

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

**Catarina Oliveira Cavalcanti**

**FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE A  
MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**

**Recife**

**2017**

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

**Catarina Oliveira Cavalcanti**

**FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE A  
MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia

Orientador: Prof. Dr. Stenyo Tavares

**Recife**

**2017**

Cavalcanti, Catarina Oliveira.

Fatores que Determinam o Diagnóstico Diferencial entre a Mordida Aberta Dentária e a Mordida Aberta Esquelética / Catarina Oliveira Cavalcanti. – 2017.

30 f.; 5 il.

Orientador: Stenyo Tavares  
Monografia (especialização) – Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, 2017.

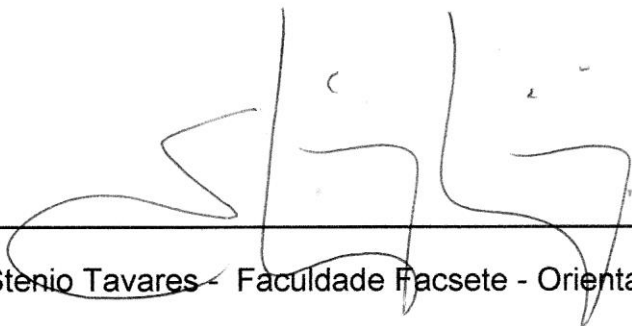
1. Má-oclusão. 2. Mordida aberta anterior. 3. Diagnóstico ortodôntico.

I. Título. II. Stenyo Tavares

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

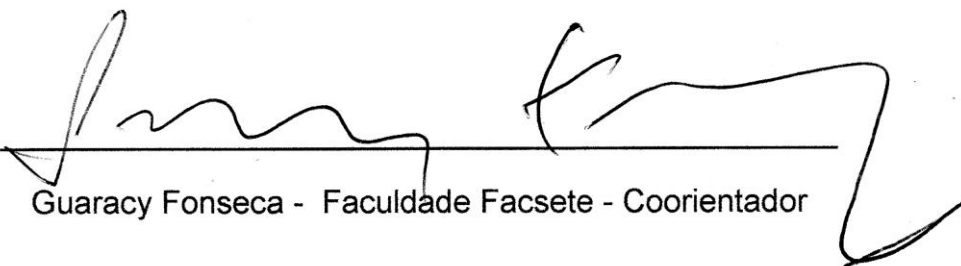
**Catarina Oliveira Cavalcanti**

Artigo intitulado ***Fatores que determinam o diagnóstico diferencial entre a mordida aberta dentária e mordida aberta esquelética***, apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como área de concentração em Ortodontia aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



---

Stenio Tavares - Faculdade Facsete - Orientador



---

Guaracy Fonseca - Faculdade Facsete - Coorientador

Recife, 06 de setembro de 2017

# **FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**

Stenyo Tavares<sup>1</sup>

Catarina Oliveira Cavalcanti<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Doutor em Ortodontia pela FOP-UNICAMP

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Especialização em Ortodontia do Centro de Pós-graduação em Odontologia – Faculdade FACSETE

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a um fiel e grande amigo. A presença ao meu lado nos momentos de estudo, a tristeza na partida, a alegria no retorno, enfim...

Obrigada por tudo

Saudades sempre!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por proporcionar a realização de um grande sonho de crescimento pessoal e realização profissional.

Agradeço aos professores e colegas pelos ensinamentos, troca de experiências, companheirismo e amizade.

Agradeço ao meu esposo e toda minha família que me deram suporte, amor e entenderam minha ausência o longo do curso.

Agradeço aos pacientes que acreditaram nos nossos planos de tratamento e aceitaram sua execução.

Obrigada!

## RESUMO

A mordida aberta anterior é uma das maloclusões que apresenta maior comprometimento estético funcional. Caracteriza-se pela deficiência do contato vertical normal entre os dentes antagonistas e apresenta vários fatores etiológicos envolvidos. Pode ser classificada como dentária ou esquelética. O diagnóstico diferencial é de fundamental importância para o tratamento. Este trabalho tem por objetivo apresentar fatores, a partir de dados das análises facial e cefalométrica para diferenciação entre mordida aberta dentária e a mordida aberta esquelética.

**Palavras-chave:** Má-oclusão. Mordida aberta anterior. Diagnóstico ortodôntico.



## 1 INTRODUÇÃO

A mordida aberta tem sido estudada em diferentes trabalhos (ALIMERE et al; ALMONTE, 2010 2005; HENRIQUES et al ,2000; MAIA et al, 2008; TAVARES et al, 2011). Este fato deve-se a sua complexidade, podendo ser considerada uma das maloclusões de maior comprometimento estético-funcional, pois geralmente altera o perfil do paciente, dificulta a alimentação e interfere na pronúncia de determinados fonemas, além de expor o paciente a situações desagradáveis (ALMONTE, 2010).

