

I. INTRODUÇÃO

A busca por tratamentos odontológicos estéticos aumenta a cada dia, e uma grande parcela da população apresenta perda da DVO, comprometendo não só a estética facial e dental como as funções de mastigação e fonética, causando também, a perda da autoestima.

A perda da DVO é causada por vários fatores: erosão dental, causada por ingestão frequente de alimentos ácidos e transtornos alimentares decorrentes de fatores emocionais (bulimia e anorexia), bruxismo, atividade parafuncional, caracterizada pelo ato de ranger ou apertar dentes.

Para ser determinada essa perda, utilizamos métodos fonéticos e mensuração fotográfica e facial, como compasso de Willis ou compasso de pontas secas, mede-se a distância da base do nariz até o mento, que deve ser a mesma da comissura labial até o canto externo do olho. (VIEIRA E VIEIRA – 2007)

Podemos reverter essa perda através de tratamento temporário e imediato com as PAEVs, que são cimentadas e devolvem de uma única vez, mesmo que provisoriamente, a altura, a estética e a oclusão perdida.

Essa grande conquista de nada seria se não existisse uma incrível tecnologia adesiva, além dos conhecimentos de ajuste oclusal e planejamento clínico refinado.

Este artigo analisa vários textos relacionados ao tema e mostra um caso clínico com aumento da dimensão vertical de oclusão inicial com PAEV (placa adesiva estética de Vieira) que permitirá a posterior conclusão do caso com lâminas recuperadoras de dimensão vertical (LRDV).

II. PROPOSIÇÃO

Este trabalho se propõe a esclarecer os seguintes itens:

- A recuperação da DVO de uma maneira rápida tem mostrado bons resultados em relação às dores orofaciais?
- A estética teve o resultado esperado pelos pacientes?
- Podemos comprovar o reposicionamento do côndilo na fossa mandibular?
- Quais as vantagens de se utilizar a PAEV?

III. REVISÃO DE LITERATURA

Zarb & Fenton²⁰ (1989) relatam que se deve optar por um tratamento reabilitador reversível, primeiramente avaliando uma melhor acomodação do paciente a um aumento da DVO. A PAEV proporciona isto, pois é um *preview* do tratamento reabilitador final.

Inúmeras soluções são possíveis para a recuperação da DVO perdida, porém grande maioria leva à reabilitação oral final sem avaliar a posição condilar inicial e final do paciente. Segundo Smith¹² *et al.* (1991), ao se planejar uma alteração da DVO deve-se avaliar o grau de tolerância do sistema neuromuscular.

Matsumoto⁵ *et al.* (1996) salientam que, em uma reabilitação oral, os dentes anteriores são os primeiros a serem confeccionados para satisfazer as necessidades estéticas e fonéticas do paciente, bem como estabilizar a mandíbula na posição de relação Centrica. A ausência de guia anterior pode causar problemas ao sistema mastigatório e ocasionar contatos posteriores durante os movimentos mandibulares excêntricos. O estabelecimento do guia anterior, teoricamente, reduz o tempo para desocclusão dos dentes posteriores durante os movimentos excursivos, interrompendo as atividades musculares excessivas, conseqüentemente, resolvendo inúmeros casos de síndrome crônica de dor e disfunção, proporcionando o equilíbrio do sistema neuromuscular e da articulação temporomandibular (ATM), além de conferir ao tratamento maior durabilidade e estabilidade.

