

**MORDIDA CRUZADA POSTERIOR**

POSTERIOR CROSSBITE

**ANA CAROLINA PEREIRA ROSA<sup>1</sup>; BRUNA VIEIRA DE SOUZA<sup>1</sup>; JOSÉ LUIZ ALVES HERDY<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, Duque de Caxias - RJ.

<sup>2</sup>Professor Adjunto Mestre do Curso de Odontologia da UNIGRANRIO, Duque de Caxias - RJ.

**CORRESPONDÊNCIA:** Bruna Vieira de Souza - Endereço: Rua Coronel Bernardino de Mello, 4705, Casa: 64, RJ – NI, CEP: 26262-070. Email: bruuh.vieira@hotmail.com

**RESUMO**

A mordida cruzada posterior é definida como uma relação anormal de um dente ou grupos de dentes no arco maxilar, mandibular ou em ambos, quando em oclusão cêntrica. Sendo uma má oclusão de alta prevalência, possuindo diferentes fatores etiológicos. Por isso, um correto diagnóstico, em momento adequado e o mais cedo possível, são de fundamental importância para seu tratamento, pois não possui autocorreção. Contudo, a opção por uma implementação precoce de um tratamento deve depender da gravidade da má oclusão e da possível estabilidade do tratamento.

**DESCRITORES:** Mordida Cruzada Posterior; Diagnóstico; Tratamento; Má Oclusão; Posterior Crossbite.

**ABSTRACT**

The posterior crossbite is defined as an abnormal relationship of a tooth or groups of teeth in the maxillary, mandibular arch or in both, when in centric occlusion. Being a malocclusion of high prevalence, having different etiological factors. Therefore, a correct diagnosis, at an appropriate time and as soon as possible, are of fundamental importance for its treatment, since it does not have autocorreção. However, the option for an early implementation of a treatment should depend on the severity of the malocclusion and the possible stability of the treatment.

**DESCRIPTORS:** Posterior Crossbite; Diagnosis; Treatment; Malocclusion; Back Crossbite.

## INTRODUÇÃO

A mordida cruzada é a incapacidade dos arcos superiores e inferiores de se ocluírem normalmente em uma relação lateral e pode ser decorrente de problemas de posicionamento dentário, de crescimento alveolar ou de uma grave desarmonia entre a maxila e a mandíbula. Entre os fatores etiológicos se encontram alterações das bases ósseas, musculares, dentárias, traumatismos, perda precoce de dentes decíduos, hábitos de sucção postural (MOYERS, 1991).

Dentro das oclusopatias é considerada a maior depreciadora do sistema estomatognático, se não solucionadas com uma intervenção precoce, comprometerá a estrutura crânio-facial e a interação social e psicológica do indivíduo. Dessa forma é oportuno à aplicação de métodos preventivos a fim de reduzir os principais males na saúde pública, bem como assegurar a qualidade de vida (PERES et al, 2002).

A mordida cruzada posterior pode se manifestar a partir da dentadura decídua e dificilmente se autocorrigem, permanecendo na dentadura permanente e causando desvios dos processos normais de crescimento e desenvolvimento facial e dos arcos dentários (SCHWERTNER et al, 2007). Dessa maneira, as más oclusões exigem conduta terapêutica interceptadora precoce, evitando assim a necessidade de tratamentos mais longos e complexos em idade futura (SOUSA, J. P & SOUSA, S.A,2013).

O presente trabalho tem por objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre mordida cruzada posterior abrangendo sua etiologia, diagnóstico e tratamento, por meio de diversos artigos científicos publicados em revistas e livros especializados na área de ortodontia e áreas afins.

## MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

### ETIOLOGIA

A mordida cruzada posterior não possui uma causa específica, mas origem multifatorial.

