



MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA COSTA

**TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE I ASSOCIADA
MORDIDA ABERTA ANTERIOR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

PORTO VELHO/RO

2023

TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE I ASSOCIADA MORDIDA ABERTA ANTERIOR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Marcus Vinicius de Oliveira Costa¹
Icris Dayane Rodrigues Jardim Balbuena²

RESUMO

O sistema estomatognático em equilíbrio exerce um papel importante para que ocorra o desenvolvimento craniofacial e na fisiologia oclusal. Quando há um desequilíbrio nesse sistema resultante de diversos fatores pode ocasionar uma desarmonia orofacial, miofuncional e, conseqüentemente, a má oclusão¹. A Mordida Aberta Anterior é caracterizada pelo trespassse vertical negativo na região anterior dos arcos dentários e esta má oclusão causa grandes problemas funcionais e estéticos ao indivíduo.

Palavras-chave: Má oclusão de Angle classe I. Mordida aberta. Ortodontistas.

INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático em equilíbrio exerce um papel importante para que ocorra o desenvolvimento craniofacial e na fisiologia oclusal. Quando há um desequilíbrio nesse sistema resultante de diversos fatores pode ocasionar uma desarmonia orofacial, miofuncional e, conseqüentemente, a má oclusão (DIAS *et al.*, 2019). A Mordida Aberta Anterior (MAA) é caracterizada pelo trespassse vertical negativo na região anterior dos arcos dentários e esta má oclusão causa grandes problemas funcionais e estéticos ao indivíduo (ALMEIDA *et al.*, 2003; JANSON *et al.*, 2016).

Uma grande dificuldade para o ortodontista se dá no momento do tratamento dessa má oclusão, já na fase adulta. Nesse cenário, é complexa a forma de se realizar o tratamento a fim de realizar o fechamento da MAA e principalmente para a sua manutenção. Desta forma, quanto maior o comprometimento esquelético e maior a severidade do caso a tendência é de se buscar auxílio no tratamento ortocirúrgico (JANSON *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2000; JANSON *et al.*, 2013).

Considerando que no tratamento compensatório da MAA uma das maiores

¹Especializando em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Graduado em Odontologia pela Universidade de Ribeirão Preto, em 2005.

²Mestre em Ortodontia pelo Centro Universitário Ingá- UNINGÁ, em 2019; Especialista em Ortodontia pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em 2017; Graduada em Odontologia pela Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA, em 2012. Orientadora.

dificuldades é manter a estabilidade clínica a longo prazo, um plano de tratamento que envolva extrações dentárias tende a dar essa maior estabilidade. Por outro lado, o tratamento com extrações altera o perfil do paciente, sendo certo que este é um caminho que deve sempre levar em consideração a opinião deste quanto ao seu perfil ao final do tratamento. No caso de haver harmonia facial o tratamento pode ser feito sem extração dentária (VALARELLI, JANSON, 2014; JANSON *et al.*, 2006).

Algumas estratégias podem ser adotadas para o sucesso na camuflagem ortodôntica que inclui colagem diferenciada, o uso de grade palatina fixa ou esporões, elásticos intermaxilares e uso de contenções ativas. Entretanto, o tratamento alternativo com uso das estratégias supracitadas desafiará o ortodontista para conseguir um resultado compensatório suficiente e duradouro (VALARELLI, JANSON, 2014).

O presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento compensatório de uma paciente com má oclusão de Classe I e MAA esquelética de moderada severidade, com mordida cruzada posterior e diastema inferior. A paciente foi submetida ao tratamento sem extração dentária, colagem diferenciada dos acessórios e algumas estratégias para obtenção de uma boa finalização e estabilidade. Esse procedimento visa evitar sequelas indesejáveis nas estruturas dentoalveolares e efeitos colaterais diversos no perfil ao final do tratamento.

