



Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

LUÍSA GARCIA COUTO SOUSA

MORDIDA ABERTA ANTERIOR: Relato de Caso Clínico

PORTO VELHO/RO

2018

LUÍSA GARCIA COUTO SOUSA

MORDIDA ABERTA ANTERIOR: Relato de Caso Clínico

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia.

Orientadora: Profª Me. Elen Caroline Ferreira Alves

Co-orientador (a): Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli

PORTO VELHO/RO

2018

SOUSA, Luísa G.C.

Mordida Aberta Anterior - Relato de caso clinico / Luisa Garcia Couto
Sousa. – Porto Velho:
2018.

xx f.; 30 cm.

Orientação: Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli

Artigo (Especialização) Departamento de Pós-Graduação em
Odontologia – Especialização em Odontologia, Subárea Ortodontia.
FACSETE-Ciodonto, 2018.

1. Mordida Aberta. 2. Ortodontia. SOUSA, Luísa G.C.. Mordida Aberta
Anterior -Relato de caso clinico.

FACSETE

Artigo intitulado MORDIDA ABERTA ANTERIOR: Relato de caso clínico de autoria da aluna Luísa Garcia Couto Sousa aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Fabrício Pinelli Valarelli

Prof. – FACSETE

Profª. Dra. Juliana Volpato Curi Paccini

Profª. - FACSETE

Prof. Dr. Dino Almeida

Prof. - FACSETE

Porto Velho/RO, 09 de Fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre guiar meus caminhos e nos momentos mais complicados e duros sempre estar ao meu lado.

A meu Pai Allisson e minha mãe Adriana, que sempre me serviram de exemplo de bom caráter e honestidade, me dando a educação necessária e apoio para poder estar hoje concluindo mais uma etapa de minha vida.

A meu marido Alex pelo companheirismo e incentivo durante esses anos.

A meus irmãos pelo apoio e amizade.

A minha cunhada Eunice pela amizade e apoio para que essa trajetória se realizasse.

A Prof.^a Elen Caroline Ferreira Alves pelas orientações para que esse artigo fosse concluído.

Ao meu co-orientador Dr. Fabrício Pinelli Valarelli pelo exemplo de pessoa e profissional, e pelas orientações e ensinamentos dispensados ao longo destes anos que foram essenciais para minha formação.

RESUMO

A mordida aberta anterior é caracterizada pelo trespasse vertical negativo na região anterior dos arcos dentários e deve ser corrigida precocemente, proporcionando uma terapia mais simples e um prognóstico mais favorável ao tratamento. Na fase adulta há existência de um maior fator esquelético em sua composição, sugerindo assim, a associação de um tratamento cirúrgico à terapia ortodôntica. O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de má-oclusão de mordida aberta anterior em um paciente jovem, cujo o fechamento da mordida aberta foi alcançada através do tratamento ortodôntico fixo atendendo plenamente às expectativas do paciente obtendo-se uma grande melhora estética e funcional.

Descrição: Mordida Aberta Anterior. Má Oclusão de Angle Classe II

ABSTRACT

The anterior open bite is characterized by the negative vertical overjet in the anterior region of the dental arches and should be corrected early, providing a simpler therapy and a prognosis more favorable to the treatment. In adulthood there is a greater skeletal factor in its composition, thus suggesting the association of a surgical treatment with orthodontic therapy. The aim of this article is to report a clinical case of anterior open bite malocclusion in a young patient, whose open bite closure was achieved through fixed orthodontic treatment, fully meeting the patient's expectations, obtaining a great esthetic and functional improvement .

