

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANGELICA INÁCIO PIRES**

**KELLY CAROLINE MESQUITA**

**MORDIDA CRUZADA POSTERIOR INVERTIDA - SINDROME DE BRODIE:  
RELATO DE CASO**

**UBERABA - MG**

**2018**

ANGELICA INÁCIO PIRES

KELLY CAROLINE MESQUITA

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR INVERTIDA - SINDROME DE BRODIE:  
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba.

Orientador(a): Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira.

Co-orientador(a): Prof. Fernanda Sallum Mateus Silva.

UBERABA-MG

2018

Pires, Angelica Inácio.  
P665m Mordida cruzada posterior invertida – síndrome de Brodie: relato de caso / Angelica Inácio Pires, Kelly Caroline Mesquita. – Uberaba, 2018. 33 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia, 2018.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira.  
Coorientadora: Profa. Fernanda Sallum Mateus Silva.

1. Odontologia. 2. Síndrome de Brodie. 3. Dentes – Mordida cruzada. 4. Oclusão (Odontologia). I. Mesquita, Kelly Caroline. II. Oliveira, Maria Angélica Hueb de Menezes. III. Silva, Fernanda Sallum Mateus. IV. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. V. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

ANGELICA INÁCIO PIRES  
KELLY CAROLINE MESQUITA


MORDIDA CRUZADA POSTERIOR INVERTIDA – SINDROME DE BRODIE:

RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba.

Aprovado em: 08 / 10 / 18

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Profª Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira – Orientadora  
Universidade de Uberaba

Prof(a)

  
\_\_\_\_\_  
Universidade de Uberaba

Dedicamos este trabalho aos nossos queridos pais e ao Robson, que não pouparam esforços para que esse sonho fosse realizado. Ao Guilherme e ao Silvio, que nos apoiaram do início ao fim, oferecendo força, incentivo e motivação em toda nossa trajetória acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, por abençoar nossos caminhos durante toda essa jornada e por ter nos dado saúde e força para superar todas as dificuldades.

Aos nossos pais e ao Robson, que sempre estiveram ao nosso lado, sendo nossas maiores fontes de inspiração. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível.

Aos nossos irmãos, Silvio e Guilherme, e ao Rildo, que de uma forma especial e carinhosa nos deu força e coragem, nos apoiando nos momentos de dificuldades.

À nossa família e à Sandra, que sempre acreditaram no nosso potencial, contribuindo com palavras de incentivo.

À todos os professores do curso, que foram tão importantes na nossa vida acadêmica, àqueles que nos deram a chance de expandir novos horizontes. Em especial, as nossas orientadoras, Maria Angélica e Fernanda Sallum, pelo suporte, ensinamentos, paciência, confiança e coorientação para a resolução desse caso clínico.

Àos amigos, por estarem conosco nessa caminhada, dividindo alegrias e tristezas.

À Universidade de Uberaba, que ao longo da nossa formação nos ofereceu um ambiente de estudo agradável, motivador e repleto de oportunidades.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

"O impossível existe até que alguém duvide dele e prove o contrário."

*(Albert Einstein)*

## RESUMO

A mordida cruzada posterior invertida, também conhecida como “Síndrome de Brodie”, ocorre em uma pequena porcentagem da população. Caracteriza-se por uma relação anormal onde a maxila engloba completamente a mandíbula. Essa oclusopatia é classificada como esquelética - causada pela discrepância da largura da base dos maxilares, ou pode ser dentária – causada pela má posição dos dentes. Esta oclusopatia necessita de um tratamento precoce, que pode ser complexo e de difícil solução e deverá ser realizado com o acompanhamento de um(a) especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. O objetivo deste trabalho foi demonstrar o relato de caso clínico de um paciente portador da Síndrome de Brodie diagnosticada em idade precoce. Foram utilizados os devidos aparelhos ortopédicos e manutenção dos mesmos quinzenalmente, e percebeu-se que utilização do aparelho ortopédico Pista Indireta de Planas Composta foi eficaz para correção da mordida cruzada posterior invertida, ressaltando que a total cooperação do paciente foi fundamental para a eficácia do tratamento. Os objetivos iniciais foram alcançados, em que o tratamento apresentou êxito na correção da mordida cruzada vestibular total.

Palavras-Chave: Síndrome de Brodie. Mordida cruzada posterior invertida.  
Má oclusão.



## **ABSTRACT**

The inverted posterior bite, also known as "Brodie's Syndrome", occurs in a small percentage of the population. It is characterized by an abnormal relationship where the maxilla completely encompasses the mandible. This occlusion is classified as skeletal - caused by the discrepancy of the width of the base of the jaw, or may be dental - caused by poor position of the teeth. This occlusion requires an early treatment, which can be complex and difficult to solve and should be performed with the assistance of a specialist in Orthodontics and Functional Jaw Orthopedics. The objective of this work will be to demonstrate the clinical case report of a patient with Brodie's Syndrome diagnosed at an early age. Adequate orthopedic appliances will be used and maintained every fortnight, so that an acceptable result can be expected for the proposed treatment. The Compound Flat Indirect Track (PIPC) orthopedic device is expected to correct the inverted posterior crossbite, improving the masticatory conditions to the individual.

