



INSTITUTO PÓS SAÚDE  
FACULDADE SETE LAGOAS  
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ORTODONTIA



**KAYNARA AYDA FEITOSA WANDERLEY MONTE**

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR DENTÁRIA:**

Relato de caso

São Luís

2023

**KAYNARA AYDA FEITOSA WANDERLEY MONTE**

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR DENTÁRIA:**

Relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACESTE, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Orientador(a): Prof<sup>o</sup>. Me. Márvio Martins Dias

São Luís

2023

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior dentária: Relato de caso” de autoria da aluna Kaynara Ayda Feitosa Wanderley Monte.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pela banca instituída dos seguintes professores:

---

Profº. Me. Márvio Martins Dias

---

**1º EXAMINADOR**  
Instituto Pós Saúde

---

**2º EXAMINADOR**  
Instituto Pós Saúde

São Luís, 10 de março de 2023.

Faculdade Seta Lagoas - FACSETE  
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 \_ Set Lagoas, MG  
Telefone (31) 3773 3268 - [www.facsete.edu.br](http://www.facsete.edu.br)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em primeiro lugar, que sempre me conduziu no caminho do amor, fraternidade e compaixão, hoje e sempre.

Aos meus pais e famílias, que sempre estiveram ao meu lado nas horas mais difíceis e felizes da minha vida.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizado, em especial a minha orientadora, Professora Camila Maiana Pereira Machado Santos, pela dedicação, compreensão e amizade.

## RESUMO

A Mordida Aberta Anterior (MAA) é uma má oclusão que consiste na presença de uma discrepância vertical, tendo uma etiologia multifatorial. É uma das mais difíceis de ser tratada, ainda mais em adultos. O presente artigo tem como objetivo relatar o tratamento ortodôntico de uma mordida aberta anterior dentoalveolar em um adulto, por meio da instalação do aparelho ortodôntico Prescrição Capelozza Padrão III associado ao uso de elásticos intermaxilares. Pode-se concluir que o tratamento por meio de aparelho fixo associado ao uso de elásticos intermaxilares para a correção da mordida aberta anterior mostrou ser efetivo. Com esse tratamento foi possível corrigir a mordida de topo e a mordida aberta anterior, com melhora da estética do sorriso. No entanto, a paciente foi encaminhada para realizar procedimento estético com facetas, visando harmonizar o sorriso mais ainda o sorriso. Foi enfatizado a necessidade e importância do uso das contenções ortodônticas visando uma melhor estabilidade e sucesso do tratamento.

**Palavras chaves:** Ortodontia. Mordida aberta. Protocolos clínicos.

## ABSTRACT

The Anterior Open Bite (AOB) is a malocclusion that consists of the presence of a vertical discrepancy, having a multifactorial etiology. It's one of the hardest to treat, even more so in adults. This article aims to report the orthodontic treatment of an anterior dentoalveolar open bite in an adult, through the installation of the Capellozza Standard III prescription orthodontic appliance associated with the use of intermaxillary elastics. It can be concluded that the treatment using a fixed appliance associated with the use of intermaxillary elastics for the correction of anterior open bite proved to be effective. With this treatment, it was possible to correct the top bite and anterior open bite, with improved smile aesthetics. However, the patient was referred to undergo an aesthetic procedure with facets, aiming to harmonize her smile even more. The need and importance of using orthodontic retainers were emphasized, aiming at better stability and treatment success.

**Keywords:** Orthodontics. Open bite. Clinical protocols.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 RELATO DE CASO .....</b>	<b>9</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Mordida Aberta Anterior (MAA) é uma má oclusão que consiste em um trespasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, que acomete ambos os sexos (NAKAO *et al.*, 2016). Sua incidência diminui com a idade, apresentando altas taxas de prevalência na fase pré-puberal, com correção espontânea em tratamentos interceptivos precoces em 80% dos casos (SILVEIRA *et al.*, 2019).

De acordo com sua origem, pode ser classificada em dentoalveolar ou esquelética, sendo que a primeira resulta de distúrbios na erupção e no crescimento alveolar, com componentes esqueléticos normais. Já a esquelética, envolve desproporção entre os ossos do complexo craniofacial, além dos distúrbios dentoalveolares (GUPTA *et al.*, 2016).