A mordida aberta é definida como uma deficiência no contato vertical normal entre os dentes antagonistas, podendo se manifestar numa região localizada ou em todo arco dentário (ALIMERE et al, 2005). Sua maior prevalência, 27,97 % (SILVA FILHO, 2002) ocorre de forma localizada, na região anterior, recebendo a denominação de mordida aberta anterior.

Os fatores etiológicos envolvidos relacionam-se a hereditariedade e a fatores ambientais. Entre os genéticos pode-se citar o padrão de crescimento vertical predeterminado e entre os ambientais: amígdalas hipertróficas, respiração bucal, hábitos bucais deletérios (sucção de polegar ou chupeta), anquilose dentária e anormalidades no processo de erupção (MAIA et al, 2008).

Classifica-se a mordida aberta em simples ou dentária e esquelética. A dentária é quando apresenta interferência no irrompimento dos dentes anteriores e no crescimento alveolar; e esquelética, quando ocorrem displasias esqueléticas verticais (MOYERS,1991).

Devido a diferentes características e fatores etiológicos, o diagnóstico da mordida aberta anterior é de fundamental importância a fim de aumentar as chances de sucesso do tratamento. O diagnóstico é feito identificando os componentes dentários e esqueléticos da maloclusão e entendendo com que severidade e em que plano do espaço esses componentes se combinam (IANNI FILHO, 2009).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar fatores, a partir de dados das análises facial e cefalométrica, para diferenciação da mordida

aberta dentária e esquelética, proporcionando um diagnóstico preciso, imprescindível na condução de um tratamento estável da mordida aberta anterior.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Definição e Etiologia**

A mordida aberta pode ser definida como uma deficiência no contato vertical normal dos dentes antagonistas, podendo se manifestar numa região limitada, ou mais raramente, em todo arco dentário (ALIMERE et al, 2005; ALMEIDA et al 1998; HENRIQUES et al 2000; SOUSA et al 2007).

Embora a definição seja relativamente simples, diversas combinações dentárias e esqueléticas craniofaciais, resultam em uma maloclusão que pode apresentar diferentes graus de dificuldade de tratamento (IANNI FILHO, 2009). De modo que pode ser considerada uma das maloclusões de maior comprometimento estético funcional, pois geralmente altera o perfil do paciente, dificulta a alimentação e interfere na pronúncia de determinados fonemas, além de expor o paciente a situações desagradáveis (MATOS, 2006; MAIA et al, 2008).

A complexidade da mordida aberta anterior é resultado da interação de diversos fatores genéticos e ambientais (SOUZA JÚNIOR, 2010). Sendo estes os fatores etiológicos básicos da mordida aberta anterior (HENRIQUES et al 2000). De forma mais profunda Ianni Filho (2009), afirma que a análise dos fatores etiológicos da mordida aberta anterior poderá definir a severidade da má oclusão, o grau de dificuldade do tratamento e o seu prognóstico e que os mesmos podem ser classificados em três grupos principais:

#### **2.1.1 Problemas de crescimento**

**2.1.1.1** Características anatômicas predisponentes (ângulo de flexão da base do crânio, rotação maxilar, ramo mandibular curto)

**2.1.1.2** Causas específicas / Crescimento (Artrite reumatoide juvenil, macroglossia, síndrome de fraqueza muscular)

**2.1.1.3** Padrão de Crescimento da mordida aberta anterior (Padrão hereditário dolicofacial)

## **2.1.2 Problemas funcionais**

### **2.1.2.1 Respiração bucal, mastigação, deglutição e hábitos deletérios**

## **2.1.3 Problemas de erupção**

### **2.1.3.1 Falta de erupção dos dentes anteriores**

### **2.1.3.2 Excesso de erupção dos dentes posteriores**

Maia et al (2008) acrescenta que entre os fatores genéticos pode-se citar o padrão de crescimento vertical pré-determinado e entre os fatores ambientais: amígdalas hipertróficas, respiração bucal, hábitos bucais deletérios (sucção de polegar ou chupeta), anquilose dentária e anormalidades no processo de erupção.

## **2.2 Classificação**

Diversos critérios têm sido utilizados ao longo dos anos, para classificação das mordidas abertas:

### **2.2.1 Quanto à severidade de expressão**

Worms et al ,1971 classifica a mordida aberta em (1) simples, quando há envolvimento de canino a canino, (2) composta quando está localizada de pré a pré-molar e (3) infantil quanto atinge os molares.

### **2.2.2 Quanto à amplitude**

Dawson, 1974 classificam essa maloclusão em (1) mínima quando a abertura chega até 1mm, (2) moderada de 1 a 5mm, e (3) severa, quando superior a 5mm.

### **2.2.3 Quanto às estruturas afetadas**

De acordo com as estruturas que afetam as mordidas aberta anteriores podem ser classificadas em simples ou dentárias e esquelética (MOYERS, 1991; IANNI FILHO, 2009; ALMEIDA et al, 1998).