Segundo Prado⁹ *et al.* (1997), o desgaste dental pode levar o sistema estomatognático a diversas conseqüências, como a diminuição da coroa clínica, implicando em possível alteração pulpar; transtornos fonéticos, mastigatórios e oclusais; além de provocar também uma redução da DVO, o que resulta em possível disfunção da ATM e alteração no aspecto facial do paciente, devido ao fechamento mandibular excessivo. Sendo assim, os autores enfatizaram a importância de,

primeiramente, criar condições de conforto ao paciente, para em seguida dar andamento ao tratamento restaurador definitivo. No caso clínico apresentado, foi utilizada prótese interina overlays visando restabelecer, mais rapidamente, as funções orais deficientes. As overlays cumprem com os objetivos de toda reabilitação oral: restabelecimento da DVO, relação Centrica, estabilidade oclusal, guia anterior, mastigação, fonética, estética e possibilita suas possíveis correções antes que a prótese definitiva seja iniciada. Pode-se, então, constatar que a overlays é uma técnica utilizada na Odontologia há um tempo relativamente longo, isto se deve, possivelmente, à facilidade de execução clínica e laboratorial, além de um custo relativo.

Para Morley⁷ *et al.* (1999), os atributos físicos e estéticos da idade de uma dentição são identificáveis. O dente desgastado pelo uso altera a aparência e o sorriso de uma forma perceptível aos dentistas e, também, aos leigos. Procedimentos restauradores adesivos, como cerâmicas aderidas, têm o potencial de reverter às manifestações estéticas do processo de envelhecimento do dente. Entre as ferramentas de diagnóstico se incluem uma simulação de resina composta e a construção de uma matriz incisal de resina acrílica, que permitem aos clínicos solucionar, tanto os problemas estéticos como os oclusais, antes de iniciar o tratamento.

Rodrigues & Correia¹⁰ (2000) relataram que a placa interoclusal é utilizada ainda como instrumento de estabilização oclusal provisória, precedente ao tratamento protético, prevenindo a migração e extrusão dos dentes. Os autores ainda afirmaram que as placas de plano de mordida são utilizadas quando se tem a intenção de eliminar a oclusão dos dentes anteriores. Desta forma, são indicadas para casos de perda da DVO.

Para McNeill⁶ *et al.* (2000), a situação mais difícil para o dentista que realiza reabilitações orais é tratar de pacientes que apresentem uma história de atividade parafuncional severa evidenciada por desgaste dentário, abrasão dos dentes, fraturas dentárias e/ou das restaurações. Esse paciente possui um fator desfavorável representado pelo nível e a frequência das forças geradas nas

estruturas de suporte dos dentes, estruturas ósseas e articulações. Desta maneira, pode-se observar que a discrepância oclusal pode ser o agente etiológico primário no comportamento do bruxismo, tendo em vista a oclusão atuando como agente irritante, aumentando o nível do bruxismo. No tratamento dos casos de bruxismo é fundamental a modificação da DVO e a angulação do guia dos dentes.

Pedrosa⁸ *et al.* (2002) apresentaram o relato de um caso clínico de reabilitação da oclusão, onde foi planejado para o paciente o restabelecimento da DVO, usando uma prótese parcial removível provisória (PPRP), próteses fixas provisórias em resina acrílica sobrepostas aos dentes desgastados e reconstrução de coroas dos dentes com resina composta. A PPRP foi ajustada e instalada na boca do paciente. Na mesma seção foram confeccionadas as próteses provisórias em resina acrílica auto polimerizáveis para os dois arcos. Estas ficaram apenas justapostas sobre os dentes desgastados, restabelecendo de forma imediata a DVO, em associação com a PPRP. Ajustes sucessivos foram realizados até o paciente relatar conforto e observar equilíbrio do sistema estomatognático.

Vieira¹⁸ *et al.* (2002) relataram um caso clínico de reabilitação oral em paciente portador de hábito parafuncional com exigência estética, sendo que após o diagnóstico da causa do desgaste dental generalizado foi confeccionada uma placa neuromiolaraxante, realizada a reabilitação inicial com coroas provisórias; o tratamento endodôntico em 14 elementos e confecção de núcleos de preenchimento com pinos endodônticos.

Para Furese³ *et al.* (2003), o tratamento ideal, em caso de desgaste dentário, seria a reabilitação oral através de procedimentos restauradores torais (coroas e próteses de resina indireta, porcelana ou metalocerâmicas), que restabelecem os guias de desocclusão e a estética. No caso de restauração estética e funcional do guia anterior desgastado, um dos fatores mais importantes a ser observado durante o sorriso é o curso das bordas incisais dos dentes anterossuperiores, os quais devem acompanhar a curvatura do lábio inferior, podendo o mesmo ser eventualmente, tocado ligeiramente pelas pontas dos caninos.

