

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Natália Priscila de Sousa Leite

**TRATAMENTO ORTOPÉDICO E ORTODÔNTICO DE MORDIDA ABERTA  
ANTERIOR EM DENTIÇÃO DECÍDUA E MISTA**

João Pessoa

2019

Natália Priscila de Sousa Leite

**TRATAMENTO ORTOPÉDICO E ORTODÔNTICO DE MORDIDA ABERTA  
ANTERIOR EM DENTIÇÃO DECÍDUA E MISTA**

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréa Gadelha  
Ribeiro Targino

João Pessoa

2019



Monografia intitulada “**Tratamento ortopédico e ortodôntico de mordida aberta anterior em dentição decídua e mista**” de autoria da aluna **Natália Priscila de Sousa Leite**.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Profa. Dra. Andréa Gadelha Ribeiro Targino – UFPB

---

Prof. Dr. Rinaldo Moreira Pinto – UFPB

---

Prof. Me. João Victor Chiba Vieira – FACSETE

João Pessoa, 30 de Março de 2019.

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

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde, forças nas dificuldades e por permitir que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida.

Agradeço aos meus pais que são minha base, meus exemplos. Sem o amor e o incentivo deles eu não estaria aqui hoje.

Agradeço especialmente a minha amiga Bianca Nóbrega que apesar do pouco tempo me ajudou bastante na confecção desta monografia, com muita paciência e sabedoria.

É com grande satisfação que encerro mais um ciclo de grande importância na minha vida, a Especialização em Ortodontia, e agradeço a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.

*“Quem quiser vencer na vida deve fazer como os seus sábios: mesmo com a alma partida, ter um sorriso nos lábios.”*

*Dinamor*

## RESUMO

A mordida aberta anterior (MAA) é um tipo de má oclusão definida como a ausência de contato incisal dos dentes anteriores em relação cêntrica. Tem maior prevalência na infância e não depende apenas da simples existência de um hábito deletério, mas também do padrão de crescimento facial e outros fatores. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura a respeito da mordida aberta anterior em crianças e suas formas de tratamento tanto ortopédica quanto ortodôntica. Hábitos de sucção, presença de tecidos linfóides hipertróficos, respiração bucal, fonação e deglutição atípicas, e postura anterior da língua em repouso são alguns fatores etiológicos relacionados à função oral associados à MAA. É um problema de etiologia complexa que relaciona o sistema esquelético, dentário, fatores respiratórios, neurológicos ou relacionados aos hábitos cotidianos. A MAA gera comprometimento estético e funcional consideráveis e, por isso deve ser diagnosticada e tratada o quanto antes. O tratamento pode ser ortopédico, ortodôntico ou ambos. Quanto mais cedo for feito o tratamento, resultados mais rápidos, eficientes e com estabilidade serão alcançados e com isso maiores as chances de sucesso no tratamento.

**Palavras-chave:** Mordida aberta anterior, Ortodontia, Tratamento.

## **ABSTRACT**

The anterior open bite (MAA) is a type of malocclusion defined as the absence of incisal contact of the anterior teeth in centric relation. It has a higher prevalence in childhood and depends not only on the existence of a deleterious habit but also on the pattern of facial growth and other factors. The objective of this work is to review the literature regarding previous open bite in children and their forms of treatment both orthopedic and orthodontic. Suction habits, presence of hypertrophic lymphoid tissues, mouth breathing, atypical phonation and swallowing, and anterior posture of the tongue at rest are some of the etiological factors related to oral function associated with AOM. It is a problem of complex etiology that relates the skeletal system, dental, respiratory factors, neurological or related to the daily habits. MAA generates considerable aesthetic and functional impairment and therefore should be diagnosed and treated as soon as possible. The treatment can be orthopedic, orthodontic or both. The sooner the treatment is done, the faster, more efficient and more stable results will be achieved, and the chances of success in treatment will be greater.

