

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

JUVITHZA JOSSELY MATA CASTELLON

QUAIS SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE MORDIDA ABERTA?

CURITIBA/PR

2022

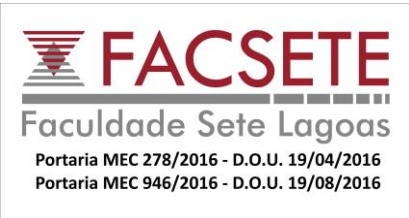
JUVITHZA JOSSELY MATA CASTELLON

QUAIS SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE MORDIDA ABERTA?

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Ortodontia.
Orientador: Prof. Dr. Dereck Ivan Rivaz

CURITIBA/PR

2022

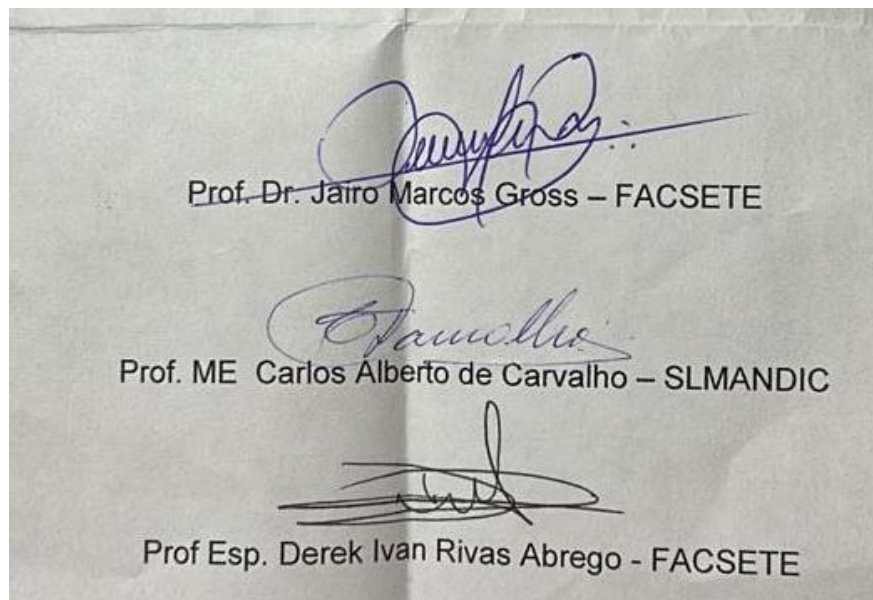


Juvithza Jossely Mata Castellon

QUAIS SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE MORDIDA ABERTA?

Trabalho de conclusão de curso de Pós-graduação *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.
Área de concentração: Ortodontia.

Aprovada em 21/06/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:



Curitiba, 21 de Junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo a Deus por ter me dado vida, saúde, força e a oportunidade de estudar e me especializar.

À minha família por me apoiar em todos os momentos da minha vida, aos meus pais por sempre acreditarem em mim e me motivarem a continuar melhorando a cada dia; à minha filha que passa a fazer parte do motor da vida, ao meu marido pela compreensão das horas ausentes e claro ao meu braço direito a colega e amiga Andrea Renderos por continuar a orientar a equipa de trabalho da Dental Life, com amor e ética profissional.

Por fim, quero agradecer ao meu amigo e colega Dr. Ernesto Chacón por sempre me encorajar nesses momentos difíceis, ao professor e ortodontista Dereck Ivan Rivaz, por compartilhar seus conhecimentos.

RESUMO

Dizem que para um ortodontista é um desafio tratar uma mordida aberta, mas como sabemos antes de conseguir encontrar uma solução para o problema, a primeira coisa que precisamos saber é por que, através da revisão da literatura, existem muitos fatores que favorecem a mordida aberta, que é encontrada no acesso à internet, a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica de acesso livre, utilizando portais digitais como Google Acadêmico e Academia Edu, utilizando as palavras “open bite” após a busca é utilizado 15 artigos que falar sobre os fatores que favorecem a mordida aberta. Portanto, conclui-se que a maioria dessas más oclusões estão relacionadas aos hábitos e à respiração.

