



TRATAMENTO DA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL NUM PACIENTE ADULTO

Entende-se por mordida cruzada posterior a relação anormal, vestibular ou lingual, de um ou mais dentes da maxila com um ou mais dentes da mandíbula, quando os arcos dentários estão em relação cêntrica, podendo ser uni ou bilateral.

Moyers (1991)¹ classificou as mordidas cruzadas com base na sua etiologia em:

- **dentária** - quando resulta de um sistema imperfeito de erupção, onde um ou mais dentes posteriores irrompem numa relação de mordida cruzada, mas não afetando o tamanho ou a forma do osso basal;
- **muscular** - quando ocorre uma adaptação funcional às interferências dentárias, sendo que os dentes não estão inclinados dentro do processo alveolar, porém, apresentam um deslocamento da mandíbula e um desvio da linha média;
- **óssea** - ocorre em consequência de uma discrepância na estrutura da mandíbula ou maxila, conduzindo a uma alteração na largura dos arcos. Esta má oclusão pode-se apresentar uni ou bilateralmente, bastando, para o diagnóstico definitivo, posicionar a mandíbula para que exista coincidência das linhas médias inferior e superior, uma vez que vários pacientes com mordida cruzada unilateral podem ser portadores de uma constrição bilateral do arco.

McDonald e Avery (1986)² classificaram a mordida cruzada posterior em:

- **óssea** - quando a mesma era resultante de discrepância na estrutura da mandíbula ou da maxila, podendo existir uma discrepância na largura dos arcos, e uma inclinação lingual dos dentes superiores;
- **dentária** - quando a má oclusão era resultado de um sistema imperfeito de erupção dentária, apresentando um ou mais dentes em relação de mordida cruzada, sem, no entanto, apresentar irregularidades no osso basal;
- **funcional** - quando a má oclusão é decorrente de um deslocamento da mandíbula para uma posição anormal, porém mais confortável para o paciente. É importante observar que na mordida cruzada funcional não ocorrem sinais de discrepância nas linhas médias superior e inferior quando a mandíbula se encontra em posição de repouso. Apresenta-se, porém, desvio da mandíbula, no sentido da mordida cruzada, quando os dentes estão em oclusão.

Vigorito (1986)³ classificou as mordidas cruzadas posteriores segundo as suas origens, em **funcionais**, **dentárias** e **esqueléticas**.

As de origem funcional são caracterizadas por uma tendência da mandíbula em sofrer desvios de lateralidade, como consequência da erupção dos caninos decíduos, que se encontram numa relação de oclusão de topo (adaptação funcional).

As de origem dentária são caracterizadas pela inversão da oclusão dos dentes e por não afetarem as dimensões dos arcos basais.



1. Fotografia frontal inicial.



2. Sorriso inicial.



3. Perfil inicial.

As esqueléticas apresentam deficiência de crescimento em largura dos ossos basais, podendo produzir atresias bilaterais da maxila, gerando como consequência mordida cruzada unilateral ou bilateral.

Proffit et al. (1991)⁴ classificou as mordidas cruzadas posteriores em:

- **esqueléticas** - quando resultantes de uma maxila estreita ou de uma mandíbula excessivamente larga;
- **dentárias** - quando a base da abóboda palatina se apresenta como normal, mas os processos dentoalveolares inclinam-se para lingual;
- **dentoalveolares** - quando ocorre uma inclinação dos dentes e respectivos alvéolos superiores no sentido lingual, ocorrendo também uma atresia da maxila, contudo, não se observa aprofundamento da abóboda palatina e funcional, quando ocorre desvio da mandíbula em função de contactos deflexivos.

Quanto à etiologia das mordidas cruzadas posteriores, há diferentes fatores como prováveis causadores da referida má oclusão, tais como a respiração bucal, hábitos bucais deletérios, perda precoce ou retenção prolongada de dentes decíduos, migração do germen do dente permanente, interferências oclusais, anomalias ósseas congénitas, falta de espaço nos arcos (discrepância entre o tamanho do dente e o tamanho do arco), fissuras palatinas e hábitos posturais incorretos.