**Key words:** Anterior open bite, Orthodontics, Treatment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Mordida aberta anterior e influência da sucção digital.....	15
<b>Figura 2</b> – Mordida aberta anterior precoce .....	16



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Tipos de aparelhos e suas funções para cada fase da dentição.....	16
---	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2. OBJETIVOS .....	13
2.1 Objetivo Geral .....	13
2.2 Objetivos Específicos .....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	14
4. METODOLOGIA.....	19
5. DISCUSSÃO .....	20
6. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

## 1. INTRODUÇÃO

A mordida aberta anterior (MAA) é um tipo de má oclusão definida como a ausência de contato incisal dos dentes anteriores em relação cêntrica. É uma má oclusão que acomete tanto o gênero masculino quanto o feminino, principalmente na infância e durante a troca de dentição. Esta condição varia e é influenciada de acordo com alguns fatores, como raça, idade, hábitos bucais deletérios, entre outros. A prevalência dessa má oclusão é bastante afetada pelo fator idade, uma vez que os hábitos são os grandes influenciadores da má oclusão e tendem a diminuir com o amadurecimento da função oral. (ARTESE et al., 2011)

A MAA é considerada uma das más oclusões de maior comprometimento tanto estético quanto funcional, apresentando um trespassse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. Com isso ocorrem alterações dentárias e esqueléticas, que dificultam a presa e a incisão dos alimentos, além de prejudicar a fala de alguns fonemas, podendo causar futuras condições psicológicas desfavoráveis para as crianças que apresentam tal situação oclusal. (DOMANN et al., 2016)

Os hábitos deletérios, considerados por diversos pesquisadores como causa freqüente da instalação de maloclusões, são padrões de contração muscular aprendidos, de natureza muito complexa, que, por ser tantas vezes praticado, torna-se inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade. Dentre os hábitos bucais deletérios, podemos citar: sucção do polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio; deglutição atípica; postura: *má postura no sono, má postura na vigília*; onicofagia; sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos; perturbações funcionais gnatológicas: *abrasão, bruxismo diurno e noturno, deslocamento mandibular lateral por contatos prematuros* e respirador bucal. (SILVA et al., 2006)

Estes hábitos se dividem em sucção não-nutritiva (sucção de chupeta e sucção digital), os hábitos de morder (objetos, onicofagia e bruxismo) e hábitos funcionais (respiração bucal, deglutição atípica e alteração de fala). (NAKAO et al., 2016)

A instalação de uma má oclusão, contudo, não depende apenas da simples existência do hábito, mas também do padrão de crescimento facial que

a criança possui, bem como da duração, intensidade e frequência com que o hábito é realizado. (DOMANN et al., 2016)

A maioria dos autores se referem a este tema abordando pacientes em fase de crescimento, uma vez que a correção no adulto seria muito difícil de se tratar ortodonticamente, restando apenas a correção cirúrgica ou compensar com aparelho ortodôntico. (ALIMERE et al., 2005)

A mordida aberta anterior é um tipo de má oclusão que deve ser diagnosticada e tratada o quanto antes, pois sendo um problema tanto dentário quanto esquelético a forma de tratamento pode ser ortopédica, ortodôntica ou ambas, desde que a intervenção seja feita ainda em idade pueril. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura a respeito da mordida aberta anterior em crianças e suas formas de tratamento tanto ortopédica quanto ortodôntica.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O presente trabalho tem o objetivo de revisar a literatura a respeito da mordida aberta anterior em crianças na fase de dentição decídua e mista, bem como abordar as formas de tratamento mais usuais atualmente.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar os principais fatores causadores da mordida aberta anterior e suas consequências;
- Determinar as formas mais usuais de tratamentos ortopédicos e ortodônticos para mordida aberta anterior.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A mordida aberta anterior (MAA) é uma má oclusão de difícil tratamento, pois o controle da dimensão vertical requer não só cooperação do paciente como também exige certa experiência do profissional. (ARROYO et al., 2017)