DESENVOLVIMENTO

Descrição do caso clínico

Paciente T.C.S.F., 18 anos, género feminino, buscou tratamento ortodôntico COITI queixa principal "dentes desalinhados". Na avaliação extrabucal observou-se boa harmonia dos terços faciais com suave aumento do terço inferior, perfil facial reto e selamento labial passivo. As linhas médias dentárias coincidiam com o plano sagital mediano. Na avaliação intrabucal observou-se má oclusão de Classe I bilateral, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, tecidos bucais em condições normais e presença de todos os dentes permanentes, curva de Spee ausente, presença de diastemas e giroversões dentarias no arco inferior.



Figura 1: Fotografias intrabucais, radiografia panorâmica, telerradiografia de perfil e extrabucais.

Tratamento

Foram instalados bráquetes da prescrição Biofuncional, com slot .022"X.030". No arco superior, a colagem foi diferenciada nos incisivos centrais, laterais e caninos onde os bráquetes foram posicionados 1mm mais para a cervical. Nos molares inferiores os tubos foram colados com uma mesioangulação instalado o esporão nos incisivos superiores e após a fase de alinhamento e nivelamento evoluiu-se para fios retangulares .019"X.025" de aço com torque anterior vestibular resistente em ambos os arcos associado ao uso do elástico corrente. Foram utilizados elásticos intermaxilares de forma oblíqua entre os dentes 13 e 33 para a correção das linhas médias dentárias em relação ao plano sagital mediano, realizou-se torque lingual nos dentes 13 e 26. Foi usado elásticos verticais de intercuspidação em forma de triângulo apoiando-se nos caninos superiores, caninos e pré-molares inferiores.





Figura 2: Fotografias intrabucais após instalação dos acessórios ortodônticos e esporão no arco superior, intrabucais da utilização de elásticos de intercuspidação e intrabucais finais.



Figura 3: Radiografia panorâmica, telerradiografia de perfil e extrabucais finais.

Resultados

Para obtenção dos resultados, utilizou-se o programa Dolphin® comparando as telerradiografias inicial e final (Tabela 1).

Não foram identificadas alterações esqueléticas significativas, observou-se um crescimento na mandíbula 3.5mm e nenhuma alteração esquelética relevante na maxila. A relação maxilomandibular apresentou melhora devido ao aumento da variável WITS de -2.9mm para -5.0mm.

Não houve grandes alterações no componente vertical, destaca-se o aumento de 3.1mm da AFAI.

No componente dentoalveolar superior, houve extrusão (2.7mm) dos incisivos superiores. E no componente dentoalveolar inferior, os incisivos sofreram uma lingualização (9°) associada a uma extrusão (3.3mm) e os molares apresentaram uma distoangulação (16.6°).

Nas relações dentárias, a sobressaliência aumentou suavemente (1.2mm) e o trespasse vertical melhorou e se tornou positivo na região anterior (2.3mm).

No lábio superior e inferior podem ser observadas suaves retrusões -0.6mm e -2.2mm, respectivamente.

Tabela 1: Variáveis cefalométricas.

VARIÁVEIS CEFALOMÉTRICAS	INICIAL	FINAL
Componente Maxilar		
SNA (°)	73.3	74.7
Co-A (mm)	74.8	75.4
Componente Mandibular		
SNB (°)	71.7	72.9
Co-Gn (mm)	108.3	111.8
Relação Maxila-Mandíbula		
ANB (°)	1.4	1.2
Wits (mm)	-2.9	-5.0
Componente Vertical		
FMA (°)	31.4	32.9
SN.GoGn (°)	44.3	44.6
SN.ocl (°)	24.1	25.1
AFAI (mm)	69.0	72.1
Componente Dentoalveolar Superior		
IS.NA (°)	20.1	17.9
IS-NA (mm)	3.9	3.2
IS-PP (mm)	29.2	31.9
MS-PTV (mm)	15.0	16.3
MS-PP (mm)	24.7	24.7
MS-SN (°)	69.0	70.1
Componente Dentoalveolar Inferior		
II.NB (°)	28.0	19.0
II-NB (mm)	4.7	3.8
II-GoMe (mm)	33.8	37.1
MI-Sínfise (mm)	20.2	22.2
MI-GoMe (mm)	26.0	27.9
MI.GoMe (°)	88.9	72.3
Relações Dentárias		
Sobressaliência (mm)	1.4	2.6
Sobremordida (mm)	-1.8	2.3
Perfil Tegumentar		
Ls-Plano E (mm)	-5.4	-6.0
Li-Plano E (mm)	-3.0	-5.2
Convexidade Facial (G'-Sn-Po') (°)	8.0	9.9
ANL (°)	95.6	96.5

