

RESUMOS NOTA 10

ORTODONTIA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre Ortodontia



Resumo completo

**Cansado de estudar
sem resultado?
temos a solução.**

DentistaON



Cursos e Resumos



Portal de vagas



Certificados



**Horas
complementares**

**Estude em qualquer lugar
a qualquer hora.**

DENTISTA ON

Resumos Nota 10

RESUMOS NOTA 10

DENTÍSTICA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre dentística

RESUMOS NOTA 10

ENDODONTIA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre Endodontia

RESUMOS NOTA 10

PERIODONTIA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre Periodontia

RESUMOS NOTA 10

RADIOGRA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre Radiografia



**assinaturas
mensais e anuais**

DENTISTA ON

Desenvolvimento da dentição

Início da calcificação:

Incisivos centrais	14 semanas
Primeiros molares	15,5 semanas
Incisivos laterais	16 semanas
Caninos	17 semanas
Segundos molares	18 semanas

Estágio de desenvolvimento dos dentes decíduos ao nascimento:

Maxila

Incisivo central decíduo: 5/6 de coroa formada; **Incisivo lateral decíduo:** 2/3 de coroa formada;

Canino decíduo: 1/3 de coroa formada;

1º molar decíduo: cúspide calcificadas e unidas;

2º molar decíduo: cúspides calcificadas e separadas;

1º molar permanente: vestígios de calcificação.

Mandíbula

Incisivo central decíduo: 3/5 de coroa formada; **Incisivo lateral decíduo:** 3/5 de coroa formada;

Canino decíduo: 1/3 de coroa formada;

1º molar decíduo: cúspides calcificadas e únicas;

2º molar decíduo: cúspides calcificadas e separadas;

1º molar permanente: início da calcificação;

O período da dentição

Começa com a erupção do primeiro dente decíduo e existe enquanto apenas os dentes decíduos estiverem presentes.

Início: aos 6 meses;

Término: entre 24 e 30 meses

Fase pré-eruptiva: germe

Fase eruptiva: formação radicular

Fase pós-eruptiva: após oclusão

Cronologia da erupção dos dentes decíduos:

Incisivos centrais	6–10 meses
Incisivos laterais	10-12 meses
1º Molares	14-16 meses
Caninos	18-20 meses
2º Molares	24-30 meses

Qual é o término da formação radicular decídua?

Raízes completas dos 3 – 4 anos de idade.

Morfologia dos dentes decíduos

- Coloração branco leitosa;
- Coroas sentido mésio-distal > cérvico-oclusal;
- Raízes longas e afiladas;
- Raízes mais divergentes no sentido apical;

Forma dos arcos:

- Arredondado

Implantação na base óssea:

- Ausência da curva de Spee e Wilson;
- 90° com o processo alveolar;



Arcos de Baume

Espaçamentos:

Arcos de Baume Tipo I: espaços entre os dentes

Arcos de Baume Tipos II: contatos entre os dentes

- Região posterior os decíduos são maiores que os permanentes



Espaços primatas:

Entre Incisivo lateral e canino (**superior**)

Entre canino e 1º molar (**inferior**)

Relação ântero-posterior

Relacionamento entre caninos decíduos.
Influência na futura oclusão da dentição permanente.



Dentição Mista

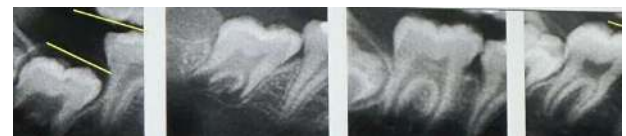
Estágio de desenvolvimento dentário, no qual dentes decíduos e permanentes estão presentes no arco dentário.

- **Estágio 6 de Nolla:** caracterizado pela completa formação da coroa, marca o **início do processo eruptivo dos dentes permanentes**.

- **Estágio 8 de Nolla:** passa pela crista alveolar com 2/3 de raiz formada.

- **Estágio 9 de Nolla:** rompe a margem gengival com ¾ de raiz completa.