Hábitos de sucção, presença de tecidos linfóides hipertróficos, respiração bucal, fonação e deglutição atípicas, e postura anterior da língua em repouso foram alguns fatores etiológicos relacionados à função oral associados à MAA. Este é tido como um problema de etiologia complexa que relaciona o sistema esquelético, dentário, fatores respiratórios, neurológicos ou relacionados aos hábitos cotidianos. Além disso, tal má oclusão gera comprometimento estético e funcional consideráveis e, geralmente, afeta crianças em fase de dentição decídua e mista. A discrepância no sentido vertical permite menor estabilidade nos resultados finais após o tratamento da MAA, sendo esse mais um motivo que torna complicado o tratamento dessa patologia. (VIEIRA, et al., 2018)

A determinação da causa e diagnóstico preciso permitem estabelecer um plano de tratamento ideal para essa má oclusão. Após o diagnóstico, a intervenção deve ser imediata, pois quanto mais cedo for feito o tratamento, resultados mais rápidos, eficientes e com estabilidade serão alcançados. (MATSUMOTO et al., 2011).

Porém nem todos os pacientes procuram o tratamento na época ideal e alguns só procuram na fase adulta, ou porque desconhecem o problema ou até mesmo por fatores de ordem estética, vaidade, entre outros. Entretanto o tratamento nessa fase é ainda mais difícil e a estabilidade fica prejudicada. (ARROYO, et al., 2017)

Os pacientes com MAA têm um aumento do terço inferior da face percebido clínica e cefalometricamente. No entanto pacientes com aumento da altura facial inferior podem ou não ter uma MAA dentária. O crescimento vertical é a última dimensão a se concluir e com isso, às vezes um tratamento simples aparentava estar bem-sucedido, pode futuramente recidivar. Alguns tratamentos podem ser prolongados, mesmo se tratados precocemente, se não forem removidos os fatores etiológicos. (DOMANN et al., 2016)

O tratamento apresenta técnicas categorizadas como hábito, aparelho ou cirúrgico. Técnicas simples são aquelas em que o fator etiológico é removido e

a mordida vai se fechando normalmente, ou o fechamento é aprimorado usando aparelhos ortodônticos. Procedimentos mais difíceis são aqueles em que a intrusão (ativa ou relativa intrusão alcançada pela inibição da erupção dos dentes posteriores) é tentada com aparelhos ortodônticos. (DOMANN et al., 2016)

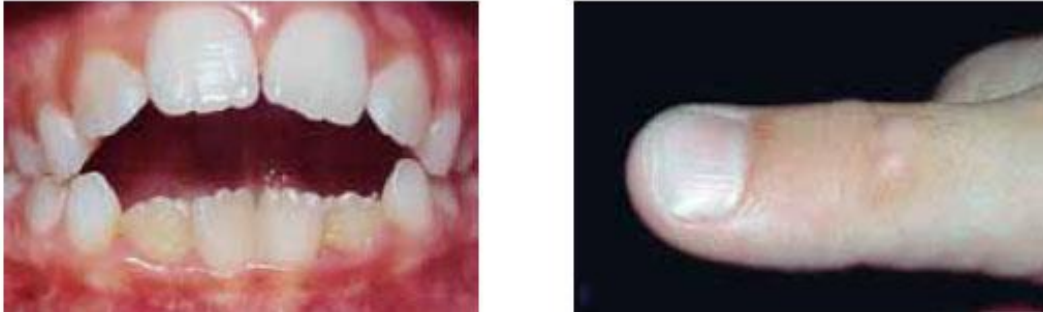
A instalação de uma má oclusão depende da presença do hábito, e também do padrão de crescimento facial que a criança possui, bem como da duração, intensidade e frequência com que o hábito é realizado. Mas naturalmente, à medida que a criança vai crescendo e amadurecendo emocionalmente, a mesma sente vergonha de ter tais hábitos e vai abandonando aos poucos, coincidindo com o início da socialização, geralmente em torno dos 5 anos de idade. Tal ação induz à auto-correção da má oclusão apenas devido a remoção do hábito. (SILVA FILHO et al., 2004).