Description: Anterior Open Bite. Angle Class II Malocclusion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografias extrabucais iniciais ao início do tratamento	11
Figura 2 – Fotografias intrabucais frontal e laterais ao início do tratamento	12
Figura 3 – Fotografia intrabucal oclusal ao início do tratamento	12
Figura 4 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento	13
Figura 5 – Radiografia panorâmica ao início do tratamento	13
Figura 6 – Aparelho fixo com grade palatina	14
Figura 7 – Grade Palatina Fixa e aparelho ortodôntico fixo.	14
Figura 8 - Fotografia após a remoção da grade palatina e instalação dos esporões ..	14
Figura 9 – Inclusão de elástico 3/16 médio de classe II bilateral 24 horas por dia.....	15
Figura 10 – Maxila foi removido os esporões superiores e mantido apenas o aparelho fixo na arcada superior e inferior	15
Figura 11 – Fotografias extrabucais após a remoção do aparelho.....	15
Figura 12 – Fotografias intrabucais após a remoção do aparelho fixo	16
Figura 13 – Fotografias oclusais mandíbula e maxila	16
Figura 14 – Radiografia panorâmica ao final do tratamento.....	16
Figura 15 – Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento.....	17
Figura 16 – Contenção Superior Placa de Hawley	17
Figura 17 – Contenção superior placa de Hawley.....	17
Figura 18 – Contenção inferior 3x3	18
Figura 19 – Controle após 06 meses da remoção do aparelho ortodôntico	18
Figura 20 – Controle após 06 meses da remoção do aparelho ortodôntico	18
Figura 21 – Controle após 12 meses da remoção do aparelho ortodôntico	19
Figura 22 – Controle após 12 meses da remoção do aparelho ortodôntico	19
Figura 23 – Controle após 18 meses da remoção do aparelho ortodôntico	19

Figura 24 – Controle após 18 meses da remoção do aparelho ortodôntico	20
Figura 25 – Radiografia panorâmica após controle de 18 meses	20
Figura 26 – Telerradiografia em norma lateral após controle de 18 meses	20
Figura 27A – Sobreposição (em base do crânio S–N) do início (preto),final do tratamento (verde) e (vermelho) após 18 meses do tratamento.....	21
Figura 27B – Sobreposição em Plano Palatino (ENA-ENP) e 10C – sobreposição em plano mandibular (GoMe).....	21
Tabela 01 - Tabela de variáveis cefalométricas	22

SUMÁRIO

1 – Resumo	06
2 – Introdução	09
3 – Descrição de Caso clínico	10
4 – Tratamento	13
5 – Resultados	17
6 – Discussão.....	22
7 – Conclusão	25
8 – Referências Bibliográficas	25

INTRODUÇÃO

A mordida aberta anterior é caracterizada pelo trespasse vertical negativo na região anterior dos arcos dentários ou seja, ausência de contato entre as bordas dos incisivos superiores e inferiores, podendo ocorrer nos dentes anteriores e posteriores, sendo de natureza esquelética ou dento alveolar^[1 2].

Sua etiologia é multifatorial e os diversos fatores etiológicos agem conjuntamente, determinando a severidade da má oclusão^{[3 4],[5],[6]}.

Além de possuir uma alta prevalência, a mordida aberta anterior é uma das principais causas de insuficiência da função mastigatória e fonação, podendo também causar problemas estéticos consideráveis e ter impacto na autoestima do paciente^{[7],[8],[9]}

Este problema pode ocorrer tanto em adultos como em crianças e geralmente está relacionado a sucção de dedos, uso por tempo prolongado de chupetas, respiração bucal, interposição lingual (durante a fala ou a deglutição de alimentos), roer unha, entre outros. O diagnóstico é realizado pelo dentista que através de exames e testes de diagnóstico definem o fator etiológico da mordida aberta e a partir daí é definido o plano de tratamento adequado.^{[10],[3]}

De acordo com a etiologia, este pode ser multifatorial, estando associada em uma desarmonia mio funcional orofacial, seja por fatores genéticos ou pela ação prolongada de hábitos bucais^{[7],[8]}.

O objetivo deste trabalho é demonstrar um caso clínico em um paciente com mordida aberta anterior, cujo procedimento da correção foi com ortodontia corretiva utilizando aparelho fixo, grade palatina e esporões.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

O jovem A.D.F., 28 anos, procurou atendimento na clínica ortodôntica queixando-se da má oclusão de mordida aberta anterior e dificuldades na fonação e na apreensão de alimentos. O paciente apresentou uma dicção com interposição lingual de deglutição atípica, com hábitos de interposição lingual e com selamento labial.

A MIH coincide com R.C, com desvio lateral para a direita. Sua desocclusão é por grupo.

Ainda, o jovem apresentava selamento labial e desenvolvia uma musculatura peribucal e mental hipertônica (Figura 1). Analisando o perfil, observou-se que o Ângulo nasolabial encontrava-se aberto e o mento de tal forma retraída em função do giro da mandíbula no sentido horário.

Em exame clínico extra bucal, observou-se uma face alongada e um perfil convexo, denotando o padrão vertical.