- **Estágio 10 de Nolla:** Raiz formada



Períodos transitórios

1º Período Transitório

- Erupção do 1º molar permanente;
- Esfoliação dos incisivos decíduos;
- Erupção dos incisivos permanentes;

Período Inter Transitório

- Passividade clínica;
- Presença de caninos e molares decíduos;
- Presença de incisivos e 1º molar permanente;

2º Período Transitório

- Esfoliação de caninos e molares decíduos;
- Erupção de caninos e pré-molares;

Cronologia da erupção dos dentes permanentes

1º	1º Molares	6 anos
2º	Incisivo Central	7 anos
3º	Incisivo Lateral	8 anos
4º	1º Pré molar	9 anos
5º	2º Pré molar	10 anos
6º	2º Molares	10-12 anos
7º	Canino inferior	9 anos
8º	Canino superior	9-13 anos

Dica clínica: O Canino erupciona ao mesmo tempo dos 1º pré-molares. Se já tem os 1º pré-molares inferiores e não tem canino, ele pode estar retido (investigar).

Alterações ocorridas com a erupção do 1º molar permanente:

- 1- Formação da curva de spee;
- 2- Formação da curva de wilson;
- 3- Ocorre 2º levantamento de mordida;

Incisivos inferiores (6-7 anos)

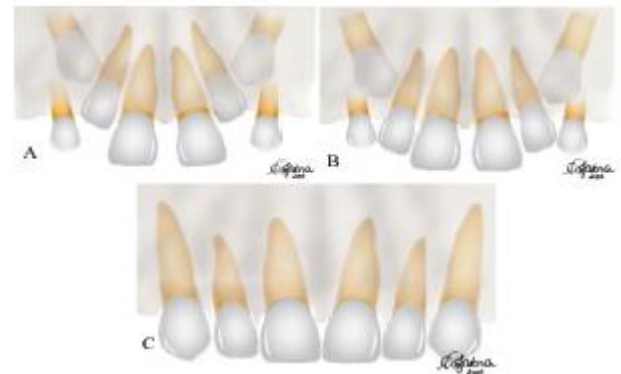
Erupção por lingual dos incisivos decíduos;

- 6mm maiores que os decíduos;
 - "Boca de tubarão", não precisa de tratamento (extração) pois eles irão cair

Fase do patinho feio (8-9 anos)

- Diastemas entre incisivos superiores;
- Inclinação vestibular excessiva dos incisivos centrais superiores;
- Inclinação distal dos incisivos laterais superiores;

→ Sobremordida exagerada.



Dica clínica: proibido ser tratado, **NÃO** utilizar nenhum tipo de aparelho para correção dos incisivos superiores.

Dica clínica: A melhor época para frenectomia é quando os caninos estiverem erupcionando

Espaço Livre de Nance (Leeway Space)

Sobra de espaço na região posterior dos arcos.

→ É a diferença dos diâmetros méso-distais dos molares decíduos em relação aos diâmetros méso-distais dos pré-molares.

Caninos e pré-molares (9-12 anos)

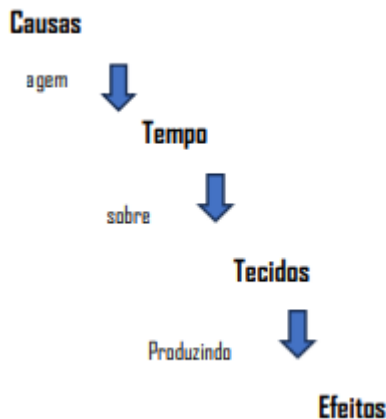
Na região posterior, os permanentes são menores que os decíduos.

Com isso há uma sobra de espaço na região posterior, o que pode compensar a falta de espaço na região anterior;

- Arco superior: 0,9mm por hemiarcada; 1,8mm
- Arco inferior: 1,7 mm por hemiarcada 3,4mm
- **Estabelecimento de relação do 1º molar permanente: pode ser usada para corrigir o apinhamento de incisivos inferiores;**

Etiologia das más oclusões

São variações clinicamente significantes do crescimento e da morfologia normal, a partir da interação de muitos fatores durante o desenvolvimento.