Keywords: Brodie's Syndrome. Inverted posterior crossbite. Malocclusion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista frontal.	14
FIGURA 2: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista do lado esquerdo.	14
FIGURA 3: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista do lado direito.	15
FIGURA 4A, 4B e 4C: Fotografias extrabucais iniciais. Padrão facial de classe II.	16
FIGURA 5A: Padrão dentário classe II.	17
FIGURA 5B: Mordida cruzada vestibular total.	17
FIGURA 6: Telerradiografia inicial.	17
FIGURA 7: Panorâmica inicial.	17
FIGURA 8A: Modelo de gesso inicial com vista do lado esquerdo.	18
FIGURA 8B: Modelo de gesso inicial com vista do lado direito.	18
FIGURA 8C: Discrepância entre maxila e mandíbula.	18
FIGURA 8D: Overjet inicial.	18
FIGURA 9A: Materiais utilizados para realização da moldagem.	19
FIGURA 9B: Moldeira com selamento na periferia.	19
FIGURA 10A: Pista Indireta Planas Composta (PIPC).	20
FIGURA 10B: Pista Indireta Planas Composta (PIPC) – dividido em segmentos inferior e superior.	21
FIGURA 11A,11B e 11C : Fotografias extrabucais finais.	22
FIGURA 12A: Situação final da cavidade oral – vista frontal.	23
FIGURA 12B: Situação final da cavidade oral – vista do lado esquerdo.	23
FIGURA 12C: Situação final da cavidade oral – vista do lado direito.	23
FIGURA 13: Telerradiografia final.	24
FIGURA 14: Panorâmica final.	24
FIGURA 15A: Modelo de gesso final com vista do lado esquerdo.	25
FIGURA 15B: Modelo de gesso final com vista do lado direito.	25
FIGURA 15C: Modelo de gesso final- arcada superior e inferior.	25
FIGURA 15D: Overjet final.	25

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	12
<b>3 OBJETIVOS</b>	13
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	14
4.1 Relato de caso clínico	14
4.2 Conduta operatória	15
<b>5 DISCUSSÃO</b>	26
<b>6 CONCLUSÃO</b>	29
<b>REFERÊNCIAS</b>	30
<b>ANEXOS</b>	31
<b>I – Termo de AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS</b>	31
<b>II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	32

## 1 INTRODUÇÃO

Para Gentili *et al*, (2017), a Odontologia é composta por várias especialidades, dentre elas a Odontopediatria, a Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares que se integram durante a prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações e anomalias do crescimento e desenvolvimento craniofacial.

Para Pereira e Felício (2005 apud RIBEIRO, 2012) o sistema estomatognático é composto por tecido ósseo, músculos, nervos, vasos e dentes, constituindo o conjunto de estruturas orais que exercem funções comuns. Como parte morfológica que compõe esse sistema podemos citar a oclusão dentária.

Segundo Suliano *et al* (2005 apud RIBEIRO, 2012) as oclusopatias caracterizam-se pelos desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, podendo afetar desde as funções do aparelho estomatognático, bem como a auto estima e até a aparência dos indivíduos.

As alterações que o mau posicionamento dentário poderá ocasionar se refletem na mastigação, fonação, deglutição, articulação temporomandibular (ATM) e na estética facial, interferindo ativamente nas funções das estruturas orais do sistema estomatognático (RIBEIRO, 2012).

Para Rodrigues, Bérzin e Siqueira (2006 apud RIBEIRO, 2012) no entanto, é necessário um planejamento minucioso e um acompanhamento profissional criterioso analisando toda a condição oclusal e a musculatura envolvida com a variação para, que no término do tratamento seja observado possíveis melhorias no funcionamento muscular.

Locks *et al*, 2008, na literatura compulsada, a classificação da mordida cruzada posterior apresenta-se diversificada, onde a mesma passa por várias modificações de acordo com as experiências entre os autores. Consequentemente, existe um obstáculo na compreensão, diagnóstico e tratamento destas oclusopatias.

A “Mordida ou síndrome de Brodie” ou “mordida em tesoura” é classificada como mordida cruzada posterior invertida, caracterizada pela relação transversal posterior acentuada, com excesso de vestibularização dos molares superiores e/ou excesso de lingualização dos molares inferiores, uni ou bilateralmente (DAINESI *et al*, 2012).

Assim sendo, esta oclusopatia é uma sucessão de uma maxila extremamente larga, de uma atresia severa da mandíbula ou uma junção de ambas (LOCKS *et al*, 2008).

A Síndrome de Brodie é uma alteração clínica rara, principalmente quando todos os dentes superiores posteriores estão envolvidos, na qual se caracteriza pela ausência de contato dentário entre os dentes posteriores superiores e seus antagonistas inferiores. Quando ocorre uma persistência da Mordida de Brodie, a mesma poderá ocasionar alterações nas bases ósseas maxilar e mandibular na dentição permanente e compensações dentoalveolar evoluindo para uma assimetria facial, além da possibilidade de extrusão dentária (ALMEIDA *et al*, 2012).

Para Locks *et al*, 2008, a realização do tratamento deverá ser feita o mais precocemente possível, visto que tais alterações podem se tornar definitivas. Para realização do tratamento deve se levar em consideração desde o momento do diagnóstico até a aceitação por parte do paciente ou responsável. Esta oclusopatia requer tratamento duradouro e, o seu sucesso é dependente da cooperação do paciente.

