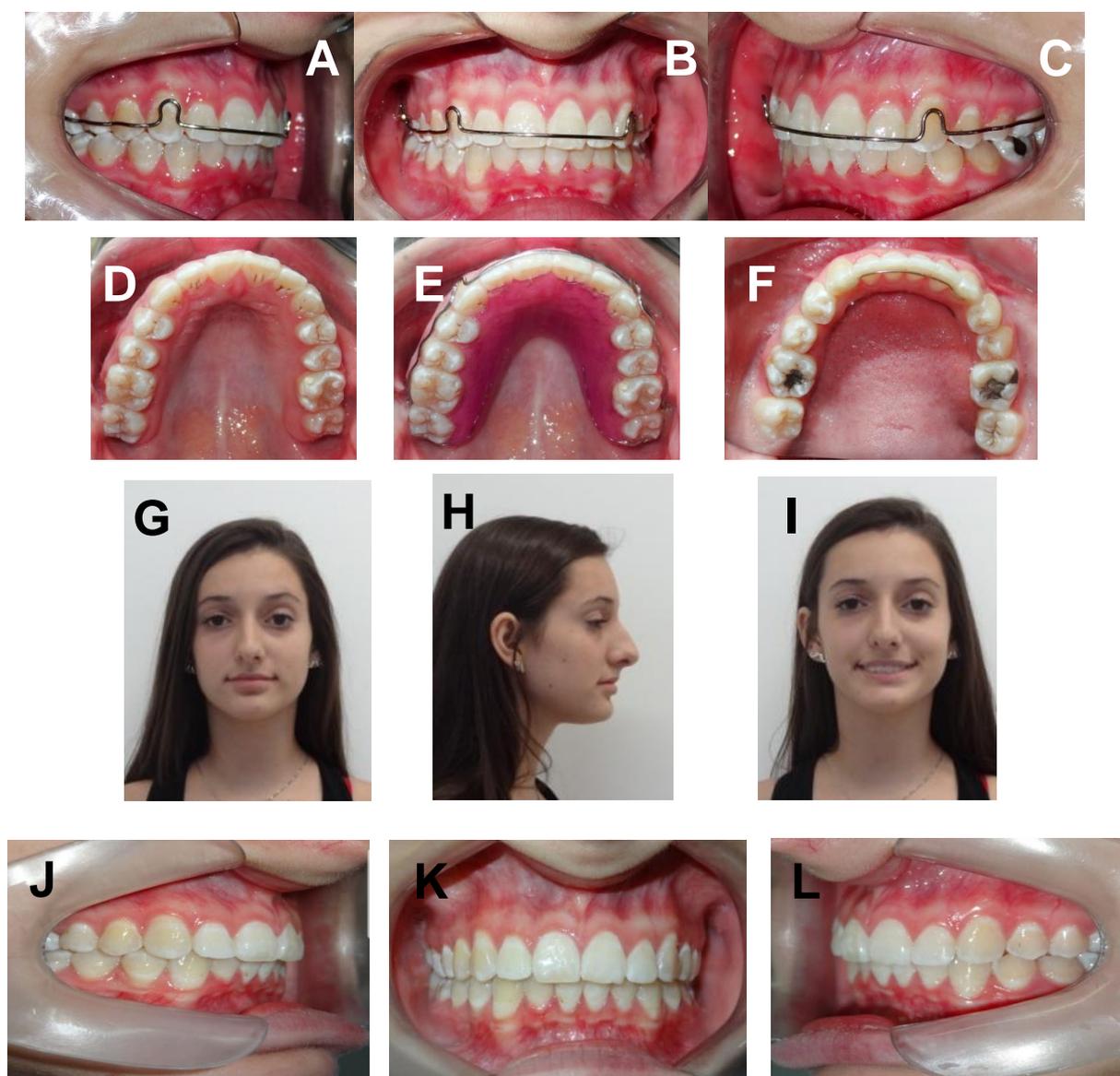
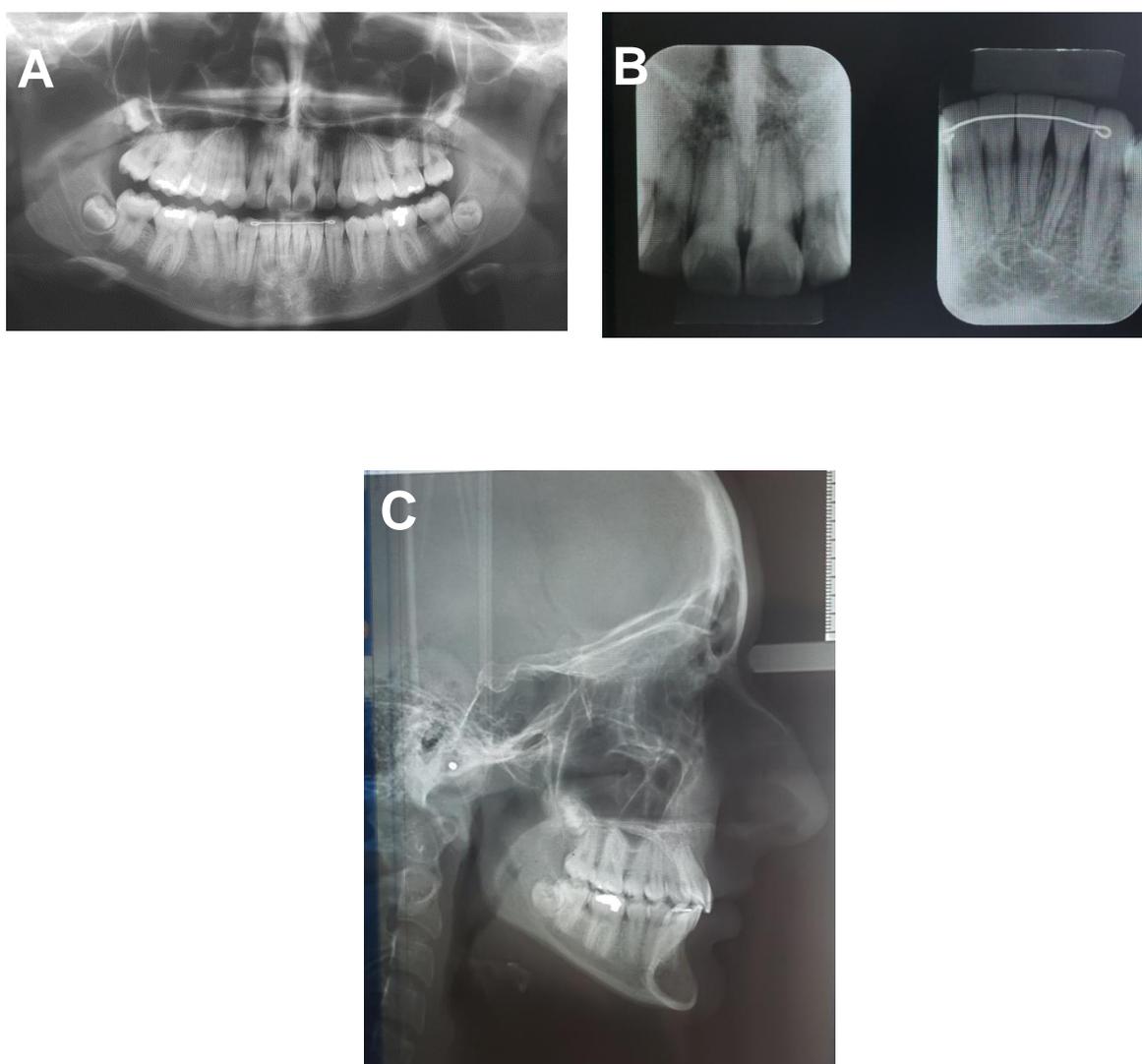