Segundo MOYERS (1991) Dentre os fatores etiológicos mais relatados, estão:

Hábitos de sucção prolongada, que podem ser por uso de chupeta ou por sucção do polegar, obstrução aérea, por uma dificuldade de passagem do ar, podendo estar localizada no nariz (hipertrofia de cornetos, desvio de septo, pólipos nasais, etc.) ou posterior ao nariz (hipertrofia das amígdalas palatinas ou faríngeoadenóides), pela ação de forças internas (língua) e forças externas (músculos), perda precoce de dentes decíduos, com consequente perda de espaço no arco, podendo provocar desvios do eixo de erupção dos dentes sucessores e levando à mordida cruzada, em relação às mordidas cruzadas funcionais, em 90% dos casos são causadas por contatos prematuros em caninos decíduos, retenção prolongada de raízes ou dentes decíduos, que pode ocasionar um desvio do eixo de erupção dos dentes permanentes, também podem ser citadas a má formação congênita de lábio e palato; o padrão hereditário ou trauma, causando crescimento assimétrico da maxila ou mandíbula; o apinhamento dentário, e os efeitos iatrogênicos causados pela intubação bucotraqueal em crianças nascidas prematuramente.

De acordo com (SALGUEIRO & PEREIRA O.P.B, 2010) as possíveis etiologias da Mordida Cruzada Posterior incluem: genética, fatores ambientais e hábitos deletérios. Causas adicionais incluem assimetria de crescimento de mandíbula e/ou maxila, discrepância da largura basilar da maxila ou mandíbula, perda prematura ou retenção prolongada de um dente decíduo, falta de espaço e anomalias da sequência de erupção, debilidade na respiração nasal durante o período de crescimentos, alterações na anatomia dental e disfunção temporomandibular.

Muitas das vezes o problema está na duração da amamentação e de hábitos de sucção, onde acabam causando efeitos nas arcadas dentárias e na oclusão. As sucções de chupeta ou de dedo estão associadas com mordida aberta anteriores. Porém, a chupeta é fortemente associada com o desenvolvimento de mordida cruzada posterior também. Além disso, o uso prolongado de chupeta (24 a 36 meses) acaba resultando em uma maior prevalência de mordida cruzada posterior até aos 5 anos de idade, do que o uso reduzido da mesma ou ausência desses hábitos.

## DIAGNÓSTICO

A mordida cruzada posterior é uma má oclusão de alta prevalência, possuindo diferentes fatores etiológicos. Por isso, um correto diagnóstico, em momento

adequado e o mais cedo possível, são de fundamental importância para seu tratamento, pois não possui autocorreção. O diagnóstico diferencial dos tipos de mordida cruzada posterior direciona para a escolha do tratamento adequado de cada caso, uma vez que existe uma série de diferentes alternativas de tratamentos para esta malocclusão (FERREIRA et al, 1998).

Segundo WOITCHUNAS et al (2010), em ortodontia, dependendo do diagnóstico, têm-se diferentes momentos para a instituição do melhor tratamento. O tratamento interceptador consiste na correção das discrepâncias esqueléticas, dentoalveolares e musculares, com a finalidade de preparar um melhor ambiente bucofacial para a acomodação dos dentes permanentes. Portanto, o diagnóstico precoce para o tratamento das mordidas cruzadas posteriores em crianças é importante para que se estabeleçam um equilíbrio muscular bilateral, um posicionamento fisiológico da mandíbula e uma posição adequada dos dentes, com o intuito de que todas as estruturas do complexo craniofacial estejam em condições simétricas para o desenvolvimento (MODESTO et al, 1994).

Inicialmente, o exame clínico é realizado com o paciente ocluindo na posição de máxima intercuspidação habitual (MIH), com o objetivo de se verificar a presença de mordida cruzada posterior. Para o diagnóstico definitivo, uma vez constatada a má oclusão, proceder-se-á a manipulação ou guia da mandíbula em relação cêntrica (RC), observando, novamente, o relacionamento dentário posterior. Em função deste relacionamento, os diferentes casos de mordida cruzada posterior são agrupados, segundo sua origem, em 4 categorias distintas: Funcional, Esquelética e/ou dentoalveolar, Dentária e Mordida Cruzada Posterior Vestibular Total (LOCKS et al, 2008).

