

MARIA HELENA MARQUES GOMES

M O R D I D A A B E R T A A N T E R I O R

D I A G N Ó S T I C O

E

T R A T A M E N T O

Monografia apresentada ao Curso de Especialização
em ODONTOPEDIATRIA da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba - UNICAMP = 1992.

SUMÁRIO.

I - INTRODUÇÃO.

II- REVISTA DA LITERATURA.

III - CONCLUSÕES.

IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

I - I N T R O D U Ç Ã O .

MORDIDA ABERTA é o termo aplicado quando existe ausência localizada de oclusão, enquanto os dentes restantes estão em oclusão. A mordida aberta apresenta-se quase sempre na região anterior da boca, embora possa ser encontrada na região posterior.

Tem sido classificada em duas categorias: dentária e esquelética. Os aspectos constituem-se na deficiência do crescimento vertical da face, na função anormal de crescimento desproporcional da língua e presença de hábitos.

MOYERS conceituou ser a mordida aberta uma ausência de oclusão, mas frequentemente localizada na região anterior, acrescentando que, em seu entendimento, o termo mordida aberta significaria a falta de um dente antagonista funcional.

A etiologia clássica da mordida aberta é a protusão lingual, caracterizada pela interposição da língua entre os arcos dentários no momento da fala, deglutição e durante o sono, enquanto esta encontra-se em posição de repouso. Pode ser causada também pela sucção do polegar, outros dedos, outros hábitos de sucção.

Se durante a erupção dos dentes, encontrarem repetidamente um dedo, o polegar ou a língua colocados entre eles, a erupção será impedida e resultara uma mordida aberta.

Em crianças mais novas, é provável que se deva a sucção do polegar ou outro dedo durante a noite ou a uma interposição lingual na deglutição. Os adultos podem

chupar um cachimbo ou um lápis, com o mesmo resultado.

II - REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA.

SUBTELNY e SAKUDA afirmaram que a característica da mordida aberta é a falta de contato verificada, tanto na região anterior, como na posterior, em direção vertical, entre os segmentos opostos dos dentes. Tal variação pode diferir de paciente para paciente. Acharam porém, que uma relação t^opo a t^opo ou com um discreto grau de sobremordida não pode ser caracterizada como mordida aberta.

A eliminação do hábito de deglutição atípica durante a erupção dos incisivos superiores poderia acarretar o fechamento espontâneo da mordida aberta anterior. Tal fechamento aconteceria até mesmo, sem qualquer terapia específica.

Em outros casos haveria necessidade de utilização de recurso mecânico para correção do hábito. Nesse caso, o uso de uma placa de interposição lingual com grade palatina verticalmente disposta na região do palato / estaria indicada. O aparelho seria removido gradualmente após o fechamento da mordida, ocorrendo a erupção dos incisivos permanentes.

Outros fatores podem estar implicados durante o crescimento e o desenvolvimento como o crescimento exagerado dos tecidos linfáticos das adenóides e das amígdalas. Nesse caso, o tratamento recomendaria a extração dos tecidos enfiados causadores da mordida aberta.

Em 1960, STRAUB afirmava que o hábito da deglutição atípica não corrigido, interferindo no crescimento acarretava em consequência maloclusão, havendo necessidade de sua correção antes do tratamento ortodôntico.

Dizia também da necessidade de se remover precocemente o hábito de sucção do polegar.

Seu programa terapêutico tentava abranger, além do hábito, a musculatura e os tecidos moles envolvidos.

BELL analisando o tipo esquelético de pacientes portadores de mordidas abertas anteriores, verificou que o palato era tipicamente profundo e estreito, havendo ainda uma falsa protusão dos incisivos inferiores provocada pela rotação mandibular, estes, na verdade, estavam frequentemente bem posicionados nas bases ósseas. Verificaram ainda que de acordo com a relação antero-posterior entre a maxila e a mandíbula, os pacientes apresentavam de uma maneira geral, face longa, ovóide, com falta de mento.

SEGOVIA afirmou categoricamente que a interposição da língua na região anterior, lateral ou posterior pode conduzir à mordida aberta, lateral ou posterior respectivamente e que a atividade lateral pode produzir apinhamento dos incisivos.

SALADINO observou que as pressões excessivas da língua e dos lábios, afetavam o crescimento das arcadas e a posição dentária. Preconizou a reeducação do hábito, principalmente por volta dos cinco a seis anos de idade.

