

Nara Bandeira Mendes de Araújo

**PRÓTESE FIXA PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**

Manaus
2020

Nara Bandeira Mendes de Araújo

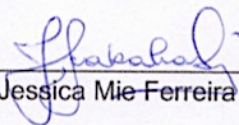
**PRÓTESE FIXA PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.
Orientador: Prof. Larissa Alves de Lima e Souza

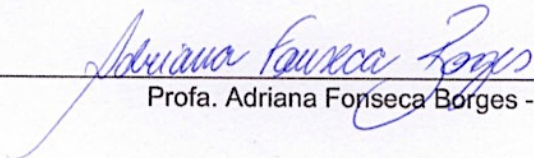
Manaus
2020

Monografia intitulada “**PRÓTESE FIXA PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**” de autoria da aluna Nara bandeira mendes de Araújo

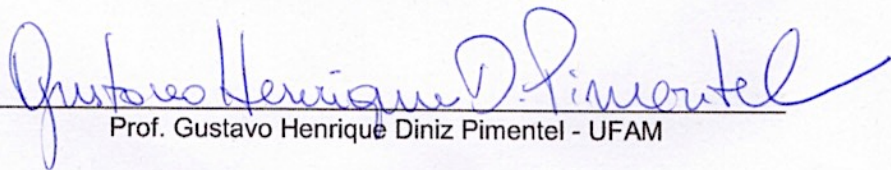
Aprovada em 01 / 02 / 20 pela banca constituída dos seguintes professores:



Profa. Jessica Mie-Ferreira Takahashi - UEA



Profa. Adriana Fonseca Borges - UEA



Prof. Gustavo Henrique Diniz Pimentel - UFAM

Manaus, 01 de fevereiro 2020.

RESUMO

As perdas dos elementos dentários podem acarretar inúmeros problemas ao indivíduo, influenciando diretamente na fala, mastigação e deglutição. A ausência de dentes posteriores, pode ocasionar uma redução da dimensão vertical de oclusão (DVO), levando ao desequilíbrio do sistema estomatognático e diminuição do terço inferior da face, além do desgaste dos dentes remanescentes, devido a um excesso de função ou parafunção. O restabelecimento da DVO é um ponto chave no tratamento desses pacientes, assim como o período de adequação a nova dimensão, através de próteses provisórias. No presente caso clínico a paciente apresentava perda de dentes posteriores, desgastes nos dentes anteriores e considerável diminuição de DVO. A reabilitação oral foi realizada através de coroas nos elementos superiores e restaurações em resina composta nos elementos inferiores anteriores. O procedimento permitiu adequado reestabelecimento de DVO melhora na estética, autoestima e função da paciente.

Palavras-chave: Reabilitação Oral. Dimensão vertical . Prótese dentária.

ABSTRACT

Loss of teeth can cause several problems to the individual, directly influencing inspeaking, chewing, and swallowing. Absence of posterior teeth, abnormal tooth wear leading to severe loss of tooth structure, especially in the anterior teeth, are frequent signs of the presence of Bruxism parafunction, which in most cases may cause a decrease in the vertical dimension of occlusion. Thus, it is necessary to reestablish a closer vertical dimension that can be performed through the use of correctly indicated and well planned fixed prostheses, since a minimum period for readaptation to a new DVO is required. In this clinical case in which the patient had loss of posterior teeth, intense wear in previous and

considerable decreasing of OVD, it was carried out if the rehabilitation of OVD with fixed prostheses in the superior elements previous and restorations in composite resin in the inferior elements. The procedure allowed adequate resection of OVD and aesthetics, restoring the patient's self-esteem.

Keywords: Oral rehabilitation. vertical dimension. dental prosthesis.

INTRODUÇÃO

A reabilitação de pacientes com extenso desgaste oclusal é complexa e de difícil solução, tornando-se um dos maiores desafios da odontologia (Sato et al., 2000). Com intuito de diagnosticar a causa do problema minuciosos exames devem ser feitos antes da execução do tratamento propriamente dito.

O sistema estomatognático é a unidade funcional do corpo responsável, pela fala, mastigação, deglutição e está relacionado com o paladar e respiração. Como função normal do sistema estomatognático tem-se a mastigação, a deglutição e a fonação e como hábitos parafuncionais, podem ser citados o bruxismo, o ato de mordiscar a língua a bochecha e pressionar a língua contra os dentes (Branco et al., 2008).