Na mordida aberta dentária o distúrbio ocorre na erupção dos dentes e no processo de crescimento dento-alveolar, neste tipo de maloclusão os componentes esqueléticos são relativamente normais. Enquanto a mordida aberta esquelética caracteriza-se por uma deficiência ou alteração no crescimento dos ossos faciais e do processo dentoalveolar, apresenta um padrão facial com plano oclusal mandibular e palatino divergentes e desproporção entre altura facial anterior e posterior, a mandíbula apresenta um padrão de crescimento essencialmente vertical (IANNI FILHO, 2009; PROFFIT, 2000).

Muitos ortodontistas adotaram o nome mordida aberta esquelética para definir os pacientes portadores do padrão face longa. No entanto, esse termo não deverá ser aplicado, porque embora no padrão face longa haja tendência para a mordida aberta a variação no trespasse vertical é muito grande, podendo variar de uma expressiva mordida aberta a uma sobremordida profunda (CARDOSO et al, 2002; CAPELOZZA, 2004).

### **2.3 Diagnóstico diferencial**

Para um correto diagnóstico, inicialmente deve-se compreender que toda maloclusão apresenta um componente dentário e um componente esquelético. É a predominância de um desses componentes que determina sua principal característica dentária ou esquelética (HENRIQUES et al, 2000).

Diversos autores (ALIMERE et al, 2005; ALMONTE, 2010; TAVARES et al, 2011), destacam a importância do diagnóstico diferencial entre a mordida aberta dentária e a mordida aberta esquelética para elaboração de um plano de tratamento específico e com melhor prognóstico. O exame clínico, as análises facial e cefalométrica são fundamentais para este diagnóstico diferencial (TAVARES et al, 2011).

O traçado cefalométrico, a partir da telerradiografia em norma lateral, é um elemento auxiliar muito importante para o diagnóstico, planejamento e tratamento. Fornece subsídios necessários para estabelecer a relação da mandíbula e maxila com a fossa craniana anterior e a relação das bases ósseas com os dentes,

tornando possível determinar excessos esqueléticos ou deficiências, tanto no sentido antero-posterior como vertical (ALMONTE, 2010). A cefalometria está consagrada como um exame complementar de fundamental importância para avaliação das condições dento-esqueléticas, entretanto o estudo das relações tegumentares da face com perfis ósseos e dentários tem despertado interesse crescente, no sentido de aliar o tratamento ortodôntico às mudanças que envolvem a estética da face (FERES; VASCONCELOS, 2009) .

A análise facial deveria ser usada para identificar as características faciais positivas e negativas do indivíduo e, por conseguinte indicar como a maloclusão deveria ser corrigida para se conseguir modificações faciais necessárias e vantajosas para o indivíduo (ARNETT; BERGMAN, 1993).

## **2.4 Fatores**

Tendo em vista a complexidade do tema, serão apresentados fatores, a partir do estudo das análises cefalométrica e facial, no intuito de facilitar o diagnóstico diferencial entre a mordida aberta dentária e esquelética e favorecer a abordagem terapêutica, seja por meio de um tratamento compensatório ou cirúrgico.

### **2.4.1 Relação lábio superior e incisivo superior**

De acordo com Ianni Filho (2009) um fator muito importante para o diagnóstico da mordida aberta anterior é a exposição dos incisivos. Essa exposição, em repouso, deve ser entre 2 e 4mm, quando o lábio superior tem valor próximo da média e não há deficiência de crescimento ou erupção dos dentes anteriores da maxila. Durante o sorriso a exposição será de 3/4 da coroa.

Ianni Filho (2009) ainda relata que casos de mordida aberta anterior com exposição dos incisivos e comprimento labial normais indica excesso de crescimento vertical posterior da maxila. Já lábios com comprimento normal e diminuição da exposição dos incisivos sugerem deficiência de crescimento da maxila e/ ou falta de erupção dos dentes anteriores.

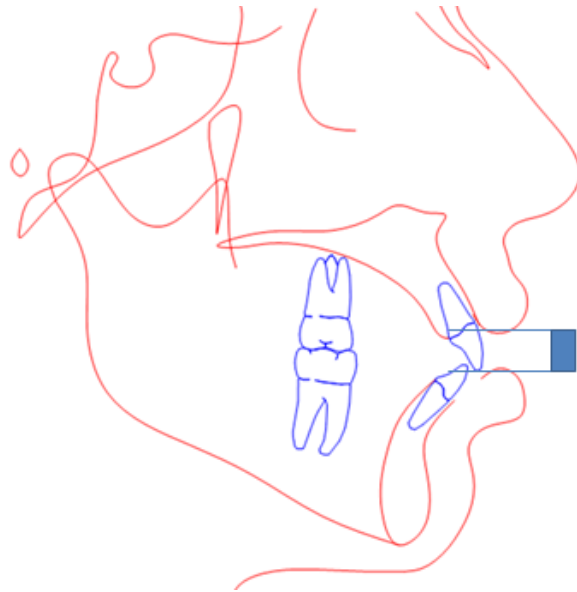


Figura 1 -- Exposição dos incisivos superiores com lábio em repouso, entre 2 e 4mm (IANNI FILHO, 2009)

### **2.4.2 Exposição Gengival**

Durante o sorriso a exposição gengival deverá ser, idealmente, de até 2mm (ARNETT; BERGMAN, 1993).