MIZRAHI afirmou que a mordida aberta é a situação em que as coroas dos incisivos superiores não ultrapassaram o terço incisal dos incisivos inferiores, evitando a mandíbula em contato máximo.

MILLER publica um trabalho, em 1969, onde mostra a relação dos dentes com a função muscular. Destacou a importância do exame clínico de pacientes portadores / de mordida aberta anterior. A detecção de respiração bucal, sucção de dedos, lábios incompetentes e desvios de deglutição é muito importante. Para êle, a língua ea incompetência labial são fatores dominantes para perpetuar este tipo de deformidade.

HARYETT, HANSEN e DAVIDSON concluíram que a grade funcionava com eficácia na resolução do hábito de sucção do polegar.

KAPALA e GIANELLY situaram a mordida aberta / quando o trespasse vertical dos incisivos fôsse inferior a 0,5 mm. Essa situação poderia ser limitada a um ou mais dentes da região anterior, enquanto os posteriores se mantivessem em contato.

RAVASINI e FORNI afirmaram que a mordida aberta anterior consiste na falta de contato entre as superfícies incisais dos dentes anteriores, quando a mandíbula está em oclusão completa.

Em 1972, GERSHATER estudou pacientes mentalmente retardados e emocionalmente perturbados e pacientes / com alterações de comportamento e psicoses, constatando uma incidência de mordida aberta em tais casos.

KWON, BEVIS e WAITE diagnosticaram a mordida aberta ao verificarem falta de contato entre alguns dentes, quando as arcadas estavam em contato.

HOROWITZ e colaboradores, observaram que os pacientes com mordidas abertas apresentavam:

- 1- altura facial antero-posterior maior.
- 2- altura facial posterior menos.
- 3- distância dos incisivos superiores à linha SN menor.
- 4- distância do primeiro molar inferior ao plano mandibular

lar menor.

5- ângulo gônico maior.

6- proporção altura facial antero-superior/altura facial antero-inferior menor.

CANGLIOLOS achou que a mordida aberta possui / uma determinação multifatorial, onde uma infinidade de variáveis atuam na configuração dento-esquelética e na magnitude das displasias associadas a ela.

LINO afirmava que o método mioterápico para a reeducação era o mais eficiente, acreditando que sem esta reeducação após a remoção do aparelho a deglutição atípica tenderia a recidivar. Propôs um método reeducativo fundamentado na aplicação de uma placa de resina acrílica em conjugação com exercícios miofuncionais específicos. A placa reeducadora possui um anel metálico na região anterior junto à borda cívico-lingual dos incisivos superiores, funcionando como guia para colocação da ponta da língua durante a deglutição e na realização de exercícios.

MERVILLE e DINER caracterizaram as aberturas / incisais irredutíveis como sendo uma mordida aberta.

MASSEGIL também recomenda exercícios mioterápicos para a correção das mordidas abertas, reconhecendo a dificuldade de tratamento das alterações associadas da boca e dos desvios dos padrões de deglutição.

HELLMANM concluiu que o hábito de sucção de dedos poderia ser um componente da etiologia das mordidas/abertas. A avaliação do padrão esquelético deste tipo de maloclusão revelou corpo e ramo mandibular, absoluta ou relativamente curtos. Afirmou que este tipo de maloclusão não está relacionada com a parada do desenvolvimento da região dos incisivos.

BARBER e BONUS, em 1975 publicaram trabalho onde tentam analisar os efeitos dos exercícios miofuncionais na relação dental dos indivíduos portadores do hábito de deglutição atípica. Trabalharam com 41 crianças portadoras dos incisivos e mordida aberta anterior. Observaram que antes dos exercícios, as crianças possuíam musculatura ofofacial mais fraca do que os de padrão normal. Através dos exercícios, a musculatura foi fortalecida e nenhuma mudança significativa no posicionamento dos dentes foi observada. No período de dois anos de estudo, / concluíram que o aumento da resistência da musculatura perioral tem pouco ou quase nenhum efeito no posicionamento dental, principalmente na inclinação axial dos in cisivos.

STRANGE e THOMPSON no seu livro, salientam a dificuldade de se conseguir estabilidade nos tratamentos destes casos, pois os fatores etiológicos envolvidos na produção da deformidade são mais difíceis, e em alguns casos, impossíveis de se eliminar.

Afirmaram também que a mandíbula não atinge / crescimento coordenado com a erupção dos dentes e o cre scimento do processo alveolar.

