

Caso clínico: Terapia miofuncional para correção postural na mordida aberta anterior de um paciente em crescimento

Eisler-pompeia, L*; Faltin, K
liviapompeia@gmail.com

Mestrado em odontologia na clínica infantil; Subárea Ortodontia Universidade Paulista – UNIP
São Paulo/SP

Introdução

A mordida aberta anterior (MAA) é a ausência de contato entre incisivos anteriores em relação cêntrica¹.

A literatura^{1, 4, 6, 7, 8, 9, 11} mostra ser a mordida aberta anterior uma maloclusão multietiológica e de difícil tratamento e estabilidade. Entretanto, estudos clínicos conduzidos em crianças apresentam resultados muito mais satisfatórios e com maior sucesso no ganho de estabilidade quando comparados a estudos com pacientes adultos⁵.

Salientamos que o não tratamento da MAA pode estar ligado a uma série de problemas fisiológicos decorrentes de alterações dentárias e esqueléticas, assim como um desequilíbrio estético facial, podendo causar uma diversidade de questões psicológicas².

Descrição do Caso Clínico – Diagnóstico

Paciente do sexo masculino de 7 anos de idade, durante o primeiro período transitório, portador de MAA com interposição de língua, deglutição atípica e hipotonicidade labial e mentoniana e respirador bucal habitual com alta otorrinolaringológica 2 anos antes do tratamento ortopédico miofuncional e em tratamento fonoaudiológico há 2 anos, porém sem progresso. Na avaliação facial, notava-se incompetência dos músculos posturais cervicais, com mau posicionamento de cabeça.



Hipotonicidade muscular e falha no velamento labial



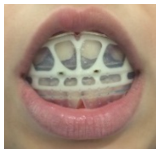
Língua baixa e interposta

Planejamento e mecânica

Foi instalado uma série de dispositivos miofuncionais do tipo trainer da marca Myobrace™, por um período total de 18 meses. A série se constitui de um primeiro aparelho, *macio*, com a função de corrigir hábitos e reprogramar o sistema neuromuscular (SNM), um aparelho *médio* que prossegue com a correção postural e inicia leves reposicionamentos dentários e oclusais e, por fim, um aparelho *rigido*, que conclui a fase de terapia miofuncional com maiores movimentações dentárias e oclusais. Em cada fase, foi feito uso de 1 hora durante o dia e 8-10 horas durante o sono.

O dispositivo possui uma aba lingual para estimular o correto posicionamento da língua em repouso, importante ferramenta na remoção do hábito da interposição e correção da posição de repouso da língua, o que melhora a posição do osso hioide e diminui a força muscular do digástrico anterior sobre a mandíbula (rotação anti-horária).

Efeitos positivos também podem ser alcançados sobre o selamento labial, através do toque da mucosa interna do lábio inferior pelo escudo externo do trainer, o que inibe a atividade dos músculos mentonianos, causando uma maior atividade do músculo orbicular do lábio, e, promovendo assim um velamento labial sem esforços¹⁰.



Aparelho da fase 2 em posição



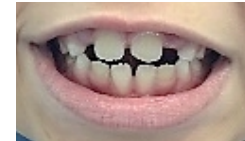
Estrutura do aparelho com aleta lingual e escudos vestibulares. Notar bumpers vestibulares inibidores da atividade muscular mentoniana

Resultados

Ao final desta fase da terapia miofuncional, o paciente encontra-se em boa relação maxilomandibular e com correto posicionamento de língua em repouso e deglutição, bem como velamento labial em repouso. A abertura anterior da mordida é persistente, ainda que os dentes estejam infraerupcionados. Além disso, houve correção da respiração bucal e melhora na postura cervical.



Melhora no velamento labial, perfil e tonicidade muscular



Correto posicionamento da língua após 6 meses de uso

Considerações Finais

Etiologicamente, a MAA está claramente a hábitos de sucção não nutritivos e existe uma relação entre tais hábitos disfuncionais e o aparecimento de interposição lingual³. O sistema trainer pode ser uma excelente ferramenta no tratamento de maloclusões na dentição mista, sobretudo quando se objetiva a correção de hábitos e postura que interfiram no equilíbrio do SNM.

Referências Bibliográficas

- 1) Artese A, Drumont S, Nascimento JM, Artese F. Critérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior. Dental Press J. Orthod [Internet]. 2011.16(3):136-161. 2) Henriques JFC, Janson GRP, Almeida RR de, Dainesi EA, Hayasaki SM. Mordida aberta anterior a importância da abordagem multidisciplinar e considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento: apresentação de um caso clínico. Rev Dent Press Ortod Maxilar. 2000. 5(3): 29-36. 3) Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary orthodontics. 5th ed. 2007. 4) Zuroff JP, Chen SH, Shapiro PA, Little RM, Huang GJ, Joondoph DR. Orthodontic Treatment of anterior open-bite malocclusion stability: 10 years postretention. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010. E1-302.e8. 5) Almeida AB, Mazzeiro ET, Pereira TJ, Souki BQ, Viana CP. Intercepção de uma Mordida Aberta Esquelética associada a sucção digital: Relato de caso clínico 6) Petrovic A, Stutzmann J, Lavergne J, Shay R. Is it possible to modulate growth of human mandible with a functional appliance? Int J Orthod. 1991. 29 (1-2):3-8. 7) Usamez S, Uysal T, Sari Z, Basciftci F, Karaman A, Guray E. The effect of early preorthodontic trainer treatment on class II, division 1 patients. Angle orthod 2004, 74:605-609. 8) Tosello DO, Vitti M, Berzin F. EGM activity of the orbicularis oris and mentalis muscles in children with malocclusion, incompetent lips and atypical swallowing – part II, J oral rehab. 1999. 26: 644-9. 9) Ramirez-Yanez GO, Farrell C. Soft tissue dysfunction: a missing clue in orthodontics. Intern Journal Law Funct Orthopedics. 2005. 1:351-9. 10) Stavridi R, Ahlgren J. Muscle response to the oral-screen activator. An EMG study of the masseter, buccinator and mentalis muscles. Eur J Orthod. 1992. 14(5):339-49. 11) Subtelny JD, Sakuda M. Open-bite: Diagnosis and treatment. Am J Orthod.1964, Vol.5(5):337-358.