

ORTODONTIA INTERCEPTATIVA: CORREÇÃO DA MORDIDA CRUZADA ANTERIOR DENTÁRIA



Autores: Selma S. Suga; Marcia C. M. Baptista; Cristina G. D. C. Zardetto; Ricardo D. N. Fonoff; Marcia T. Wanderley

Fundação Faculdade
de Odontologia
conveniada à Fousp

A correção da má oclusão em crianças deve se iniciar mediante a necessidade, sendo importante recomendar o momento mais oportuno para realizá-lo. A ortodontia interceptiva consiste no tratamento realizado nos estágios da dentadura decídua e mista, independentemente da gravidade do problema ou da mecânica envolvida (Silva-Filho, 2013).

Algumas situações como o controle de hábitos bucais inadequados, mordida cruzada funcional e apinhamentos dentários necessitam de tratamento tão logo sejam detectados (Viazis, 1995). Muitos estudos encontraram evidências claras do benefício do tratamento ortodôntico precoce em diversos tipos de más oclusões como classe II (Bremen; Pancherz, 2002; Pancherz, 2002; Proffit; Tulloch, 2002), mordidas cruzadas posteriores (McNamara, 2000; Kurol; Berglund, 1992), mordidas cruzadas anteriores (Vadiakas; Viazis, 1992; Krol, 2002) e classe III devido à deficiência maxilar (Viazis, 1995). O início do tratamento precoce destes diversos tipos de má oclusão requer critério para evitar sobretratamento.

Os incisivos permanentes superiores estão sujeitos a problemas irruptivos e, com isso, podem sofrer desvios nos seus trajetos normais de erupção. Um dos fatores etiológicos frequente para que esse desvio ocorra é a retenção prolongada de seus antecessores que pode levar à mordida cruzada anterior.

A mordida cruzada anterior causa preocupação estética e funcional durante o desenvolvimento da dentição da criança, sendo uma responsabilidade dos odontopediatras e ortodontistas detectar, diagnosticar e tratar. Esta correção é essencial para que o desenvolvimento ocorra de maneira adequada.

A prevalência de mordidas cruzadas anteriores varia entre 2,2% e 12%, dependendo da idade e etnia das crianças analisadas e se a relação topo-a-topo estiver incluída (Keski-Nisula et al., 2003; Thilander; Myrberg, 1973; Monini et al., 2010; Nascimento; Noronha, 2012; Souza; Souza, 2013).

Na dentadura mista, a mordida cruzada anterior dentária, que afeta um ou mais incisivos permanentes, pode ser corrigida com êxito tanto por aparelhos fixos quanto por removíveis, com estabilidade semelhante no longo prazo; assim, ambos os tipos de aparelhos podem ser recomendados (Wiedel; Bondemark, 2015).

Este relato de caso clínico descreve o tratamento ortodôntico precoce para a correção de mordida cruzada anterior de incisivo central e de incisivos laterais superiores permanentes decorrente da retenção prolongada dos dentes decíduos.

Na consulta para prevenção e monitoramento do desenvolvimento da oclusão em paciente leucoderma do gênero masculino, com 7 anos e 9 meses de idade, verificou-se a presença da mordida cruzada dentária anterior do incisivo central permanente superior direito (dente 11) e dos incisivos laterais permanentes superiores que estavam irrompendo – dentes 12 e 22).

O paciente apresentava padrão facial I, presença de selamento labial passivo (Figuras 1, 2 e 3) e relação canina em Classe I (Figuras 5, 6 e 7). Foi relatado pela mãe a retenção prolongada do incisivo central decíduo superior direito, também observado com os incisivos laterais decíduos superiores, dos lados direito e esquerdo (Figura 4). Os sucessores permanentes irromperam por palatino em relação aos decíduos, alterando a oclusão normal destes dentes, levando ao cruzamento.



Figuras 1, 2 e 3 – Padrão Facial I.

Devido ao comportamento cooperativo da criança, optamos pelo tratamento através do aparelho ortodôntico removível com recobrimento oclusal e molas digitais (Figuras 8, 9 e 10). Os incisivos laterais decíduos superiores foram removidos logo após a instalação do aparelho. O recobrimento oclusal facilitou a ação das molas digitais que, após ativações mensais, corrigiram o posicionamento dos incisivos permanentes.

Após um período de seis meses, a mordida cruzada anterior envolvendo múltiplos incisivos foi corrigida (Figura 11).

O aparelho escolhido foi eficaz no tratamento da mordida cruzada dentária na região anterior, evitando interferências oclusais. Após finalização desta etapa se torna importante o acompanhamento e o controle do paciente para correções futuras, se necessárias.

A correção da mordida cruzada anterior na fase de dentadura mista é recomendada a fim de evitar que esta condição dentofacial possa resultar no desenvolvimento de uma oclusão classe III verdadeira (Ngan et al., 1997).



Figura 4 – Retenção prolongada dos incisivos laterais decíduos superiores e irrupção de seus sucessores permanentes por palatino.



Figuras 5, 6 e 7 – Caninos decíduos em relação Classe I, incisivo central superior direito e incisivos laterais superiores permanentes cruzados.



Figuras 8, 9 e 10 – Aparelho ortodôntico removível, com recobrimento oclusal e molas digitais para a correção dos dentes cruzados.



Figura 11 – Tratamento concluído com correção da mordida cruzada anterior.

Referências Bibliográficas

Bremen J, Pancherz H. Efficiency of early and late Class II Division 1 treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121:31-7.

Keski-Nisula K, Lehto R, Lusa V, Keski-Nisula L, Varrela J. Occurrence of malocclusion and need of orthodontic treatment in early mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2003;124:631–638.

Kurul J. Early treatment of tooth-eruption disturbances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121:588-591.

Kurul J, Berglund L. Longitudinal study and cost-benefit analysis of the effect of early treatment of posterior cross-bite in the primary dentition. *Eur J Orthod.* 1992; 14(3):173-9.

McNamara JA. Maxillary transverse deficiency. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000; 117(5):567-70. Review.

Monini AC, Amaral RMP, Gandini MREAS, Gandini Junior LG. Prevalência das más oclusões em crianças na Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara. *Rev Odontol UNESP.* 2010;39(3):175-8.

Nascimento DA, Noronha WP. Prevalência de mordida cruzada em crianças de 7 a 12 anos do município de Aracajú. *Int J Dent.* 2012; 11(1):19-22.

Ngan P, Hu AM, Fields Junior HW. Treatment of class III problems begins with differential diagnosis of anterior crossbites. *Pediatric Dentistry.* 1997; 19, 386–395.

Pancherz H. Treatment timing and outcome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121:559.

Proffit WR, Tulloch JF. Preadolescent Class II problems: treat now or wait? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 121:560-2.

Silva-Filho OG. Protocolo de tratamento em duas fases: definindo conceitos. In: *Ortodontia interceptiva. Protocolo de tratamentos em duas fases.* São Paulo: Artes Médicas; 2013. 574p.

Souza JP, Souza AS. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. *Rev Odontol UNESP.* 2013;42(2):117-123.

Thilander B, Myrberg N. The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren. *Scand J Dent Res.* 1973;81:12–20.

Vadiakas G, Viazis AD. Anterior crossbite correction in the early deciduous dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992;102:160–2.

Viazis AD. Efficient orthodontic treatment timing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1995; 108:560-1.

Wiedel AP, Bondemark L. Stability of anterior crossbite correction: a randomized controlled trial with a 2-year follow-up. *Angle Orthod.* 2015; 85:189-195.