## CLASSIFICAÇÃO

De acordo com WOITCHUNAS et al (2010), a mordida cruzada é classificada de três formas: **1) Más posições dentárias:** A mordida cruzada dentária envolve somente uma inclinação localizada de um ou mais dentes, inicialmente causando pequenos efeitos no tamanho ou no formato do osso basal. Alguns dos dentes dos casos em mordida cruzada não estarão cruzados bucolingualmente no processo alveolar; por isso, o ponto mais importante do diagnóstico é a localização da assimetria dentoalveolar. **2) Problemas musculares ou funcionais:** Mordidas cruzadas funcionais manifestam-se como adaptações às interferências dentárias.

São similares às mordidas cruzadas dentárias, exceto que as adaptações musculares são mais significantes do que a má posição dentária individual. A análise funcional da relação oclusal determina tanto um diagnóstico diferencial quanto a identificação dos dentes interferentes. Se não houver correção deste desvio funcional durante as fases de crescimento, pode haver na fase adulta uma assimetria estrutural, tornando o tratamento mais complexo. **3) Problemas esqueléticos:** Os distúrbios do crescimento ósseo e/ou a da morfologia das estruturas craniofaciais podem produzir mordidas cruzadas de duas maneiras: pelo crescimento assimétrico da maxila ou mandíbula, ou pela deficiência de harmonia nas larguras destas. Esta má oclusão pode se apresentar uni ou bilateralmente, bastando, para o diagnóstico definitivo, posicionar a mandíbula de tal maneira que haja coincidência das linhas médias inferior e superior, uma vez que vários pacientes com mordida cruzada unilateral poderiam ser portadores de uma constrição bilateral do arco. (MOYERS, 1991).

Segundo COHEN (1979) as mordidas cruzadas posteriores foram classificadas como sendo de origem ambiental ou funcional, esquelética e dentária: **1) As de origem ambiental ou funcional:** Constituem a maioria das mordidas cruzadas posteriores encontradas na dentadura decídua, sendo o fator etiológico um contato prematuro nos dentes decíduos. **2) As más oclusões de origem esquelética:** Seriam resultantes de um desenvolvimento desarmonioso, na maxila ou mandíbula, e que se manifestaria em um desequilíbrio da oclusão, anterior ou posterior, podendo ser uni ou bilateral. **3) O grupo das mordidas cruzadas posteriores de origem dentária:** Ocorreria quando os molares inferiores apresentassem línguo ou lábio-versão, e os molares superiores em línguo-versão e/ou extrema lábio-versão.

Já MCDONALD & AVERY (1986) classificaram a mordida cruzada posterior em: **1) 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. **2) Dentária:** Quando a má oclusão era resultado de um sistema imperfeito de erupção dentária, apresentando um ou mais dentes em relacionamento de mordida cruzada, porém, não apresentando irregularidade alguma no osso basal. **3) Funcional:** Quando a má oclusão era 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 ocorriam sinais de discrepância nas linhas médias superior e inferior quando a mandíbula encontrava-se em posição de repouso, porém apresentando desvio da mandíbula, no sentido da mordida cruzada, quando os dentes entravam em oclusão.

GHERSEL et al (1992) afirma que a mordida cruzada posterior pode ser classificada como: **1) Unilateral funcional:** Quando os dentes estão em oclusão, não existe coincidência da linha média, e um ou mais elementos posteriores superiores unilaterais se encontram inclinados para palatino. Ao posicionar a mandíbula em relação cêntrica, pode-se observar mordida posterior de topo a topo bilateral. **2) Unilateral verdadeira:** Ocorre devido à deficiência no crescimento ósseo assimétrico em largura da maxila ou mandíbula, com coincidência da linha mediana. **3) Bilateral:** Ocorre devido a uma atresia bilateral da maxila (deficiência do crescimento em largura dos ossos basais).

#### TRATAMENTO

Segundo WOITCHUNAS et al (2010), o objetivo do tratamento ortodôntico precoce é criar ótimas condições para o crescimento e desenvolvimento normais, eliminando a mordida lateral forçada. Muitas vezes essas deficiências ocorrem ao mesmo tempo, porém é importante para a escolha de um tratamento adequado o diagnóstico diferencial entre elas, sempre procurando descobrir qual fator deu origem à má oclusão. Após a realização de um diagnóstico correto, parte-se para a forma de tratamento mais adequada para o caso.