Maekawa⁴ *et al.* (2004) apresentaram uma nova modalidade de tratamento para um dos grandes vilões da perda de DVO, o bruxismo diurno. Esse trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de bruxismo com predominância de manifestação diurna e seu respectivo plano de tratamento, enfocando-se nas seguintes modalidades terapêuticas: tratamento comportamental cognitivo e tratamento à base de dispositivos interoclusais, placa de mordida propriamente dita e placa estética, evidenciando a necessidade de uma terapia estética frente à inconveniência dos dispositivos oclusais convencionais, pois estes normalmente apresentam restrições sociais de uso, principalmente com relação à fonação e estética, atuando também como atenuante dos problemas clínicos causados por esta parafunção que pode produzir desgaste excessivo nos dentes, dor e sensibilidade muscular, desordens na articulação temporomandibular (ATM), dor de cabeça e comprometimento periodontal. Diante da restrição de uso das placas oclusais, demonstradas pelos pacientes bruxistas que possuem parafunção diurna, os autores propõe um tratamento de uso da placa de mordida durante o dia, sendo minimizado, em suas características, o componente estético desfavorável das placas convencionais. A denominação “placa estética” refere-se a uma placa estabilizadora superior confeccionada em resina acrílica termicamente ativada, apresentando superfície oclusal lisa e polida à qual foram aplicadas facetas de dentes de resina acrílica (dentes de estoque – TrubyteBiotone) na porção vestibular da placa. Os contatos interoclusais em abertura e fechamento, assim como, os guias de desocclusão, foram obtidos através do acrílico na superfície oclusal da placa, sem a participação das facetas de estoque, tendo estas, papel meramente estético. Os autores concluíram, então, que a placa estética apresentou-se como uma modalidade de controle viável para este tipo de parafunção. A presença de facetas estéticas na placa melhorou o aspecto estético do paciente, devolvendo sua autoestima e melhorando o seu convívio social.

Soares¹³ *et al.* (2004) relataram um caso clínico de um paciente, sexo masculino, 53 anos de idade que apresentava ausência de todos os dentes posteriores e dos incisivos inferiores. Com o tratamento através do uso de próteses provisórias, conseguiu-se estabilidade posterior, devolvendo a correta DVO ao

paciente, possibilitando condição satisfatória para o desempenho normal e fisiológico do sistema estomatognático. Os dentes remanescentes foram mantidos e necessitavam de reconstrução funcional e estética, somente possível após a instalação de próteses provisórias ou definitivas nos dentes posteriores.

Para Conti & Silva¹ (2004), as placas oclusais têm sido historicamente utilizadas no controle das disfunções temporomandibulares (DTM), tanto de origem articular como muscular. Apesar de eficazes na maioria dos casos, o exato mecanismo de ação das placas ainda é desconhecido. Entre esses mecanismos, o aumento da DVO, a obtenção de uma oclusão “ideal”, a conscientização cognitiva e a alteração de impulsos periféricos ao sistema nervoso central têm sido descritos como os mais importantes. Dentre os mais diversos tipos de placas, as estabilizadoras, também conhecidas como placas lisas ou de relaxamento muscular estão indicadas para a maioria dos casos de DTM, onde hábitos de apertamento e/ou bruxismo estiverem envolvidos como fator contribuinte. Esses aparelhos têm como características básicas uma separação de 2,5mm na região posterior, contatos posteriores bilaterais e simultâneos, desocclusão anterior e lateral nos movimentos mandibulares. Normalmente, a utilização da placa é de 3 a 4 meses, quando uma vez assintomático, o paciente é orientado a diminuir a sua utilização. É importante lembrar que se deve sempre manter o paciente sob controle periódico para se evitar possíveis efeitos adversos, como movimentações dentárias. As placas reposicionadoras são utilizadas em casos de deslocamentos de disco articular, com sintomatologia dolorosa e possíveis travamentos, onde o uso da placa estabilizadora não foi capaz de diminuir ou eliminar sintomas.