Palavras-chaves: Mordida Aberta. Hábito Oral. Respirador Oral.

ABSTRACT

They say that for an orthodontist it is a challenge to treat an open bite, but as we know before being able to find a solution to the problem, the first thing we need to know is why, through the literature review, there are many factors that favor open bite , which is found in internet access, the methodology used was the open access bibliographic review, using digital portals such as Google Scholar and Academia Edu, using the words “open bite” after the search, 15 articles are used that talk about the factors that favor the open bite. Therefore, it is concluded that most of these malocclusions are related to habits and breathing.

Keywords: Open Bite. Oral Habit. Mouth Breather.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVO.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Etiologia.....	10
4. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

A mordida aberta é aquela situação de oclusão, na qual um ou mais dentes (maxilares ou mandibulares) não atingem o plano de oclusão porque não fazem contato com os antagonistas.

Essa má oclusão se desenvolve devido à interação de vários fatores etiológicos, entre eles estão: variações na erupção dentária e no crescimento alveolar, desproporção no crescimento muscular ou até mesmo uma função neuromuscular aberrante relacionada a disfunções ou patologias linguais como glossia magra, doenças respiratórias e problemas bucais. hábitos que favorecem a má mordida: sucção digital, interposição lingual, onicofagia, queilofagia, respiração oral e mastigação de objetos.

O sistema estomatognático é a unidade orgânico-funcional na qual estão integrados os sistemas digestivo, respiratório e fonoarticulatório, bem como os principais sentidos relacionados às funções. entãovital e primordial como o respirando, o mastigare a engolir. Alterações em uma ou mais dessas funções irão gerar desequilíbrios no sistema estomatognático em geral e na oclusão dentária. Nesta revisão foi feita referência a engolir já deles disfunções ou atipias. O engolir, é uma atividade neuromuscular complexa que pode ser iniciada conscientemente

A maioria dos ortodontistas concorda com o fato de que a mordida aberta anterior é uma das más oclusões mais difíceis de tratar e aquela com maior taxa de recorrência mesmo quando o paciente é tratado com cirurgia ortognática. Identificar a etiologia do problema proporciona maior percentual de sucesso ao final do tratamento.

Várias modalidades de abordagem têm sido propostas para resolver a mordida aberta. Um tratamento convencional consiste em inibir o crescimento vertical da maxila ou intruir os molares superiores com um pilar terapêutico intraoral. Outros aparelhos relatados incluem tração vertical com protetores de queixo, elásticos, aparelhos ortopédicos funcionais.

2. OBJETIVO

Conhecer as causas mais frequentes de mordida aberta segundo a literatura. Nesta nomografia, foi realizada revisão da literatura por meio de portais digitais de abscesso aberto, como Academic edu, Google academic, usando a pesquisa “Etiologia ou causas da mordida aberta” encontrando 15 artigos relacionados ao assunto.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A mordida aberta pode ocorrer tanto nos setores posteriores quanto no setor anterior, sendo o mais frequente. Se a falta de contato estiver localizada na região dos incisivos, será chamada de mordida aberta anterior; enquanto, se afetar os segmentos laterais que estão em infraerupção, deixando um espaço entre as faces oclusais dos molares - pré-molares, será posterior. No caso de tocar apenas os últimos molares e encontrar abertura anterior e posterior, será chamada de mordida aberta completa (ALCARAZ CASTILLO *et al.*, 2012).

A mordida aberta anterior é definida como uma má oclusão caracterizada por um desvio na relação vertical da maxila e mandíbula no setor anterior, identificada pela falta de contato entre os segmentos opostos, o valor normal da dimensão vertical é de 1-2mm, valores abaixo disso podem ser considerados uma mordida aberta leve. Quando apresentar uma separação vertical de 0 - 2mm será um AM moderado, valores entre 3 - 4mm severo e de 4mm extremo (MOLINA, 2011).