Em boa parte dos casos de mordida aberta anterior é observada a presença do hábito de sucção digital, nestes casos a mordida aberta geralmente encontra-se de forma assimétrica. A posição dos dentes e a deformação dos processos alveolares exibem uma configuração que representa aproximadamente, uma impressão negativa do polegar ou dos outros dedos, já que estes são utilizados durante o ato de sucção. (ARROYO, et al., 2017)

Existem diferentes classificações para mordida aberta de acordo com aspectos múltiplos e vem variando ao longo dos anos de autor para autor. Maia et al. (2008) classificam em dentárias, dentoalveolares e esqueléticas, conforme as estruturas que afetam. Cabrera (2010) apresentou uma classificação atualizada da mordida aberta, contendo: mordida aberta dentária (apresenta planos oclusais coincidentes com oclusão entre molares e pré-molares e desocclusão dos caninos e incisivos), mordida aberta ortopédica (apresenta planos oclusais cefalométricos divergentes, com no máximo com 4 graus de divergência entre o plano oclusal superior e inferior, a oclusão geralmente ocorre em molares, e eventualmente, também em segundo pré-molares, mas nunca nos demais inferiores) e mordida aberta cirúrgica (apresenta planos oclusais cefalométricos divergentes, com valores que excedem a 4ª de divergência entre os planos oclusais superiores e inferiores). (ARROYO, et al., 2017)

A Figura 1 ilustra um caso de mordida aberta anterior em fase de dentição mista, tendo influência direta de hábito deletério.

**Figura 1.** Mordida aberta anterior e a influência da sucção digital na dentição em fase mista, evidenciando hábito de sucção do polegar de forma intensa e formação de calosidade no dorso do dedo.



FONTE: ARTESE et al., 2011.

Se ainda assim ocorrer a persistência do hábito durante a fase inicial da dentadura mista, este já deve ser considerado como deletério, pois os primeiros incisivos já estão irrompendo e o hábito pode prejudicar o desenvolvimento normal da oclusão e do crescimento facial. (DOMANN et al., 2016)

Na Figura 2 observa-se um exemplo de mordida aberta anterior Além da MAA percebem-se outros problemas oclusais, bem como uma interposição lingual sobre os dentes anteriores evidenciada pela imagem.

**Figura 2.** Mordida aberta anterior precoce com quase toda dentição ainda decídua.



FONTE: Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/mordida-aberta/>.

Acesso em 18/03/19.

O tratamento deve ser feito de forma multiprofissional envolvendo não só a ortodontia e o cirurgião dentista, como também a psicologia e fonoaudiologia,



avaliando a dentição, má-oclusão e o comportamento respiratório da criança. As formas de tratamento envolvem o uso de aparelhos que visam controlar o desenvolvimento, para reduzir ou redirecionar o esqueleto e ajudar no crescimento com forças intra-orais ou extra-orais, ou para extrusão de dentes anteriores. (VIEIRA et al., 2018)

Estes podem ser aparelhos extrabucais com “*bite-blocks*” (*componente de aparelhos ortodônticos para interferir, contar ou controlar a erupção dos dentes posteriores*), primando pela redução e correções da MAA, permitindo direcionar o crescimento; Bionator de Balters fechado que é tido como uma espécie de ativador, bionatores ou reguladores, utilizados para controle do crescimento da dentição mista, resolvendo problemas de interposição lingual ou sucção; dispositivos extra-orais para impedir o padrão de crescimento esquelético e dental vertical, como um casquete de tração alta; arcos associados ao uso de elásticos que auxiliam na movimentação dentária, tanto na retração de dentes e fechamento de espaços, bem como na correção de relações interarcos; e também aparelhos fixos de fio reto usando apenas protocolo de nivelamento dos arcos podem corrigir espontaneamente MAA leves, tendo mais eficácia se não houver nivelamento abusivo do arco inferior. (VIEIRA et al., 2018)

Logo abaixo a Tabela 1 mostra alguns tipos de aparelhos que podem ser utilizados para correção da MAA, de acordo com idade e fase dentária em que o paciente se encontra.