Baseado no que foi exposto, o intuito do presente trabalho é apresentar o relato de caso clínico da Síndrome de Brodie em uma criança de 8 anos, na policlínica Getúlio Vargas.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O trabalho se justifica pela relevância de se difundir a Síndrome de Brodie entre os profissionais de saúde, especialmente na Odontologia, enriquecendo as informações para que assim a mesma possa ser diagnosticada e tratada o mais precoce possível, melhorando as condições mastigatórias do indivíduo.

### **3 OBJETIVOS**

Demonstrar, por meio da realização de relato de caso, o acompanhamento de um paciente com mordida cruzada posterior invertida, conhecida como Síndrome de Brodie, cujo diagnóstico diferencial e o início do tratamento para correção das compensações dentárias relacionadas com esta oclusopatia foram realizados precocemente.

## 4 MATERIAIS E METÓDOS

### 4.1 Relato de caso clínico

Foi realizado o tratamento ortopédico de um paciente G. A. O. S, leucoderma, masculino, 7 anos, que compareceu à policlinica Getúlio Vargas com a queixa principal de que havia uma grande distância da parte inferior da mandíbula com a maxila na região anterior.

FIGURA 1: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista frontal.



FIGURA 2: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista do lado esquerdo.





FIGURA 3: Situação inicial da cavidade oral do paciente- vista do lado direito.



No primeiro dia de atendimento foi realizado uma anamnese bem detalhada, um exame clínico e radiográfico completo, para verificar a origem da oclusopatia e, assim proporcionar o melhor tratamento para o paciente.

Dois documentos foram assinados pelos responsáveis da criança, para autorizar uso de imagens e de realização do tratamento, (termo de autorização do uso de imagens e depoimentos e o termo de consentimento livre e esclarecido).

#### **4.2 Conduta operatória**

A conduta clínica foi efetuada com o aparelho adequado para realização do tratamento.

Para confirmação do diagnóstico foi realizado um exame clínico como análise geral, análise local e análise dental e sucessivamente, requerido as devidas documentações ortodônticas como radiografias (panorâmica e cefalométrica) juntamente com suas análises, fotografias intra e extra bucais, modelos computadorizados e modelos em gesso das arcadas dentárias com o objetivo de proporcionar uma visão abrangente da cavidade bucal do paciente.

Após coletados, analisados e interpretados os dados diagnósticos e clínicos, foi realizado a classificação da arcada, para avaliar se a oclusopatia é de origem

dental, óssea ou muscular com o intuito de efetuar o melhor plano de tratamento. Durante a classificação da arcada do paciente constatou-se que a origem de sua oclusopatia é óssea.

Ao avaliar o tipo facial do paciente, observou-se que se tratava de um padrão braquifacial e um perfil convexo. Sabendo-se que este perfil é propício para o desenvolvimento de oclusopatias complexas, o cuidado se redobrou para promover um correto diagnóstico, melhor tratamento e conseqüentemente conseguir um bom prognóstico (Figura 4A – 4B e 4C).

Ao exame clínico, observou-se um padrão dentofacial de Classe II (Figura 5A), e uma mordida cruzada posterior vestibular bilateral, na qual a maxila englobava completamente a mandíbula (Figura 5B), caracterizando a Síndrome de Brodie.

Na análise da telerradiografia inicial pode ser evidenciada dentre as características mais marcantes, uma retrusão mandibular, vestibularização muito acentuada dos incisivos superiores, interposição do lábio inferior e o lábio superior mais curto (Figura 6).

Na radiografia panorâmica inicial observa-se a presença de incisivos e primeiros molares permanentes, textura óssea normal e estrutura óssea íntegra (Figura 7).

Ao analisar os modelos de estudo, observou-se que havia uma discrepância entre a maxila que se apresentava larga e uma mandíbula extremamente atrésica, e, além disso um overjet bastante acentuado (Figura 8A– 8B – 8C -8D).

FIGURA 4A, 4B E 4C: Fotografias extrabucais iniciais. Padrão facial de classe II.



FIGURA 5A: Padrão dentário classe II.

FIGURA 5B: Mordida cruzada vestibular total.



FIGURA 6: Telerradiografia lateral inicial.



FIGURA 7: Panorâmica inicial.