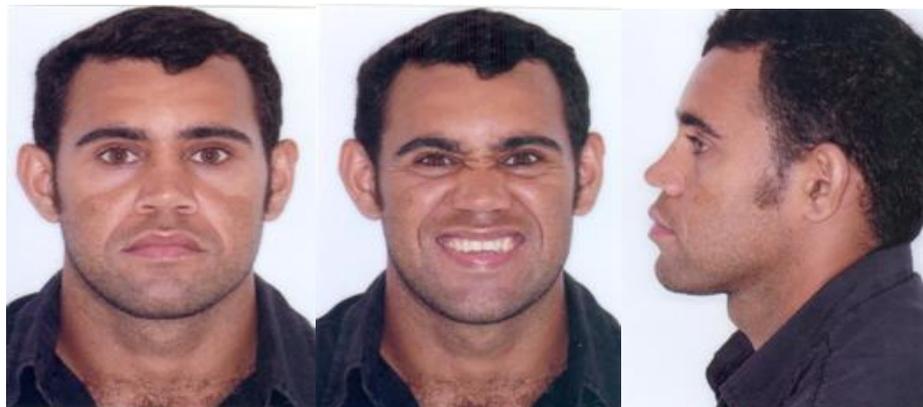


Figura A Figura B Figura C
Figura 1(A-B-C)- Fotografias extrabucais frontal e laterais ao início do tratamento

A má oclusão de mordida aberta foi encontrada nas posições dentárias 12, 12, 21,22, e nos dentes 35, 45 (giroversão). Dentes permanentes ausentes o (36,46,48), havendo a necessidade de dentisteria nos dentes 24, 25, 26, 27, 37, 38.

Após exame intrabucal, foi constatada a presença de uma mordida aberta anterior de 3 mm.

Observou-se que não houve uma boa relação ântero-posterior entre os arcos demonstrada pela Classe II bilateral (Figura 2).



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 2(A-B-C) – Fotografias intrabucais frontal e laterais ao início do tratamento

Na vista oclusal, verificou-se um apinhamento suave na região anterior superior. (Figura 3).



Figura A

Figura B

Figura 3 (A-B) – Fotografia intrabucal oclusal ao início do tratamento

Na radiografia panorâmica observou-se o aspecto normal dos dentes e estruturas adjacentes, ausência dos dentes 46 (primeiro molar inferior direito), 48 (terceiro molar inferior direito) e 36 (primeiro molar inferior esquerdo). Não houve a presença de dilacerações radiculares. A radiografia não apresentou nenhum detalhe que pudesse dificultar ou interferir no tratamento. (Figura 4).

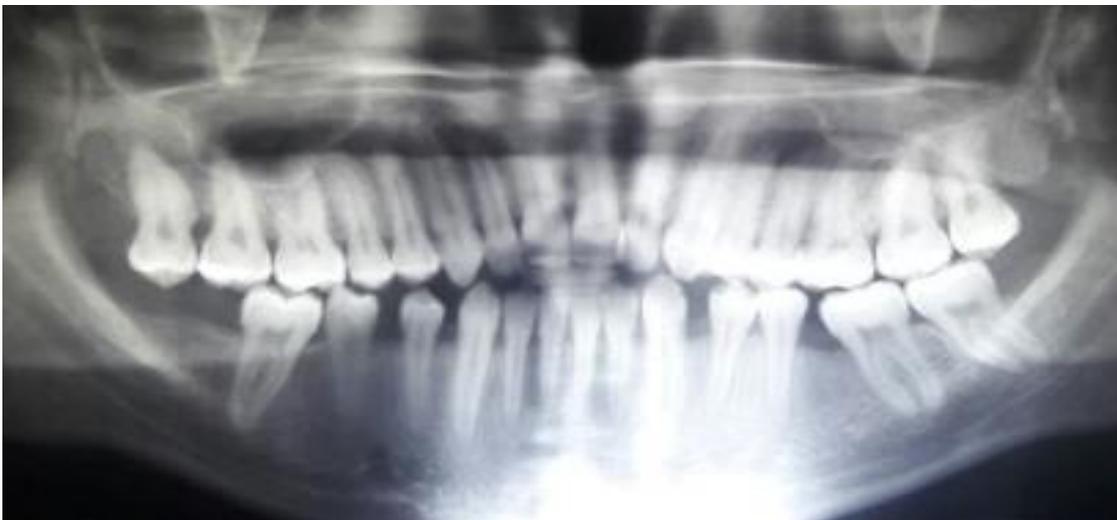


Figura 4 – Radiografia panorâmica ao início do tratamento.

