

# 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**



**assinaturas  
mensais e anuais**

**DENTISTA ON**

## Desenvolvimento da dentição

### Início da calcificação:

<b>Incisivos centrais</b>	<b>14 semanas</b>
<b>Primeiros molares</b>	<b>15,5 semanas</b>
<b>Incisivos laterais</b>	<b>16 semanas</b>
<b>Caninos</b>	<b>17 semanas</b>
<b>Segundos molares</b>	<b>18 semanas</b>

## 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:

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

### 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

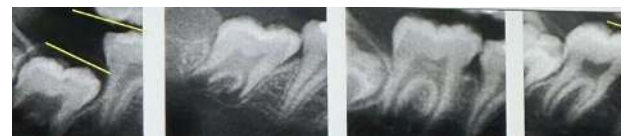
Relacionamento entre caninos decíduos.  
Influência na futura oclusão da dentição permanente.



## 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)

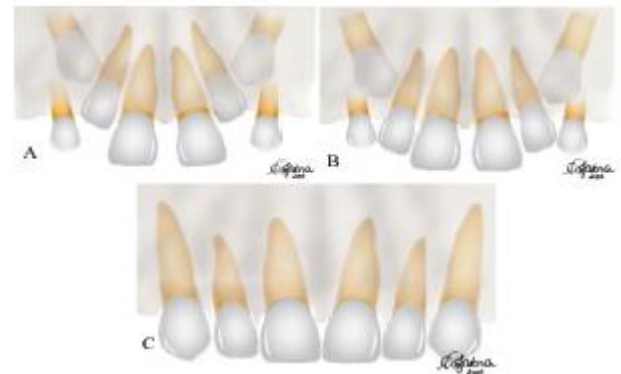
Erupção por lingual dos incisivos decíduos;

- 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)

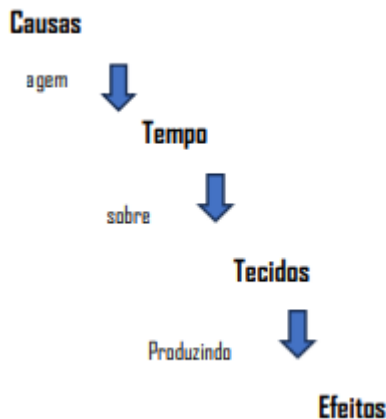
Na região posterior, os permanentes são menores que os decíduos.

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

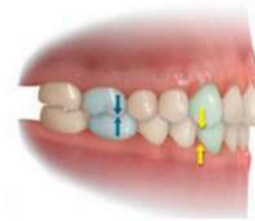
→ Pressupos que o **primeiro molar superior permanente** ocupava uma **posição estável** no esqueleto craniofacial;

→ **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 equilbrlo 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 permanentemente 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 distocclusão.

→ 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.

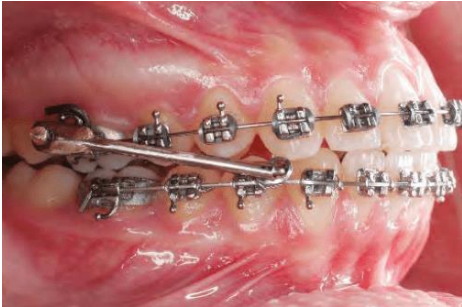
Serve para pequenas alterações de até 4 mm se não sofre uma alteração na articulação

### 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 intramenbranosa (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.