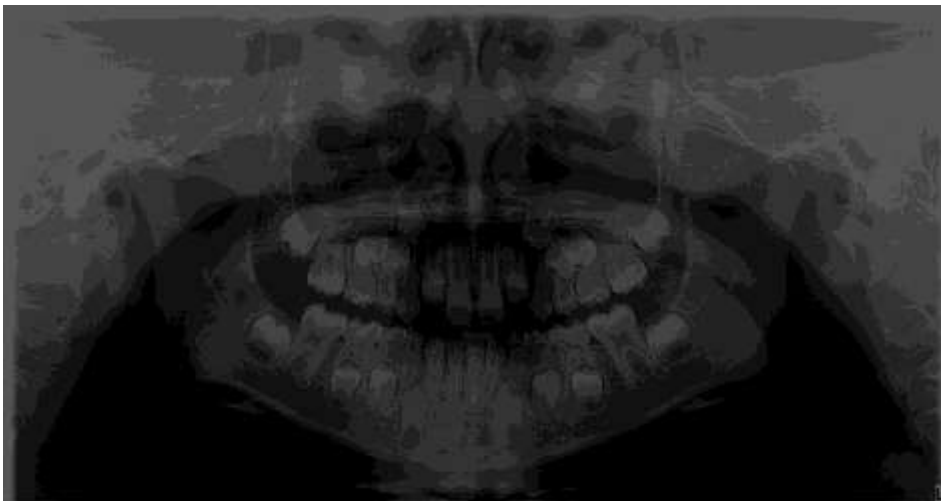
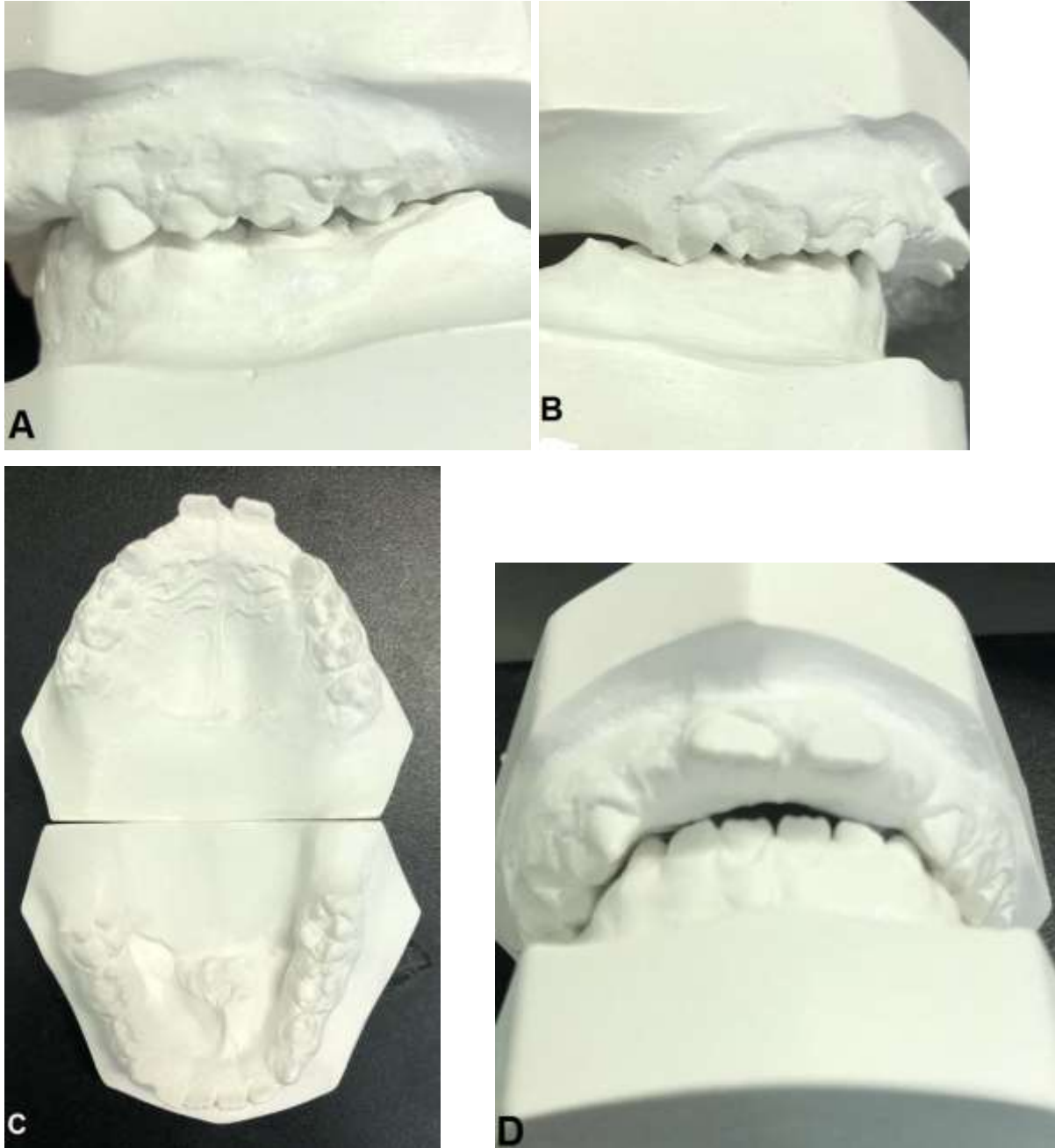


FIGURA 8A: Modelo de gesso inicial com vista do lado esquerdo.

FIGURA 8B: Modelo de gesso inicial com vista do lado direito.

FIGURA 8C: Discrepância entre maxila e mandíbula.

FIGURA 8D: Overjet inicial.