Pela análise da telerradiografia foi confirmado que o paciente apresentava, ao início do tratamento, um padrão facial extremamente convexo. Além disso, notava-se os incisivos superiores inclinados para a vestibular. (Figura 5).



Figura 5 – Telerradiografia em norma lateral ao início do tratamento

Na avaliação do traçado cefalométrico do paciente verificou-se que, a maxila e mandíbula estão bem posicionadas em relação a base do crânio, no componente dento-alveolar superior e inferior os dentes estão protruídos.

Plano de tratamento

Após o diagnóstico da má oclusão de mordida aberta anterior dentária, foi proposto ao paciente como primeira opção de tratamento a correção da má oclusão por meio da ortodontia sem extrações pois o paciente já apresentava ausência de dentes, decidindo então pelo uso de aparelho ortodôntico fixo, grade palatina, fechamento dos espaços usando princípio de ponte levadiça (drawbridge), realizando a aproximação das bordas incisais sem ocorrer a extrusão dos dentes anteriores.^{[17] [24]} Finalizando com uso de elásticos de Classe II e de intercuspidação.

O tratamento foi baseado no propósito de melhorar a harmonia da face, permitindo um maior selamento labial em repouso.

Segundo o paciente, não havia queixa estética da face que justificasse a realização do procedimento cirúrgico. Desse modo, o paciente optou pelo tratamento ortodôntico compensatório.

Tratamento

Foi realizado a anamnese do paciente, e posteriormente moldagem para confecção da grade palatina, bandagem dos molares, instalação do aparelho fixo metálico de prescrição Roth com slot 0,022" x 0,030" com colagem diferenciada de canino a Molar Superior e inferior (mesial para cervical) e dentes anteriores mais para cervical, binário no dente (45), mola aberta entre (45 e 47) e (35 e 37) e elástico classe II do dente 12 ao 45 e 22 ao 35.

Alinhamento e nivelamento com a sequência dos fios 0,012" niti, 0,016" niti, 0,018" niti, 0,018" aço, 0,020" niti, 0,019"x0,025" niti e 0,019"x 0,025" de aço.



Figura A Figura B Figura C
Figura 6 (A-C) – fotografia intrabucal frontal e laterais com aparelho fixo instalado.



Figura A Figura B
Figura 7(A-B) – Fotografia intrabucal oclusal de maxila e mandíbula.

Durante a mecânica de alinhamento, no o fio 0,019"x0,025" niti a grande palatina foi fraturada. Após a remoção Instalou-se esporões nos incisivos superiores e inferiores. Em seguida iniciou-se a mecânica com os fios de aço 0,019"x 0,025".



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 8 (A-E)- Fotografia intrabucal frontal e laterais.



Figura D

Figura E

Figura 8 (A-E)- Fotografia intrabucal oclusal de maxila e mandíbula..

Inicou-se com o uso dos elásticos correntes, a mecânica de correção de Classe II com elásticos intermaxilares de Classe II 3/16 médio bilateralmente.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 09 (A-C)- Fotografia intrabucal frontal e laterais. Inclusão de elástico 3/16 médio de classe II bilateral 24 horas por dia.



Figura D

Figura E

Figura 10 (D-E)- Fotografia intrabucal de maxila e mandíbula.

Após a remoção do aparelho fixo e esporões observou-se a correção da má oclusão de Classe II, assim como uma melhora no perfil facial do paciente.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 11 (A-C) – Fotografias extrabucais frontal e laterais após a remoção do aparelho.

Após a finalização do tratamento, o aparelho fixo foi removido e instalado contenções de Placa de Hawley no arco superior e inferior 3X3 no arco inferior.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 12(A-B-C) – Fotografias intrabucais frontal e laterais após a remoção do aparelho fixo.



Figura A

Figura B

Figura 13 (A-B) – Fotografias intrabucais oclusais de maxila e mandíbula.

Na radiografia panorâmica após a remoção do aparelho ortodôntico, observa-se o bom posicionamento e paralelismo das raízes.



Figura 14 – Radiografia panorâmica ao final do tratamento

Na telerradiografia final nota-se a inclinação os dentes anteriores superiores para palatina e dos inferiores para lingual.