O tratamento precoce da mordida cruzada posterior de acordo com SILVA FILHO et al (1999), tem como objetivos: Redirecionar a posição dos germes dos dentes permanentes, promover uma melhor relação entre as bases apicais, normalizar a função mastigatória, eliminar posições inadequadas da ATM, estabelecendo relações simétricas da posição da cabeça da mandíbula nas fossas articulares e impedir modificações indesejáveis no crescimento craniofacial.

Acredita-se que quando não corrigida precocemente, pode afetar o desenvolvimento da dentição permanente. Assim, um plano de tratamento o mais cedo possível é necessário, o qual envolva a expansão da arcada superior quando a mordida cruzada for esquelética. Tendo em vista que a sutura palatina mediana pode se ossificar antes dos 15 anos de idade, o período adequado para a expansão sutural é entre os 8 e 15 anos de idade. Contudo, a opção por uma implementação

precoce de um tratamento deve depender da gravidade da má oclusão e da possível estabilidade do tratamento, como e o caso de crianças que apresentam uma respiração oral predominante. Do mesmo modo, devem-se escalonar as anomalias pela sua possibilidade ou impossibilidade de autocorreção. (SANTOS et al, 2006)

Segundo (SILVA FILHO, O.G, FREITAS, S.F & CAVASSAN, A.O, 1989) a importância de um tratamento precoce das mordidas cruzadas anteriores e posteriores é amplamente divulgada na literatura. Nestes casos, deve-se sempre realizar os diagnósticos oclusais, que se iniciam na dentição decídua, devem ser precisamente diagnosticadas e tratadas precocemente, de modo a evitar danos na dentição mista e permanente.

Dentre todas as alternativas possíveis para correção precoce da mordida cruzada posterior está o aparelho removível: Placa de Hawley com expensor, e os aparelhos fixos: quadrihélice e arco em W. Além do quadrihélice, os aparelhos fixos mais utilizados na correção precoce da mordida cruzada posterior são: Hass, Hyrax, McNamara (SALGUEIRO & PEREIRA O.P.B, 2010).

## APARELHOS REMOVÍVEIS

### PLACA DE HAWLEY COM EXPANSOR:

Está indicado quando se deseja promover expansão do arco dentário superior para corrigir as mordidas cruzadas posteriores dentárias na dentadura decídua e mista. Promove expansão lenta do arco e inclinação dos dentes posteriores para vestibular, sem abrir a sutura palatina mediana (GHERSEL et al, 1992).



**Figura 1 - Placa de Hawley com expensor**

Fonte: <https://eduardocarvalhoortodontia.com.br/2015/04/07/uso-de-aparelhos-expansores/>



## ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

Faz uso de aparelhos ortodônticos que se destinam à correção do posicionamento da dentição para fins de estética e funcionalidade e, são vastos os tipos de aparelhos ortodônticos, sendo os de posição fixa e os chamados removíveis. Para saber qual aparelho é o mais adequado para correção dos dentes, há de se fazer uma avaliação com critérios do ortodontista. Ela tem como função diagnosticar e tratar as alterações de aumento maxilomandibular, o posicionamento irregular dental, a correção da posição e movimento da mandíbula e da língua, a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e as dores na face, nuca, no ombro e ouvido. Os aparelhos ortopédicos funcionais são intrabucais, removíveis, de fácil higienização, indolores e usados durante o dia e a noite. Atuam por excitação neural, que estimula os músculos e nervos da face e da boca, quando ocorre a mudança e a correção da posição da mandíbula, língua e ATM, a resposta ocorre também no osso, gengiva e dentes. Estimulam o crescimento e o desenvolvimento dos maxilares, direcionam a erupção dos dentes e conquistam o espaço suficiente para posicionar e alinhar os permanentes sem extrações.