Nestes casos os molares ao erupcionarem oferecem a única unidade de contato oclusal, aumentando conseqüentemente o espaço entre os dentes anteriores, supe riores e inferiores.

GUHA afirmou existirem três fatores básicos / que determinam este tipo de maloclusão:

- comportamento anormal do padrão dos tecidos moles.
- padrão esquelético anormal.
- combinação de fatores que incluem displasias ósseas, macroglossia, paralisia facial ou sífilis congênita. A causa determinante mais comum é a interposição lingual durante a deglutição evitando que os dentes anteriores erupcionem normalmente.

RICHARDSON verificou ser a relação vertical anormal dos incisivos, vista nos estágios mais avançados/devido em parte a alterações esqueléticas e em parte a alterações dento alveolares.

LIMA verificou ser a deficiência no crescimento vertical, a função ou crescimento anormal da língua e hábitos de sucção de dedos, as principais causas de instalação da mordida aberta.

PROFFIT e MASON em seu estudo não indicavam a terapia miofuncional na ausência de problemas de linguagem ou de problemas dentais para crianças portadoras de deglutição atípica por acharem que em tais casos, a interferência da língua é normal, constituindo-se uma tradução para o padrão de deglutição adulto. Por tal motivo não indicavam tratamento antes da puberdade, pois havia correção espontânea da mordida aberta. O adiantamento da terapia dava à criança a oportunidade de completar sozinha seu padrão de deglutição. Ressaltaram que nos casos em que a terapia miofuncional foi indicada, seria mais efetiva quando associada com tratamento ortodôntico.

COTTINGHAM recomendava o tratamento da maloclusão em idades precoces, prescrevendo mudanças na alimentação das crianças com deglutição atípica. Muitas dessas crianças em sua observação, interrompiam seus hábitos nocivos durante o tratamento ortodôntico. Para aquelas que não respondiam favoravelmente, era prescrita, concomitantemente a terapia miofuncional.

Ainda assim, observou que algumas crianças mostravam-se refratárias a ambos os tipos de tratamento.

WATSON afirmou que toda deformidade dento-facial como as mordidas abertas, resulta de uma interação entre fatores genéticos e do meio ambiente. Chamou esse fato de etiologia multifatorial.

GELLIN afirmou que o sucesso do fechamento da mordida aberta depois de cessado o hábito estaria relacionado diretamente com a capacidade do terapeuta em avaliar o padrão de crescimento, especialmente para determinar se existe o componente esquelético contribuindo para aumentar a dimensão vertical. Confirmou que o prognóstico para o fechamento de uma mordida aberta anterior (espontaneamente ou com a aplicação de aparelhos) é mais favorável para uma mordida aberta dental quando/ existe um bom padrão de crescimento. Já o prognóstico para o fechamento de uma mordida aberta esquelética é des favorável, pois a maloclusão tende a permanecer com o crescimento.

III - C O N C L U S Õ E S.

Pela observação dos vários autores, podemos / verificar a grande diversidade de opiniões em relação ao início do tratamento e das múltiplas terapêuticas preco nizadas.

Julgamos prioritário encarar nosso paciente - a criança, numa visão global, levando em conta, além de seus hábitos, suas características singulares de indiví duo.

Sob este prisma, torna-se importante a presen ça de terapias coadjuvantes, tais como a ludoterapia, a mecanoterapia e o trabalho psicológico. O envolvimento/ dos pais no processo terapêutico também se reveste de grande importância.

IV- R E F E R Ê N C I A S B I B L I O G R A F I C A S.

- 1 - BARBER, T.K. & BONUS, H.W. - Dental relationship in tongue-thrustin children an effected by circumoral myofunctional exercize. J.Am.dent ass,979-88-1975.
- 2- BELL,W.H. - Correction of skeletal type of anterior open bite. J.Oral Surg., 29(10):706-14,1971.
- 3 - CANGIALOSI, T.J. - Skeletal morphologic features of anterior open bite. Am.J.Orthod.,85(1):28-36,1984.
- 4 - COHEN, M.M. et. all - Ortodontia Pediátrica Preventiva: Habitos Orais - Rio de Janeiro, 1979. Inter-americana, cap I - p.100-3
- 5 - COTTINGHAM, L.L. - Myofunctional therapy - orthodon-tics - tongue-thrusting-speech therapy - Am.J.Orthod. 89(60): 679-87,1976.
- 6- DAWSON, P.E. - Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. Trad. por José dos Santos Jr. e Washington Steagall. São Paulo, Artes Médicas,1980.
- 7- GELLIN, M.E. - Digital sucking and tongue thrusting in children - Dent.Clin.Nort.Am.,22 (4);603-19,1978
- 8 - GERSHATER, M.M. - The proper perspective of open bi-te - Angle Orthod., 42(3);263-72, 1972.
- 9 - GUHA, P.B. - A symposium on open bite. J.All India Dent. Assoc, 33(6):151-3,1961.