Causas

- 1- Hereditariedade
- 2- Origem desconhecida
- 3- Traumatismo
- 4- Agentes físicos
- 5- Hábitos
- 6- Enfermidades
- 7- Desnutrição

Tempo

- 1- Contínuo ou intermitente
- 2- Diferentes períodos etários

Tecidos

- 1- Neuromuscular
- 2- Dentes
- 3- Ossos e cartilagem
- 4- Tecidos moles

Efeitos

- 1- Disfunção
- 2- Má oclusão
- 3- Displasia óssea

Fatores etiológicos:

Fatores extrínsecos (gerais): Agem à distância, muitas vezes durante a formação do indivíduo e que são difíceis de serem controlados.

Fatores intrínsecos (locais): São mais diretamente relacionados à cavidade bucal.

Fatores Extrínsecos

Hereditariedade

Onde houve uma mistura racial a incidência de discrepâncias nos maxilares e de desarmonias oclusais é maior.

A **hereditariedade do tipo facial**: é fortemente influenciado pela hereditariedade

→ Características dentofaciais:

- Tamanho dentário
- Largura e comprimento do arco
- Altura do palato
- Variações na forma dos dentes

Desempenham um papel que podem causar: Assimetrias faciais;

Macro e microdontia;

Oligo e anadontia;

Apinhamento e espaçamento dos dentes;

Disostose Cleidocraniana

- Falta unilateral; bilateral; parcial ou completa da clavícula.
- Demora no fechamento das suturas cranianas; Retenção prolongada dos dentes decíduos; Retrusão da maxila
- Protrusão mandibular;
- Presença de supranumerários

Fissura Labial e Palatina - São deformidades de origem congênita resultantes da falta de coalescência dos segmentos que formam os lábios e palato.

→ **Causa do distúrbio:**

Esqueléticos – Funcionais – Psicológicos

Displasia Ectodérmica - Doença hereditária caracterizada pela presença de alterações em duas ou mais estruturas de origem ectodérmica, incluindo pele, cabelos, unhas, dentes e glândulas endócrinas.

Amelogênese Imperfeita - Condições clínicas e genéticas, que afetam o esmalte dentário.

Fatores ambientais

→ **Influências pré-natais**

Dieta e metabolismo materno;

Injúria ou trauma;

Postura anormal do feto.

→ **Fatores pós-natais**

Traumas durante o parto (fórceps, etc.)

Fraturas condilares

Condições metabólicas predisponentes e moléstias

- Desequilíbrio endócrino
- Distúrbios metabólicos
- Doenças infecciosas

→ **Endocrinopatias**

Tireóide

Hiper e hipotireoidismo

Paratireóide

Hiper e hipoparatiroidismo

Aspectos bucais:

Hipertireoidismo - tiroxina aumentada

- Irrupção acelerada dos decíduos
- Rizólise rápida

- Irrupção acelerada dos permanentes
- Gengiva hiperêmica
- Possível osteoporose

Hipotiroismo - tiroxina diminuída

- Desarmonia na cronologia de irrupção
- Retenção prolongada dos decíduos
- Irrupção retardada dos permanentes
- Inclinação dos dentes
- Calcificação dentária anormal
- Rizólise lenta

Deficiência nutricional

Carência de vitaminas (A, C, D) L

→ Alteração na formação dos dentes

Desnutrição durante o período de desenvolvimento dos dentes, pode induzir o aumento da susceptibilidade à cárie dentária por três prováveis mecanismos:

- Defeitos na formação dentária (odontogênese)
- Retardo na erupção dos dentes
- Alterações nas glândulas salivares.

Hábitos anormais

Os hábitos deletérios do padrão de funcionamento muscular estão associados à:

- Alteração no crescimento ósseo
- Más posições dentárias
- Distúrbios na respiração
- Dificuldades na fala
- Alteração no equilíbrio da musculatura facial
- Problemas psicológicos

→ **A má-oclusão depende:**

- Posição do dedo
- Contração da musculatura
- Morfologia facial
- Duração da sucção

→ **Interposição Lingual**

Deglutição com interposição lingual

- Relacionada com sucção de chupeta e digital

Fatores intrínsecos

Anomalias de número

→ **Dentes supranumerários**

Maxila:

- Inclusos ou irrompidos
- Maior frequência
- Mesiodens - (mais comum)

Normais ou atípicos:

