



PORTAS, I¹; RUA, S¹; KIZI, G¹; BARATA, A R¹; ALVES, V¹; DELGADO, A^{1,2}

¹ Consulta Assistencial de Ortodontia, Instituto Universitário Egas Moniz, Quinta da Granja Monte da Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal. ² CiiEM - Centro de Investigação interdisciplinar Egas Moniz, Instituto Universitário Egas Moniz, Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal.

Introdução

A mordida cruzada posterior é uma má-oclusão frequente com prevalência de cerca de 8–22%^{1,2,3,4}, que pode ser unilateral ou bilateral, em alguns dentes ou total. A apresentação mais comum é uma mordida unilateral com desvio da mandíbula em direção ao lado da mordida cruzada, que ocorre em 80-97% dos casos. Este tipo de má-oclusão é causado geralmente por interferências dentárias.^{4,5,6} O desvio pode vir a produzir uma disfunção da articulação temporomandibular, dor muscular e até alteração no crescimento facial provocando assimetria facial. Desta forma, o tratamento precoce é essencial no restabelecimento do equilíbrio muscular.^{5,6,7} A disjunção maxilar é considerada o tratamento de eleição desta má-oclusão, pois promove a correção da diminuição transversal da maxila e o desvio mandibular.⁶ Os disjuntores que incorporam pistas oclusais de acrílico, ao promoverem a desocclusão dentária, são mais indicados em pacientes com mordida cruzada com interferências oclusais.^{3,8,9}

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de mordida cruzada posterior unilateral com desvio mandibular em que a abordagem clínica consistiu na utilização de um disjuntor com pistas de acrílico e colocação de aparelho fixo bimaxilar.

Descrição do Caso Clínico

História Clínica

- Doente do género feminino, 12 anos
- **Motivo da consulta:** "Os dentes estão apinhados" SIC

Diagnóstico

- **Exame extra-oral:** Dolicofacial, desvio mandibular para direita
- **Exame intra-oral:** Mordida cruzada posterior, Classe II molar e canina direita e Classe I dentária esquerda
- **Análise radiográfica:** Classe I esquelética

Tratamento

1º Fase:

- Disjuntor pistas oclusais de acrílico

2º Fase:

- Aparatologia fixa bimaxilar
- Contenção superior removível e contenção inferior fixa



Fig.1. Fotografias extra-orais iniciais



Fig.2. Fotografias intra-orais iniciais



Fig.3. Ortopantomografia e telerradiografia inicial



Fig.4. Fotografia intra-oral com disjuntor pistas oclusais de acrílico (A) e com aparatologia fixa bimaxilar (B)

Descrição da Técnica – Disjuntor pistas oclusais de acrílico

- Constituído por parafuso de expansão e pistas de acrílico que recobrem as faces oclusais dos dentes posteriores

Efeitos:

- Expansão rápida da maxila
- Eliminação de interferências oclusais, que permite um desbloqueio da mandíbula, reposicionando-se numa posição mais anterior e consequentemente correção da Classe II
- Intrusão dos dentes postero-inferiores, estando indicado em pacientes com crescimento vertical
- Maior área de retenção