Figura 13 ( A – L ): Fotografias Finais com instalação de hawley superior e 3x3 inferior e fotografias da face e fotos em aparelho hawley.

Nas radiografias panorâmicas podemos comparar desde da inicial a final a mudança de como evoluiu a dentadura “mista para permanente”, o controle com a panorâmica e periapical observa-se pouca reabsorção do ápice das raízes e correção do arco de spee. Na telerradiografia a inclinação dos incisivos superiores para vestibular, deixando a overjet e overbite de acordo com a normalidade de 2 mm, obtivendo assim sucesso no resultado do tratamento. (Figuras14: A – C).



**Figura 14 ( A – C ) : Radiografias panorâmica, periapical e telerradiografia final.**

### 3. DISCUSSAO

Neste trabalho relatamos um caso clínico ortodôntico onde a paciente do sexo feminino, E. C. B. de 11 anos e 4 meses de idade. Foi diagnosticada com mordida profunda e má oclusão de Classe II, que se deu início ao tratamento ortodôntico com aparelho fixo e instalação de aparelho extra bucal (AEB) que foi confeccionado assimétrico de acordo com a má oclusão ½ classe II esquerda e direita completa.

(BRITO, LEITE et al. 2009) concordam que a sobremordida exagerada é um conjunto de características esqueléticas, dentárias e neuromusculares que produz uma quantidade excessiva de trespasses vertical na região dos incisivos. A etiologia dessa má oclusão pode estar associada a alterações de crescimento na mandíbula e/ou maxila, modificações na função de lábios e língua e, principalmente, a alterações dentoalveolares.

O aparelho extrabucal tem como seus principais efeitos a distalização de molares, restrição do avanço maxilar e redução do overjet. A tração extrabucal pode ser alta (parietal), média (occipital) ou baixa (cervical), cada uma com suas indicações precisas e resultados programáveis. Utilizando a tração baixa, sempre ocorrerá extrusão dos molares. (SHIMIZU e colab.) No caso da paciente foi tração baixa para que houvesse a extrusão e distalização dos molares, aumentando a AFAI.