Figura 15 – Telerradiografia em norma lateral ao final do tratamento

Após a remoção do aparelho foi confeccionadas e instaladas as contenções superior e inferior.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 16 – Fotografia intra bucal frontal e laterais com contenção superior Placa de Hawley..



Figura 17: Fotografia intrabucal de maxila com contenção superior placa de Hawley



Figura 18: fotografia intrabucal oclusal de mandíbula com contenção inferior 3x3

Após 06 meses do término do tratamento o paciente retornou para controle pós tratamento e notou-se uma grande estabilidade da mordida aberta anterior. Não foi realizado nenhum ajuste de oclusão.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 19 (A-B-C)- Fotografia intrabucal frontal e laterais. Controle após 06 meses da remoção do aparelho ortodôntico.



Figura A

Figura B

Figura 20 (A-B)- Fotografia intrabucal oclusal de maxila e mandíbula. Controle após 06 meses da remoção do aparelho ortodôntico.

Após 12 meses do término do tratamento o paciente retornou para controle pós tratamento e verificou-se a estabilidade do tratamento da mordida aberta anterior.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 21 (A-B-C)- Fotografia intrabucal frontal e laterais. Controle após 12 meses da remoção do aparelho ortodôntico.



Figura A

Figura B

Figura 22 (A-B)- Fotografia intrabucal oclusal de maxila e mandíbula. Controle após 12 meses da remoção do aparelho ortodôntico.

Após 18 meses do término do tratamento o paciente retornou para controle pós tratamento. Realizou-se fotografias intra bucais, raio-x panorâmico e telerradiografia, sendo observado que a mordida aberta anterior continua estável.



Figura A

Figura B

Figura C

Figura 23 (A-B-C)- Fotografia intrabucal frontal e laterais]. Controle após 18 meses da remoção do aparelho ortodôntico.



Figura A

Figura B

Figura 24 (A-B)- Fotografia intrabucal oclusal de maxila e mandíbula. Controle após 18 meses da remoção do aparelho ortodôntico.



Figura 25 – Radiografia panorâmica após controle de 18 meses

Na telerradiografia de controle de 18 meses constatando a estabilidade do tratamento.



Figura 26 – Telerradiografia em norma lateral após controle de 18 meses

SOBREPOSIÇÕES DOS TRAÇADOS INICIAL E FINAL

O aparelho foi removido após um período de quatro anos. Os componentes esqueléticos, maxilar e mandibular, não sofreram alterações, assim como a relação entre a maxila e mandíbula. O componente vertical teve alteração significativa (Tabela 1) figura 27A.

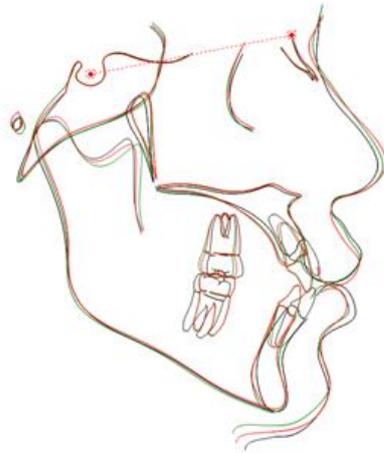


Figura 27A – Sobreposição (em base do crânio S–N) do início (preto), final do tratamento (verde) e (vermelho) após 18 meses do tratamento.

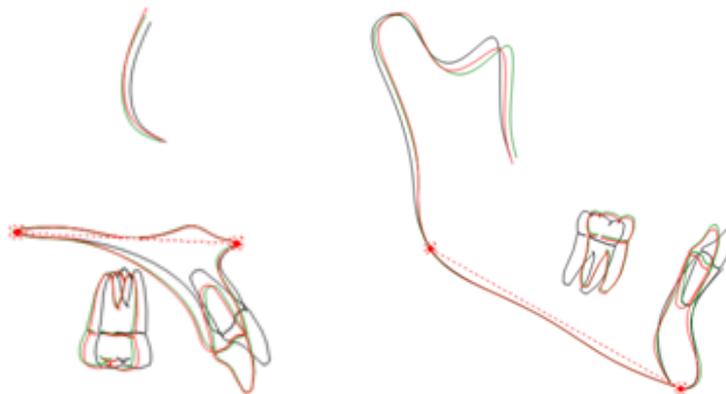


Figura 27B- Sobreposição em Plano Palatino (ENA-ENP) e 10C – sobreposição em plano mandibular (GoMe)

RESULTADOS

Através da descrição do caso clínico, verificou-se que não tiveram mudanças significativas nos componentes esqueléticos na maxila e mandíbula.