Muitas técnicas radiográficas podem ser usadas para a avaliação da posição condilar: radiográfica transcraniana, tomografia computadorizada da ATM e, até mesmo, em algumas situações, a ressonância magnética da ATM. Segundo Venturelli¹⁴ *et al.* (2005), a radiografia transcraniana quando comparada a ressonância magnética não apresentou diferentes resultados estatísticos, considerando a radiografia transcraniana um método confiável para a análise do posicionamento condilar. Portanto, devido ao baixo custo, facilidade de técnica, não

exigência de equipamento complexo para sua execução, a radiografia transcraniana foi selecionada como método avaliador da posição condilar.

Simamoto¹¹ *et al.* (2005) relataram que a importância da estabilidade oclusal para a função mastigatória deve sempre ser considerada no planejamento, já que o relacionamento oclusal influencia, de maneira considerável, a mastigação, a deglutição e a fonética. Na presença de alterações oclusais, há uma potencialização do risco do indivíduo apresentar DTM. Na maioria dos casos, inicia-se a intervenção com emprego de próteses provisórias. Para esses pesquisadores, as overlays constituem um aparelho protético provisório indicado para o restabelecimento e a manutenção da DVO, colaborando com a etapa reabilitadora final. Pacientes portadores de bruxismo podem ser reabilitados com restaurações diretas, embora o sucesso esteja diretamente dependente da efetividade da preservação do paciente na amenização das etiologias promotoras da parafunção.

Fávero & Vieira² (2006), afirmaram que os sistemas cerâmicos de restauração vêm sendo largamente utilizados em função das diversas vantagens nas restaurações de dentes anteriores e posteriores. Muitos trabalhos de reabilitação oral recorrem ao uso de facetas, onlays, overlays e coroas utilizando cerâmica. A confecção de facetas em porcelana foi, por muito tempo, considerada um trabalho frágil e existiam muitas dúvidas em relação à sua durabilidade. Ainda hoje algumas destas questões persistem, embora tenham sido realizadas muitas pesquisas e apresentações de casos utilizando porcelana na confecção de facetas. Muito se pesquisa sobre comportamento clínico de restaurações que utilizam diferentes tipos de cerâmica em dentes anteriores e posteriores. Foram analisados aspectos como sensibilidade pulpar, reincidência de cárie, fratura, reprodução de cor, descoloração marginal, integridade marginal e textura superficial, além da satisfação do paciente com relação ao tratamento. Com o andamento das pesquisas na área da Odontologia estética restauradora, foram aperfeiçoadas as diferentes indicações para este tipo de restauração. Portanto, começaram a ser oferecidas aos pacientes dentados, com necessidade de aumento. O uso de próteses metal free foi visto com restrições durante algum tempo pelos especialistas da área de prótese e reabilitação oral, devido ao significativo risco de fraturas que as mesmas

apresentavam. Porém, novos sistemas de porcelana foram desenvolvidos, conferindo maior confiabilidade inclusive na reabilitação de dentes posteriores. Os autores ainda relataram que as facetas em porcelana têm sido consideradas uma ótima escolha quando se trata de devolver a estética de um ou mais dentes, utilizadas nos dentes anteriores, atualmente, contam com vantagens que superam a resina direta. As facetas em porcelana apresentam melhor estética, biocompatibilidade, estabilidade de cor, maior durabilidade e resistência superior à abrasão e compressão. São indicadas em tratamentos onde se apresentam alterações na estrutura do dente, cor, forma ou posição dentária. Relataram que alguns autores dizem que a utilização de facetas de porcelana em pacientes com bruxismo não é indicado, porém tal restrição pode ser atenuada quando nos elementos antagonistas também for utilizadas restaurações em porcelana e, posteriormente, a indicação da placa miorreaxante para evitar desgastes e fraturas das mesmas.