A má oclusão causa desconforto ao paciente devido à sua ineficácia funcional, mastigatória, fonética e estética; É uma deformidade dentomaxilar de difícil tratamento, as recidivas são frequentes, sendo necessária uma abordagem abrangente que englobe aspectos funcionais e estéticos (GARCIA, 2004).

As desarmonias oclusais representam uma tentativa da natureza de estabelecer um equilíbrio entre todos os componentes morfogenéticos, funcionais e ambientais concomitantes aos quais o ser humano está submetido (FONSECA FERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

3.1 Etiologia

Encontramos muitos fatores que influenciam ou favorecem a mordida aberta anterior, dos quais podemos citar:

1- Hábitos orais, são comportamentos rotineiros e inconscientes que se repetem regularmente. Existem dois tipos de hábitos: A) Hábitos Fisiológicos: são aqueles que nascem com o indivíduo (mecanismo de sucção, movimentos corporais, deglutição e respiração nasal). B) Hábitos não fisiológicos: são aqueles que

exercem forças nocivas contra os dentes, arcadas dentárias e tecidos moles, dentre os quais temos a sucção digital, a deglutição atípica e a respiração bucal. Os hábitos orais são as causas primárias ou secundárias de más oclusões ou deformações dentomaxilofaciais. O grau das alterações produzidas dependerá da duração, intensidade e frequência do hábito. Esses hábitos costumam ser considerados reações automáticas que podem se manifestar em momentos de estresse, frustração, cansaço ou tédio, além de aparecerem pela falta de atenção dos pais da criança, tensões no ambiente familiar e imaturidade emocional.

Esses hábitos não fisiológicos podem gerar: 1. Mordida aberta anterior e lateral; 2. Protuberâncias dentárias; 3. Protuberâncias dentoalveolares; 4. Linguoversões dentárias, etc (LUGO, TOYO, 2011).

1.1 Hábito de sucção digital. É um dos hábitos orais deformantes mais frequentes em crianças, capaz de produzir grandes anomalias dentomaxilofaciais, alterações na função mastigatória, no psiquismo e no estado geral de saúde. A sucção do dedo é a forma mais comum, embora a sucção possa ser encontrada com outros dedos e em uma ampla variedade de posições. Os hábitos de sucção durante a dentição decídua têm pouco ou nenhum efeito a longo prazo. Na maioria das vezes, a má oclusão característica relacionada à sucção digital se deve a uma combinação entre a pressão direta exercida pelo dedo interposto e a língua, cuja parte anterior é forçada contra o assoalho da boca (GARCIA, 2004). Hábitos de sucção não nutritivos têm sido relacionados a más oclusões dentárias: mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. A primeira é a má oclusão mais frequente e tende a melhorar com a desistência da chupeta. A segunda é uma má oclusão mais grave e permanente, que pode afetar o crescimento craniofacial. O uso de chupeta e mordida cruzada posterior têm sido altamente correlacionados, principalmente quando o hábito ultrapassa os 36 meses. Considera-se que essa relação se deve ao fato de que a posição oral da chupeta acarreta um deslocamento da língua na mandíbula e um alongamento dos músculos orbicular e bucinador (MARÍNEZ SANCHEZ *et al.*, 2000). Aspiration digital, que dependerá de: • A intensidade com que é feito. • A frequência (se é todo o dia ou apenas à noite). • Duração. • O padrão morfogenético. • O número de dedos que são sugados e a

posição que eles têm. Os efeitos que produzirá serão: • Inclinação dos dentes superiores. • Retroclinação dos dentes (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARIL, 2005).