Fig.5. Fotografias extra-orais finais



Fig.6. Fotografias intra-orais finais

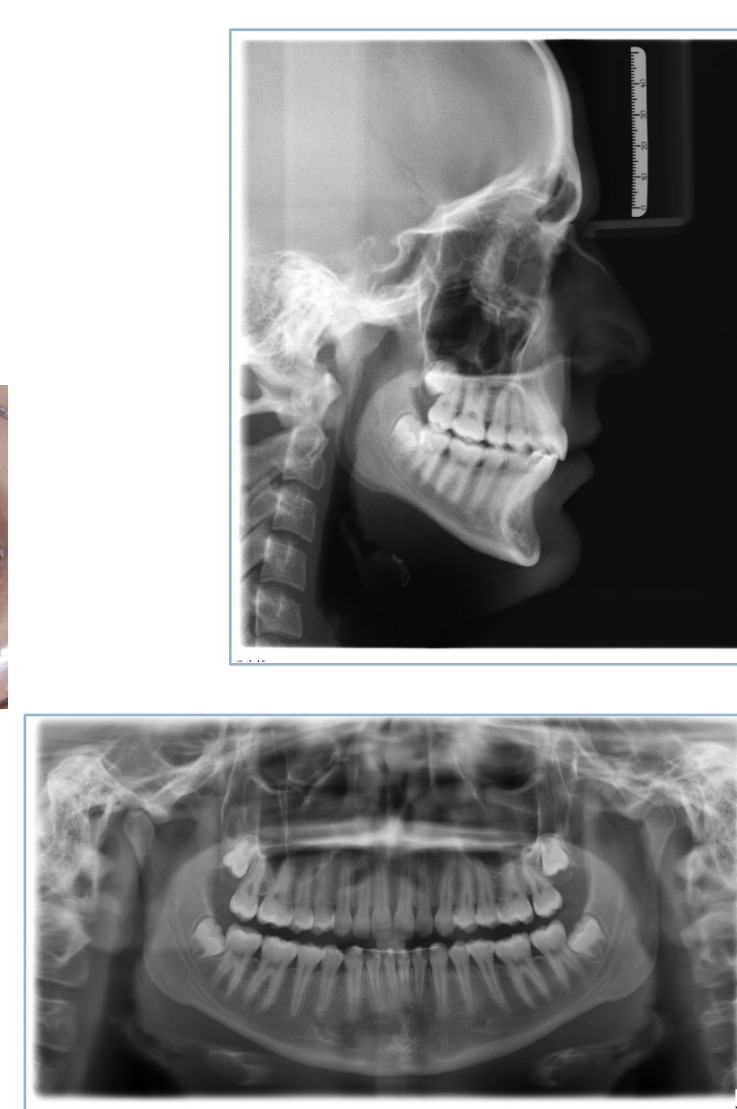


Fig.7. Ortopantomografia e telerradiografia final



Fig.8. Fotografias extra-orais (12 meses follow-up)



Fig.9. Fotografias intra-orais (12 meses follow-up)



Fig.10. Ortopantomografia e telerradiografia (12 meses follow-up)

Discussão e Conclusão

Os disjuntores maxilares atuam diretamente na sutura palatina mediana, afastando-a mecanicamente, corrigindo assim a dimensão transversal reduzida da arcada maxilar, com formação óssea.³ A utilização de um disjuntor com pistas de acrílico, permite a eliminação das interferências oclusais^{3,8,9} e o desbloqueio da mandíbula corrigindo o desvio mandibular e consequentemente a classe II dentária direita de forma espontânea.³

Neste caso clínico o recurso a um disjuntor com pistas de acrílico e a finalização e alinhamento dentário com recurso a aparelho fixo bimaxilar demonstrou ser uma técnica válida, com resultados satisfatórios e estabilidade a longo prazo sem recidivas no tratamento ortodôntico.

Bibliografia

- (1) Tsanidis N, Antonarakis GS & Kiliaridis S. Functional changes after early treatment of unilateral posterior cross-bite associated with mandibular shift: a systematic review. J Oral Rehabil. 2016 Jan;43(1):59-68.
- (2) Arvinth R, Rana SS, Duggal R & Kharbanda OP. Simultaneous correction of functional posterior cross bite and midline shift. Contemp Clin Dent. 2016 Jul-Sep;7(3):413-5.
- (3) Fernandes M, Pereira D, Retto P & Delgado A. Disjuntor de McNamara: as mais-valias de uma férula como disjuntor / vantagens do disjuntor de McNamara. O JornalDentistry. 2016 Jan;25:24-31.
- (4) Andrade Ada S, Gameiro GH, Derossi M & Gavião MB. Posterior Crossbite and Functional Changes. A Systematic Review. Angle Orthod. 2009 Mar;79(2):380-6.
- (5) Agarwal A & Mathur R. Segmental Orthodontics for the Correction of Cross Bites. Int J Clin Pediatr Dent. 2011 Jan-Apr;4(1):43-7.
- (6) Pinto AS, Buschang PH, Throckmorton GS & Chen P. Morphological and positional asymmetries of young children with functional unilateral posterior crossbite. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2001 Nov;120(5):513-20.
- (7) Kallunki J, Sollenius O, Paulsson L, Petré S, Dimberg L & Bondemark L. Oral health-related quality of life among children with excessive overjet or unilateral posterior crossbite with functional shift compared to children with no or mild orthodontic treatment need. Eur J Orthod. 2018 Jun 7.
- (8) Tanaka OM, Fornazari IA, Parra AX, de Castilhos BB & Franco A. Complete maxillary crossbite correction with a rapid palatal expansion in mixed dentition followed by a corrective orthodontic treatment. Case Rep Dent. 2016. Epub 2016 Apr 2.
- (9) McNamara JA Jr. Early intervention in the transverse dimension: is it worth the effort? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002 Jun;121(6):572-4.