



Esporões linguais para a interceptação da mordida aberta anterior dentária. Em uma consulta?

Oscar Mario Antelo¹
 Thiago Martins Meira²
 Jussimar Scheffer Castilhos³
 Nathan Barboza Bueno⁴
 Orlando Tanaka⁵

Introdução

A mordida aberta anterior (MAA) deve ser prevenida e interceptada em idade precoce, preferencialmente na dentição mista, para se estabelecer um ambiente adequado para a estabilidade dos resultados em longo prazo¹. O posicionamento anterior da língua em repouso, deglutição atípica com interposição lingual e hábitos deletérios como a sucção digital são descritos como fatores etiológicos comuns da MAA^{2,3}. Existem outras condições possivelmente ensejadoras da MAA, incluindo crescimento vertical severo, respiração predominantemente bucal e sucção dos lábios².

A prevalência da MAA na dentição mista é de 17,7% e a sua etiologia é multifatorial⁴. Quando ela resulta principalmente da posição anormal da língua, recomenda-se o tratamento ortodôntico^{2,3,5,6}.

Os esporões linguais corrigem o comportamento e a postura da língua, proporcionando a interceptação com o fechamento progressivo da MAA por reflexo proprioceptivo, promovendo uma posição superior da língua em repouso e estabilidade dos resultados^{2,3,6}.

Neste “*point of view*” será descrita uma técnica simples de confecção e adesão direta de esporões linguais para a interceptação da MMA, que pode ser executada numa única consulta.

¹ Professor, Especialização em Ortodontia – Universidade Católica Boliviana “San Pablo” – Santa Cruz de La Sierra, Bolívia, Doutor em Odontologia-Ortodontia – PUCPR.

² Doutorando em Odontologia – Ortodontia – PUCPR.

³ Especialista em Ortodontia – PUCPR, Mestre em Odontologia – UNIOESTE.

⁴ Graduando em Odontologia – PUCPR.

⁵ Professor Titular – PPGO – Escola de Ciências da Vida – PUCPR.

E-mail do autor: tanakaom@gmail.com

Como citar este artigo:

Antelo OM, Meira TM, Castilhos JS, Bueno NB, Tanaka O. Esporões linguais para a interceptação da mordida aberta anterior dentária. Em uma consulta? *Orthod. Sci. Pract.* 2020; 13(52):25-28.
 DOI: 10.24077/2020;1352-POV2228

Descrição da técnica

Utilizar um segmento de fio de aço inoxidável (0,70 mm) e com o alicate *bird beak* realizar um *loop* na extremidade do fio (Figura 1A-B). Em seguida, dobrar o fio em 60° distante 2,0 mm do *loop* (Figura 1C-D). Cortar o fio com 5 a 7 mm de comprimento após a dobra de 60° (Figura 1E-H). Realizar a profilaxia, o condicionamento ácido e aplicar o adesivo na face lingual dos incisivos inferiores, com a ponta para cima (Figura 1I-L).

Esta técnica de confecção e instalação dos esporões linguais em uma consulta tem boa aplicação clínica e eficácia na correção da MAA, como ilustrado na Figura 2. Com ela é possível retificar a posição anterior da língua em repouso e a deglutição com interposição lingual com reduzido risco de recidiva. Os indivíduos que mantiveram uma correção estável da MAA após a interceptação ortodôntica foram aqueles que preservaram a posição da língua no palato em repouso e durante a deglutição⁷.

Também existem outros tipos de esporões linguais, como esporões soldados (Figura 3), que podem ser uti-

lizados a depender das preferências clínicas do ortodontista ou de variações no posicionamento da língua. Os resultados de sua aplicação são similares aos obtidos a partir da utilização de esporões colados⁸. Além de corrigir a MAA, ambos são igualmente eficazes em modificar a posição anterior da língua em repouso, a deglutição com projeção lingual e o hábito de sucção do polegar⁹.

Quando são bem informados acerca da abordagem, os pais e pacientes geralmente aceitam bem o tratamento com esses dispositivos. O comprometimento da fonação e da mastigação são temporários, e há algum grau de desconforto somente durante os primeiros 10 dias^{5,8}.

Para um bom prognóstico da abordagem terapêutica da MAA utilizando esporões linguais, é fundamental que haja o consentimento dos pais, a adesão do paciente e o acompanhamento fonoaudiológico. Sugere-se que o desejo de abandonar o hábito preceda a presença de qualquer tipo de aparelho¹⁰.