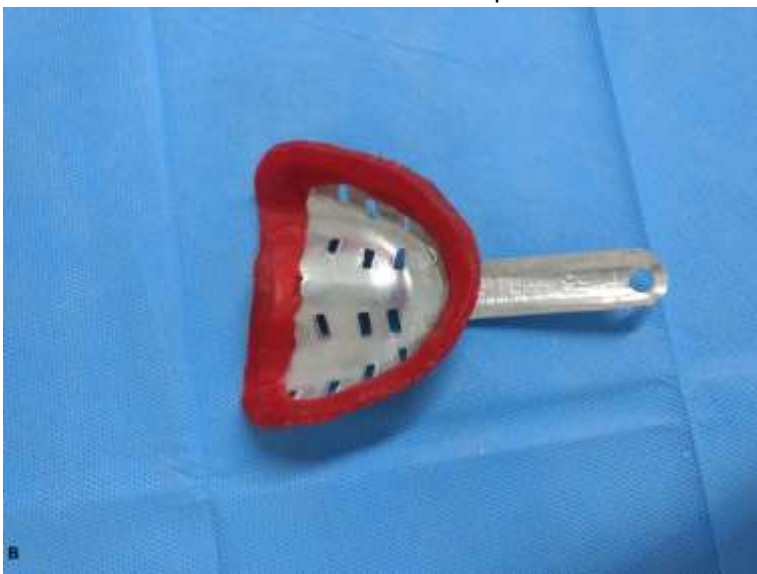
O diagnóstico de Síndrome de Brodie foi confirmado e, em seguida foi realizado um tratamento utilizando um aparelho ortopédico que melhor se adequou às necessidades do paciente com o intuito de reestabelecer suas condições funcionais.

Inicialmente, realizou-se a moldagem utilizando espátula para manipulação, cuba, alginato e moldeiras para edentados com selamento na periferia utilizando cera utilidade, a fim de que a moldeira pudesse se adaptar melhor devido a presença de uma musculatura potente (Figura 9A e 9B). Através da moldagem foram realizados os planejamentos até chegar em uma conclusão para iniciar o tratamento.

FIGURA 9A: Materiais utilizados para realização da moldagem.



FIGURA 9B: Moldeira com selamento na periferia.





Considerando a melhor forma de um tratamento e com base em todas as informações coletadas, o aparelho ortopédico de primeira escolha para suprir as necessidades do paciente foi a Pista Indireta Planas Composta (PIPC) (Figura 10A).

A PIPC é um aparelho bastante rígido, com ação bimaxilar composto por pistas indiretas, sustentadas por Arcos Dorsais unindo o segmento inferior ao superior que exercem como função o reforço de manutenção de postura.

FIGURA 10A: Pista Indireta Planas Composta (PIPC).



Como componentes do aparelho ortopédico do segmento inferior (Figura 10B) foram utilizados um arco de Bimler modificado com o escudo lateral, com o intuito de afastar a musculatura. Devido ao paciente possuir uma musculatura muito potente e interposição labial, deve-se afastar a musculatura permitindo assim, maior desenvolvimento da mandíbula, pois a mandíbula é pequena em relação à maxila. Juntamente com o arco de Bimler modificado com o escudo lateral foi instalado um torno expansor, em que foi realizado a sua ativação para estimular o crescimento transversal da mandíbula. Devido a interposição labial os incisivos inferiores possuem uma retroinclinação, por isso à frente do expansor estavam presentes as meias molas frontais que tocam nos incisivos inferiores para melhorar a inclinação dos mesmos, vestibularizando-os.

Como componentes do aparelho ortopédico do segmento superior (Figura 10B) foram utilizados as molas de contra no lado direito e esquerdo próximas aos dentes 16 (primeiro molar superior direito) e 26 (primeiro molar superior esquerdo) pois eles são demasiadamente vestibularizados, em relação a maxila. Essas molas de contra foram ativadas, palatinizando os molares para ajudar esses dentes a retornar à posição regular na arcada. Como este aparelho não tem necessidade de expansão da maxila, um fio foi confeccionado para reforçar o acrílico para que não haja fratura. No segmento superior também estavam presente as molas frontais em dois planos que funcionaram como uma grade para evitar a interposição lingual e, juntamente com o arco vestibular de Hawley que tocavam nos incisivos superiores que são muito vestibularizados, os mesmos melhoraram tal inclinação e, pelo fato da mola ser em dois planos ela não tocou nos incisivos superiores, ela somente possui a função de uma grade.

FIGURA 10B: Pista Indireta Planas Composta (PIPC) – dividido em segmentos inferior e superior.



As manutenções e ativações foram realizadas de 15 em 15 dias durante 6 meses.

Após 6 meses de tratamento, obteve-se o resultado satisfatório para correção da Síndrome de Brodie, onde o aparelho ortopédico utilizado promoveu o desenvolvimento transversal da mandíbula, e com isso, conseguiu corrigir a mordida cruzada vestibular total e, além disso, melhorou o overjet, removeu a interposição labial e conseqüentemente, reestabeleceu as funções mastigatórias.

Ao avaliar o tipo facial final podemos observar que o paciente evoluiu para um perfil reto (Figura 11A, 11B e 11C).

No exame clínico final podemos concluir que houve a correção da mordida cruzada vestibular total, porém o paciente permanece em uma relação de classe II (FIGURA 12A, 12B E 12C).

Na análise da telerradiografia final percebe-se que houve uma diminuição da vestibularização dos incisivos superiores, melhora da interposição do lábio inferior e o lábio superior aparentemente no mesmo nível do lábio inferior (Figura 13).