**Tabela 1.** Tipos de aparelhos ortopédicos e ortodônticos utilizados no tratamento da mordida aberta.

APARELHO	FUNÇÃO	FASE P/ ATUAÇÃO
Bionator	Resolve problemas de interposição lingual e sucção digital	Dentição decídua e mista Fase de crescimento
AEB	O casquete com tração alta auxilia a impedir crescimento esquelético e dental vertical	Dentição decídua e mista Fase de crescimento
Arco de Hawley com grade lingual	Educador lingual removível	Dentição decídua e mista
BTP com grade lingual	Ancoragem posterior e educador lingual fixo	Dentição mista e permanente

Placas de mordida / Bite Block	Acrílico nos dentes posteriores para intrusão	Dentição mista e permanente
Braquetes associados aos esporões palatinos	Nivelamento da mordida e fechamento indireto por reeducação lingual	Dentição mista e permanente
Braquetes associados aos elásticos intermaxilares	Fechamento direto da mordida através do uso dos elásticos	Dentição permanente

A conduta terapêutica a ser seguida está diretamente relacionada com a etiologia e com a época de intervenção, sendo o protocolo de tratamento diferenciado de acordo com a fase de crescimento dentário do paciente. (ARROYO, et al., 2017)

O tratamento para mordida aberta vai desde uma simples observação ou controle de hábito até intervenção cirúrgica. Por isso é tão importante a identificação da etiologia e diagnóstico precoce, visto que aumentam as chances do sucesso do tratamento. (VIEIRA, et al., 2018)

#### **4. METODOLOGIA**

Este estudo consistiu em uma revisão de literatura com caráter descritivo. Após a determinação do tema a ser revisado foram realizadas buscas sistemáticas sobre a temática nas seguintes bases de dados: Scielo, LILACS, MEDLINE, Google Acadêmico, Portal de periódicos CAPES, a partir da utilização de descritores específicos.

A pesquisa foi realizada no período de Janeiro a Março de 2019, sendo utilizadas publicações na língua portuguesa e inglesa, e assim selecionados os artigos que apresentavam correlação de tema com a Odontologia e possuíam disponibilidade de acesso nas bases de dados escolhidas.

Para a montagem da revisão bibliográfica, foi realizada leitura do tipo exploratória de todo o material selecionado (uma leitura rápida com objetivo de verificar se a publicação/obra era interessante para o trabalho); em seguida realizou-se também a leitura seletiva (leitura mais ponderada de partes que, de fato, fossem interessantes ao estudo); e, por fim, foi realizada a síntese e montagem de todo o conteúdo teórico extraído das fontes selecionadas.

## 5. DISCUSSÃO

Se faz importante discutir o tratamento ortopédico e ortodôntico de casos de MAA, visto que ainda é considerado um problema de resolução complicada e resultados instáveis. É preciso primeiramente eliminar os hábitos deletérios que a criança apresenta, bem como orientar os pais para realização de um reforço positivo, ajudando a melhorar a autoestima da criança. Um trabalho multidisciplinar entre dentista, psicólogo e fonoaudiólogo também deve estar inserido no tratamento.

Os hábitos deletérios geralmente acometem em más-oclusões de MCP, MAA e sobressaliência, bem como a incidência é mais frequente em crianças, devido aos fatores de sucção e amamentação. Mas pode ocorrer também em adultos e o uso de aparelhos pode ser útil e eficiente para evitar a erupção dentária e ajudar no controle do desenvolvimento, para reduzir ou redirecionar o esqueleto ou para extrusão dentes anteriores. (VIEIRA et al., 2018)

O tratamento da mordida aberta anterior em fase de dentição decídua e mista via de regra já inclui as práticas de mudanças de comportamento da criança, reeducação de hábitos deletérios e, dependendo do caso, pode-se usar também aparelhos fixos ou removíveis, como os educadores linguais. Essas medidas seriam suficientes para solução da má oclusão na maioria dos casos. No entanto, algumas vezes o problema se mantém, mesmo após essas intervenções, sendo necessária a ortopedia dos maxilares ou correção de obstruções do trato aerodigestivo. (OKA et al., 2013; GUILLEN, et al., 2018)