**Figura 2: Aparelhos Ortodônticos usados em Ortopedia Funcional dos Maxilares**

Fonte : <http://www.big1news.com.br/ortopedia-funcional-dos-maxilares-finalidades.html>

### APARELHOS FIXOS

#### QUADRIHÉLICE

Indicado para o tratamento das mordidas cruzadas posterior, de origem dentária e esquelética leve, este aparelho é um arco palatino onde quatro helicóides são confeccionados, sendo posicionados dois na região posterior (distal do molar



bandado) e dois na porção anterior (próximo a papila incisiva) (FIGUEIREDO, et al 2007 & WOITCHUNAS et al, 2010). Ele propicia expansão lenta e simétrica da arcada superior. Por apresentar quatro helicóides, este possui um limite maior de forças e suavidade. Ele proporciona ao arco um aumento transversal devido ao movimento dos dentes (OLIVEIRA, 2011). O aparelho quadrihélice é uma modificação do aparelho “W”. Sua expansão ocorre porque o aparelho comprime os ligamentos periodontais, desloca os processos alveolares, inclina os dentes em ancoragem e abre gradualmente a sutura mesopalatina (DUARTE, 2006). O Quadrihélice pode ser: **1) Com grade palatina:** Nos casos de mordida cruzada posterior e aberta anterior. **2) Até os anteriores (laterais e centrais):** Nos casos de mordida cruzada posterior e anterior. **3) Com molas (digitais, simples ou duplas):** Nos casos em que um ou mais dos anteriores precisarem de uma movimentação maior. **4) Unilateral:** Nos casos de mordida cruzada unilateral, pode-se fazer uma adaptação do lado oposto visando menor força neste. O aparelho original e todas suas variações podem ser soldados na banda molar (1 e 2 molares decíduos e permanentes) ou podem ser de encaixe no tubo lingual colocado na face palatina dessas bandas, permitindo a remoção e ativação com maior facilidade. Este aparelho é indicado nos casos de mordida cruzada posterior bilateral suave, sem envolvimento esquelético, nas dentaduras decídua e mista, podendo ser utilizado ocasionalmente na dentadura permanente, em casos específicos de inclinação dentária.



**Figura 3 - Aparelho Quadrihélice**

Fonte: [www.eduardocarvalhoortodontia.com.br](http://www.eduardocarvalhoortodontia.com.br)

## ARCO EM W

Encontra-se entre o mais utilizado para correção de mordida cruzada posterior, pois oferece algumas vantagens: É flexível no seu ajuste, é fácil de ser higienizado pelo paciente, além de não depender da colaboração do paciente, por ser um aparelho fixo (ALMEIDA et al, 2009). Ele proporciona expansão lenta e simétrica do arco dentário superior. Devido ao fato de não ter helicóides, este se adapta muito bem na dentadura decídua, principalmente quando as coroas clínicas dos posteriores estiverem curtas, impossibilitando a confecção de helicóides (como no Bihélice e Quadrihélice). O Arco em W pode ser: **1) Com grade palatina:** Nos casos de mordida cruzada posterior e aberta anterior. **2) Até os anteriores (laterais e centrais):** Nos casos de mordida cruzada posterior e anterior. **3) Com molas (digitais, simples ou duplas):** Nos casos em que um ou mais dos anteriores precisarem de uma movimentação maior. O aparelho original e todas suas variações podem ser soldados na banda molar (1 e 2 molares decíduos e permanentes) ou podem ser de encaixe no tubo lingual colocado na face palatina dessas bandas, permitindo a remoção e ativação com maior facilidade. Este aparelho é indicado nos casos de mordida cruzada posterior bilateral suave, sem envolvimento esquelético, nas dentaduras decídua e mista, podendo ser utilizado ocasionalmente na dentadura permanente, em casos específicos de inclinação dentária.