1.2 Chupeta, morder ou chupar o lábio. *Uso de chupeta: Não há evidências suficientes para promover ou eliminar o uso de chupeta. No entanto, parece importante não começar a usá-lo antes dos 15 dias de vida. Devemos saber que é vantajoso, pois induz tranquilidade, evita a sucção do dedo, estimula a sucção do recém-nascido e ainda favorece o controle da respiração devido à posição da língua. No entanto, a recomendação geral é que, a partir idade, seu uso é gradualmente retirado. Caso contrário, podem ocorrer alterações na dentição temporária, tanto no plano frontal (mordida aberta) e sagital (distoclusão e projeções aumentadas), quanto no plano horizontal (mordida cruzada) (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARI, 2005). *Sucção labial: Muitas vezes é acompanhada de sucção digital ou interposição lingual. Produz anomalias nos lábios, pele e mucosa. Os efeitos que produzem são: • Inclinação dos dentes superiores. • Vedação labial ruim (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARI, 2005). *O hábito de inserir um dedo (geralmente o polegar): Na cavidade oral. Este é o mais frequente dos hábitos orais patológicos que as crianças podem apresentar e geralmente implica uma contração ativa da musculatura perioral. A prevalência citada por diferentes autores varia de 1,7 a 47%. Essas diferenças podem ser explicadas pela idade em que o estudo é realizado, pois enquanto nas primeiras semanas de vida esse hábito é muito frequente por responder a um reflexo inato, à medida que a criança cresce a frequência diminui. Quando a dentição temporária irrompe, ocorre uma alteração no padrão de deglutição e é a partir dos quatro anos de idade, aproximadamente, que a persistência de hábitos nocivos tem influência mais negativa no desenvolvimento, ocasionando más oclusões. Também a partir dessa idade (4-5 anos) aumenta a rejeição social ao hábito, o que pode alterar o desenvolvimento emocional da criança. A etiopatogenia não é clara. Os principais fatores parecem ser os transtornos afetivo-emocionais e o aleitamento materno e infantil insuficiente, podendo ambos os fatores estar associados As más oclusões associadas ao hábito de sucção digital são: mordida aberta anterior, protrusão dos incisivos superiores,

retroinclinação dos incisivos inferiores, sobressaliência aumentada, classe II, palato ogival e mordida cruzada. Essas más oclusões não são produzidas exclusivamente pela pressão direta que o dedo exerce sobre as arcadas, mas seu desenvolvimento também é favorecido pela modificação do funcionamento da musculatura perioral e lingual que causa o hábito.

1.3 Ingestão imatura ou atípica. É uma deglutição considerada anormal, dentre elas estão: *Deglutição com interposição de língua. Quando a forma de deglutição é feita com a interposição da língua e caracteriza-se porque no momento da deglutição os dentes não entram em contato. Este fato faz com que a língua possa estar alojada entre os incisivos (inserção frontal) ou interposta entre os molares e pré-molares (inserção lateral). *Deglutição com interposição labial. Quando a forma da deglutição é feita com a interposição do lábio inferior entre os dentes incisivos. Ocorre quando há distância máxima entre os incisivos superiores e inferiores. O tratamento para corrigir esta patologia é através da chamada “TERAPIA MIOFUNCIONAL”, amplamente desenvolvida em nosso consultório. A deglutição atípica é mencionada como uma adaptação à mordida aberta e não como uma etiologia. Quando a língua é projetada ela serve como uma válvula para evitar a fuga de alimentos (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARI, 2005). Entre outras etiologias estão a deglutição atípica (LUGO, TOYO, 2011): •amígdalas hipertróficas; •macroglossia (que é rara); •chupeta prolongado; •perda prematura de dentes anteriores decíduos.

2- Tamanho ou função anormal da língua. A macroglossia apresenta dificuldades na articulação dos fonemas, principalmente alveolares e labiodentais, assim como na alimentação e deglutição, instabilidade na mecânica ortodôntica ou nos procedimentos cirúrgicos. Pode haver obstruções das vias aéreas, como apneia obstrutiva do sono ou orofaringe, que podem levar à hipoventilação alveolar e, em seguida, hipóxia e hipercapnia, sialorréia e capacidade de puxar a língua para o queixo ou a ponta do nariz também são observadas. A avaliação da língua deve incluir estudos clínicos, radiológicos e funcionais relacionados à interferência na fonação, mastigação, respiração e estabilidade do tratamento (MARTINEZ, 2006). Segundo Rivas-Nieto *et al.*, macroglossia indica que as causas frequentes de

macroglossia são congênitas, tumorais ou endocrinológicas (JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JONATAN, 2016). O volume médio da língua em adultos é maior nos homens do que nas mulheres, 25,3cm³ e 22,6cm³, respectivamente. Existe uma alta correlação entre a língua e a arcada inferior e é maior na parte posterior da arcada dentária (JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JONATAN, 2016).