(ALMEIDA e colab.) a reversão da curva de Spee inferior e acentuação desta no arco superior são, talvez, os métodos mais tradicionais destas técnicas de arco contínuo para o controle vertical, com a subsequente correção da mordida profunda e regularização da curva de Spee inferior. No entanto, diversos efeitos colaterais podem advir desta mecânica, como a vestibularização do segmento ântero-inferior, não tão bem aceitos em alguns pacientes, devido a possíveis distúrbios do balanço peribucal neuromuscular, bem como a invasão do espaço funcional livre, em outros pacientes, que por vezes dificultam ou invalidam o objetivo de abertura da mordida. Pode-se também citar a mudança da inclinação axial dos dentes posteriores que pode contribuir para a tão inesperada recidiva. Os usos dos arcos de acentuação e reversão com a mecânica de extrusão posteriores e intrusão anterior, nos fios mais calibrosos como 0,019x0,025" aço para melhor

correção da má oclusão de Classe II, começamos a mecânica com uso do elástico intrabucal de Classe II bilateral.

Elástico intrabucal são indicados no tratamento da má oclusão de classe II, com o intuito de exercer uma força distal nos dentes superiores e mesial no arco inferior. Entretanto, essas forças geralmente não são paralelas ao plano oclusal, resultando em componentes verticais e horizontais de força, que dependerão da localização e da distância entre os pontos de fixação dos elásticos. Quanto maior for essa distância ântero-posterior, a componente vertical de força poderá ser menor e a componente horizontal será maior ( LORIATO e colab.). Corrigindo a má oclusão, obtivemos um resultado com sucesso, finalizando com a instalação de hawley superior e 3x3 inferior, com o uso contínuo durante 2 anos e uso noturno após esse período. Apesar de depender da cooperação da paciente para o uso do elástico tivemos um bom resultado de tratamento. ( BRITO e colab., 2009) concluiu que para a realização da Ortodontia com qualidade, o fator que mais influencia nos resultados dos tratamentos é o pleno conhecimento acerca do diagnóstico ortodôntico. Com relação à sobremordida exagerada, existem algumas particularidades que devem ser mais bem compreendidas e interpretadas durante essa etapa, como o diagnóstico facial, o diagnóstico cefalométrico, o diagnóstico dentário.

#### **4. CONCLUSÃO**

O caso clínico abordado a paciente teve um resultado satisfatório em relação ao tratamento, obtivendo a correção da Classe II com o aparelho extrabucal "AEB" e elástico extrabucal e sobremordida profunda corrigida de acordo com a normalidade de 2 a 3 mm, linhas medias coincidindo entre si.

## 5. REFERENCIA

1. BRITO, H. H. A., LEITE, H. R., MACHADO, A. W.; Sobremordida exagerada: Diagnostico e estratégias de tratamento. R. Dental Press, Ortodon. Ortop. Facial, Maringá, 14(3): 128- 157, mai./jun.2009.
2. CANTADORI, M., JUNQUEIRA, J. L. C., ALMEIDA, M. H. C., ALMEIDA, R. C., FERRER, K. J. N., BIACHINI, F.; Avaliações gerais sobre o tratamento da sobremordida profunda em dentição mista., RGO, 51(4): outubro 2003.
3. JANSON, M., PITHON, G.; Alternativa para acelerar a colagem dos acessórios inferiores com sobremordida profunda. Rev. Clin. Ortodon. Dental Press, Maringá 7(3): jun./jul. 2008.
4. LORIATO, L. B., MACHADO, A. W., PACHECO, W.; Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia, R Clin Ortodon Dental Press, Maringá, 5(1): fev./mar. 2006.
5. MORO, K., SANTOS, B. L.; Protocolo de tratamento de mordida profunda. R. Faipe, 7(2): 31-42, jul./dez. 2017.
6. MOSTAFA, M. FAYED, M. M. S., MOSTAFA, A.; Deep overbite malocclusion analysis of the underlying components. American journal of orthodontics and Dentalfacial orthopedics, 142(4): October 2012.
7. SHIMIZU, R. H., AMBROSIO, A.R., SHIMIZU, I. A., GODOY-BEZERRA, J., RIBEIRO, J. S., STASZAK, K. R.; Princípios biomecânicos do aparelho extrabucal, R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, 9(6):122-156, nov./dez. 2004
8. SILVA, G. O., SILVA, A. M., PEIXOTO, M. G. S., RIBEIRO, A. L. R., TIAGO, C. M.; Correção da má oclusão Classe II, com sobrmordida profunda anterior, 1(1): 3-11, Jodontol. Facit, 2014.
9. ALMEIDA, M. R.; PEDRIN, R. R. A.; ALMEIDA, R. R.; PEDRIN, F.; INSABRALDE, C. M.; GUIMARAES JR, C. H.; Padronização na confecção de arco de intrusão, Rev. Clin. Ortodon. Dental Press, Maringá, 6(3): jun/jul. 2007.
10. Henriques, J. F. C.; Freitas, M. R.; Hayasaki, S. M., Principais indicações e efeitos da ancoragem extrabucal occipital (I.H.G.) no tratamento de jovens com má oclusão de classe II, 1a. divisão de Angle: apresentação

de um caso clínico. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, 4( 2), 33-37

11. LORIATO, L. B.; MACHADO, A. W.; PACHECO, W., Considerações clínicas e biomecânicas de elásticos em ortodontia. R Clin Orton Dental Press, Maringá, v. 5, n. 1 - fev./mar. 2006.