**Figura 4 - Arco em W**

Fonte: [http://hmprotese.blogspot.com.br/2012\\_07\\_15\\_archive.html](http://hmprotese.blogspot.com.br/2012_07_15_archive.html)

## DISJUNÇÃO PALATINA

É utilizada na ortodontia para aumentar a largura da maxila (arcada superior), o que pode ser muito útil na correção de mordidas cruzadas e na obtenção de

espaço. Este recurso é muito utilizado pelos ortodontistas. Os disjuntores são aparelhos que se fixam aos primeiros molares e aos primeiros pré-molares através de bandas e possuem um parafuso expensor que ao ser ativado produz uma força de expansão da arcada. Os disjuntores Hirax, Haas e o McNamara são parecidos e funcionam praticamente da mesma maneira. Na Disjunção a arcada superior (maxila) sofre uma ruptura da sutura palatina mediana. É como se o palato (o céu da boca) fosse cortado ao meio e as duas metades separadas. Como resultado tem o aumento da largura da arcada e o aparecimento de um diastema central (os incisivos centrais se separam). Apesar de ser possível fazer disjunção palatina em adultos, quanto mais precoce for o tratamento, maiores as chances de sucesso. Quando a disjunção não acontece, a força do aparelho pode trazer alguns problemas para os dentes como retrações gengivais. Para reduzir o risco de problemas como este, o ortodontista precisa saber a idade esquelética do paciente. O que é feito através de uma radiografia do punho. O tratamento costuma ser feito com ativações diárias do parafuso por um período de uma a duas semanas. Depois o aparelho deve ser mantido na boca sem ser ativado por três a quatro meses. Mas isso pode variar dependendo do caso. É importante que o paciente limpe corretamente o disjuntor. Principalmente quando o aparelho tem uma parte de resina em contato com a mucosa do palato. Pode ser usada uma seringa plástica sem agulha para injetar água entre o aparelho e a mucosa e assim remover os resíduos de alimentos. Além disso, uma boa escovação, fio dental e bochechos com antissépticos bucais.

### **APARELHO HYRAX**

É um disjuntor confeccionado sem acrílico na região palatina, com parafuso expensor próprio e estrutura de aço inoxidável, indicado para tratamento de mordidas cruzadas esquelético (SALGUEIRO, 2010 & WOITCHUNAS et al, 2010). Aparelho dento-suportado. As demais especificações quanto aos dentes de ancoragem e as estruturas que constituem o aparelho seguem o mesmo padrão do expensor tipo Haas, diferindo apenas na presença do acrílico. As características deste aparelho permitem maior conforto ao paciente, fácil higienização e não traumatiza a mucosa palatina. Este é um aparelho dento suportado, que possui maior eficácia, podendo ser usado também na dentadura permanente.

Ele promove a expansão rápida da maxila, levando a ruptura da sutura palatina, fazendo com que com que as arcadas dentárias entrem em equilíbrio, corrigindo as maloclusões. E por ser um aparelho com estrutura de aço inoxidável, facilita a sua higienização (CAMPOS, 2012).



**Figura 5 - Aparelho Hyrax**

Fonte: [www.peo.com.br](http://www.peo.com.br)

### **APARELHO HASS**

É um aparelho dento-muco-suportado que consiste em quatro bandas posicionadas nos primeiros pré-molares e primeiras molares permanentes (dentição permanente). Pacientes em fase de dentição decídua, os segundos molares e os caninos decíduos constituem os dentes de ancoragem, e em dentição mista, os primeiros molares permanentes e os caninos decíduos são englobados no aparelho. É indicado para tratamento de mordida cruzada esquelético uni ou bilateral (SALGUEIRO, 2010 & WOITCHUNAS et al, 2010). É um aparelho bastante utilizado para expansão rápida da maxila, sendo que é um aparelho de difícil higienização, ao contrario do aparelho Hyrax (CAMPOS, 2012). Caracteriza-se pela presença de um parafuso expensor na parte média do aparelho onde é incorporado acrílico, devendo ficar levemente afastado dos tecidos moles (palato e gengiva marginal livre) e região distal do primeiro molar permanente. A desvantagem deste aparelho é a dificuldade de higienização e a capacidade de provocar inflamação no palato.



**Figura 6 - Aparelho Hass**

Fonte: [www.cetrobh.com](http://www.cetrobh.com)

### **APARELHO MCNAMARA**

Caracteriza-se pela presença deacrílico na superfície oclusal dos dentes posteriores, que atua como um bloqueio de mordida posterior, inibindo a erupção dos molares durante a disjunção. Este aparelho constitui uma ótima escolha para pacientes com AFAI aumentada. A cobertura oclusal também abre a mordida posteriormente, facilitando a correção das mordidas cruzadas anterior. Podendo ser indicado satisfatoriamente em dentes com coroa clínica expulsiva, onde a retenção e a estabilidade do aparelho ficarão comprometidas.