3- Obstrução de ar ou respiração bucal. Respiração oral ou bucal : A respiração normal, conhecida como respiração nasal, é aquela em que o ar entra livremente pelo nariz com fechamento imediato da boca, criando assim uma pressão negativa entre a língua e o palato duro no momento da inspiração; a língua sobe e se projeta contra o palato, atuando como um estímulo positivo para o seu desenvolvimento. Quando a respiração é feita pela boca, a língua é posicionada para baixo para permitir a entrada do ar. A respiração bucal normalmente está associada a pacientes com interposição de língua e lábios?. Durante a respiração bucal, o ar passa pela cavidade oral e, como consequência, ocorre um aumento da pressão do ar intraoral. O palato torna-se deformado e aprofundado e, ao mesmo tempo, como o ar não passa pela cavidade nasal, deixa de penetrar nos seios maxilares, que se tornam atrésicos, dando ao paciente um aspecto característico de face longa ou face adenoideana. Respiração bucal. Se o ar não passar pelas narinas, o palato sobe e se estreita, produzindo uma má oclusão devido ao contato entre o céu da boca e o assoalho das narinas. Etiologia da respiração oral:

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- adenóides hipertróficas
- Presença de pólipos nasais
- rinite alérgica
- Desvio de septo
- Hipertrofia idiopática dos cornetos
- asma e bronquite.
- Inflamação da mucosa devido a infecções ou alergias

As anomalias associadas à respiração oral são:

- Rosto estreito e comprido.
- Boca entreaberta.
- Nariz pequeno e arrebitado.
- Lábio superior curto.
- Lábio inferior grosso e evertido.
- Bochechas flácidas.
- Olhos inchados.

Os efeitos a nível dentário serão: • Avanço de superior (tendência à classe II). • Mordida cruzada posterior. • Mordida aberta anterior (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARIL, 2005).

4- Padrão de crescimento ereto. A face de cada indivíduo é um conjunto de múltiplos componentes craniofaciais equilibrados e combinados em um todo. A falta de equilíbrio em alguma região muitas vezes serve para corrigir outras e conseguir um equilíbrio funcional. Essa compensação, característica do processo de desenvolvimento, proporciona um equilíbrio com as desproporções de outras regiões. Variações no ajuste das regiões craniana e facial, com processo de desenvolvimento normal, dão origem a várias classes e categorias de formas e padrões faciais. O crescimento vertical está relacionado principalmente com a posição da base do crânio (sincondrose esfenoccipital e interesfenoidal), se for deslocado verticalmente, afetará as demais estruturas craniofaciais a ele associadas (GONZÁLEZ GARCÍA *et al.*, 2010). Características cefalométricas: Plano palatino inclinado; Aumento da porcentagem da altura facial anterior; Erupção excessiva dos dentes superiores posteriores; Rotação mandibular para baixo e para trás; Erupção excessiva dos incisivos superiores e inferiores; planos cefalométricos divergentes; Encurtamento da distância Nasion-Basion; Base anterior do crânio inclinada; Ângulos excessivos dos planos goníaco e mandibular (GARCIA, 2004).

5- Doenças congênitas ou adquiridas. Patologia óssea: Algumas condições sistêmicas que constituem síndromes generalizadas apresentam mordida aberta. A disostose craniofacial apresenta atraso na erupção, más posições dentárias e falta de contato vertical. As fissuras labiopalatinas apresentam déficits no desenvolvimento maxilar; restrição do crescimento vertical e presença da fissura com as cicatrizes cirúrgicas, explica a frequente infra-oclusão dos incisivos superiores (GARCIA, 2004). Congênito: Existem causas congênitas e adquiridas de macroglossia verdadeira; exemplos de aumento congênito incluem hipertrofia muscular, hiperplasia glandular, hemangioma, linfangioma. Além disso, aparece em condições como cretinismo, síndrome de Down, síndrome de Hurler, macroglossia autossômica dominante, diabetes mellitus neonatal, síndrome de Beckwith-Wiedemann. Causas adquiridas como: acromegalia, mixedema, amiloidose,