Na radiografia panorâmica final observa-se a presença de incisivos e primeiros molares permanentes, textura óssea normal e estrutura óssea íntegra (Figura 14).

Ao analisar os modelos de estudo, observa-se que houve uma acentuada diminuição entre a discrepância da maxila e mandíbula, e, além disso o overjet pouco acentuado (Figura 15A, 15B, 15C E 15D).

FIGURA 11A, 11B E 11C: Fotografias extrabucais finais.





FIGURA 12A: Situação final da cavidade oral – vista frontal.

FIGURA 12B: Situação final da cavidade oral – vista do lado esquerdo.

FIGURA 12C: Situação final da cavidade oral – vista do lado direito.



FIGURA 13: Telerradiografia final.



FIGURA 14: Panorâmica final.

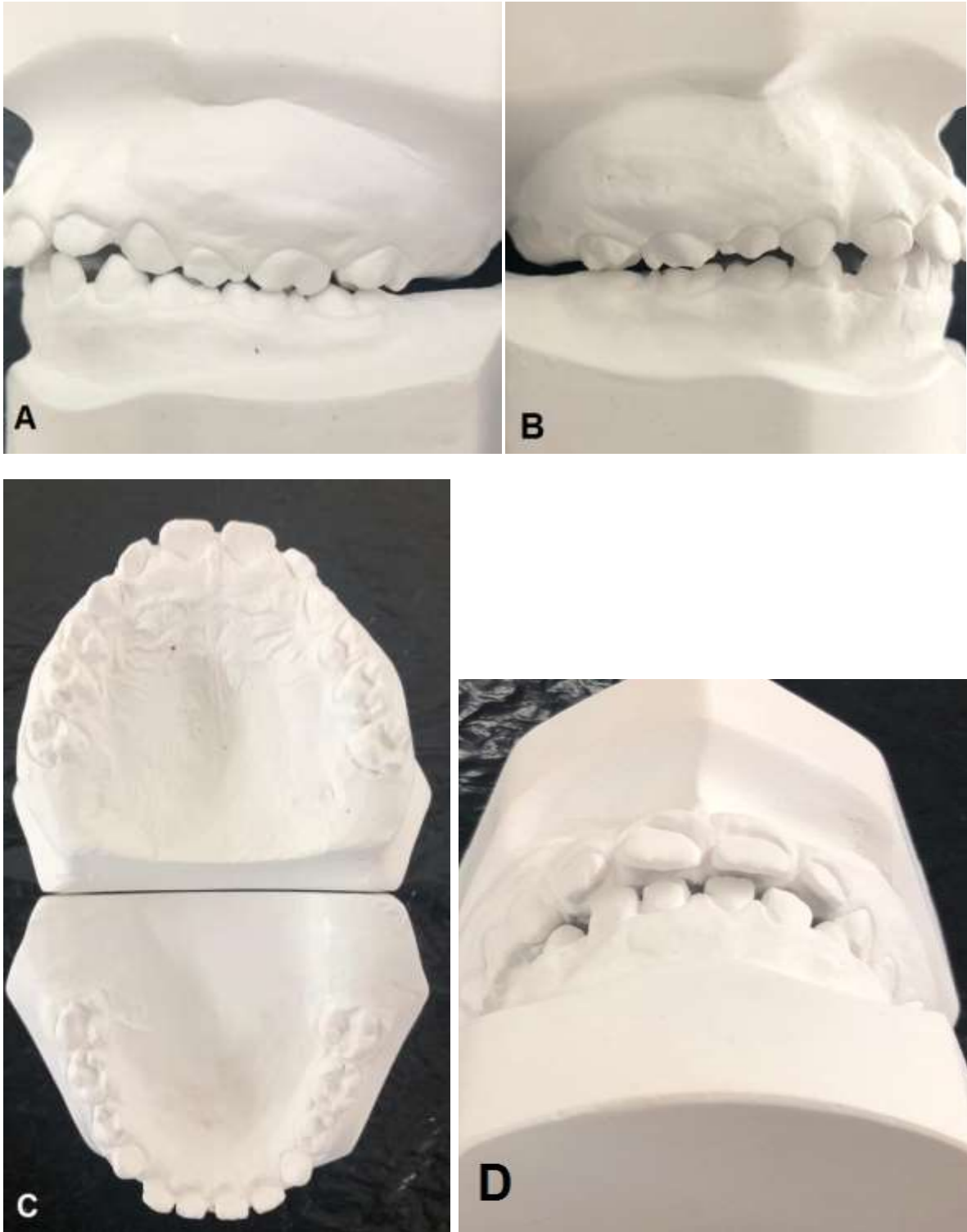


FIGURA 15A: Modelo de gesso final com vista do lado esquerdo.

FIGURA 15B: Modelo de gesso final com vista do lado direito.

FIGURA 15C: Modelo de gesso final – arcada superior e inferior.

FIGURA 15D: Overjet final.



## 5 DISCUSSÃO

Segundo MARCENES (2002 apud RIBEIRO, 2012) as oclusopatias podem ser consideradas um incômodo para a saúde pública, uma vez que ocupam a terceira posição na ordem dos problemas de saúde bucal, pois além de apresentarem elevado predomínio, viabilidade de prevenção e tratamento, também provocam um impacto social pela interferência na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Entretanto, de acordo com SOUTO *et. al.*, 2005, a mordida cruzada vestibular total, conhecida como Síndrome de Brodie, abrange 1% a 1,5% da população, sendo portanto considerada rara.