Foi observado que houve maiores diferenças dentoalveolares e no perfil tegumentar da paciente estudado.

No componente dentoalveolar superior, a vestibularização dos incisivos superiores, apresentou grande alteração, de 39,3° para 20,3° graus, ocorrendo uma grande inclinação para palatina. Em medidas lineares, mostra-se a retração dos incisivos superiores modificada de 11,2mm para 7,4mm.

Ainda, quanto ao componente dentoalveolar inferior, os incisivos apresentaram uma importante lingualização de 30,5° para 19,1°, a retração dos incisivos inferiores foi bem observada através da medida linear que foi reduzida de 10,5mm para 5,8mm. Confirmando uma significativa lingualização e retração dentária tanto dos incisivos superiores quanto dos inferiores.

A AFAI sofreu uma diminuição em razão do giro da mandíbula no sentido anti-horário e os molares tiveram o efeito de mesialização durante a mecânica de fechamento de espaços e do uso do elástico de Classe II.

É visto que o perfil tegumentar apresentou melhora na retração do lábio superior e inferior.

Os resultados foram constatados pela sobreposição das imagens das telerradiografias inicial e final pelo programa Dolphin (Tabela 1).

Tabela 1- Comparativo das análises cefalométricas.

Componentes e Variáveis		Inicial	Final
Componente Maxilar	SNA (°)	77.8 °	78.1 °
	Co-A (mm)	88.3 mm	88.4 mm
Componente Mandibular	SNB (°)	77.3 °	77.8 °
	Co-Gn (mm)	130.1 mm	130.5 mm
Relação entre Maxila e Mandíbula	ANB (°)	0.5 °	0.3 °
	WITS (mm)	0,3mm	-5,3mm
Componente Vertical	FMA (°)	25.8 °	26.6 °
	SN.GoGn (°)	38.6 °	38.7 °
	Sn.ocl (°)	12.9 °	20.0
	AFAI (mm)	76,30 mm	77,20 mm
Componente dentoalveolar Superior	IS.NA (°)	39,3 °	20,3 °
	IS-NA (mm)	11.2	7.4
	IS-PP (mm)	27.0 mm	33.8 mm
	MS-PTV (mm)	28,6 mm	28.8 mm
	MS-PP (mm)	31,9 mm	26,8 mm
	MS-SN (°)	27,7 °	27,4 °
Componente Dentoalveolar Inferior	II.NB (°)	30.5	19.1
	II-NB (mm)	10.5	5.8
	II-GoMe(mm)	42.6 mm	44.0 mm
	MI-Sínfise (mm)	22.2 mm	19.9 mm

	MI-GoMe (mm)	24,0 mm	22,9 mm
	MI.GoMe (°)	30,2 °	31,3 °
Relações Dentárias	Sobressaliência (mm)	1,4 mm	3.9 mm
	Sobremordida (mm)	-4,7 mm	1.8 mm
Perfil Tegumentar	ANL (°)	88,9 °	87,5 °
	Li-Plano E (mm)	3,3 mm	0,3 mm
	Ls-Plano E (mm)	0,9 mm	-0,3 mm

DISCUSSÃO

Em adultos, o tratamento da má oclusão representa um grande desafio para o ortodontista, tanto para o fechamento da mordida aberta anterior quanto para a estabilidade dos resultados ao final do tratamento^{[10],[9 11]}.

O tratamento ortodôntico-cirúrgico com mordida aberta tem sido um grande desafio para os ortodontistas por causa dos riscos de recidiva da má oclusão. A cirurgia ortognática é considerada um procedimento coadjuvante na correção das deformidades dentárias em adultos. O aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, o desenvolvimento e o estabelecimento de padrões de normalidade facial permitem precisão do planejamento ortodôntico-cirúrgico, proporcionando maior estabilidade.
[17] [24]

Em alguns casos, extrações são necessárias para corrigir outros problemas, tais como apinhamento, biprotusão excessiva ou discrepâncias anteroposteriores. A severidade da mordida aberta também influencia a decisão de extrações, de forma que quanto maior for a mordida aberta, maior será a tendência em se instituir um tratamento com extrações. Entretanto, todos os fatores mencionados anteriormente, acrescidos das queixas de pacientes, devem ser avaliados antes de se adotar um planejamento com extrações.