hipotireoidismo, sífilis terciária, cistos ou tumores como mioma, sarcoma, trauma neurológico, lipomatose simétrica benigna, hipertrofia idiopática, hipertrofia reversível como efeito colateral da terapia inalatória de beclometasona; Há também o edema de língua que pode ser causado por uma reação a uma variedade de alérgenos, incluindo alguns alimentos (alcachofra) ou drogas como os inibidores da enzima conversora de angiotensina ou como uma complicação relacionada à duração de algumas cirurgias devido à compressão mecânica local (pressão exercida pelo retrator de língua ou outro instrumento) ou por obstrução regional (flexão do pescoço ou posição baixa da cabeça) que impeça a drenagem venosa e linfática adequada. Tratamentos: Terapêutica da deglutição atípica

- Métodos funcionais: geralmente realizados pelo fonoaudiólogo, com a finalidade de reeducar os músculos envolvidos na deglutição.
- Métodos psicológicos: aplicados por psicólogos através de condicionamento e hipnose.
- Métodos mecânicos: executados por um ortodontista utilizando aparelhos que visam prevenir ou orientar a posição da língua durante a deglutição.
- Métodos mistos: são os mais indicados, pois integram o aparelho com exercícios mioerápicos específicos.

Dentre os tratamentos mais utilizados para mordida aberta estão o bloco de mordida, aparelhos para retirada do hábito, extrabucal, apoio mentoniano de tração vertical, arco cirúrgico. O tratamento da mordida aberta com extrações proporciona maior estabilidade da sobremordida do que os tratamentos sem extrações. Os casos mais graves geralmente acabam sendo corrigidos com tratamentos ortodôntico-cirúrgicos combinados, entre os menos graves podemos encontrar várias alternativas para sua correção, porém, muitas vezes temos casos em que mesmo depois de esgotados quase todos os nossos esforços, as mordidas abertas persistem como muitos deles são, ou o que parece ser uma abertura na região anterior entre os incisivos e em alguns casos até caninos e pré-molares, tenta fechar a abertura abaixando a região ocupada pelos dentes do maxilar superior, obtendo em muitos casos uma extrusão dos dentes antero-superiores, com alterações da remodelação óssea que permitem o fechamento adequado ou moderado da

mordida dependendo da sua gravidade. Para corrigir o hábito de deglutição atípica, o paciente recebeu terapia miofuncional, que consistia em exercícios para reposicionar a língua. O tratamento ortodôntico foi realizado com extrações dos primeiros pré-molares superiores e inferiores, utilizando a técnica padrão edgewise (ACOSTA URIBE *et al.*, 2010).

Outros autores propõem várias opções:

- Do ponto de vista da terapia miofuncional, parece que as melhores ferramentas para atenuar esses distúrbios são: tentar desenvolver a propriocepção, auto-registro, massagem e relaxamento na área envolvida e, acima de tudo, aprender a engolir normalmente sem contrações ou sucção, juntamente com a supressão de hábitos por reforço.
- A nível ortodôntico, sem por isso excluir a intervenção miofuncional e vice-versa, propõem-se soluções com aparelhos, por exemplo, a utilização de um ecrã vestibular, que é uma folha de resina acrílica colocada atrás dos lábios de cima para baixo, também conhecido como tela oral e que também pode ser usado para melhorar a vedação anterior. Da mesma forma, existe o arco labial ou protetor labial (bumper), que é um dispositivo fixo que também consegue evitar a interposição do lábio inferior entre os incisivos superiores e inferiores e também alivia a pressão do músculo bucinador e do lábio inferior sobre a dentição. Geralmente são colocados nos tubos que ficam nas bandas dos primeiros molares.
- O ideal, muitas vezes, é unir esforços. Quando as crianças controlam o hábito, podemos dispensar os eletrodomésticos. Se eles atualmente precisam usar um aparelho, os exercícios miofuncionais ajudarão a prepará-los para a remoção do aparelho e prevenir recorrências pós-ortodônticas (BORRAS SANCHIS, ROSELL CLARIL, 2005).