Em 1993, Dawson descreveu o bruxismo como uma atividade de parafunção de etiologia multifatorial desencadeado por interferências oclusais e estresse emocional sendo seu controle essencial ao prognóstico longitudinal de uma reabilitação oral. Segundo Dekon (2003), dentre os hábitos parafuncionais o bruxismo é o que recebe maior destaque sendo uma manifestação do desequilíbrio biopsicológico que acomete o sistema estomatognático, caracterizado pelo apertamento ou atrição dos dentes entre si, o qual pode provocar uma gradual perda a estrutura dentária.

De acordo com Okeson (1992) a perda de tecido dentário provocada pelo bruxismo, está associada a vários problemas dentários, tais como sensibilidade dentária, redução excessiva de altura da coroa clínica e possíveis mudanças na relação oclusal. O desgaste dental acentuado pode levar a diminuição da (DVO).

Após a perda de vários elementos dentários, deve-se restabelecer a relação entre a mandíbula e maxila em dois sentidos um horizontal, definido ao nível de base do crânio, por meios dos côndilos e respectivas fossas articulares e que recebe o nome de relação cêntrica (RC), e outro vertical, definido pelo grau de separação de mandíbula e maxila e que recebe o nome de dimensão vertical (Nogueira, 1993). Sendo a dimensão vertical dividida em dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO).

Segundo Bassanta (2003), a definição de (DVR) é quando a mandíbula está em sua posição postural passiva com os lábios se tocando normalmente e os músculos elevadores e abaixadores da mandíbula estão em equilíbrio. Para Harper (2000), a (DVO) é a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato enquanto que o espaço funcional livre (EFL) é o espaço existente entre os dentes quando a mandíbula se encontra na sua posição de repouso.

Pegoraro (2000) descreveu que a DVO pode estar diminuída como resultado do desgaste acentuado dos dentes ou perda de contenção posterior devido a extrações e migrações dentárias e pode estar aumentada como consequência de um inadequado tratamento restaurador.

O restabelecimento da relação maxilomandibular é condição necessária para que uma adequada reabilitação oral seja executada, devolvendo assim a estética e a função perdida (Mukai, 2010).

O objetivo deste artigo é descrever um caso clínico, em que a paciente apresentou perda de dentes posteriores em ambos os arcos, perda de estrutura dentária nos dentes anteriores superiores e inferiores, bruxismo, fadiga das articulações e conseqüentemente perda de DVO.

RELATO DE CASO

Paciente FG, 59 anos de idade, gênero feminino, sem alterações sistêmicas procurou atendimento na Especialização de Prótese do curso de Odontologia da Única Cursos Avançados manifestando como queixa principal o comprometimento estético e funcional causado pelo desgaste dentário acentuado e múltiplas ausências de dentes posteriores. Além do hábito de ranger os dentes e dor nas articulações temporo mandibulares. A paciente relatou que já havia iniciado o tratamento em uma outra instituição apresentando provisórios em alguns elementos.

Durante o exame clínico extraoral pôde-se verificar a diminuição da dimensão vertical frente ao desgaste dental e ausências dentárias posteriores. Paciente relatou intenso estresse emocional, em virtude da tensão causada pelo trabalho apresentando rotineiramente episódios de bruxismo noturno.

No exame intraoral verificou-se que a paciente não fazia uso de nenhuma prótese, apresentava boa higiene oral sem evidenciação de placas ou cáries, alguns provisórios nos elementos superiores (Figura 1), superfície oclusais com desgastes, perda de tecido dental até o terço médio dos dentes superiores e inferiores (Figura 2).



Figura 1: sorriso inicial elementos superiores com os provisórios



Figura 2: Elementos inferiores com perda de tecido dentário.

No exame radiográfico (Figura 3) evidenciou-se condição periodontal satisfatória para os elementos dentários tanto superior quanto inferior.