O aumento da exposição gengival, comprometendo a estética deverá ser analisada juntamente com o comprimento do lábio superior. Quando não houver possibilidade de resolver o problema de excesso de exposição gengival com exercícios mioerápicos, a cirurgia ortognática de impactação maxilar é uma excelente opção de tratamento (IANNI FILHO, 2009)

### **2.4.3 Inclinação dos incisivos superiores e incisivos inferiores**

#### **2.4.3.1 Ângulo 1.Pp**

Ângulo formado pelo longo eixo do incisivo superior com o plano palatino (ENA-ENP). Indica o grau de protrusão do incisivo (GANDINI JR. et al., 2005). O valor médio de  $110^{\circ}$  sugere uma boa inclinação axial dos incisivos superiores. Quando o valor é superior a media, indica que o incisivo está com inclinação aumentada, e quando inferior, com inclinação diminuída (ABRÃO et al, 2014).

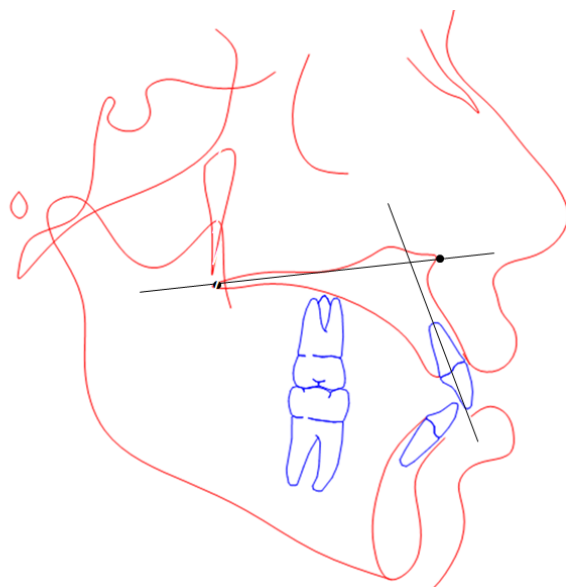


Figura 2– Ângulo 1.P.p .Valor Médio =  $110^{\circ}$  ,+/-  $4^{\circ}$ (ALMEIDA, 2014)

#### 2.4.1.2 IMPA (Incisor Mandibular Plane Angle)

Ângulo formado pela intersecção do longo eixo do incisivo inferior com o plano mandibular preconizado por Tweed. Seu valor médio é de  $87^{\circ}$  indica uma boa inclinação axial dos incisivos inferiores em relação a sua base óssea. O aumento do valor sugere que o incisivo está com a inclinação aumentada, e a diminuição, que está com a inclinação diminuída (ABRÃO et al, 2014).

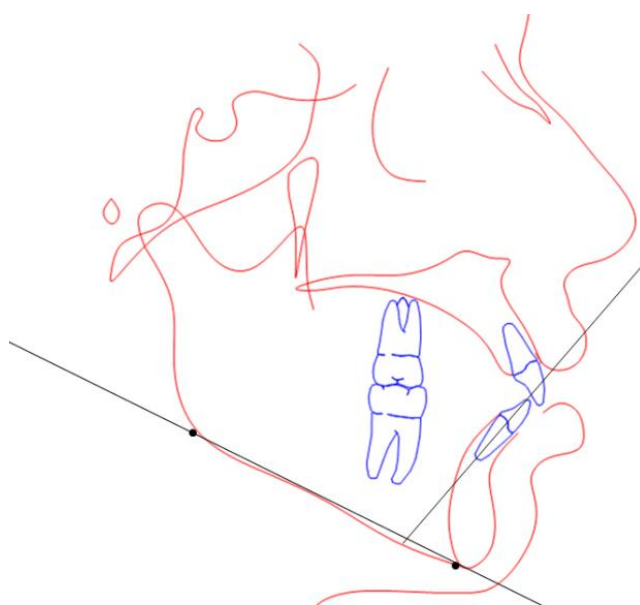


Figura 3 – Ângulo IMPA. Valor Médio  $87^{\circ}$  a  $92^{\circ}$  graus. (ALMEIDA, 2014)



Proffit e Arckman em 2002 afirmam que a protrusão excessiva dos incisivos é revelada por lábios proeminentes que ficam separados, quando relaxados, de modo que o paciente tenha que contrair a musculatura para unir os lábios sobre os dentes protráidos.

A modificação da inclinação dos incisivos superiores, como nos casos de realização de extração de pré-molares e retração de caninos e incisivos, gera mudanças previsíveis no lábio superior tanto no sentido vertical, quanto no sentido horizontal, sendo essas mudanças diferentes dependendo da etnia do paciente devido às características peculiares de espessura labial dos mesmos (BROCK et al., 2005).