Apresenta uma etiologia multifatorial, sendo a hereditariedade e os aspectos ambientais os principais. Dentre os aspectos ambientais temos a sucção de chupeta, sucção digital e de mamadeira, além da interposição lingual e respiração bucal. Entre os fatores genéticos encontrados, temos o padrão de crescimento vertical pré-determinado. Geralmente, a hereditariedade leva a MAA esquelética e os aspectos ambientais, a dentoalveolar (MOROSINI *et al.*, 2011).

Clinicamente, a MAA dentoalveolar apresenta incisivos vestibularizados e dentes posteriores superiores com um plano oclusal mais inferior em relação aos anteriores, na maioria das vezes, apresentando um prognóstico bom. Em relação ao tratamento, inúmeros fatores devem ser considerados antes de qualquer intervenção. É necessário um exame detalhado para saber as possíveis causas dessa má oclusão, para, assim, ter conhecimento do que de fato deve ser tratado, se é um problema emocional, um distúrbio respiratório e/ou uma alteração funcional (SEVERINO; BUENO, 2021).

O tratamento em adultos é um dos mais desafiadores, por conta da dificuldade biomecânica e também pelo elevado índice de recidiva, principalmente no primeiro ano após a finalização do tratamento frente à readaptação muscular dos lábios e da língua. Devido a isso, é necessário um tratamento multidisciplinar envolvendo ortodontista, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e a colaboração do paciente (VELA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2017).

Como opções de tratamento para a MAA temos a exodontia dos pré-molares, mecânica ortodôntica com uso de elásticos intermaxilares, uso de *bite blocks* posterior, cirurgia ortognática e ancoragem esquelética para intrusão dos dentes posteriores. As três primeiras modalidades têm demonstrado ação mais significativa em nível dentoalveolar, tendo pouca influência nas relações esqueléticas (AKAN *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; KASSEM; MARZOUK, 2018).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo mostrar por meio de um relato de caso clínico o tratamento ortodôntico de uma mordida aberta anterior dentoalveolar em um adulto, por meio da instalação do aparelho ortodôntico Prescrição Capelozza Padrão III associado ao uso de elásticos intermaxilares.

## 2 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente P.R.A.C., sexo feminino, 27 anos de idade, sistemicamente saudável, compareceu à clínica de Ortodontia do curso de especialização do Instituto Pós Saúde – FACSETE, “queixando-se de que os dentes de cima estavam tortos e separados”. A paciente relatou ter usado aparelho, porém não fez uso da contenção ortodôntica.

Na análise facial, em posição frontal, observou-se face dolicofacial com exposição gengival ao sorriso e selamento labial passivo (Figura 1A e 1B); em posição lateral apresentou perfil convexo (Figura 1C).

Figura 1 – Fotografia extrabucal em posição frontal (A e B) e posição lateral (C).



Nos exames intra e extrabucal, a paciente foi diagnosticada como Classe I dos molares e caninos (Figura 2A e 2B), mordida aberta anterior dentoalveolar, mordida de topo nos incisivos, presença de diastema entre 12, 11, 21 e 22 e desvio da linha média superior para esquerda (Figura 3).

Na análise da panorâmica, foi possível observar dentes em giroversão 33 e 43, dentes 38 e 48 não irrompidos, dente 18 extruído, conduto radicular obturado no dente 46, dilaceração radicular do 22 e restauração radiopaca no 37, 45, 46 e 47 (Figura 4).

Figura 2 – Fotografia intrabucal inicial lado direito (A) e lado esquerdo (B).



Figura 3 – Fotografia intrabucal inicial em posição frontal.



Figura 4 – Radiografia Panorâmica inicial.



Por meio da análise cefalométrica realizada na telerradiografia em posição lateral observou-se padrão facial dólico, com presença de vestibularização de incisivos inferiores e superiores como apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Telerradiografia inicial.



Portanto, o diagnóstico foi de má oclusão de Classe I de Angle, mordida aberta anterior dentoalveolar e mordida de topo. O tratamento foi realizado com a instalação do aparelho ortodôntico de aço Prescrição Capellozza Padrão III Max 022 – MORELLI (Dental Morelli LTDA, Sorocaba, SP, Brasil) associado ao uso de elásticos, para correção da mordida de topo, vestibularizando os dentes superiores e lingalizando os inferiores.