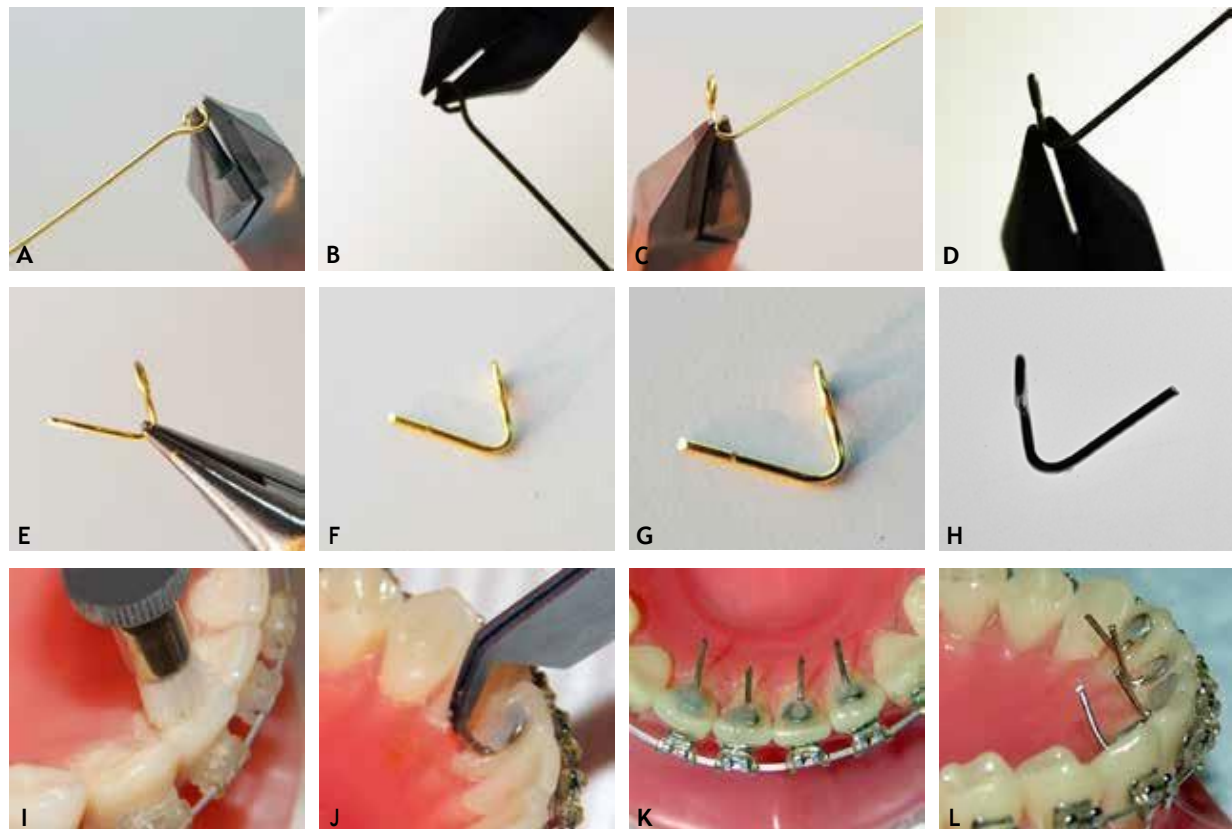


Figura 1 (A-L) - A-H) Fio de latão 0,6 mm apenas para ilustração. A-B) Usar um segmento de fio 0,7 mm de aço inoxidável. Dobrar um loop. C-D) A 2 mm desse loop dobrar em 60°. E-H) Cortar 5 a 7 mm. I-J) Colar na face lingual dos incisivos inferiores. K-L) Posicionar com a ponta para cima, para incisal.



Figura 2 (A-J) - A,G,H) MAA de 5,0 mm devido ao hábito de posição anterior da língua em repouso e interposição lingual na deglutição. E-F) Colagem direta dos esporões na face lingual dos incisivos inferiores. B) Progresso da obtenção do *overbite* correto. C-I) Após 9 meses, obteve-se o fechamento completo da MAA. G-J) Melhoria na estética do sorriso e telerradiografias antes e após a disposição..