Uma das opções de tratamento para as mordidas abertas é através de extrações dentárias de dois ou quatro pré-molares para os casos de classe II e classe I, desde que o perfil do paciente seja compatível com esta terapia. Outra opção de tratamento mais citado em relação a essa maloclusão na dentadura permanente é o aparelho fixo com elásticos intermaxilares na região anterior, tendo como resultado a extrusão dos dentes anteriores (TAVARES et al, 2011).

Vinhas (2008) concluiu em seu estudo que a protrusão dos Incisivos superiores teve influencia na postura labial, de modo que quanto maiores os valores cefalométricos representativos destas medidas, maior a probabilidade do paciente não possuir selamento passivo.

#### **2.4.4 Análise tegumentar**

A análise do perfil é muito importante, pois ajuda a definir a severidade da maloclusão e o grau de dificuldade do tratamento. Perfil côncavo em crianças é indesejável, já que a mordida aberta anterior associada à classe III esquelética mandibular apresenta maior grau de dificuldade de tratamento com pior prognóstico e maior chance de ser resolvida apenas com tratamento cirúrgico. Já a mordida aberta anterior associada à má oclusão classe II de Angle possui mais alternativas de tratamento clínico (IANNI FILHO, 2009).

Arnett *et al* (1999), apresentaram uma nova ferramenta para análise cefalométrica dos tecidos moles. A técnica pode ser usada por ortodontistas e

cirurgiões como auxílio no diagnóstico e plano de tratamento de seus pacientes. Foi desenvolvida diretamente da filosofia expressa por Arnett e Bergmam em 1993, em seu artigo *Chaves Faciais para Diagnóstico Ortodôntico e Plano de Tratamento*. A técnica tem como requisito inicial a avaliação clínica dos pacientes, com a posição natural da cabeça, côndilos em relação centrada e lábios relaxados. A linha vertical subnasal foi estabelecida, como sendo uma linha paralela à vertical verdadeira passando pelo ponto subnasal. A partir da linha vertical subnasal mediremos a distância, em milímetros, de maneira ortogonal, dos pontos projeção nasal, lábio superior, lábio inferior e pogônio mole.

#### **2.4.4.1 Projeção Nasal**

Distância do ponto mais proeminente do nariz até a linha vertical subnasal verdadeira. Valor médio= 16 a 20 mm.

#### **2.4.4.2 Lábio Superior**

Distância do ponto mais proeminente do lábio superior até a linha vertical subnasal verdadeira. Valor médio = 2 a 5 mm

#### **2.4.4.3 Lábio Inferior**

Distância do ponto mais proeminente do lábio inferior até a linha vertical subnasal verdadeira. Valor médio = 0 a 3 mm

#### **2.4.4.4 Pogônio Mole**

Distância do ponto pogônio mole até a linha vertical subnasal verdadeira. Valor médio= -4 a 0 mm



Figura 4 — Distância dos pontos Projeção Nasal, Lábio superior, Lábio Inferior e Pogônio Mole em relação à subnasal vertical verdadeira (ALMEIDA, 2014).

Mais importante que os valores médios é a inter-relação entres estes pontos. Entre a distância do lábio superior ao lábio inferior deveríamos ter uma diferença entre 1 a 3 mm. Assim como a distância do lábio Inferior ao pogônio mole que deve ter uma diferença de -4 a -3 mm. Acima ou abaixo destes valores encontraremos uma face desarmônica (ALMEIDA, 2014). A avaliação clínica da proporção é fundamental para a decisão de exodontias no tratamento das mordidas abertas anteriores (IANNI FILHO, 2009).

Ainda na análise de tegumento é importante avaliar a linha queixo pescoço, que pode ser curta, normal ou longa, com ou sem excesso tecidual. A linha deve ter 20% da altura facial inferior (ALMEIDA, 2014). A avaliação desta linha definirá a possibilidade de giro da mandíbula, quando da necessidade de intrusão dos molares para fechamento da mordida aberta anterior.

#### **2.4.5 Padrão de Crescimento**

Conhecer a direção de crescimento ou ainda, o incremento remanescente de crescimento é muito importante para o clínico que planeja corrigir maloclusões antero-posteriores e verticais esqueléticas( SCANAVINI et al, 2001).

A mandíbula pode ser considerada o centro ao redor do qual o restante da face realiza um crescimento adaptativo. Além de ser a determinante da direção de crescimento do terço inferior da face (GREGORET, 2007).

Estudado na análise cefalométrica de Bjork-Jaarbak o ângulo goníaco total descreve a morfologia mandibular, sendo formado pelas tangentes da borda posterior do ramo ascendente da mandíbula (Ar GO) e borda inferior do corpo mandibular (Go Me). A norma, segundo Bjork é 130°(GREGORET, 2007). Medidas maiores que a norma indicam uma mandíbula estreita, altura facial longa e mordida aberta esquelética (MAJ E LUCCHESI, 1982). SCANAVINI et al 2001, ainda acrescenta que valores acima da norma constituem prognóstico desfavorável até para cirurgia ortognática.

