

CORREÇÃO DE MORDIDA PROFUNDA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Deep bite correction: a clinical case report

Natália Guiraldelli Balduino¹

Desirée Saddi Monteiro²

Ronaldo Henrique Shibuya³

Resumo

A mordida profunda é um tipo de maloclusão vertical que apresenta etiologia multifatorial e necessita de um diagnóstico diferencial elaborado e específico. O objetivo deste trabalho foi escrever a correção de uma mordida profunda por meio de batentes anteriores e auxílio de arco de curva reversa. Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, padrão braquifacial e mordida profunda, incisivos retruídos e bases ósseas bem relacionadas entre si, utilizou aparelho com braquetes de cerâmica e fios de níquel-titânio termoativado até o 0,016" x "0,022", quando se utilizou um arco de curva reversa na arcada inferior. Depois de seis meses, houve extrusão dos molares, permitindo a remoção dos batentes. Para a correção da mordida profunda, concluiu-se que a extrusão de molares em pacientes braquifaciais se mostrou efetiva, uma vez que o perfil possibilita o aumento vertical da face e a possibilidade de recidiva é baixa.

Palavras-chave: Má Oclusão Classe I de Angle. Oclusão Dentária. Ortodontia Corretiva. Extrusão Ortodôntica.

¹ Especialista em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

² Doutora em Ortodontia – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo; Professora Assistente do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

³ Mestre em Radiologia Odontológica – Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia – Esfera Centro de Ensino Odontológico.

Abstract

Deep bite is a type of vertical malocclusion that has a multifactorial etiology and requires an elaborate and specific differential diagnosis. The objective of this work was to write the correction of a deep bite by means of anterior stops and reverse curve arc aid. Male patient, 25 years old, brachyfacial pattern and deep bite, retruded incisors and bone bases well connected to each other, used an appliance with ceramic brackets and heat-activated nickel-titanium wires up to 0.016" x "0.022", when using a reverse curved archwire in the lower arch. After six months, the molars extruded, allowing the stops to be removed. For the correction of deep bite, it was concluded that the extrusion of molars in brachyfacial patients was effective, since the profile allows the vertical increase of the face and the possibility of recurrence is low.

Keywords: Malocclusion, Angle Class I. Dental Occlusion. Orthodontics, Corrective. Orthodontic Extrusion.

Introdução

A mordida profunda é um tipo de maloclusão vertical que apresenta etiologia multifatorial e necessita de um diagnóstico diferencial elaborado e específico. Muitas vezes, é a maloclusão menos compreendida e, assim, a mais difícil de tratar com sucesso e estabilidade (BRITO; LEITE; MACHADO, 2009).

A mordida profunda quando não tratada pode evoluir para uma relação traumática entre incisivos, podendo desencadear alterações periodontais, interferências na abertura e fechamento da boca, distúrbios na articulação temporomandibular e do sistema estomatognático como um todo (MORO; SANTOS, 2007).

A mecânica utilizada para a correção da curva de Spee deve ser escolhida de acordo com o diagnóstico, objetivos e plano de tratamento, a fim de obter um melhor resultado do paciente (MUIÑO *et al.*, 2017)

O objetivo deste trabalho foi escrever a correção de uma a mordida profunda por meio de batentes anteriores e auxílio de arco de curva reversa.

Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, leucoderma, com 25 anos de idade, compareceu à Clínica de Especialização em Ortodontia da Esfera Centro de Ensino Odontológico, com queixa “dos dentes da frente separados” (sic).

Ao exame extrabucal, apresentava bom selamento labial e perfil harmônico. Ao exame intrabucal, observou-se dentição permanente completa, dentes hígidos, diastema de 1 mm entre os incisivos centrais superiores, mordida profunda, relação de classe I de caninos e molares, higiene bucal regular (Figuras 1 a 3).

No exame radiográfico, não foi encontrado algo digno de nota. A análise cefalométrica revelou padrão braquifacial, maxila e mandíbula bem posicionadas, incisivos superiores e inferiores retruídos, e trespasse vertical aumentado (Tabela 1 e Figuras 4 e 5).