CONCLUSÃO

O tratamento compensatório com a colagem diferenciada da prescrição Biofuncional maostrou:

- 1- Eficácia da correção da má oclusão da Classe I com mordida aberta anterior.
- 2- Trespasse vertical e horizontal satisfatório.
- 3- Estética facial agradável.
- 4- Sorriso harmonioso, sem inclinação lingual excessiva dos incisivos inferiores.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA RR, ALMEIDA-PEDRIN RR, ALMEIDA MR, FERREIRA FPC, PINZAN A, Insabralde CMB. Vertical dysplasias: anterior open bite – treatment and stability. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* 2003 jul/ago; v. 8, n. 4: 91-119.
- DIAS FA, Urnau FDA, Oltramari PVP, Poleti ML, Almeida MR, Fernandes TMF. Stability of early treatment of anterior open bite: clinical performance of bonded lingual spurs. *Journal of Orthodontics* 2019; v.46(1): 68-73.
- JANSON G, VASCONCELOS MH, BOMBONATTI R, FREITAS MR, HENRIQUES JF. Considerações clínicas sobre o posicionamento vertical dos acessórios. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*.2000 maio/jun; 5(3):45-51.
- JANSON G, VALARELLI FP, HENRIQUES JF, de FREITAS MR, CANÇADO RH. Stability of anterior open bite nonextraction treatment in the permanent dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003 sep; v. 124, n. 3: 265-276.
- JANSON G, VALARELLI FP, BELTRAO RT, de FREITAS MR, HENRIQUES JF. Stability of anterior open-bite extraction and nonextraction treatment in the permanent dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2006 Jun;129(6):768-74.
- JANSON G, VALARELLI FP, FREITAS KMS, CANÇADO RH. Tratamento da mordida aberta anterior na dentadura permanente. In: Silva DBH, Filho HC, editores. 9º Congresso Internacional da ABOR - Ortodontia e Ortopedia Facial. Natal: Editora Plena; 2013. P.149-56.
- JANSON G, VALARELLI FP. Open-bite malocclusion: treatment and stability. Wiley Blackwell; 2014. P.439.
- JANSON G, VALARELLI F, CANÇADO RH. Tratamento dos Problemas Verticais: Mordida Aberta Anterior. In: Cotrim-Ferreira FA. *Ortodontia Estética: Uma Visão Multidisciplinar*. Editora: Quintessence; 2016. P.147-59.
- KIM Y.H., HAN U.K., LIM D.D., SERRAON M.L. Stability of anterior openbite correction with multiloop Edgewise archwire therapy: A cephalometric follow-up study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000; v. 118, n. 1: 43-54.
- VALARELLI FP, JANSON G. O tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior no paciente adulto. *Ortho Sci, Orthod sci pract.* 2014;7(27):252-70.



Monografia intitulada **"TRATAMENTO DA MÁ OCLUSÃO DE CLASSE I ASSOCIADA A MORDIDA ABERTA ANTERIOR – RELATO DE UM CASO CLÍNICO"** de autoria do aluno **MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA COSTA**.

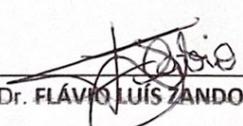
Aprovada em 26/08/2023 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Dr. **FABRÍCIO PINELLI VALARELLI**



Prof. Dr. **DINO LOPES DE ALMEIDA**



Prof. Dr. **FLÁVIO LUÍS ZANDONAI JÚNIOR**

Porto Velho, 26 de agosto 2023.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br