Já o tratamento da mordida aberta anterior em adultos apenas por meio de ortodontia é um caso de solução mais difícil e visa o controle extrusivo de dentes anteriores, intrusão de molares e expansão do arco maxilar. Este tratamento utiliza bastante a mecânica vertical através de elásticos anteriores, uso de fio contínuo para planificar o plano oclusal dos dentes anteriores e posteriores causando intrusão leve em molares e extrusão de incisivos, uso de miniplacas ou mini-implantes para provocar intrusão de molares, e para expansão do arco há alteração de angulação dos dentes nas bases ósseas a fim de corrigir mordidas cruzadas posteriores. Sendo nos adultos um tratamento mais dentário do que esquelético, e por isso, é considerado uma forma

compensatória de tratamento (com fortes chances de recidiva devido à instabilidade óssea). (OKA et al., 2013)

Em casos de mordida aberta anterior com alteração esquelética, um possível fluxograma de tratamento pode ser organizado da seguinte maneira:

- I) Preparo ortodôntico para correção de discrepâncias dentárias que limitam a estabilidade oclusal transoperatória;
- II) Reposicionamento cirúrgico dos maxilares por meio de cirurgia ortognática;
- III) Finalização ortodôntica da nova oclusão atingida pelo procedimento. (GUILLEN, et al., 2018)

Atualmente também vem sendo utilizada a técnica de intrusão de molares superiores com o uso de mini-implantes como mecânica auxiliar do fechamento de mordida anterior. Desta forma é possível obter um resultado oclusal previsível e ainda diminuir a participação do paciente, sendo favorável quando eles não colaboram com o uso de acessórios removíveis que otimizam o tratamento, como o uso dos elásticos intermaxilares. (VALARELLI et al., 2014)

No trabalho de ARROYO (2017) para corrigir atresia de arco e MAA optou-se, inicialmente, por uma expansão da maxila com o aparelho Hyrax com grade palatina ativado por 15 dias. Após esse período manteve o mesmo aparelho por 3 meses para a estabilização da expansão (ancoragem). Após 90 dias do término das ativações, foi trocado o aparelho Hyrax por barra palatina (BTP) com grade por 6 meses. A BTP foi utilizada como forma de ancoragem, garantindo a estabilidade do arco e associada à grade para reeducação lingual, evitando recidiva da mordida aberta na fase de trocas dentárias.

Em um estudo clínico VERRI (2017) trataram uma dentição permanente em fase inicial sexo feminino, 13 anos, através de disjuntor maxilar tipo Hyrax usando protocolo de expansão rápida (2/4 de volta diárias durante 15 dias e o mesmo usado como ancoragem por 3 meses). Em seguida foi utilizado braquetes pré-ajustados na prescrição Andrews e elásticos intermaxilares anteriores. Foi observada a estabilidade dos resultados alcançados ao final do tratamento ortodôntico e no controle de 2 anos pós-tratamento. Isto se deve a dois fatores: a mecânica ortodôntica empregada durante o tratamento e pós-

tratamento com o uso da contenção superior como reeducadora da postura lingual. (VERRI, et al., 2017)

No caso de BERTONE (2016) foi proposto à utilização de esporão por palatina dos incisivos superiores, em fase de dentição mista, por se tratar de um dispositivo fixo. Este foi utilizado por aproximadamente 10 meses. Após a instalação do esporão o hábito de sucção da chupeta foi reduzido gradativamente até sua suspensão por completo. Em seguida foi utilizado aparelho fixo para o alinhamento e nivelamento dos dentes e fechamento do diastema dos incisivos. A MAA foi corrigida e o esporão mostrou-se como um ótimo dispositivo reeducador lingual para pacientes não colaboradores.

Nos estudos de MUCEDERO (2013) avaliou-se a estabilidade em pacientes portadores de MAA tratados com Quadrihelix, após 5 anos do tratamento. No total foram 28 pacientes com média de idade de 8,2 anos de idade, e observou-se estabilidade em 93% dos casos.

MAIA (2010) e colaboradores realizaram um estudo cefalométrico para avaliar a estabilidade a longo prazo da correção ortodôntico-cirúrgica da MAA em 39 pacientes com média de idade de 20,83 anos. Foi observada estabilidade em 64,11% para casos de oclusão Classe I, 47,52% para Classe II e 87,50% para Classe III.