O objetivo do tratamento foi corrigir a mordida profunda por meio de batentes anteriores, alinhamento e nivelamento dos dentes.

Para a instalação do aparelho, optou-se pela técnica da colagem indireta, iniciando-se com moldagem para a confecção de placas de acetato para transferência do posicionamento dos braquetes.

Após a colagem dos braquetes de cerâmica prescrição Roth (Morelli, Sorocaba/SP, Brasil), batentes em resina fotopolimerizável foram confeccionados na face palatina dos caninos superiores e iniciou-se com fio de níquel-titânio termoativado 0,012” (Morelli, Sorocaba/SP, Brasil). Em seguida, foram cimentadas bandas com tubos duplos nos primeiros molares, colagem de tubos simples nos segundos molares, e a evolução dos fios até chegar ao fio de níquel-titânio 0,016” x 0,022”, quando também foi utilizado um arco de curva reversa na arcada inferior para retificar a curva de Spee e auxiliar na correção da mordida profunda (Figuras 6 a 9).

Depois de seis meses, houve extrusão dos molares, permitindo a remoção dos batentes. Os fios foram trocados até chegar ao aço 0,017”x 0,025”, para finalização do tratamento (Figuras 10 a 16).

Discussão

A mordida profunda é uma maloclusão na qual o trespasse vertical dos incisivos superiores sobre os incisivos inferiores ultrapassa mais de um terço da coroa dos incisivos inferiores em oclusão cêntrica (PINHEIRO *et al.*, 2015). Mais comumente, a mordida profunda pode ser dividida em origem dentoalveolar, devido à irrupção excessiva dos dentes, ou de origem esquelética, na qual existe diminuição da altura da face inferior e ângulo do plano mandibular baixo (NIELSEN, 1991).

Com relação ao diagnóstico da sobremordida exagerada, algumas particularidades devem ser mais bem compreendidas e interpretadas, como o diagnóstico facial, o cefalométrico, o dentário, e outras variáveis como idade e idade. No diagnóstico facial deve ser avaliado o nível de exposição gengival durante a fala e o sorriso, e a relação do lábio superior com os incisivos superiores. Já na análise cefalométrica, o padrão vertical de crescimento e a inclinação axial dos incisivos são os fatores mais importantes. No diagnóstico dentário, a principal característica é o aumento do trespasse vertical na região anterior, porém, outras variáveis como a inclinação do plano oclusal e a curva de Spee são consideradas igualmente importantes (BRITO; LEITE; MACHADO, 2009). A exposição incisal com os lábios em repouso é um dos principais parâmetros estéticos na ortodontia para o planejamento do tratamento (SANGALLI *et al.*, 2022).

Os métodos para a correção de mordida profunda consistem na extrusão de dentes posteriores, intrusão de dentes anteriores ou na combinação de ambos os anteriores; existe também a possibilidade de alterar a inclinação dos incisivos e, por fim, nos casos mais complexos, adultos com mais de 6 mm de trespasse vertical ou 8 mm de trespasse horizontal, a abordagem cirúrgica (DAOKAR; AGRAWAL, 2016).

Para a intrusão de dentes, a força deve passar pelo centro de resistência para que o movimento de translação ocorra. Quanto mais longe do ponto de aplicação da força do centro de resistência maior é o momento rotacional. A possibilidade de vestibularização dos incisivos é mais provável de ocorrer especialmente na maloclusão Classe II divisão 1 do que a Classe II divisão 2 (DAOKAR; AGRAWAL, 2016). Um dos recursos para a correção de mordida profunda é a intrusão dos dentes anteriores por meio da técnica do arco reto (WEILAND; BANTLEON; DROSCHL, 1992).

Na outra estratégia para a correção de mordida profunda, a extrusão dos molares, pode-se utilizar o quanto antes, tubos nos segundos molares, a fim de nivelar o plano entre os primeiros e segundos molares e aumentando a dimensão vertical (MUIÑO *et al.*, 2017). Esta modalidade é mais comumente indicada em pacientes com tendência de crescimento horizontal (DAOKAR; AGRAWAL, 2016).