- **Causam:** Diastemas, desvios de irrupção e impacções

→ **Ausências dentárias (agenesias)**

Mais frequente que supranumerários:

- Bilaterais normalmente

Incidência:

- Terceiros molares superiores e inferiores;
- Incisivos laterais superiores;
- Segundo pré-molar inferior;
- Incisivos inferiores e Segundos pré-molares superiores

Anomalias de tamanho

→ **Gigantismo - Macrodonia**

Incisivos centrais superiores e molares

→ **Nanismo - Microdonia**

Incisivos laterais superiores e terceiros molares

Anomalias de forma

Estão relacionados as anomalias de tamanho:

→ Forma coóide – mais comum

→ Cingulos pronunciados

→ Cuspides adicionais

Freio labial anormal:

→ Diastemas

→ Incisivos centrais



Perda prematura

→ **Consequências:**

- Migrações dentárias
- Redução do espaço para o sucessor - impacção do permanente
- Encurtamento do arco



Retenção prolongada

→ **Causas:**

- Falta de sincronia entre o processo de rizólise e rizogênese;
- Anquilose;
- Ausência do permanente;
- Hipotireoidismo

Irrupção tardia dos permanentes

→ **Causas:**

- supranumerário
- Barreira de tecido fibroso ou ósseo:
 - Dilaceração radicular
 - Perda do elemento dentário

Anquilose

Qual é o fator local da anquilose ?

→ **Rompimento da membrana periodontal**

Qual a causa da anquilose?

→ Formação de ponte óssea que une o cemento à lâmina dura alveolar retardando ou impedindo que o dente faça sua irrupção

O que a anquilose pode causar:

- Posições incorretas dos dentes adjacentes
- Extrusão dos antagonistas
- Desvio de irrupção

Lesão de cárie

- Perda total ou parcial da estrutura dentária
- Encurtamento do arco
- Falta de espaço para o permanente
- Impacções
- Desvios de irrupção

Restaurações inadequadas

→ Diminuição ou aumento do perímetro do arco

Reestabelecer:

- Diâmetro méso-distal
- Relações oclusais
- Altura cervico-oclusal

Classificação das más oclusões

→ A má oclusão é uma relação alternativa de partes desproporcionais.- **Wylle 1947**

Classificação de Angle

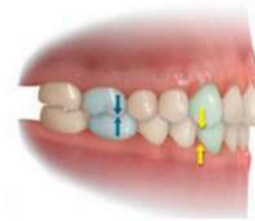
→ Pressupos que o **primeiro molar superior permanente** ocupava uma **posição estável** no esqueleto craniofacial;

→ **Desarmonias** decorriam de **alterações anteroposteriores da arcada inferior.**

CLASSE I

Chave Molar

→ cúspide mesiovestibular do 1º molar superior oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior.



→ **Pq a classe I é uma malocclusão?**

Apinhamento, diastema, mordida aberta superior, mordida profunda, biprotrusão .

→ **Perfil Facial:** reto e equilíbrio nas funções da musculatura peribucal, mastigadora e da língua.

CLASSE II

Cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente oclui a frente do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente

→ **Característica determinante:** Distocclusão do 1º Molar – cúspide mesiovestibular a frente do sulco



Classe II

As más oclusões de classe II foram separadas em duas divisões:

Divisão 1º - incisivos vestibularizados

Características:

- relação molar classe II
- inclinação vestibular dos incisivos superiores
- desequilíbrio da musculatura facial, decorrente do distanciando vestibulo-lingual entre incisivos superiores e inferiores

Este desajuste anteroposterior é denominado sobressalência ou Overjet.

→ **Perfil facial:** em geral, é convexo.

→ Problemas Associados:

- **Mordida profunda:** Contato oclusal dos incisivos está alterado pelo overjet. Estes dentes tendem a estruir, aprofundando a mordida.
- **Mordida aberta, mordida cruzada,** falta ou excesso de espaço.

Divisão 2º - incisivos lingualizados ou verticalizados

Características:

- Apresentam relação molar de classe II;
- Sem sobressalência dos incisivos superiores, - lingualizados ou verticalizados.