Este ângulo também pode ser analisado dividindo-o em duas partes, uma superior e outra inferior. A metade superior descreve a inclinação do ramo, e seu aumento indicará maior projeção da sínfise para frente. Já a metade inferior descreve inclinação do corpo da mandíbula, determinando o crescimento vertical do mento, na parte anterior. Seu aumento indica inclinação maior do corpo com crescimento projetando a sínfise nesse sentido, com tendência a mordida aberta esquelética (GREGORET, 2007; SCANAVINI et al, 2001).

Valores : Ângulo goníaco total 130°

Ângulo goníaco inferior 70ª 75°

Ângulo goníaco superior 50 a 55°



Figura 5– Ângulo Goníaco Superior 52 a 55 graus (ALMEIDA, 2014).

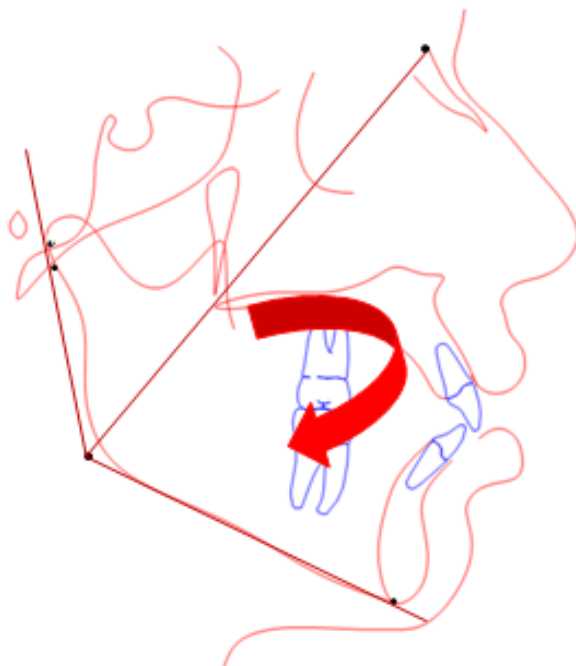


Figura 6– Ângulo Goníaco Inferior 70 a 75 graus (ALMEIDA, 2014).

Segundo Ianni Filho, 2009 o padrão de crescimento é analisado clinicamente observando a face do paciente. Quanto maior o comprimento facial em relação a sua

largura e quanto mais triangular for o contorno facial, mais dolicofacial é o paciente. Na análise facial a proporção dos terços faciais em um paciente com mordida aberta anterior é de grande importância. Terço inferior aumentado indica padrão vertical de crescimento, com prognóstico menos favorável ao tratamento da mordida aberta anterior.

#### 2.4.6 Incisivos inferiores/plano oclusal

É a distância entre a borda do incisivo inferior ao plano oclusal. Seu valor normal é de 1,25mm com desvio de +/-2mm. Essa medida informa se o trespassse vertical do incisivo se deve à sobreirrupção ou infrairrupção do incisivo inferior (NOBUYASU et al, 2007).

Gregoret em 2007 acrescenta que é uma medida muito útil para análise da mordida aberta dentária ou da sobremordida. Através da sua observação determina-se facilmente o responsável por uma sobremordida anormal, ou seja, se é devido aos incisivos inferiores, aos superiores ou a ambos.

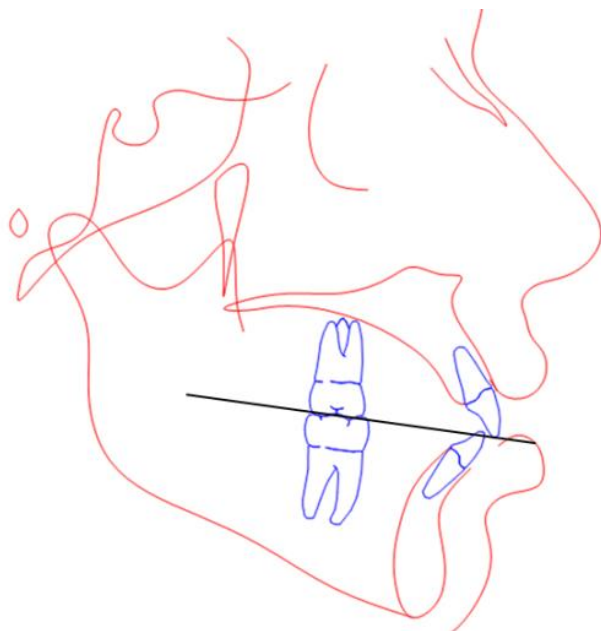


Figura 7 – Exposição do Incisivo Inferior (2 a 3 mm) (ALMEIDA, 2014).

### **3 CONCLUSÃO**

A diferenciação entre a mordida aberta dentária e a mordida aberta esquelética é necessária para que se estabeleçam as metas e as condutas de tratamento dos portadores desta malocclusão.