O arco de curva reversa é utilizado com a técnica de arco contínuo e produz uma maior extrusão do segmento posterior juntamente com a intrusão dos incisivos. Outro dispositivo para o tratamento da mordida profunda é os mini-implantes ortodônticos como elemento de ancoragem que permite explorar novas técnicas na rotação do plano oclusal e, conseqüentemente, suplantando a ancoragem convencional (MUIÑO *et al.*, 2017).

A estabilidade do caso se dá pela planificação da curva de Spee (MUIÑO *et al.*, 2017). O grau de correção da mordida profunda na maloclusão de classe II divisão 2ª é melhor do que nas maloclusões de classe I e II divisão 1ª, devido ao movimento de protrusão dos incisivos. No entanto, independente do tipo de maloclusão, o tratamento realizado mesmo em adultos jovens pode apresentar recidiva de aproximadamente 1,7 mm e alguma reabsorção radicular nos incisivos em pouco mais de 90% dos pacientes (HIRSCHFELDER; HERTRICH, 1990).

Conclusão

Para a correção da mordida profunda, concluiu-se que a extrusão de molares em pacientes braquifaciais se mostrou efetiva, uma vez que o perfil possibilita o aumento vertical da face e a possibilidade de recidiva é baixa. O método também foi rápido e, em seis meses, pôde-se notar o resultado e em nove meses a finalização do caso.

Referências

1. BRITO, Helio Henrique de Araújo; LEITE, Heloísio de Rezende; MACHADO, André Wilson. Sobremordida exagerada: diagnóstico e estratégias de tratamento. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 128-137, maio/jun. 2009.

2. DAOKAR, Suchita; AGRAWAL, Suchita. Deep bite its etiology, diagnosis and management: a review. **Journal of Orthodontics & Endodontics**, London, v. 2, p. 4, 2016. Disponível em: <https://orthodontics-endodontics.imedpub.com/deep-bite-its-etiology-diagnosis-and-management-a-review.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.
3. HIRSCHFELDER, Ursula; HERTRICH, Klaus. Untersuchungen zur Tiefbifßbehandlung bei Erwachsenen. **Fortschr Kieferorthop**, Munchen, v. 51, n. 1, p. 36-43, Feb. 1990.
4. /MORO, Kelli; SANTOS, Bruna Lorena dos. Protocolo de tratamento de mordida profunda. **Revista FAIPE**, Cuiabá, v. 7, n. 2, p. 31-42, jul.-dez. 2017.
5. MUIÑO, Eduardo Juan; GONZÁLEZ ZANNONE, Florencia; ZALESKI, Patricia; GUMIELA, María Adela. Curva de Spee: causas y tratamiento de su descompensación. **Revista del Ateneo Argentino de Odontología**, Buenos Aires, v. 57, n. 2, p. 45-53, nov. 2017.
6. NIELSEN, Ib Leth. Vertical malocclusions: etiology, development, diagnosis and some aspects of treatment. **The Angle Orthodontist**, Appleton, v. 61, n. 4, p. 247-260, 1991.
7. PINHEIRO, Éder Moura; LEMOS, Andréia Regina Boff; PACCINI, Juliana Volpato Curi; CANÇADO, Rodrigo Hermont; FREITAS, Karina Maria Salvatore de; VALARELLI, Fabrício Pinelli. Colagem diferenciada dos acessórios ortodônticos no tratamento da sobremordida profunda. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 44, n. 1, p. 56-60, abr.-jun. 2015.
8. SANGALLI, Linda; DALESSANDRI, Domenico; BONETTI, Stefano; MANDELLI Gualtiero; VISCONTI, Luca; SAVOLDI, Fabio. Proposed parameters of optimal central incisor positioning in orthodontic treatment planning: a systematic review. **Korean Journal of Orthodontics**, Seoul, v. 52, n. 1, p. 53-65, Jan. 2022.
9. WEILAND, Frank; BANTLEON, Hans-Peter; DROSCHL, Helmut. The orthodontic treatment of deep bite in adults: a comparison of the straight-wire appliance and the segmented arch technic. **Fortschritte der Kieferorthopädie**, Munchen, v. 53, n. 3, p. 53-60, June 1992.