→ **Perfil Facial:** reto ou levemente convexo, associados respectivamente à musculatura equilibrada ou aquela com suave alteração.

→ Problemas Associados

- Mordida profunda anterior;

- Devido, nestes casos, ao não contato interincisal.
- Apinhamento.

→ Subdivisão

Em alguns casos, a relação malar de classe II ocorre em apenas um dos lados.

CLASSE III

Cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente ocluiu atrás do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente



Classe III

→ **Perfil facial:** é predominantemente côncavo e a musculatura está, em geral, desequilibrada.

Caso apenas um lado esteja em Classe III, empregamos o termo subdivisão.

Classificação de Angle nos dias atuais

- É a mais utilizada
- Simplicidade, com apenas três Classes e fácil compreensão

→ Limitação

Fato do 1º Molar superior permanente NÃO ser estável no esqueleto craniofacial.

Baseia apenas na posição do dente, deixando de elucidar os aspectos ósseos e musculares e considera apenas alterações no sentido anteroposterior.

Tratamento Classe II

Angle, definiu a maloclusão de classe II como uma distoclusão.

→ Dentes inferiores ocluindo distalmente em relação aos superiores

Nestes casos, na dentadura permanente completa, o sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior encontra-se distalizado em relação à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior

Características

- Presença Isolada de prognatismo maxilar,
- Retrognatismo mandibular,
- Protrusão dentoalveolar superior ou retrusão dentoalveolar inferior,
- Combinação destes fatores.

Objetivo

O principal objetivo de qualquer estratégia utilizada é corrigir ou mascarar a discrepância sagital.

Devemos atuar sempre na fase de crescimento.

Aparelho extrabucal



Indicado para tratamento das maloclusões de Classe II de origem dentária e/ou esquelética.

Não é mais utilizado para forças ortodônticas, foi substituído por mini implantes.

Não é utilizado para força ortodônticas mais sim ortopédicas.

Forças de 500grs, são indicadas para provocar estas mudanças

O que vai determinar a força e direção é o formato do rosto do paciente.

Força

É o fator que altera a posição de um corpo em repouso, muda a direção de seu movimento, ou provoca compressão ou distensão do corpo (elemento dental).

→ Duração da Força

Pode ser intermitente ou contínua.
Duração da força depende das necessidades do tratamento

Classe II esquelética

Indica-se uma força intermitente e pesada por um período não inferior a 18 horas.

Bionator de balers

Indicado para o tratamento da maloclusão de Classe II com deficiência no desenvolvimento mandibular



Ocorre uma desoclusão da região posterior.

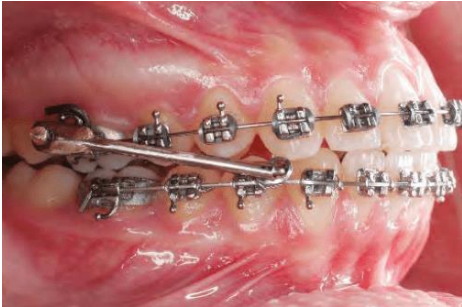
Serve para pequenas alterações de até 4 mm se não sofre uma alteração na articulação

Efeitos:

- Promove uma melhora na relação maxilomandibular
- Favorece o deslocamento anterior da mandíbula

- Estimula o selamento labial
- Melhora o posicionamento da língua

Aparelhos de proteção mandibular fixos:



O tratamento, deve acontecer, preferencialmente, na fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial, para obtenção de melhores resultados.

Sua Principal função é a correção da desarmonia esquelética sagital de Classe II, por meio de uma posição mandibular avançada.

Maxila é intramembranosa (podemos formar osso levando-a pra frente e pra trás) já na mandíbula temos um crescimento misto sendo endocondral que vai determinar e dominar é a genética (por isso a mandíbula não cresce ocorre apenas uma reposição pra frente ou pra trás)

Tratamento em pacientes adultos

Tratamento compensatório

→ Nesse caso não é possível mexer em osso mexe apenas em dentes. Elásticos de Classe II

Muito utilizado, porém pode causar efeitos indesejados durante a mecânica, tal como extrusão dentária.