**Figura 7 - Aparelho MCnamara**

Fonte : [www.cetrobh.com](http://www.cetrobh.com)

## DISJUNÇÃO RÁPIDA DE MAXILA CIRURGICAMENTE ASSISTIDA

A disjunção rápida de maxila cirurgicamente assistida é sem dúvida alguma um ponto muito controverso na ortodontia. Isto devido a dificuldade de identificar quando indicar uma disjunção rápida somente ortodôntica e quando indicar uma disjunção auxiliada cirurgicamente. Após o término do crescimento, encontrando-se as suturas ósseas fusionadas, o efeito das forças ortopédicas, sobre o tecido ósseo, são significativamente limitadas. Portanto, na idade adulta, a correção da deficiência transversa esquelética de maxila, seja ela unilateral ou bilateral, deve ser assistida cirurgicamente, devido ao fato que somente a cirurgia tem a capacidade de romper totalmente a resistência das suturas fusionadas, proporcionado enorme facilidade para o movimento de expansão ou alongamento ósseo do palato, sem causar ou causando o mínimo de inclinações dentárias indesejáveis.



**Figura 8 – Distrator Palatal**

Fonte <https://plasticaebucomaxilo.wordpress.com/2014/09/01/disjuncao-rapida-de-maxila-cirurgicamente-assistida>

Na imagem tem-se o Distrator Palatal, que é um dispositivo colocado fixo somente ao palato, não causando nenhum tipo de inclinação dentária e proporcionando uma higiene oral normal. Ideal para pacientes com problemas periodontais ou quando não queremos ter nenhum grau de inclinações dentárias.

Deve-se oferecer ao paciente resultados previsíveis e seguros. Tentativas de disjunção de maxila somente ortodônticas em pacientes adultos, frequentemente não obtêm êxito e podem ocasionar injúrias importantes aos dentes e periodonto. Quando ortodontista e cirurgião trabalham juntos em pacientes adultos com

deformidades dento-esqueléticas, o resultado final é muito mais previsível, seguro e estável ao longo da vida do paciente.

Vale ressaltar, que maioria dos pacientes com atresia de maxila apresentam palato ogival, com conseqüente predomínio do padrão de respiração bucal. A cirurgia de expansão de maxila pode melhorar em até 70% a respiração pelo nariz, dependendo da quantidade de expansão necessária.

## CONCLUSÃO

Baseando-se na revisão de literatura apresentada, pode-se concluir que, o cirurgião-dentista/ortodontista deve tratar cada caso com total prioridade e atenção, para poder analisar o grau de severidade de tal má oclusão, tendo que levar sempre em consideração a idade do paciente.

Um correto diagnóstico, em momento adequado e precoce, sendo ele diferencial, é de fundamental importância, pois a Mordida Cruzada Posterior não se autocorrigue, tendo em vista que será a partir de um diagnóstico que direcionará a escolha certa do tratamento adequado para cada caso.

Vale ressaltar, que independente da diferença entre um aparelho e outro, todos citados anteriormente são eficazes, desde que sejam indicados corretamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M. Antonio de Oliveira; QUINTÃO, Catia Cardoso Abdo; BRUNHARO, Ione Helena Vieira Portella; KOO, Daniel; COUTINHO, Bianca Rossi. A Correção da Mordida Cruzada Posterior Unilateral com Desvio Funcional Melhora a Assimetria Facial?. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v.14, n.2, p. 89-94, mar/abr 2009.
2. CAMPOS, J.M. Haas e Hyrax Como Alternativa para Expansão Rápida Maxilar. Monografia de Especialização em Ortodontia do Instituto de Ciências da Saúde, FUNORTE/SOEBRÁS, 2012.
3. COHEN, M.M. Ortodontia pediátrica preventiva. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
4. DUARTE, Mario Sergio. O aparelho quadrihélice (Quad-helix) e suas variações. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial, Maringá, v.11, n.2, p. 128-156, mar/abr 2006.