De acordo com Gentili *et. al.*, 2017, o diagnóstico das oclusopatias é de exclusiva competência do profissional habilitado para tal, e deve envolver o exame clínico criterioso do paciente, história médica, dados obtidos através do diagnóstico por imagens 2D ou 3D e análise dos modelos de estudo, para que a terapêutica de tratamento possa ser realizada da melhor maneira, devolvendo as condições funcionais ao paciente, no menor tempo possível. O profissional deve possuir competência e capacidade para determinar quais são os fatores determinantes para relacionar e interpretar todas as informações obtidas nos exames e optar entre os melhores tratamentos. Em complementação, segundo RAMIRES *et al.*, (2010 apud RIBEIRO, 2012) deve se levar em consideração um fator muito importante para o diagnóstico que é a avaliação do tipo facial do paciente em braquicefálico, mesocefálico e dolicocefálico. Algumas oclusopatias mais severas podem estar relacionadas com um padrão facial específico, no entanto, a avaliação deve ser realizada com muita cautela para que outras alterações não sejam confundidas diante de um diagnóstico definitivo.

De acordo com Looks *et.al.*, 2008, com o objetivo de concluir-se o diagnóstico e facilitar o tratamento das mordidas cruzadas posteriores, deve-se manipular a mandíbula em relação cêntrica independentemente da idade, mas especialmente nas dentições decídua e mista, visto que, as crianças não possuem a articulação têmporo mandibular desenvolvida o suficiente para ter a posição de relação cêntrica correspondente a dos adultos.

Após a realização do diagnóstico, é muito importante a escolha dos melhores aparelhos que serão adequados e eficazes, no que se diz respeito ao tratamento das más oclusões, em especial a Síndrome de Brodie. Em relação a esta má

oclusão, seu tratamento não deve ser considerado de fácil execução, visto que devido a sua baixa prevalência e complexidade, é desafiadora até mesmo para profissionais experientes. Outra recomendação diz respeito ao início do tratamento, que quando iniciado em idade precoce apresentará a vantagem de maior estabilidade para os resultados, além de diminuir os transtornos que poderia causar futuramente.

No que se diz respeito à literatura, a maioria desta oclusopatia dependendo de sua severidade e tipo de dentição presente são tratados somente por meio de aparelhos ortodônticos fixos ou ainda, com o auxílio de cirurgia ortognática. O tratamento do caso clínico do presente trabalho relativo à mordida cruzada posterior invertida apresentado, sucedeu-se imediatamente após a procura do paciente ainda, na presença de dentição mista com alterações transversais ocorrendo tanto na maxila como na mandíbula, apresentando um potencial de risco com agravamento do padrão oclusal. Após detalhada análise idealizou-se uma abordagem terapêutica com o uso de aparelho ortopédico funcional, Pista Indireta de Planas Composta. A escolha deste aparelho se deve ao fato do paciente possuir uma musculatura extremamente potente, sendo necessária a confecção de um aparelho rígido, considerado bioplástico, ou seja, que contém mais acrílico do que fio.

Este aparelho estimulou o desenvolvimento transversal da mandíbula, que se apresentava pouco desenvolvida em relação à maxila, e possibilitou a melhora do overjet que se apresentava bastante acentuado. O aparelho removeu a interposição labial, melhorando as condições funcionais ao paciente. Além disso, conseguiu-se uma mudança de postura no sentido postero-anterior, e, para isso, na parte superior do aparelho não foi confeccionado o torno expensor e, realizava-se quando necessário, o desgaste do acrílico na palatina dos dentes superiores com o intuito de diminuir o transversal da maxila. A parte inferior do aparelho apresenta os escudos laterais com o intuito de tirar a pressão da musculatura labial e ainda, possui a presença do torno expensor onde eram realizadas as ativações quinzenais conseguindo o melhor desenvolvimento transversal da mandíbula. O tratamento só foi possível devido a cooperação total do paciente que compareceu a todas as sessões, sendo um aspecto muito importante a ser considerado.

Com a utilização da PIPC conseguiu-se a correção da mordida vestibular total, porém ele ainda está em relação de classe II, com overjet pouco acentuado, desvio da linha média e por isso a necessidade de continuar com a utilização do

aparelho. Com a conclusão do tratamento, ainda será necessário a utilização do mesmo aparelho com o intuito de contenção, pelo fato de o paciente apresentar um padrão braquicefálico, possibilitando a recidiva do problema.

A PIPC foram utilizadas pelo paciente por um período de 6 meses, e foi totalmente eficaz para correção da mordida cruzada posterior invertida. Por enquanto, o aparelho não será trocado, mas pode haver esta necessidade no futuro. Se necessário, a troca do aparelho será realizada pelo mesmo aparelho contendo o escudo lateral para que não ocorra compressão e nem recidiva, ou pelo SN1, só que dentro das medidas atuais da boca, visto que ocorreram várias mudanças. Depois da troca do aparelho, o paciente ficará utilizando por mais 6 meses com acompanhamento mensal e, após esse tempo, o acompanhamento continuará a cada 6 meses, para saber se irá continuar com o aparelho ortopédico funcional ou mudará para o aparelho ortodôntico fixo.