Tabela 1. Medidas cefalométricas iniciais.

Grandezas	Paciente	Norma
SNA (°)	82,38	82,00
SNB (°)	80,90	80,00
ANB (°)	1,48	3,00
1/.NA (°)	22,09	22,00
1/-NA (mm)	3,33	4,00
/1.NB (°)	14,42	25,00
/1-NB (mm)	0,97	4,00
Trespasse vertical (mm)	4,97	2,50
Inclinação incisivo superior (mm)	21,24	28,00



Figura 1 – Vista frontal inicial.



Figura 2 – Vista lateral direita inicial.



Figura 3 – Vista lateral esquerda inicial.



Figura 4 – Radiografia panorâmica inicial.

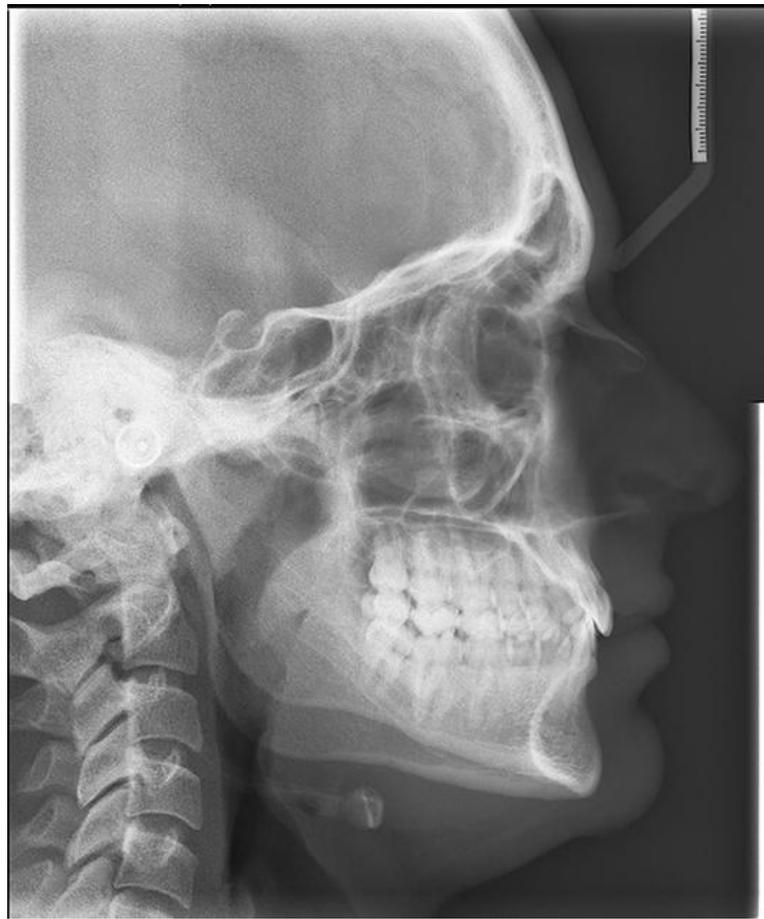


Figura 5 – Telerradiografia em norma lateral inicial.



Figura 6 – Vista frontal após a instalação do aparelho.



Figura 7 – Vista lateral direita após a instalação do aparelho.



Figura 8 – Vista lateral esquerda após a instalação do aparelho.



Figura 9 – Vista oclusal superior dos batentes nos caninos.



Figura 10 – Vista frontal após a remoção dos batentes.



Figura 11 – Vista lateral direita após a remoção dos batentes.



Figura 12 – Vista lateral esquerda após a remoção dos batentes.



Figura 13 – Vista oclusal superior após a remoção dos batentes.



Figura 14 – Vista frontal ao término do tratamento.



Figura 15 – Vista lateral direita ao término do tratamento.



Figura 16 – Vista lateral esquerda ao término do tratamento.