A grande maioria dos casos de mordida cruzada posterior manifesta-se unilateralmente. No entanto, com a mandíbula manipulada em relação cêntrica, observa-se com frequência um comprometimento de ambos os lados do arco dentário, havendo uma relação de mordida de topo bilateral, provocando instabilidade oclusal, levando a um desvio da man-

díbula quando o paciente procura uma posição mais confortável.

Com a finalidade de elucidar o diagnóstico e simplificar o tratamento das mordidas cruzadas posteriores, deve-se manipular a mandíbula em relação cêntrica em qualquer idade, mas principalmente na dentição decídua e mista, pois as crianças não apresentam a articulação temporomandibular desenvolvida o suficiente para ter o equivalente da posição de relação cêntrica dos adultos.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 43 anos, compareceu na consulta de ortodontia com a queixa de "assimetria do sorriso".

No exame clínico, verificou-se presença de mordida cruzada unilateral direita, desde o incisivo lateral até ao segundo molar.

Intraoralmente, nota-se uma ligeira compressão do processo dento-alveolar superior direito, acompanhado de inclinação negativa das coroas superiores, o que se traduz na presença da mordida cruzada posterior quase total da hemiarcada direita.

Assim, foi sugerido como plano de tratamento à paciente, a correção ortodôntica com aparelho ligável, com estimativa de tempo de tratamento de dois anos.

Além dos brackets, foram cimentados botões nas faces palatinas dos dentes 12 a 17, para a utilização de elásticos intermaxilares cruzados, que foram a chave para resolver o torque corono-palatino destes dentes e desta forma resolver a mordida cruzada.

A paciente cumpriu com a utilização dos elásticos 22h/dia e, aos 15 meses de tratamento, os dentes do 1ºQ já se encontravam descruzados. Nesta fase, foram utilizados elásticos classe III e de intercuspidação para fecho da mordida.



4. Intraoral direita inicial.



5. Intraoral frontal inicial.



6. Intraoral esquerda inicial.



7. Oclusal superior inicial.



8. Oclusal inferior inicial.



9. Ortopantomografia inicial.



10. Após um ano de tratamento.



11. Intraoral direita após um ano de tratamento.



12. Elásticos intermaxilares.



13. Elásticos intermaxilares.



14 - Sorriso final.



15 - Perfil final.



16. Intraoral direita final.



17. Intraoral frontal final.



18. Intraoral esquerda final.



19. Oclusal superior final.



20. Oclusal inferior final.



21. Ortopantomografia final.

Aos 20 meses, o tratamento foi dado como concluído, com a remoção dos aparelhos fixos e confecção dos aparelhos de contenção.

Conclusão

Os casos de mordida cruzada em adultos devem ser diagnosticados cautelosamente para despistar a sua etiologia e possibilidades de tratamento.

Em casos que não apresentem assimetrias ósseas, isto é, em que a mordida cruzada seja de origem dento-alveolar, é possível a correção com aparelhos ortodônticos e a utilização de elásticos intermaxilares cruzados. ■

*Licenciada em 2006 pela FMDUP; Formação nas áreas de Implantologia, Reabilitação Oral e Ortodontia; Certificado de Competências Pedagógicas; Curso Clínico de Ortodontia - Técnica MBT (480 horas de formação); Curso Modular de Ortodontia - Sistemas Roth e Damon (180 horas de formação).

***Prof. Dr. Fernando Almeida conta com mais de 30 anos de experiência na área de Medicina Dentária; Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina

Dentária da Universidade do Porto; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia. Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.

Referências Bibliográficas

1. MOYERS, R E. Classificação e terminologia da má-oclusão. In: Ortodontia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 156-157.
2. McDONALD, R E.; AVERY, D. R. Diagnóstico e correção de pequenas irregularidades na dentição em desenvolvimento. In: Odontopediatria. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p. 470-472.
3. VIGORITO, J W. Mordidas cruzadas: descruzadores de mordida. In: Ortodontia clínica preventiva. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. p. 169-205.
4. PROFFIT, W R. et al. Diagnóstico ortodôntico: desenvolvimento de uma lista de problemas. In: Ortodontia contemporânea. 3. ed. São Paulo: Pancast, 1991. p. 133-207.