No primeiro mês foi realizada a instalação do arco superior com fio redondo de Níquel-titânio com espessura de 0,014” e colagem de tubo nos elementos 16 e 26. A montagem do aparelho inferior foi realizada no mês seguinte, apresentando no arco superior fio de nivelamento com liga de níquel-titânio e espessura de 0.016”. Assim, foi dado a sequência do alinhamento e nivelamento do arco superior na seguinte ordem: fios redondos de Níquel-titânio com espessuras de 0.014”, 0,016”, 0.018”, 0.020”; fios retangulares de aço inoxidável com espessura de 0.019” x 0.025” (Morelli Orthodontics, Sorocaba, Brasil). E no arco inferior com a seguinte sequência: fios redondos de Níquel-titânio com espessuras de 0.014”, 0,016”, 0.018”, 0.020”; fios redondos de aço inoxidável com espessura de 0.020” (Morelli Orthodontics, Sorocaba, Brasil).

A partir do terceiro mês foi feito amarrilho de aço contínuo de molar a canino e individual de lateral a lateral no arco inferior, mantendo até o sexto mês. No sétimo mês foi realizado amarrilho individual apenas nos elementos 31 e 32. No oitavo mês o amarrilho foi substituído por corrente completa abaixo no fio, sendo mantido até por apenas dois meses. E apenas no decimo terceiro mês que foi feito amarrilho individual no elemento 12, peixinho (12/13) e amarrilho conjugado 26/11. Foi indicado o uso de elásticos intermaxilares apoiado no canino inferior e 1º molar superior (Figura 6A e 6B), e também em forma em forma de triângulo (Figura 7A e 7B) por 24 horas, em ambos os lados, apoiados nos caninos superiores, caninos inferiores e 1º pré-molar inferior, e também no 1º e 2º pré-molar superior e 2º pré-molar inferior, a partir do quarto mês, mudando a cada mês, na seguinte ordem: 3/16" leve, 3/16" médio, 1/8" médio, 3/16" médio e 1/8" médio, sendo removido apenas durante as refeições e trocados diariamente.

Após 1 ano de tratamento, foi solicitado a realização de novos exames e feito moldagem para a confecção das contenções ortodônticas. Como contenção foi instalado no arco superior uma placa de Hawley com arco contínuo e uma contenção fixa 2x2 (Figura 8A), já no arco inferior foi instalado contenção fixa 3x3 (Figura 8B). O uso da contenção superior foi de 24 horas por dia no primeiro ano e período noturno a partir do segundo ano após a instalação. A contenção inferior foi orientada por tempo indeterminado. O tempo de tratamento foi de 1 ano e 3 meses.

Como resultados foram obtidos a correção da mordida de topo, vestibularização dos incisivos superiores e lingualização dos inferiores, nivelamento e alinhamento os dentes da arcada inferior e superior, no entanto, a paciente foi encaminhada para realizar procedimento estético com facetas, visando fechar diastema presente e harmonizar o sorriso (Figura 9A/9B e Figura 10).

Figura 6 – Elástico intermaxilar vista frontal (A) e vista lateral (B).



Figura 7 – Elástico intermaxilar em formato de triângulo vista frontal (A) e vista lateral (B).