Macroglossia: Em um estudo conduzido por Cymrot *et al.* Em relação ao tratamento da macroglossia, a ressecção cirúrgica é o tratamento mais adequado na faixa etária pediátrica, sendo a glossectomia subtotal por buraco de fechadura uma técnica eficaz nesses casos, permitindo o desenvolvimento normal do organismo e prevenindo complicações dentoalveolares (JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JONATAN, 2016).

Trações dos primeiros pré-molares superiores e inferiores com colocação de ancoragem (arco transpalatino e arco lingual) para obtenção de harmonia facial e oclusal. As mecânicas utilizadas foram: Aparelhos Standard Edgewise 0° slot .018

seguindo a sequência de arcos para alinhamento e nivelamento (.012, .014 em aço), achatamento da curva de spee (.016 aço), fechamento de espaço (.016 X .016, aço .016 X .022) e intercuspidação oclusal (aço .017 X .025) em combinação com elásticos classe II na fase de fechamento do gap. O tratamento durou aproximadamente 2 anos e foi imediatamente alterado para contenção com contenções do tipo Hawley e uso de 24 horas. Atualmente está na fase de retenção com uso noturno (GONZÁLEZ GARCÍA, *et al.*, 2010).

O tratamento com respirador bucal requer uma equipe multidisciplinar:

- Tratamento cirúrgico da causa da obstrução nasal (amígdalas, adenóides, pólipos, etc.);
- Interconsulta com otorrinolaringologista e alergista para tratar problemas de asma, rinite alérgica, bronquite, etc;
- Interconsulta com um fonoaudiólogo para ensinar a respiração correta e tratar problemas de fala;
- Após o paciente ter desobstruído as vias aéreas, ele usará uma tela vestibular;
- Aparelhos ortodônticos, aparelho de disjunção;
- Terapia Miofuncional (LUGO, TOYO, 2011).

4. DISCUSSÃO

Existem muitos fatores que favorecem a mordida aberta. Vários pesquisadores concluem que a posição e a atividade da língua são as razões pelas quais é difícil alcançar estabilidade a longo prazo; descobrindo que a terapia miofuncional orofacial combinada com a ortodontia reduz significativamente a chance de recorrência (RODRÍGUEZ SÁNCHEZ *et al.*, 2006).

Segundo Ngan, Rodriguez, com técnicas simples nas quais os fatores etiológicos eram eliminados, a mordida fechava pelo processo eruptivo normal. Jiménez Jiménez, Jonatan (2016), Rodríguez Sánchez *et al.* (2006), estuvieron de acuerdo en que la lengua juega un papel primordial que favorece a causar mordía abierta, tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por lo tanto seu tamanho e sua posição, em repouso e função, são muito importantes.

Rodríguez Sánchez *et al.* (2006), Martinez (2006), concordaram que a posição da língua é um dos fatores mais frequentes na mordida aberta, citando também que educando a língua ou modificando a posição da língua com esporões ou pontas, são uma excelente opção tanto para fechamento a mordida. Como mantê-la estável.

Parra, Zambrano (2018), em sua pesquisa de revisão bibliográfica, concluíram que o maior percentual de prevalência de hábitos orais deformam causando mordida aberta. As desarmonias oclusais representam uma tentativa da natureza de estabelecer um equilíbrio entre todos os componentes morfogênicos, funcionais e ambientais concomitantes aos quais o ser humano está submetido. Alguns pesquisadores sugerem que mais de 70% das crianças e jovens com mais de 6 anos sofrem com isso, o que explica o terceiro lugar que ocupa entre os problemas de saúde.