Aparelho do tipo pêndulo



a maioria desses aparelhos não são mais utilizados

Tratamento com Extrações Dentais

A extração de pré-molares superiores é uma opção com resultados satisfatórios para o tratamento compensatório da Classe 2

O mais importante é o encaixe do canino (guia canina)

Tratamento ortodôntico cirúrgico

→ O tratamento ortodôntico-cirúrgico está indicado para pacientes adultos com discrepância esquelética severa (impossibilita o tratamento compensatório).

Durante a fase de planejamento, quando se opta pela cirurgia, o tratamento ortodôntico compreende duas fases:

Fase pré-cirúrgica: realiza-se o alinhamento e o nivelamento dos arcos, o que chamamos de descompensação dentária.

Fase pós-cirúrgica: realiza-se a finalização ortodôntica, intercuspidação e refinamento do caso, propiciando uma oclusão funcional adequada.

Tratamento Classe III

A relação sagital entre os arcos dentais pode desviar-se da normalidade, caracterizando uma relação de Classe II ou III.

Fenótipo de classe III pode ser precipitado pela interação das condições biomecânicas com a herança genética.

Classificação

Na maloclusão de Classe III, os dentes superiores ocluem por distal do que se compreende como ideal.

Encaixe molar

Ponta da cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior localiza-se por distal do sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior.

Uma parcela dos pacientes com maloclusão de Classe III podem exibir

→ Trespasse horizontal negativo

A maloclusão de Classe III origina-se de uma discrepância esquelética anteroposterior entre as bases ósseas;

Maxila pode se mostrar retrognática e a mandíbula

prognata;

→ Ou associação de ambas alterações.

Morfologia facial

Prognatismo mandibular alonga a linha mento-pescoço, assim como amplia a dimensão vertical compreendida entre o lábio inferior e o mento;

Suaviza a profundidade do sulco mentolabial, características claramente aparentes na análise facial frontal.

Aparelho funcional F- III



→ Não é mais utilizado

Tração reversa (máscara facial)

Quando a Classe III existe em função decorrente da maxila (62 a 63%), pode-se optar pelo uso da máscara facial



Força ortopédica são forças pesadas 500 /600 gramas

As variáveis:

- A idade do paciente é uma variável crítica.
- É mais fácil e efetivo mover a maxila nas idades mais jovens.
- Mudanças anteroposteriores podem ser produzidas até o início da adolescência.

A média de duração do tratamento:

- Geralmente consegue-se resultados positivos em um período de tratamento variando de 6 meses a 1 ano.

Estabilidade e recidiva:

A terapia costuma ser eficiente e estável; porém, é aconselhável um monitoramento trimestral, como forma de preservação, até o término do crescimento.

Aparelho funcionais no tratamento do crescimento mandibular excessivo:

Aparelho funcionais para pacientes com crescimento mandibular excessivo não têm a pretensão de restringir o crescimento mandibular.

A força extraoral dirigida contra o côndilo mandibular restringe o crescimento nesse local ???

→ Há pouca ou nenhuma evidência de que isso aconteça em humanos.

Mentoneira, obtém uma mudança na direção de crescimento mandibular;

Girando o queixo para baixo e para trás, o que o faz parecer menos proeminente.

Tratamento ortodôntico compensatório

O que me leva a fazer camuflagem ?

→ Para pacientes que tem face agradável , sem alterações.

Significa alterar a posição dental para mascarar ou camuflar uma discrepância esquelética sagital.

Agradabilidade da Face: Uma premissa importante para o tratamento compensatório é a ausência de impacto na estética facial. No entanto, as características faciais subordinadas à discrepância esquelética são perpetuadas.

O tratamento compensatório deveria ser indicado apenas para casos com discrepâncias

sagittais leves à moderada, com estética facial aceitável.

Topo a topo , com perfil agradável , isso pode acontecer

O tratamento ortodôntico corretivo, idealmente, deveria ser implementado na dentadura permanente, após o surto de crescimento da adolescência.

objetivo para aguardar este período, tem intuito de evitar as recidivas após tratamento.

Possibilidade terapêutica:

Tratamento sem extração com elásticos separadores

objetivo para aguardar este período, tem intuito de evitar as recidivas após tratamento.