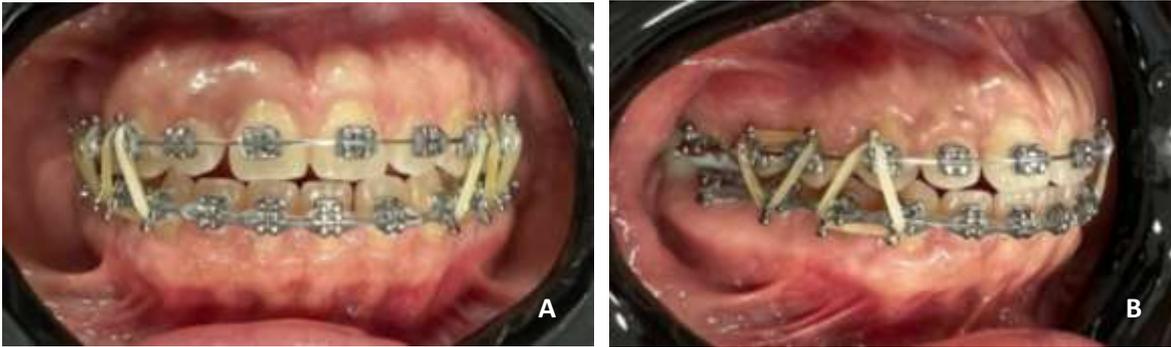


Figura 8 – Contenção ortodôntica fixa 2x2 arco superior (A) e contenção fixa 3x3 arco inferior (B).



Figura 9 – Fotografia intrabucal final do lado direito (A) e lado esquerdo (B).



Figura 10 – Fotografia intrabucal final em posição frontal.



### 3 DISCUSSÃO

A má oclusão mordida aberta anterior consiste na falta de contato dos dentes anteriores inferiores e superiores quando os dentes estão em máxima intercuspidação habitual (FERES *et al.*, 2016; NAKAO *et al.*, 2016). Ela pode ser classificada de acordo com sua origem em dentoalveolar, quando a falha é apenas no desalinhamento oclusal, ou esquelética, quando o desenvolvimento vertical alveolar e padrão morfológico esquelético estão alterados (VALARELLI *et al.*, 2018; GUPTA *et al.*, 2016). No presente relato de caso, a paciente foi diagnosticada com MAA dentoalveolar, visto que não houve alterações no padrão cefalométrico.

A MAA confere desafios aos Ortodontista em relação ao seu tratamento por conta da sua etiologia multifatorial, idade do paciente no momento do diagnóstico e a escolha da melhor opção de tratamento. Na literatura, ainda é escasso artigos que relatam o tratamento da MAA em pacientes adultos, por se tratar de um tema que é mais abordado em pacientes em fase de crescimento ativo (MARIGO; GUILHERME, 2015; FERES *et al.*, 2015; CARMO *et al.*, 2022).

É de extrema importância a realização de um correto diagnóstico e do reconhecimento das possíveis causas, visando a escolha de uma conduta terapêutica eficaz. Essas condutas são propostas de acordo com as peculiaridades do paciente, sendo que, no adulto, duas condutas são sugeridas (VERRI *et al.*, 2017). Quando a MAA for pequena e com pouco envolvimento esquelético, é indicado o tratamento com aparelho ortodôntico fixo, com ou sem extrações, realizando o tracionamento dos dentes ântero-superior e inferior, ou até mesmo o uso de alinhadores estéticos na intrusão e extrusão dentária, associado a utilização de elásticos ou colocação de mini-implantes (FREITAS *et al.*, 2018; LIRA, 2021). Em casos mais graves, é mais estável e seguro o tratamento orto-cirúrgico, pois o tratamento ortopédico apresenta grande limitação por causa da ausência do potencial de crescimento (GRACCO *et al.*, 2016). Neste caso clínico, por ser uma MAA pequena e de origem dentoalveolar, foi escolhido o tratamento mecânico com uso de aparelho fixo associado a elásticos intermaxilares.

Os elásticos intermaxilares na região anterior devem ser utilizados na mecânica ortodôntica como principal meio para viabilizar o fechamento da MAA, assim como permitir a sobrecorreção do trespasse vertical positivo (CRUZ-ESCALANTE *et al.*, 2017; ERDEM; KÜÇÜKKELES, 2018). O objetivo do uso dos elásticos na região

anterior além da extrusão dos incisivos e a correção da inclinação do plano oclusal, ocorre o alinhamento dos incisivos superiores em relação a linha do lábio e a verticalização dos dentes posteriores que se encontravam angulados para a mesial no início do tratamento (GARRETT; ARAÚJO; BAKER, 2016). No caso apresentado, foi utilizado elástico intermaxilares em triângulo, apoiando-se no canino superior, canino inferior e 1º pré-molar inferior, e também com apoio no canino inferior e 1º molar superior, visando a vestibularização dos incisivos superiores e lingualização dos inferiores, além do nivelamento e alinhamento dos dentes da arcada inferior e superior, visando a correção da mordida em topo e da MAA.