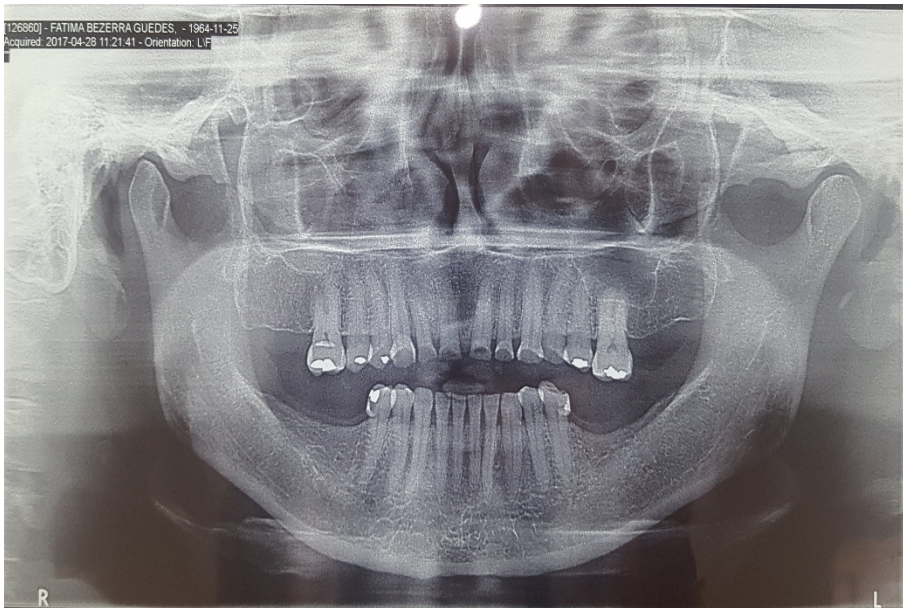


Figura 3: Exame radiográfico demonstrando a condição satisfatória periodontal.

Em vista das condições relatadas na anamnese e evidenciadas no exame clínico o plano de tratamento odontológico de escolha foi a reabilitação através da confecção de dez coroas em cerâmica dos dentes anteriores superiores e restauração em resina composta de alguns dentes anteriores inferiores para reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão devolvendo imediatamente a estética perdida com o desgaste dentário. Posteriormente, uma placa miorrelaxante foi confeccionada para a estabilização do bruxismo noturno e proteção das próteses fixas.

Inicialmente a paciente foi moldada com silicone de condensação para posterior confecção dos modelos de estudo. O próximo passo foi realizado com o auxílio de um dispositivo de desprogramação oclusal (tiras de long).

No intuito de reestabelecer uma dimensão vertical de oclusão aceitável desocluidos os elementos dentários, para obtenção de espaço para realização dos procedimentos restauradores diretos e indiretos dos dentes inferiores e superiores. Optou-se por utilizar os provisórios existentes como referência para o aumento de DVO. Primeiro foi removido os provisórios dos elementos 11,12,13,14,15 e as tiras de long foram interpostas entre os elementos 21 e 31. Dessa forma, foi feito um registro de mordida do lado direito onde os dentes não estavam com os provisórios e manteve-se as tiras de long. Em seguida, removeu-se os provisórios restantes e realizou-se o registro de mordida do lado esquerdo, com as tiras e o registro do lado direito em posição.

Com o registro de mordida e o registro do arco facial, os modelos de estudo foram montados em articulador semi-ajustavel para realização do enceramento diagnóstico.

A partir do enceramento diagnóstico, foi confeccionado o guia para realização do mock-up superior e inferior em resina bisacrilica. Dessa forma, a paciente pôde ter uma previsão do resultado final, antes da realização de procedimentos mais invasivos (Figura 4). Com o aceite da paciente, seguiu-se para os próximos passos.



Figura 4: Prova do Mock up em boca para avaliação do resultado estético e funcional.

Procedeu-se com a confecção dos preparos dos elementos anteriores superiores (Figura 5) e em seguida confecção de novos provisórios com base no enceramento atual. Foram realizados em todos os elementos superiores devido ao extenso desgaste, com exceção dos elementos 25 e 15 que ainda possuíam estrutura, tratamento endodôntico e cimentação de pino de fibra de vidro.



Figura 5: Vista vestibular dos preparos.