- 10 - HARRYET, R.D. et alii - Chronic Thumb-sucking. A Second report on treatment and its psychological effects. Am.J. Ortho.,57(2):164-78,1970.
- 11 - HELLMAN, M. Open bite - Int.J.Orthod.Surg.Radiol., 17(5):421-44,1931.
- 12 - HOROWITZ, S.L. et. alii - Varieties of anterior open bite - Am.J.Orthod.,61 (5):486-92,1971.
- 13 - KAPALA, J.T. & GIANELLY, A.A. - Controlling overjet and overbite - Dent.Clin.North Am,22(4):725-38,1978
- 14 - LIMA, R.S. Mordida aberta - Revisão da literatura. Ortodontia, 10(3):157-63, 1977.
- 15 - LINO, A.P. Deglutição atípica - proposição de uma terapêutica. Ortodontia,6(1/2):9-14,1973.
- 16 - MASSEGIL, R. et alii Tongue thrusting patterns and lower incisors. J. Orthod, 66(3):287-93,1974.
- 17 - MILLER, H. A treatment procedure for early occlusal disharmonies caused by noxious habits . J.Am.Dent. Ass., 79(2):361-7,1969.
- 18 - MILLER, H. The early treatment of anterior open bite. Int.J.Orthod., 7(1):5-14,1969.
- 19 - MIZRAHI, E. A review of anterior open bite. Br. J. Orthod., 5(1):21-7,1978.

- 20 - MOYERS, R.E. Tongue problems and malocclusion.
Dent.Clin.North.Am., july, 529-39,1964.
- 21 - NAHOUM, H.J. Anterior open-bite: a celalometric ana
lysis and suggested treatmente procedures. Am. J.
Orthod. 67(5): 513-22,1975.
- 22- NAHOUM, H.J.;HOROWITZ, S.L.;BENEDICTO, E.A. Varieties
of anterior open-bite. Am.J.Orthod,61(5):486-92,1972
- 23 - PARKER, J.H. The interception of the open-bite in
the early grow period. Angle Orthod. 41(1):24-44,
1971.
- 24 - PROFFIT, W.R. Dr.William R.Proffit on the proper ro-
le of myofunctional therapy. J.Clin.orthod 11(2):
101-5,1977.
- 25 - PROFFIT & MASON, R.M. Myofunctional therapy for
tongue-thrusting: background and recomendations.
J.Am.Dent. Ass., 90:403-11,1975.
- 26 - RICHARDSON, A. Dento-alveolar factors in anterior
open-bite and deep overbite. Dent.Prac.Dent.Rec,
21 (2):53-7, 1970.
- 27 - SALADINO, P.J. Reverse swallowing J.prosth.dent.
17 (3):219-21, 1967.
- 28- SEGOVIA, M.L. Interrelaciones entre la odontoestomaa
tologia y la fonoaudiologia: la degluticion atipica
2 ed. Buenos Aires, Medica Panamericana, 1979.

- 29 - STRAUB, W.J. Malfunction of the tongue- part 1
Am.J.Orthod. 46(6)404-24,1960.
- 30 - STRANG, R.H.W. & THOMPSON, W.M. A text book of
Orthodontia, 4 ed. Philadelphia, Lea &Febiger, 1958
- 31 - SUBTELNY, J.D. & SAKUDA, M. Open-bite: diagnosis
and treatmente. Am.J.Orthod, 50(5):337-58,1964
- 32- SUBTELNY, J.D. Oral habits: studies in form,
functions and therapy. Angle Orthod. 43(4) 347-83
1973.
- 33 - TEANECK, N.J. Therapy can curb tongue-thrust-
swallowing, J.Am.Dent.Ass. 89(5)1038-45, 1974
- 34 - WATSON, F.W. Open-bite a multifactorial event
(editorial) Am.J.Orthod.,80(4):443-6,1981.

M. Helena Gomes

dra. Maria Helena M.Gomes