→ **Tratamento com extração dos primeiros molares inferiores.**

→ **Tratamento com extração de incisivo inferior.**

→ **Tratamento com ancoragem esquelética**

Tratamento Ortocirúrgico:

condução do tratamento ortodôntico em casos cirúrgicos segue direção oposta do tratamento ortodôntico compensatório.

Procedimento de cirurgia ortognática divide o tratamento ortodôntico em duas partes:

1= Mais longa, denominada ortodontia pré-cirúrgica.

2= Duração aproximada de 6 meses, chamada ortodontia pós-cirúrgica.

Descompensação

- Inclinar os incisivos superiores em direção lingual;
- Inclinar incisivos inferiores em direção vestibular.

Ortodontia pós-cirúrgica, inicia-se após a liberação do cirurgia:

Uso de elásticos intermaxilares de Classe III;
Finalização ortodôntica.

Diagnóstico e tratamento Mordida aberta

Um dos maiores problemas verticais presentes em pacientes jovens é a mordida aberta.

Classificação

Classificada de acordo com o local afetado, podendo ser anterior, posterior ou combinada.

→ Mordida Aberta Anterior

Mais simples e de fácil visualização;

Ocorre quando há **uma abertura na dimensão vertical entre as bordas incisais dos dentes anteriores da maxila e da mandíbula.**

Na radiografia cefalométrica observa-se uma separação entre as bordas incisais superiores e inferiores em relação ao plano oclusal.



→ Mordida Aberta Posterior

Caracterizada pela **falta de contato oclusal dos dentes posteriores nas arcadas, podendo ocorrer uni ou bilateralmente.**

Normalmente **devido a molares decíduos anquilosados** e mais raramente devido a **falhas idiopáticas de erupção.**

→ Mordida Aberta Combinada

Condição mais grave, **caracterizada por uma mordida aberta anterior tão severa que se estende para posterior.**

Tecidos envolvidos

- Dentária;
- Esquelética;
- Neuromuscular.

→ Mordida Aberta Dentária

Ocorre quando há um **envolvimento apenas dentoalveolar.**

Relacionada a **distúrbios na erupção dos dentes e no crescimento alveolar**, sendo circunscrita e bem localizada.

Fator etiológico geralmente é um hábito deletério. **EX: Chupeta e dedo.**

Pode evoluir para uma mordida aberta esquelética.

→ Mordida Aberta Esquelética

Componente hereditário - resultado de uma discrepância vertical esquelética.

→ Mordida Aberta Neuromuscular

É muito observada em **pacientes síndrômicos.**

Decorrentes de distúrbios nas funções musculares normais;

Exercem **influência na respiração e posição postural da musculatura da língua.**

Categorias

→ Simples

Confinado aos dentes. Único problema é a **falha de alguns dentes em encontrar a linha de oclusão**.

→ Complexas

Quando apresentam **displasia esquelética vertical**.

Desarmonia nos componentes esqueléticos da altura facial.

Etiologia

Multifatorial, resultante de anormalidades morfológicas, decorrente de distúrbios no desenvolvimento esquelético, no crescimento e função muscular.

Fatores gerais

→ Hereditariedade

Devido à respiração bucal, tamanho da língua, presença de síndromes, problemas neurológicos, etc.

→ Padrão de crescimento da maxila e da mandíbula

Este fator é fortemente influenciado pela hereditariedade e pelo ambiente.

As mordidas abertas causadas por uma desproporção no crescimento ósseo são difíceis de ser tratadas.

Fatores locais

→ Hábitos

Sucção digital, interposição de língua - há um desenvolvimento inadequado dos processos alveolares na região anterior.

O estabelecimento e a gravidade da maloclusão depende da intensidade, duração e frequência.

Fatores intrínsecos e extrínsecos

→ Intrínsecos

Compreendem a ação anormal de estruturas orais como língua, lábios e bochecha, que se interpõem entre os dentes.

Prejudicando sua erupção e o correto desenvolvimento do processo alveolar.

Quando existe anquilose dos molares decíduos, a língua é posicionada lateralmente para selar o espaço da mordida aberta.

O relacionamento: Tecidos moles x tecidos duros é extrema importância.