5. FERREIRA ES, VANZIN GD, FERREIRA C, SAFFER F. Considerações gerais sobre mordida cruzada posterior e as alternativas para o seu tratamento. *Ortodontia Gaúcha* 1998; 2(2):133-41.
6. FIGUEIREDO, Márcio Antonio de; SIQUEIRA, Danilo Furquim; BOMMARITO, Silvana; SCANAVINI, Marco Antonio. Tratamento Precoce da Mordida Cruzada Posterior com o Quadrihélice de Encaixe. *Revista Clínica de Ortodontia Dental Press, Maringá*, v. 5, n. 6, dez 2006/jan 2007.
7. GHERSEL, E.L.A.; SANTOS, N.P.; GUEDES-PINTO, A.C.; ABRÃO, J. Mordidas cruzadas posteriores: diagnóstico e tratamento. *Rev Odontopediatria, São Paulo*,v.1, n.2, p.73-82, abr./jun. 1992.
8. LOCKS, A.; WEISSHEIMER, A.; RITTER, D. E.; RIBEIRO, G. L. U.; MENEZES, L. M.; DERECH, C. D'A.; ROCHA, R. Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá*, v. 13, n. 2, p. 146-158, mar./abr.2008.
9. 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.
10. MODESTO A, BASTOS EPS, Galiza WML, SOTHER VD, SALOMÃO MB. Estudo da prevalência da mordida cruzada posterior. *Rev Bras Odontol* 1994; 51(1):2-4.
11. MOYERS, R. E. Classificação e terminologia da má-oclusão. In: \_\_\_\_\_. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 156-157.
12. OLIVEIRA, Rodrigo Inácio. Correção da Mordida Cruzada Posterior Utilizando o Quadrihélice. Monografia de Especialização em Ortodontia do ICS – FUNORTE/SOEBRÁS, Núcleo Contagem, 2011.
13. PERES KG, TRAEBER ESA, MARCENES W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev saúde pública*. 2002;36:230-6. SALGUEIRO, PEREIRA O.P.B. Mordida Cruzada Posterior. Monografia de Especialização em Ortodontia do ICS – FUNORTE/SOEBRÁS, Núcleo Brasília, 2010.

14. SALGUEIRO, PEREIRA O.P.B. Mordida Cruzada Posterior. Monografia de Especialização em Ortodontia do ICS – FUNORTE/SOEBRÁS, Núcleo Brasília, 2010.
15. SANTOS Pinto A, Rossi TC, GANDINI JUNIOR LG, Barreto GM. Avaliação da inclinação dentoalveolar e dimensões do arco superior em mordidas cruzadas posteriores tratadas com aparelho expansor removível e fixo. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2006; 11(4):91-103.
16. SCHWERTNER, A.; NOUER, P. R. A.; GARBUI, I. U.; KURAMAE, M. Prevalência de maloclusão em crianças entre 7 e 11 anos em Foz do Iguaçu, PR. RGO, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 39-45, abr./jun.2007.
17. SILVA FILHO, O.G.; FREITAS, S.F.; CAVASSAN, A.O. Oclusão: escolares de Bauru– prevalência de oclusão normal e má-oclusão na dentadura mista em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v.43, n.6,p.287-290, nov./dez. 1989.
18. SILVA FILHO OG, FERRARI JR FM, AIELLO CA, ZAPONE N. Correção da mordida cruzada posterior na dentadura decídua. Ortodontia 1999; 32(3):60-9.
19. SOUSA, J. P.; SOUSA, S. A. Prevalência de má oclusão em escolares de 7 a 9 anos de idade do Polo 1 da Rede Municipal de Ensino em João Pessoa-PB. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 42, n. 2, p.117-123, mar./abr. 2013.
20. WOITCHUNAS, F. E.; AZAMBUJA, W. V. de; SIGNOR, J.; GRANDO, K. Avaliação das distâncias transversais em indivíduos com mordida cruzada posterior que procuraram a clínica de Ortodontia Preventiva II da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. RFO, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 190-196, maio/ago. 2010.