Com os preparos finalizados seguiu-se com a moldagem final para confecção das coroas. Primeiramente todos os provisórios foram removidos e realizou-se a profilaxia com pedra pomes e água em todos os preparos. A fim de moldar com fidedignidade a região do término cervical, realizou-se o afastamento gengival pela técnica de duplo fio, realizado com fio retrator n 000 e 00 (Ultrapak, Ultradent). O primeiro fio de afastamento n 00 foi inserido individualmente em cada elemento e o silicone de consistência pesada foi acomodado na moldeira e levado a boca da paciente. Durante a presa, foram realizados movimentos para o alívio no molde. Após o período de presa determinado pelo fabricante, o molde foi removido da boca e inseriu-se o segundo fio de afastamento n 000 e aguardou-se 5 minutos para um melhor afastamento da gengiva. Após esse período o fio mais superficial foi removido e o molde aliviado foi carregado com silicone leve (Coltene, President Extra Light) e inserida em posição na arcada superior, em seguida foram feitas as fotos intraorais com uma escala de cor para definição da cor do substrato e a escolha da cor final. A cor definida foi a M2.5, dessa forma o molde e fotos foram enviados ao laboratório de Prótese Aliados.

As 10 coroas em dissilicato de lítio (E-max-press) foram confeccionadas, e seguiu-se com a cimentação definitiva, foi removido os provisórios com cuidado, realizou-se profilaxia com pedra pomes e água, foi realizada a prova das cerâmicas em boca, checamos a oclusão, paciente fez a aprovação e então realizou-se a cimentação definitiva com cimento Dual (SDI, Set PP A,1) (Figura 6a,6b).



Figura 6a: sorriso final frontal, demonstrando restabelecimento de estética e função.



Figura 6b: Resultado final

Para a reabilitação dos elementos inferiores, foi confeccionada uma barreira palatina de silicone, a fim de realizar os aumentos em resina composta nas incisais dos elementos anteriores inferiores.

Após o término das restaurações, foi confeccionada uma placa miorrelaxante em RC, com modelos montados em articulador para uso noturno.

DISCUSSÃO

A presença da parafunção é um fator de extrema importância a ser considerado durante as fases de planejamento, confecção e manutenção em reabilitação oral (Dias et al., 2006). No caso relatado neste artigo observou-se a presença da parafunção bruxismo desencadeado por possíveis problemas relacionados ao estresse emocional, acompanhado de perdas de dentes posteriores e perda da DVO.

Em geral reabilitar um paciente com bruxismo associado a perda de tecido dentário, para um padrão aceitável de saúde oral, exige perícia clínica, requer diagnóstico cuidadoso e um bom planejamento. O primeiro passo em casos de desgastes acentuado na região anterior, consiste no restabelecimento da Dimensão vertical de oclusão (Busato, 2002). Em uma situação que houve perdas de elementos dentais ou desgastes excessivos dos mesmos, a dimensão vertical de oclusão precisa ser restabelecida antes que qualquer procedimento restaurador seja executado, para que dessa maneira, não se termine com trabalhos mal sucedidos (Gil et al., 2010).

Em 2002, Cura et al. afirmaram que a dimensão vertical deve ser alterada dentro do limite possível já que a adaptação do paciente, das ATMs e dos músculos ao aumento da DVO requer certo período de tempo de adaptação. O processo de adaptação tem variabilidade individual. A adaptação do paciente a nova DVO deve ocorrer sem sintomatologia e o paciente deve relatar conforto com a nova dimensão. A paciente deste caso clínico não relatou sintomatologia dolorosa durante o uso dos dentes provisórios, ao contrário, relatou sensação de conforto, melhoria no cansaço das articulações temporo mandibulares e no ranger dos dentes.

Em 2002, Cura et al. descreveu que os provisórios devem devolver a estética, a função e a fonação do paciente e o uso do provisório fornece bom prognóstico para o trabalho reabilitador definitivo, vários autores acreditam que esta é a escolha, mas adequada devido a sua capacidade de atender as demandas funcionais e estéticas de modo não invasivo e reversível no início do tratamento gerando excelente aceitação pelo paciente.

Em situações que necessitam de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, existem algumas alternativas indicadas para reabilitação oral do paciente, entre elas a prótese parcial removível tipo overlay, outra possibilidade terapêutica é a prótese fixa convencional assim como a confecção de restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável associada a confecção de restaurações indiretas e próteses unitárias (Altamiro et al., 2012). O critério de escolha vai depender da perda de tecido dentário, perda de elementos dentários e a condição financeira do paciente. No presente caso clínico, optou-se pelo uso das próteses fixas.