Por diversas vezes, o tratamento ortodôntico-cirúrgico dessa má oclusão não é aceito pelo paciente e a compensação dentária torna-se a única opção para melhorar a função mastigatória, a estética dos arcos dentários e a harmonia do sorriso^{[12],[13],[14 15],[11],[2],[1]}.

As extrações dentárias, principalmente de pré-molares e molares, demonstram grande efetividade na correção dessa má oclusão, aumentando a estabilidade do tratamento quando comparado a casos sem extrações²⁸. Entretanto, quando o perfil do paciente se apresenta reto ou côncavo ao início do tratamento, as extrações dentárias e conseqüente retração dos lábios superiores e inferiores,

durante o tratamento, podem causar grandes alterações do perfil proporcionando um aspecto facial desagradável^{[6],[16],[17]}. Porém, o paciente do seguinte caso apresentou um perfil propício para realização do tratamento sem extrações por já haver ausências dentárias.

Quanto mais cedo é identificado o problema, melhor o diagnóstico e prognóstico^{[9],[18],[13 15],[19]}

O tratamento do paciente exposto, foi realizado com mecânica de fechamento de espaços, onde as bordas dos incisivos superiores e inferiores se encontraram, proporcionando assim, o fechamento da mordida aberta anterior.

Devido à menor necessidade de extrusão dos dentes anteriores para fechar a mordida aberta, especula-se que esta pode ser uma das razões pelas quais o tratamento da mordida aberta com extrações proporciona. Evidente que o princípio de ponte levadiça pode não ser suficiente para fechar completamente a mordida aberta, dependendo da severidade do caso. Caso seja necessário fechamento adicional, este pode ser realizado com elásticos verticais ou outros mecanismos apropriados de tratamento, dependendo da quantidade de exposição dos incisivos.

A grade palatina ou os esporões também podem ser associados ao tratamento para corrigir a postura da língua.^{[17] [24]}

Assim, o paciente do seguinte caso que, procurou atendimento queixando-se da má oclusão de mordida aberta anterior, e em exame clínico extra bucal, observou-se uma face bastante alongada e um perfil bem convexo, denotando o padrão vertical. Foi tratado com aparelho ortodôntico fixo, esporões e elásticos e obteve-se uma grande melhora no perfil facial do paciente. A AFAI sofreu uma diminuição e os molares inferiores tiveram o efeito de mesialização. É visto que o perfil tegumentar apresentou melhora na retração do lábio superior e inferior.^[24]

Finalizado o tratamento o paciente iniciou a fase de contenção e pôde ser observado a estabilidade do tratamento o que se entende ser um dos maiores desafios enfrentados pelos ortodontistas^{[5],[20],[21],[12],[22],[23]}. A instabilidade pós-tratamento ortodôntico costuma acompanhar todas as más oclusões corrigidas, tanto no que se refere à relação intra-arcos (rotações, apinhamentos, espaços) como inter-arcos (sobremordida, mordida aberta, mordida cruzada), contrariando os objetivos cultuados pelos ortodontistas e almeçados pelos pacientes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o paciente estudado trouxe como problema a mordida aberta anterior, onde o tratamento ortodôntico consistiu-se em movimentações com aparelho fixo, grade palatina e esporões (para a correção da interposição lingual) e ao final do tratamento elásticos intermaxilares para a correção da Classe II, obtendo assim uma excelente finalização do tratamento com estabilidade.

A dificuldade do paciente em relação a estabilidade sem extração, mostrou-se que após contenção nos casos sem extração, apresentou uma forma de medição do trespasse vertical diferente da efetuada no presente trabalho, verificando quantidade de estabilidade que tem sido bastante semelhante ao obtido na investigação.