Resultados satisfatórios também foram encontrados por KURODA (2007) ao se tratar de aumento do trespassse vertical e diminuição da altura facial anterior total e inferior entre casos limítrofes e graves de MAA esquelética tratados por cirurgia ortognática e de intrusão molar com ancoragem esquelética, concluindo que este último parece ser uma opção mais viável devido a sua maior simplicidade.

Desde a chegada dos dispositivos de ancoragem temporários (DATs), como mini-implantes e mini-placas, surgiu a possibilidade de tratar alguns casos de MAA esquelética sem necessariamente precisar de cirurgia, através da realização de intrusão de molares. (SILVA et al., 2014)

Em geral, esse tipo de tratamento tem maior taxa de sucesso em pacientes portadores de má oclusão de Classe II do que pacientes com má oclusão de Classe III, e em pacientes com discrepâncias esqueléticas de leve a moderada, quando esses possuem pouco potencial de crescimento. Portanto, a

idade e a maturação esquelética devem ser observadas, assim como as proporções faciais verticais do paciente. (PITHON et al., 2016)

A maior dificuldade em relação a correção da mordida aberta anterior é a manutenção dos resultados encontrados, ou seja, a estabilidade da oclusão após a finalização do tratamento. Independente da mecânica realizada, a recidiva pode ocorrer. Com isso, se faz muito importante um diagnóstico correto e a intervenção o mais cedo possível, para garantir os melhores resultados no tratamento.

## **6. CONCLUSÃO**

A mordida aberta anterior mostra-se como uma má oclusão de etiologia complexa e de difícil tratamento. Pode ser tratada com resultados rápidos e satisfatórios ainda na fase de dentição decídua e mista, tanto de forma ortopédica quanto ortodôntica. Porém o tempo para iniciar o tratamento é fator determinante na estabilidade dos resultados, por isso quanto mais precoce for realizado o tratamento desta má oclusão, nas dentições decídua ou mista, maiores as chances de sucesso no tratamento e maior estabilidade final.



## REFERÊNCIAS

ALIMERE, H. C.; THOMAZINHO, A.; FELÍCIO, C. M. D. E.; Mordida aberta anterior: uma fórmula para diagnóstico diferencial. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 3, p. 367-4, set./dez. 2005.

ARROYO, I. R.; MATTAR, C.; CREPALDI, M. V.; SOARES, L. G.; KAWAUCHI, M. Y.; PERON, B. G. Tratamento precoce da mordida aberta anterior: relato de caso. **Rev. FAIPE**. v. 7, n. 1, p. 16-24, jan./jun. 2017.

ARTESE, A.; DRUMMOND, S.; NASCIMENTO, J. M.; ARTESE, F. Critérios para o diagnóstico e tratamento estável da mordida aberta anterior. **Dental Press J Orthod**. v.16, n.3, p.136-61, 2011.

BERTONE, E. M.; OLIVEIRA, R. C. G.; COSTA, J. V.; OLIVEIRA, R. C. G.; NITRINI, A. T. L. The treatment of anterior open bite with spur. **Uningá Review**. V.29, n.1, p.99-102, Jan - Mar 2017.

CABRERA, M. D. E., C. *et al.* Lateral open bite: treatment and stability. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. v.137, n.5, p.701-11, 2010.

DOMANN, J.; CRUZ, C. M.; CREPALDI, M. V.; CREPALDI, M. L. S.; OLIVEIRA, B. L. S. Bite back open, etiology, early diagnosis and treatment. **Rev. FAIPE**. V. 6, n. 2, p. 1-14, jul./dez, 2016.

GUILLEN, G. A. **Mordida aberta anterior, indicações para o tratamento cirúrgico**. 2018. 26 f. Trabalho de Conclusão de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Uberlândia, 2018.

KURODA, S. *et al.* Treatment of severe anterior open bite with skeletal anchorage in adults: comparison with orthognathic surgery outcomes. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.132, n.5, p.599-605, 2007.