Na dentadura permanente, o mesmo tratamento realizado na MAA dentária ou esquelética apresenta prognóstico completamente diferente a longo prazo (VALARELLI; JANSON, 2014). Por outro lado, alguns autores observaram que apesar de existirem muitos relatos bem-sucedidos, há poucos estudos investigando a estabilidade de seus resultados a longo prazo, o que impede que se façam prognósticos confiáveis para esse tratamento (MACHADO *et al.*, 2016; VELA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2017; DIAS, 2018).

O grande objetivo no tratamento da MAA é a busca pela estabilidade, uma vez que apresenta alto índice de recidivas (VALARELLI; JANSON, 2014). Para isso, mecânicas ortodônticas podem ser utilizadas, com intuito de corrigir a MAA e proporcionar estabilidade, como a extração dentária, uso de mini-implantes, retrusão da bateria anterior e intrusão de molares (CRUZ-ESCALANTE *et al.*, 2017; JANSON *et al.*, 2017; VALARELLI *et al.*, 2018). Porém, o caso apresentado não se enquadra nas necessidades anteriormente citadas, pois representa um retratamento ortodôntico, visto que a paciente não utilizou o mecanismo de contenção após a finalização do tratamento, gerando diastemas, mordida de topo e recidiva da MAA.

Contenções ativas devem ser utilizadas para favorecer a estabilidade da correção conseguida no tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2015; GUPTA *et al.*, 2016; CARMO *et al.*, 2022). No caso apresentado, como contenção foi instalado no arco superior uma placa de Hawley com arco contínuo, contenção fixa 2x2 no arco superior e contenção fixa 3x3 no arco inferior.

Ao final do tratamento, foi observado melhora do posicionamento dentário com um bom trespasse vertical positivo e satisfação do paciente, apenas sendo necessário correções estéticas, que será realizado com a colocação de facetas de resina composta.

#### **4 CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que o tratamento por meio de aparelho fixo associado ao uso de elásticos intermaxilares para a correção da mordida aberta anterior mostrou ser efetivo. Com esse tratamento foi possível corrigir a mordida de topo e a mordida aberta anterior, com melhora da estética do sorriso. No entanto, a paciente foi encaminhada para realizar procedimento estético com facetas, visando harmonizar mais ainda o sorriso. Foi enfatizado a necessidade e importância do uso das contenções ortodônticas visando uma melhor estabilidade e sucesso do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- AKAN, S.; KOCADERELI, L.; AKTAS, A. *et al.* Effects of maxillary molar intrusion with zygomatic anchorage on the stomatognathic system in anterior open bite patients. **Eur J Orthod**, v. 35, n. 1, p. 93–102, 2013.
- CARMO, V. A. G.; TIAGO, C. M.; MOREIRA, M. R. *et al.* Tratamento de mordida aberta anterior em paciente adulto: relato de caso clínico. **Facit Business Technology Journal**, v. 1, n. 16, p. 1-13, 2022.
- CRUZ-ESCALANTE, M. A.; ALIAGA-DEL CASTILLO, A.; SOLDEVILLA, L. *et al.* Extreme skeletal open bite correction with vertical elastics. **Angle Orthod**, v. 87, n. 6, p. 911-923, 2017.
- DIAS, M. E. N. **Tratamento da mordida aberta anterior**. 2018. 60f. Monografia (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, Guarulhos, 2018.
- ERDEM, B.; KÜÇÜKKELEŞ, N. Three-dimensional evaluation of open-bite patients treated with anterior elastics and curved archwires. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 154, n. 5, p. 693-701, 2018.
- FERES, M. F. N.; ABREU, L. G.; INSABRALDE, N. M. *et al.* Effectiveness of the open bite treatment in growing children and adolescents. A systematic review. **Eur. J. Orthod**, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2015.
- FERES, M. F. N.; ABREU, L. G.; INSABRALDE, N. M. *et al.* Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Orthod**, v. 39, n. 1, p. 31-42, 2016.
- FREITAS, B. V.; ABAS FRAZÃO, M. C.; DIAS, L. *et al.* Nonsurgical correction of a severe anterior open bite with mandibular molar intrusion using mini-implants and the multiloop edgewise archwire technique. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 153, n. 4, p. 577-587, 2018.
- GARRETT, J.; ARAUJO, E.; BAKER, C. Open-bite treatment with vertical control and tongue reeducation. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 149, n. 2, p. 269-276, 2016.
- GUPTA, D. K.; SINGH, S. P.; UTREJA, A. *et al.* Prevalence of malocclusion and assessment of treatment needs in  $\beta$ -thalassemia major children. **Progress in Orthodontic**, v. 17, n. 7, p. 1-6, 2016.
- GRACCO, A.; SIVIERO, L.; STEFANI, A. *et al.* Anterior open-bite orthodontic treatment in an adult patient: A clinical case report. **Int Orthod**, v. 14, n. 2, p. 171-183, 2016.