Essa má oclusão causa desconforto ao paciente devido à sua ineficácia funcional, mastigatória, fonética e estética; É uma deformidade dentomaxilar de difícil tratamento, as recidivas são frequentes, sendo necessária uma abordagem abrangente que englobe aspectos funcionais e estéticos (FONSECA FERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

5. CONCLUSÃO

A partir dos estudos investigados, podemos concluir que toda a etiologia encontrada, sejam hábitos orais, respiradores orais, crescimento vertical, doenças congênitas, e aquelas que ainda se encontram detectadas em idade precoce podem ser melhoradas. Os pacientes respiradores orais são de fato mais propensos a formar uma mordida aberta, por isso devemos sempre levar em consideração essa alteração, para que ao tratá-la não tenhamos recorrência ou revés.

REFERÊNCIAS

ACOSTA URIBE, PG; ROJAS GARCIA, AR; RIVAS GUTIERREZ, R. Tratamentos de mordida aberta com deglutição atípica. revista oral, CDM, v. 11, não. 33, pág. 577-579, 2010.

ALCARAZ CASTILLO, ; BORDON SOSA, J.; RIOS, D. Frequência de mordida aberta anterior. Castillo, Assunção, v. 39, nº. 2 p. 103 a 106, agosto de 2012.

BORRÁS SANCHIS, S. et al. INGESTÃO ATÍPICA. Nau Llibres, ESPANHA, p. 2-35, ABRIL DE 2005.

BORRAS SANCHIS, S.; ROSELL CLARIL, V. GUIA DE REEDUCAÇÃO DA DEGOLIÇÃO ATÍPOCA E DOS DISTÚRBIOS SOCIAIS. Nau Llibres, ESPANHA, ABRIL 2005.

DE OLIVEIRA, J.M.L. DALT . PCM . &. DTOA Etiologia e tratamento da mordida aberta anterior. Sci Inst J, Brasília-DF, v. 29, não. 2 p. 92-95, abril de 2011.

FONSECA FERNANDEZ, ; FERNANDEZ PEREZ, E.; CRUAÑA, AM Mordida aberta anterior. Habanera de Ciencias Médicas, Havana, v. 13, não. 4, pág. 509-515, JUNHO DE 2014.

GARCÍA, CA MORDIDA ABERTA ANTERIOR. Revista de Estomatologia, VALLEY, v. 12, não. 2 p. 4-18, 2004.

GONZÁLEZ GARCÍA, LA; YUDOVICH BURAK, M.; AGUILAR SAAVEDRA, MDLP Tratamento ortopédico-ortodôntico em pacientes com crescimento vertical e mordida aberta. Revista Dentária Mexicana, v. 14, não. 3, pág. 168-176, setembro de 2010.

JIMÉNEZ JIMÉNEZ; JONATAN. Importância da deglutição atípica da má oclusão. SAN MARQUINA ODONTOLOGIA, Lima/Peru, v. 19, não. 2 p. 41-44, 2016. ISSN 1560-9111.

MARTINEZ Laura Pilar. Macroglossia: etiologia multifatorial, manejo múltiplo. Columbia Medical, v. 37, nº. 1 pág. 67-73, JANEIRO-MARÇO DE 2006.

LUGO, C.; TOYO,. HÁBITOS Oraís NÃO FISIOLÓGICOS. Revista Latino-Americana de Ortodontia e Odontopediatria, Caracas - Venezuela, v. pp200102CS997-IS, p. 1-17, março de 2011. ISSN: 1317-5823.

MARTINEZ SANCHEZ, L. et al. Uso de chupeta. ANAIS ESPANHOL DE PEDIATRIA, Barcelona, v. 53, nº. 6, pág. 580-585, julho de 2000.

MOLINA, GIG Etiologia e Diagnóstico de Respiradores Buciais em Idades Precoces - Revisão da Literatura. Revista Latino-Americana de Ortodontia e Odontopediatria., Caracas - Venezuela, p. 1-10, agosto de 2011. ISSN 1317-5823.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, DE et al. Correção de mordida aberta anterior em paciente. Revista Mexicana de Ortodontiavvvv, México, v. 2, não. 4, pág. 96-112, junho de 2006.