MAIA, F. A.; JANSON, G.; BARROS, S. E.; MAIA, N. G.; CHIQUETO, K.; NAKAMURA, A. Y. Long-term stability of surgical-orthodontic open-bite correction. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. V.138, n.3, p.254-6, 2010.

MATSUMOTO, M. A. N. Má oclusão Classe I de Angle, com mordida aberta anterior, tratada com extração de dentes permanentes. **Dental Press J Orthod**., v. 16, n. 1, p. 126-38, jan./fev. 2011.

MUCEDERO, M.; FRANCHI, L.; GIUNTINI, V.; VANGELISTI, A.; MCNAMARA, J. A. JR, COZZA, P. Stability of quad-helix/crib therapy in dentoskeletal open bite: a long-term controlled study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. V.143, n.5, p.695-703, 2013.

NAKAO, T. H.; BERTOZ, F. A.; OLIVEIRA, D. T. N.; BERTOZ, A. P. M.; BIGLIAZZI, R. Oral habits as risk factors for anterior open bite: a literature revision. **Rev. Odont. Araçatuba**. v.37, n.2, p. 09-16, Maio/Agosto, 2016.

OKA, A.; TANIKAWA, C.; TAKIGAWA, Y.; YASHIRO, K. Nonextraction treatment of open-bite by sequential uses of tongue crib, temporary anchorage devices and myofunctional therapy: A case report of an adolescent. **Orthodontic waves**. n. 72, p. 112-118, 2013.

PITHON, G. M.; MOURA, W.; CHIQUETO, K.; NEVES, L. S. Camuflagem ortodôntica da mordida aberta anterior esquelética: relato de caso com estabilidade em longo prazo. **Rev Clín Ortod Dental Press**. V.15, n.4, p.78-87, Ago-Set, 2016.

PITHON, G. M.; MOURA, W.; CHIQUETO, K.; NEVES, L. S. Camuflagem ortodôntica da mordida aberta anterior esquelética: relato de caso com estabilidade em longo prazo. **Rev Clín Ortod Dental Press**. V.15, n.4, p.78-87, Ago-Set, 2016.

SILVA FILHO, O. G.; CHAVES, A. S. M.; ALMEIDA, R. R. Efeitos terapêuticos suscitados pelo uso da grade palatina: um estudo cefalométrico. **Rev Soc Paranaense de Ortodontia**, v. 1, 2004.

SILVA, A. C. B.; VALARELLI, F. P.; PACCINI, J. V. C.; RODRIGUES, M. T. V.; CANÇADO, R. H.; FREITAS, K. M. S. Intrusão de molares superiores para correção da mordida aberta anterior esquelética. **Revista Uningá** V.41, p.52-59, Ago – Out, 2014.

SILVA, E. L. Oral deleterius habits. *Rev. Paraense de Medicina* V.20, n.2. Abr-Jun, 2006.

VALARELLI, F. P.; MARTELI, C. A.; AGUIAR, H. A.; PACCINI, J. V. C.; CANÇADO, R. H. FREITAS, K. M. S. Fechamento da mordida aberta anterior com uso de mini-implantes: relato de um caso. Clínico. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.39, p. 95-107 jan./mar. 2014.

VERRI, A. C. G.; LEMOS, C. A. A.; CRUZ, R. S.; ARAÚJO, C. A. M.; SHIBAYAMA, R.; VERRI, F. R. Treatment of dentoalveolar anterior open bite and tongue reeducation: case report. **Arch Health Invest**. V.6, n.9, p.423-430, 2017.

VIEIRA, I. C. C.; VIEIRA, I. C.; AZEREDO, M. S.; JARDIM, L. S. V.; PRADO, J. P.; REIS, J. A. B.; LESSA, A. M. G. Tratamento de mordida aberta anterior: Uma revisão de literatura. **Rev. Mult. Psic**. V.12, N. 42, p. 984-995, 2018.

Vieira, I. C. C.; Vieira, I. C.; Azeredo, M. S.; Jardim, L. S. V.; Prado, J. P.; Reis, J. A. B.; Lessa, A. M. G. Tratamento de mordida aberta anterior: Uma revisão de literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. V.12, N. 42, p. 984-995, 2018.