Utilizando-se as próteses fixas buscou-se restabelecer integralmente a função, além de contribuir para conforto do paciente e melhorar sua capacidade mastigatória, mantendo a saúde dos arcos dentais. A paciente não relatou sintomatologia, nem tensão causada pelas próteses fixas e relatou satisfação em relação a aparência estética proporcionada.

A recuperação da dimensão vertical é uma etapa frequentemente negligenciada pelas reabilitações feitas sem critérios e planejamento prévio, o que fatalmente condena todo o trabalho executado (Mukai, 2010).

Em alguns casos, os profissionais executam a reabilitação através da reposição aleatória dos dentes ausentes, não se preocupando com a condição comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações. Com o passar do tempo ocorrem desarranjos no sistema estomatognático, resultando em iatrogenias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis (Barbosa et al., 2000). Em 2003, Dekon descreveu que um planejamento bem feito e adequado pode restabelecer a DVO, as condições funcionais e estéticas do paciente, uma vez que indiscutivelmente a autoestima é fundamental na vida do indivíduo, pois influencia as relações sociais.

CONCLUSÃO

O papel de um diagnóstico criterioso, associado a escolha de um plano de tratamento satisfatório são essenciais nos tratamentos protéticos principalmente naqueles em que há necessidade do restabelecimento da DVO, visto que erros nesse planejamento pode resultar em danos nos dentes, músculos, deglutição e fonação. Portanto, conclui-se que a utilização das coroas associadas a restaurações em resina composta são uma viável e satisfatória opção de tratamento, especialmente para casos cuja necessidade de restabelecimento da estética e função sejam os principais fatores.

REFERÊNCIA

Altamiro FRP, Paula CC, Bethânia MMS, Maria GF, Lucio JEM, Rafael AD. Estratégia para restabelecimento de Dimensão vertical de Oclusão com Mini Jig – Relato de Caso. Ver OdontolBras Central 2012;21(56).

Bassanta AD. Recuperação da Dimensão Vertical com o uso de placas de mordidas e posterior reabilitação em partes-Relato de caso clinico. JADA – Brasil,2003.

Barbosa CMR, Arana ARS, Bourreau MLS. Reabilitação oral de paciente bruxomana com alteração de dimensão vertical. Iniciação científica Cesumar, 2(1):23-25, 2000.

Branco RS. et al. Frequência de relato de parafunções nos sub-grupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). RDent. Press Ortodon. Ortop.Facial, Maringá, v. 13, n. 2, p. 61-69, mar./abr. 2008.

Busato ALS, Hernandez PAG, Macedo RP. Restaurações estéticas indiretas para dentes posteriores. In: Dentística: restaurações estéticas. São Paulo: Artes Médicas, cap.14,p.603-647,2002.

Cura C, Saracoglu A, Ozturk B. Prosthetic rehabilitation of extremely worn dentitions:case reports. QuintessenceInt;33:225-30, 2002.

Dawson P. Dimensão vertical. In. Dawson P. Oclusão funcional da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo:Livraria Santos Editoria Ltda, 2008. Cap. 13, p. 113-129.

DekonSFC.et al.Reabilitação Oral em pacientes portador de parafunção severa.Revista odontológica de Araçatuba,v.24, n.1, p.54-59, 2003.

Dias AT, Soares RO, Lima WM, Silva Neto JM, Sá MV. Dimensão vertical de oclusão em prótese total. Odontologia clin-cientif 2006: 5(1): 41-47.

Harper RP, Mish CE. Clinical indications for altering vertical Dimension of occlusion. Quintessence International 2000; 31(4):275.

Mukai MK, Gil C, Costa B, Stegum RC, Gilhardo APM, Chccur DC, et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. Ver pós Grad 2010; 17(3); 167- 72.

Nogueira, S.S. O método da respiração para o estabelecimento da Dimensão Vertical em desdentados totais. Rev Bras odontol, v.50,n.6,p.46-50,nov.dez 1993.

Okeson JP. Fundamentos de oclusão e desordens Temporo-mandibulares, 2 ed, São Paulo: Artes Medicas. 1992,449p.

Pegoraro L, Conti P. Caso clínico – Prótese clínica e laboratorial. In opinionmarkers. Conceitos e procedimentos para uma nova odontologia. São Paulo: VW comunicação, Ltda 2002. P.64-76.

Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: A clinical report. J PrsthetDent 2000; Apr: 83(4): 392-95.