REFERÊNCIAS

1. Agrawal A Fau - Jain N, Jain N Fau - Jose NP, Jose Np Fau - Shetty S, et al. Interdisciplinary Approach for Management of Congenitally Missing Maxillary Lateral Incisors: A Case Report. (1539-1450)
2. Aras A. Vertical changes following orthodontic extraction treatment in skeletal open bite subjects. (0141-5387)
3. Baskaran M, Arularasan SG, Divakar TK, et al. Treatment of Micrognathia by Intraoral Distraction Osteogenesis: A Prospective Study. (2231-0746)
4. Al Hamadi W, Saleh F, Kaddouha M. Orthodontic Treatment Timing and Modalities in Anterior Open Bite: Case Series Study. (1874-2106)
5. Costa Pinho TM, Ustrell Torrent Jm Fau - Correia Pinto JGR, Correia Pinto JG. Orthodontic camouflage in the case of a skeletal class III malocclusion. (1530-5678)
6. Chen YJ, Chang Hh Fau - Huang C-Y, Huang Cy Fau - Hung H-C, et al. A retrospective analysis of the failure rate of three different orthodontic skeletal anchorage systems. (0905-7161)
7. Valizadeh S, Shahbeig S, Mohseni S, et al. Correlation of Shape and Size of Sella Turcica With the Type of Facial Skeletal Class in an Iranian Group. (1735-

- 1065 (Print)) doi: D - NLM: PMC4632137 OTO - NOTNLM[published Online First: Epub Date]].
8. Xianwen L, Weijian A, Huixi Z, et al. [Evaluation for vertical stability after various orthognathic surgical treatment plans for skeletal class malocclusion with anterior open-bite]. (1000-1182)
 9. Xun C, Zeng X Fau - Wang X, Wang X. Microscrew anchorage in skeletal anterior open-bite treatment. (0003-3219)
 10. Aydil B, Ozer N Fau - Marsan G, Marsan G. Facial soft tissue changes after maxillary impaction and mandibular advancement in high angle class II cases. (1449-1907 (Electronic)) doi: D - NLM: PMC3384840 OTO - NOTNLM[published Online First: Epub Date]].
 11. Choi Y, Kim JJ. B cells activated in the presence of Th1 cytokines inhibit osteoclastogenesis. (1226-3613)
 12. Lohrmann B, Schwestka-Polly R Fau - Nagerl H, Nagerl H Fau - Ihlow D, et al. The influence of functional orthodontics and mandibular sagittal split advancement osteotomy on dental and skeletal variables--a comparative cephalometric study. (0141-5387)
 13. Ngan P, Hu Am Fau - Fields HW, Jr., Fields HW, Jr. Treatment of Class III problems begins with differential diagnosis of anterior crossbites. (0164-1263)
 14. Sherwood KH, Burch Jg Fau - Thompson WJ, Thompson WJ. Closing anterior open bites by intruding molars with titanium miniplate anchorage. (0889-5406)
 15. Sugawara J, Daimaruya T Fau - Umemori M, Umemori M Fau - Nagasaka H, et al. Distal movement of mandibular molars in adult patients with the skeletal anchorage system. (0889-5406)
 16. Kuroda S, Katayama A Fau - Takano-Yamamoto T, Takano-Yamamoto T. Severe anterior open-bite case treated using titanium screw anchorage. (0003-3219)
 17. Umemori M, Sugawara J Fau - Mitani H, Mitani H Fau - Nagasaka H, et al. Skeletal anchorage system for open-bite correction. (0889-5406 (Print))
 18. Talass Mf Fau - Talass L, Talass L Fau - Baker RC, Baker RC. Soft-tissue profile changes resulting from retraction of maxillary incisors. (0889-5406)
 19. de Freitas MR, Beltrao Rt Fau - Janson G, Janson G Fau - Henriques JFC, et al. Long-term stability of anterior open bite extraction treatment in the permanent dentition. (0889-5406)

20. Kusnoto J, Evans Ca Fau - BeGole EA, BeGole Ea Fau - Obrez A, et al. Orthodontic correction of transverse arch asymmetries. (0889-5406)
21. Lai EH, Yao Cc Fau - Chang JZ-C, Chang Jz Fau - Chen I, et al. Three-dimensional dental model analysis of treatment outcomes for protrusive maxillary dentition: comparison of headgear, miniscrew, and miniplate skeletal anchorage. (1097-6752 (Electronic))
22. Kim YH. Anterior openbite and its treatment with multiloop edgewise archwire. (0003-3219)
23. Ismail IN, Leung YY. Anterior open bite correction by Le Fort I osteotomy with or without anterior segmentation: which is more stable? International journal of oral and maxillofacial surgery 2017;**46**(6):766-73 doi: 10.1016/j.ijom.2017.02.1275[published Online First: Epub Date]].
24. Janson, Guilherme. Mordida Aberta: tratamento e estabilidade. 1 ed. Maringá: Dental Press, 2016.