Nas análises facial e cefalométrica encontramos fatores determinantes para esse processo de diferenciação. O estudo destes fatores, inclinação dos incisivos, relação do lábio superior e incisivos centrais, exposição gengival, análise tegumentar, padrão de crescimento e relação dos incisivos inferiores e o plano oclusal facilitará o diagnóstico diferencial da mordida aberta anterior e favorecerá sua terapêutica, seja por meio de um tratamento compensatório ou cirúrgico.

**FACTORS DETERMINING THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN OPEN  
BITE DENTISTRY AND OPEN BITE SKELETAL**

Stenyo Tavares<sup>1</sup>

Catarina Oliveira Cavalcanti<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Doutor em Ortodontia pela FOP/UNICAMP

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Especialização em Ortodontia do Centro de Pós-graduação em Odontologia – Faculdade FACSETE



## **ABSTRACT**

The anterior open bite is one of malocclusions that is more functional aesthetic commitment. It is characterized by the deficiency of normal vertical contact between antagonist teeth and has several etiologic factors involved. It can be classified as a skeletal or tooth. The differential diagnosis is of critical importance for treatment. This work aims to present factors, from data of facial and cephalometric analysis for differentiation of dental open bite and skeletal open bite.

**Keywords:** Malocclusion. Anterior open bite. Orthodontic diagnosis.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, J.; MORO, A.; HORLIANA, R. F.; SHIMIZU, R. H. **Ortodontia preventiva. Diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ALIMERE, H. C.; THOMAZINHO, A; FELÍCIO, C. M. DE. Mordida aberta anterior: uma fórmula para o diagnóstico diferencial. Pró-Fono. **Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v.17, n.3, p. 367-374, set-dez. 2005.

ALMEIDA, R.R. et al. Mordida aberta anterior: considerações e apresentação de um caso clínico. **Revista Dental Press Ortod. Orthop. Facial**, v.3, n.2, p. 17-29, 1998.

ALMEIDA, L. M. O. **Análise cefalométrica padrão FOR-FOPCB.** 2014. 42f. Monografia (Especialização em Ortodontia), CIODONTO, Recife, 2014.

ALMONTE, Manoela E. Rodrigues. **Análise comparativa de pacientes com mordida aberta esquelética tratados com compensação dentária e cirurgia ortognática.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2010.

ARNETT, G.W.; BERGMAN, R. T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. **Am. J. Orthod. And Dentofac. Orthop**, V. 4, n. 103, p. 299-312, 1993.

ARNETT, G. W.; WORLEY, JR. C.; CHUNG, B.; BERGMAN, R. Soft tissue cephalometric analysis: diagnosis and treatment planning of dentofacial deformity. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v.116, n.3, p. 239-253, sep. 1999.

BROCK II, R.A.; TAYLOR, R.W.; BUSCHANG, P.H.; BEHRENTS, R.G.: Ethnic differences in upper lip response to incisor retraction, **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 127, n. 6, p. 683-691, jun. 2005.

CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em ortodontia.** Maringá: Dental Press, 2004.

CARDOSO et al. Estudo das Características Oclusais em Portadores de Padrão Face Longa com Indicação de Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico. **Revista Dental Press Ortod. Orthop. Facial**, v.7, n.6, p. 63-70, 2002.

DAWSON, P. E. et al. Solving anterior open –bite problem. **Saint Louis:** Mosby, 1974.

FERES, Renata; VASCONCELOS, M. H. F. Estudo comparativo entre a análise facial subjetiva e a análise cefalométrica de tecidos moles no diagnóstico ortodôntico. **Revista Dental Press Ortodon. Ortop. Facial.** Maringá, v. 14, n. 2, p. 81- 88, mar./abr. 2009.

GANDINI JR., L. G.;PINTO, A. S.; RAVELI, D. B.; SAKIMA, M. T.; MARTINS, L. D.; SAKIMA, T.; GONÇALVES, J. R.; BARRETO, C. S. Análise cefalométrica Padrão

Unesp Araraquara. **Revista Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**. Maringá, v. 10, n. 1, p. 139-157, jan./fev. 2005.

GREGORET, Jorge. **Ortodontia e cirurgia ortognática: diagnóstico e planejamento**. 2. ed. São Paulo: Editora Tota, 2007.

HENRIQUES, J. F. C.; JANSON, G.; ALMEIDA, R.R.; DAINESI, E.A.; HAYASAKI, S. M. Mordida aberta anterior: a importância da abordagem multidisciplinar e Considerações sobre etiologia, diagnóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. **Rev Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, 2000; 5 (3), p. 29-36.

IANNI FILHO, DANIEL. **Mordida aberta: Um desafio!** Tratamento de casos esqueléticos, cirúrgicos sem cirurgia ortognática. Campinas: Pancom Indústria Gráfica, 2009. 402 p.

MAIA, SAVANA ALENCAR et al. Diferentes abordagens no tratamento da mordida aberta anterior. **ConScientia e Saúde**, 2008, 7(1), p. 77-82.