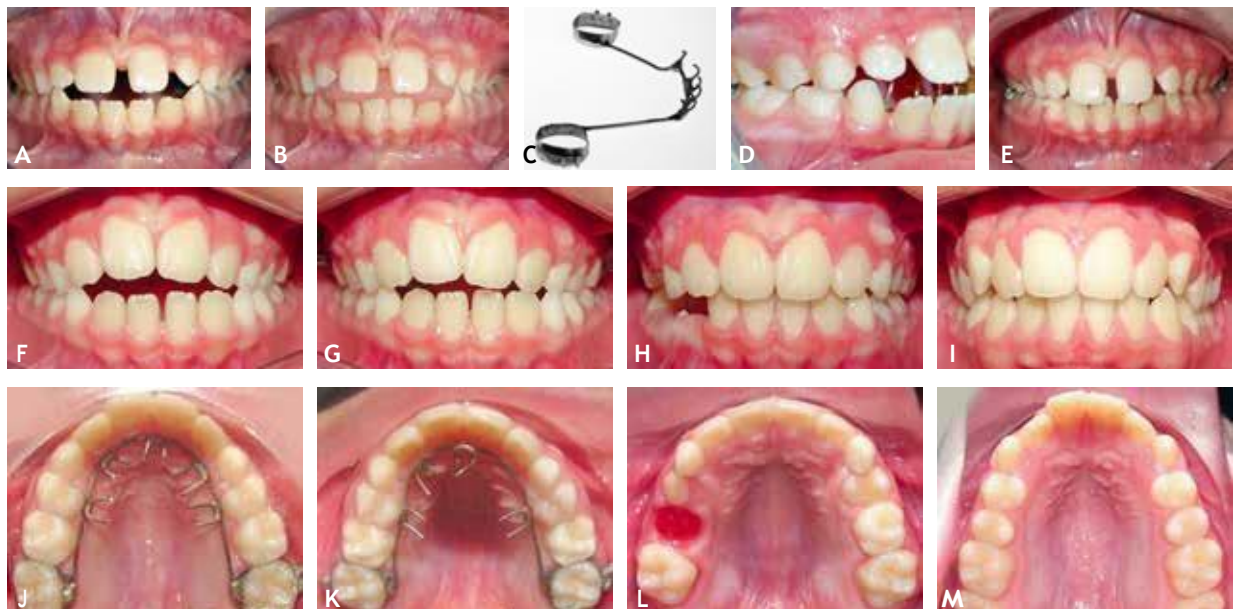


Figura 3 (A-M) - A-B) Interposição lingual permaneceu após terapia fonoaudiológica. C-D) Com a concordância do paciente e da mãe utilizou por 12 meses o esporão na mandíbula, E) normalizando o *overbite*. F) Hábito de sucção do polegar causando a MAA. J-K) Instalação de esporões soldados na maxila. G-H) *Overbite* normalizado e I) estabilizado. L) Acompanhamento da biogênese. I-M) Pronto para iniciar a Ortodontia corretiva.

Sugere-se que o desejo de abandonar o hábito preceda a presença de qualquer tipo de aparelho¹⁰. A confecção e instalação deste dispositivo numa mesma consulta, como ilustrado, oferece praticidade e é outra boa alternativa para o tratamento da mordida aberta anterior.

Referências

1. Cassis MA, de Almeida RR, Janson G, de Almeida-Pedrin RR, de Almeida MR. Treatment effects of bonded spurs associated with high-pull chin cup therapy in the treatment of patients with anterior open bite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;142:487-493.
2. Bosio JA, Justus R. Treatment and retreatment of a patient with a severe anterior open bite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013;144:594-606.
3. Huang GJ, Justus R, Kennedy DB, Kokich VG. Stability of anterior openbite treated with crib therapy. *Angle Orthod* 1990;60:17-24.
4. Worms FW, Meskin LH, Isaacson RJ. Open-bite. *Am J Orthod* 1971;59:589-595.
5. Araújo EA, Andrade Jr I, Brito GdM, Guerra L, Horta MCR. Perception of discomfort during orthodontic treatment with tongue spurs. *Orthodontics: The Art & Practice of Dentofacial Enhancement* 2011;12.
6. Justus R. Correction of anterior open bite with spurs: long-term stability. *World J Orthod* 2001;2:219-231.
7. Smithpeter J, Covell D. Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;137:605-614.
8. Canuto LF, Janson G, de Lima NS, de Almeida RR, Cancado RH. Anterior open-bite treatment with bonded vs conventional lingual spurs: A comparative study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2016;149:847-855.
9. Ferrari DF, Leão Filho JCB, Silva GPM, Largura LL, Tanaka O. Arco duplo helicoidal palatal fixo: O arco indesejável para o hábito de sucção do polegar. *Orthodontic Science and Practice* 2011;5:86-93.
10. Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134:305-308.