JANSON, G. et al. Posterior teeth angulation in non-extraction and extraction treatment of anterior open-bite patients. **Progress in Orthodontics**, v. 18, n. 1, p. 13, 2017.

KASSEM, H. E.; MARZOUK, E. S. Prediction of changes due to mandibular autorotation following miniplate-anchored intrusion of maxillary posterior teeth in open bite cases. **Prog Orthod**, v. 19, n. 1, p. 13-19, 2018.

LIRA, C. M. N. **Tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior em adultos**. 2021. 22f. Monografia (Especialização em ortodontia) – Faculdade Sete Lagoas, Maceió, 2021.

MACHADO, B. B.; OLIVEIRA, R. C. G.; OLIVEIRA, R. C. G. *et al.* Tratamento da Mordida Aberta Anterior pela intrusão de Molares Superiores Utilizando Ancoragem Absoluta. *Revista UNINGÁ Review (Online)*, 2016 ;25; 37-43.

MARIGO, M.; GUILHERME, M. Mordida aberta severa: relato de caso / Severe open bite: case report. **Ortho Sci., Orthod. sci. pract.** V. 8, n. 31, p. 379-386, 2015.

MOROSINI, I. A. C.; MORESCA, R.; PERON, A. P. L. *et al.* Mordida aberta anterior: A influência dos hábitos deletérios no crescimento facial e na oclusão dentária – Relato de caso clínico. **Orthodontic Science and Practice**, v. 4, n. 15, p. 682-691, 2011.

NAKAO, T. H.; BERTOS, F. A.; OLIVERIA, D. T. *et al.* Hábitos bucais como fatores de risco para a mordida aberta anterior: uma revisão de literatura. **Rev Odontol Araçatuba**, v. 37, n. 2, p. 9-16, 2016.

OLIVEIRA, T. F.; NAKAO, C. Y.; GONÇALVES, J. R. *et al.* Maxillary molar intrusion with zygomatic anchorage in open bite treatment: lateral and oblique cephalometric evaluation. **Oral Maxillofac Surg**, v. 19, n. 1, p. 71-77, 2015.

SEVERINO, C. F.; BUENO, L. F. F. 2021. 23f. **Etiologia e tratamento de mordida aberta anterior**. Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, 2021.

SILVEIRA, C. A. S.; ALMEIDA, J. P. C.; BRANCHER, S. P. *et al.* Tratamento da mordida aberta anterior–revisão de literatura. **RFO UPF**, v. 24, n. 3, p. 460-468, 2019.

VALARELLI, D. P.; JANSON, G. O tratamento não cirúrgico da mordida aberta anterior no paciente adulto. **Orthod. Sci. Pract**, v. 7, n. 27, p. 252-70, 2014.

VALARELLI, F. P.; VASQUEZ, D. S. S.; BENTO, J. F. *et al.* O tratamento da mordida aberta com comprometimento dentoalveolar no adulto. **Rev UNINGÁ**, v. 5, n. 4, p. 168-176, 2018.

VELA-HERNÁNDEZ, A.; LÓPEZ-GARCÍA, R.; GARCÍA-SANZ, V. *et al.* Nonsurgical treatment of skeletal anterior open bite in adult patients: Posterior build-ups. **Angle Orthod**, v. 87, n. 1, p. 33-40, 2017.

VERRI, A. C. G.; LEMOS, C. A. A.; CRUZ, R. S. *et al.* Tratamento da mordida aberta anterior dentoalveolar e reeducação da postura lingual: relato de caso clínico. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 9, p. 423-430, 2017.