- **Macroglossia:** condição em que a língua cresce anormalmente, tornando-se maior que a cavidade bucal.

A língua mais volumosa coloca-se em posição mais alta e mais anterior na cavidade oral nos primeiros anos de crescimento.

Causando e mantendo uma mordida aberta anterior

→ Extrínsecos

Envolvem estruturas que não fazem parte dos tecidos orais, como **chupeta e dedos**.

Uso da chupeta não é proibido!

Mas devem ser utilizadas **chupetas ortodônticas/anatômicas** podem ser utilizadas até que a criança complete **2 anos**, e sempre com **pouca frequência**.



Diagnóstico

O diagnóstico da mordida aberta é clínico, sendo indispensável a análise de todos os elementos de diagnóstico como **modelos, radiografias e fotografias**.

Primordial para o estabelecimento do diagnóstico a **determinação de sua etiologia**.

Devemos buscar a presença de hábitos.

A idade do paciente é um fator importante, além do padrão de crescimento.

Tratamento

O tratamento é complexo e apresenta recidiva se a identificação das causas e o diagnóstico não forem bem estabelecidos.

Primordial a **eliminação de hábitos associados para a correção maloclusão**.

Necessidade da participação de outros profissionais, ajudando em um tratamento multidisciplinar.

→ Auto-correção

Causada por sucção digital, pode ocorrer quando o hábito é eliminado precocemente.

Alguns dispositivos para desencorajar o hábito podem ser utilizados:

- **Placa acrílica**
- **Grades palatinas:** Impedem a sucção digital e permitem o posicionamento adequado da língua na cavidade bucal.

- **Arco lingual com esporões soldados:** levar a língua para sua posição correta, tocando a papila incisiva.

→ **Aparelho extrabucal**

→ **Cirurgia**

Mantenedor de Espaço

Conservação do Arco Dentário

A conservação do comprimento do arco dentário depende dos contatos interproximais, fundamentais para a saúde das dentições decídua, mista e permanente.

Anormalidades no Desenvolvimento

Durante a transição da dentadura decídua para a permanente, podem ocorrer anormalidades. A mais frequente é a discrepância entre o espaço disponível e o necessário para a erupção dos dentes permanentes.

Consequências da Perda de Estrutura Dentária

A perda parcial ou total de dentes reduz o espaço no arco dentário, causando desequilíbrio estrutural e funcional. Alterações nas forças musculares podem provocar migrações dentárias.

Fatores que Interferem na Oclusão

- Cárie dentária
- Restaurações incorretas
- Traumatismos
- Anquilose de dentes decíduos
- Anomalias congênitas

- Irrupção ectópica
- Dentes supranumerários

Perdas Dentárias Frequentes

- Na região anterior superior, a perda prematura ocorre por traumatismo ou cárie múltipla.
- Na região posterior, a perda de molares decíduos deve-se a anquilose e cárie.

Manuseio de Espaços Criados pela Perda Precoce

- Importante para evitar a migração de dentes adjacentes e antagonistas.
- Nos dentes anteriores, afeta a fonética, estética e deglutição.

Mantenedores de Espaço

Objetivo: Reduzir ou eliminar a necessidade de tratamentos ortodônticos futuros.

Exigências:

- Preservar o espaço adequado.
- Manter a função.
- Não interferir na erupção do dente sucessor ou no crescimento das arcadas.

Tipos de Mantenedores de Espaço

Mantenedor Removível

Indicações: Perda de um ou mais dentes anterior/posterior em crianças colaboradoras.

Vantagens: Facilita a higienização, restabelece fonação e estética, mantém a dimensão vertical.

Desvantagem: Depende da colaboração do paciente e dos pais.

Mantenedor Fixo

Indicações: Perda de dentes anterior/posterior em crianças não colaboradoras.

Vantagens: Não depende da colaboração.

Desvantagens: Não evita a extrusão do antagonista, dificulta a higienização.

Contraindicações dos Mantenedores

- Quando já houve perda de espaço.
- Quando o sucessor estiver irrompendo.
- Quando não puder manter controle sobre o paciente.

Tempo de Permanência

Até a coroa do dente sucessor romper o espaço. O tempo depende do desenvolvimento e erupção do dente substituto.