MAJ, G.; LUCCHESI, F. P. The mandible in Class II, division 2. **Angle Orthod**, Appleton, v. 52, no. 4, p. 288-292, oct. 1982.

MATOS, Vana de Paula. **Mordida aberta anterior**. 2006. 43f. Monografia (Especialização em Ortodontia), UNIPÓS, Cuiabá-MT, 2006.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

NOBUYASU, M.; MYAHARA, M.; TAKAHASHI, T.; ATTIZZANI, A.; MARUO, H.; RINO, W.; NOBUYASU, A. M.; CARVALHO, S. M. R. Padrões cefalométricos de Ricketts aplicados a indivíduos brasileiros com oclusão excelente. **Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 125-156, jan./fev. 2007.

PROFFIT, W.R.; ACKERMAN, J.L.: Diagnóstico ortodôntico: desenvolvimento de uma lista de problemas. In: PROFFIT, W. R; FIELDS JR, H. W. **Ortodontia Contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SCANAVINI, C.; AIDAR, L. A. A; LUPPI, M.; MASI, M. Estudo comparativo cefalométrico radiográfico dos padrões de crescimento facial, por meio da avaliação do ângulo sela e ângulo goníaco da Análise de Jarabak, em pacientes portadores de oclusão normal e maloclusões de Angle. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 6, n. 6, p. 81-96, nov./dez. 2001.

SILVA FILHO, O.G, et al. Epidemiologia da má oclusão na dentadura decídua. **Ortodontia**, 2002; 35 (1), p. 22-33.

SOUSA, R. L. S; LIMA, R. J; FILHO, C. F; LIMA, K. C.; DIOGENES, A. M. N. Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré-escolares na cidade de Natal/RN. **Revista Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**. Maringá, v.12, n.2, p. 129 - 138, mar./abr. 2007.

SOUZA JUNIOR, Edmundo. **Estudo da relação entre padrão facial, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior.** 2010. 108f. Dissertação (Mestrado) – UNINGÁ, Maringá, 2010.

TAVARES, S. T.; CAPISTRANO, A.; FONSECA JUNIOR, G.; VALENÇA, P. A. M. Protocolo de tratamento para mordida aberta dentária em dentição permanente. **Orthodontic Sci. Pract.** 2011; 4(16), p. 859-866.

VINHAS, Thiago de Freitas. **Influência de fatores esqueléticos dentários e tegumentares na postura labial em repouso.** Monografia (Especialização em Ortodontia e Ortopedia) –Universidade Federal da Bahia. 2008.

WORMS, F.W., MESKIN, L. H., ISAACSON, R. J. Open bite. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 1971; 59 (6), p. 589-95.

## PARECER ORTOGRÁFICO

O artigo científico intitulado **FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE A MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**, de autoria de Catarina Oliveira Cavalcanti, apresentado ao Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade FACSETE, Recife/PE, e orientado pela Prof. Stenyo Tavares foi corrigido por mim em seus aspectos linguístico-textuais. O trabalho apresenta linguagem objetiva e formal, com a presença de termos técnicos, específicos da área da Ortodontia. O texto está disposto em parágrafos curtos e coerentes, com a utilização de elementos icnográficos como fotografias.

Nome: Fardelina de Albuquerque Cordeiro Oliveira  
Formação: Letras - Português / Inglês  
Número da identidade: 655.552 SSP/PE mat. 151.026-6

### PARECER LINGUÍSTICO


Atesto, para devido fins, que o Abstract do artigo científico intitulado **FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE A MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**, de autoria de Catarina Oliveira Cavalcanti, apresentado ao Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade FACSETE, Recife/PE, e orientado pela Prof. Stenyo Tavares, foi corrigido por mim em seus aspectos linguístico-textuais. O abstract foi redigido em coerência com as informações apresentadas, utilizando-se da linguagem culta e, portanto, científica. Há, também, recursos linguísticos e gramaticais de coerência e coesão textuais que visam fornecer o sentido ao texto.

Nome: Janailina de Albuquerque Cordeiro Oliveira  
Formação: Letras: Português/Inglês  
Número da identidade: 655.552 SSP/PE Mat. 151.026-6



## PARECER BIBLIOGRÁFICO

O artigo científico intitulado **FATORES QUE DETERMINAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE A MORDIDA ABERTA DENTÁRIA E MORDIDA ABERTA ESQUELÉTICA**, de autoria de Catarina Oliveira Cavalcanti, apresentado ao Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade FACSETE, Recife/PE, e orientado pelo Prof. Stenyo Tavares, foi corrigido por mim em seus aspectos bibliográficos. O trabalho encontra-se de acordo com a normatização bibliográfica determinada, através do manual fornecido pela Faculdade FACSETE (2014).



Nome: Maria Regina Leite Pereira Borba

Formação: Bacharela em Biblioteconomia pela Universidade Federal de Pernambuco.

Número da identidade: Registro no Conselho Regional de Biblioteconomia, CRB4, com o número 2013.