Após essas correções, poderá ser necessária a utilização de um aparelho ortodôntico fixo ainda é muito cedo para dizer, pois o paciente se encontra na dentição mista, só possui os incisivos e molares permanentes. Para que uma correta avaliação seja realizada será somente com a erupção dos pré molares.

Os resultados obtidos foram satisfatórios, demonstrando que o aparelho ortopédico Pista Indireta de Planas Composta foi eficaz em promover o desenvolvimento transversal da mandíbula e assim, corrigir a mordida cruzada vestibular total e, além disso, melhorou o overjet, removeu a interposição labial e conseqüentemente, reestabeleceu as funções mastigatórias. A utilização de tal aparelho foi muito eficiente em todos os sentidos, mas o resultado final só foi possível pela total cooperação do paciente.

## 6 CONCLUSÃO

A Síndrome de Brodie é uma oclusopatia extremamente rara, ocorrendo em uma pequena porcentagem da população, onde a realização de um diagnóstico correto é muito importante, a fim, de se executar o melhor tratamento. A correção deve ser iniciada preferencialmente em idade precoce, desde o momento em que o paciente procura por atendimento, para que não haja interferências no crescimento adequado provocando assimetrias que podem se tornar definitivas. A maioria dos casos é tratada com a utilização de um aparelho ortodôntico fixo ou, ainda através de cirurgias ortognáticas, porém, a utilização do aparelho ortopédico Pista Indireta de Planas Composta mostrou-se eficaz para correção da mordida cruzada posterior invertida, ressaltando que a total cooperação do paciente foi fundamental para a eficácia do tratamento. Os objetivos iniciais foram alcançados, em que o tratamento apresentou êxito na correção da mordida cruzada vestibular total.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A. de; SOUKI. B. Q.; LIMA, I. L. de A.; FIGUEIREDO, D. S. F. Mordida de brodie: relato de caso. **Ortho Science**. São Paulo, v. 5, n. 20, p.532, 2012.

Disponível em: < <https://docplayer.com.br/10898093-Mordida-de-brodie-relato-de-caso.html>>. Acesso em: 12 de Março de 2018.

FERREIRA, F. V. **Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico**. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2008.

GENTILE, R. E. **Qual é a relação entre a Odontopediatria, a Ortopedia e a Ortodontia?** Disponível em: <<http://rsaude.com.br/joinville/materia/qual-e-a-relacao-entre-a-odontopediatria-a-ortopedia-e-a-ortodontia/13216>>. Acesso em: 12 de Março de 2018.

LOCKS, A.; Weissheimer A.; Ritter D.E.; Ribeiro G. L. U.; Menezes L.M.; Derech C.A; Rocha R. Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 13, n. 2, p. 146-158, mar./abr. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v13n2/a17v13n2>>. Acesso em: 12 de Março de 2018.

RIBEIRO, C. O. **Maloclusões, tipo facial e avaliação muscular em escolares de 7 a 12 anos de idade**. 22 ed. São Francisco do Conde, 2012. 77p.

SIMÕES, W. A. **Ortopedia Funcional dos Maxilares**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2003.

SOUTO; MUCHA. L.H.; NELSON. J. Tratamento ortodôntico de mordida cruzada posterior vestibular unilateral (Síndrome de Brodie). **Revista SBO**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.151-163, 2005. Disponível em: < [cmpdi.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/442/2018/09/2005\\_SBO\\_Souto.pdf](http://cmpdi.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/442/2018/09/2005_SBO_Souto.pdf)>. Acesso em: 12 de Março de 2018.



## ANEXOS

### I – Termo de AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Uberaba, 2018.

Eu , \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, responsável pelo menor

\_\_\_\_\_.

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Kelly Caroline Mesquita e Angelica Inácio Pires, sob orientação da Professora Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira e Fernanda Sallum Mateus Silva a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos(livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei Nº 8.069/1990.

\_\_\_\_\_

Participante da pesquisa(Responsável)

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável pelo projeto

## **II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nome do trabalho: **MORDIDA CRUZADA POSTERIOR INVERTIDA- SINDROME DE BRODIE: RELATO DE CASO**

Responsável pelo Projeto:

Nome: **Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira**

Conselho Regional nº: **12993-MG**

Telefone para contato: **34-9679-7085**

Endereço: **Rua Santa Catarina, 700 - Santa Maria - Uberaba-MG**

Instituição: **UNIVERSIDADE DE UBERABA**

Projeto:

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade.

O objetivo deste projeto será a realização do tratamento ortopédico com o intuito de corrigir a mordida cruzada posterior invertida.

Os dados de seu filho serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua (voz, foto, etc) jamais aparecerá.

Pela participação de seu filho no estudo, você não receberá nenhum pagamento.

Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para o paciente ou para seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe, onde constam os nomes e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

---

Nome do paciente ou responsável e assinatura

---

Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira- (34) 9 9679-7085

---

Kelly Caroline Mesquita – (37) 9 98023834

---

Angelica Inácio Pires – (34) 9 9143-7704