Vieira & Vieira¹⁵ (2007) definem Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) como a distância entre os maxilares superior e inferior, quando os dentes se encontram em oclusão. A DVO pode ser determinada utilizando-se métodos fonéticos e mensuração fotográfica e facial, utilizando-se um compasso de Willis ou compasso de pontas secas, onde a distância da base do nariz até o mento deve ser a mesma da comissura labial até o canto externo do olho.

Segundo Vieira¹⁷ *et al.* (2008), a PAEV propõe, além do restabelecimento imediato da DVO, a recuperação provisória da estética, oferecendo também conforto articular, que se mantém, durante todo o tratamento. O paciente sente bem estar imediato podendo realizar sua função mastigatória, além de melhorar sua autonomia, geralmente comprometida nesses casos clínicos. O profissional realiza um planejamento clínico que viabilizará o tratamento definitivo para o paciente. Atualmente, as PAEV já sofreram uma diferenciação. Ao invés de ser confeccionada em uma única peça (um dente unido ao outro), estão sendo individualizadas, passando a ser conhecidas como PAEVI. Essa modificação ocorreu pela necessidade de melhorar a condição de higienização do paciente, além de sua saúde gengival e periodontal, permitindo a utilização do fio dental entre os dentes

que foram recobertos pela PAEV. A PAEV facilitou também o tratamento individualizado dos dentes, pois não há necessidade de cortar a PAEV integral no momento de executar o tratamento.

Zanella & Vieira¹⁹ (2009) relataram que o objetivo da PAEV é melhorar as relações funcionais da dentição de maneira imediata, porém, provisória e reversível. Sendo de grande utilidade frente ao planejamento do tratamento de reabilitações e, para que este alcance o sucesso final desejado, dente e periodonto recebem estimulação uniforme e funcional proporcionando, assim, condições necessárias para a saúde do sistema neuromuscular e da ATM. Este método é indicado para pacientes com perda de DVO. Trata-se de uma recuperação estética e funcional que pode ser executada nos arcos superiores e inferior simultaneamente, em apenas um dos arcos ou na região específica de desgaste. A escolha será determinada pela perda maior ou menor da DVO e se a PAEV será generalizada ou em áreas específicas. A PAEV se propõe a devolver a DVO perdida e a estética de forma imediata, obtendo-se uma oclusão ideal, com a possibilidade de eliminar interferências oclusais e obter a estabilidade proporcionada pelo maior número de contatos dentários. É sempre importante lembrar que a DVO não é aumentada e sim recuperada, buscando e sendo um meio para melhorar a fisiologia e o funcionamento dos componentes do sistema estomatognático. Após a confirmação da perda da DVO, sugere-se a recuperação estética e funcional imediata por meio da PAEV, que consiste de uma placa confeccionada em resina acrílica prensada, podendo ser superior e/ou inferior, e recobrendo geralmente as faces vestibular oclusal ou incisal dos dentes.

Segundo Vieira & Vieira¹⁶ (2012), o ajuste deve sempre ser realizado em Relação Centrica (RC), MIH e depois, nos movimentos de lateralidade, protrusão e lateroprotrusão, devendo-se preservar as VIPS (cúspides vestibulares inferiores e cúspides palatinas superiores), fóssulas mesiais e centrais dos dentes superiores e fóssulas centrais e distais dos dentes inferiores.

IV. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente HDASB, sexo masculino, 55 anos, profissional liberal, procurou a clínica da CEEPO em Santo André, com queixas de dores persistentes na região de temporal e masseter, mesmo após tratamento com placas de bruxismo e aplicações de toxina botulínica no músculo masseter.

Iniciou-se pelo diagnóstico com exames clínicos intra e extra oral, palpação na musculatura envolvida, radiografias e minuciosa anamnese, onde o paciente apresentava-se tenso.

No exame intra oral comprovou-se um exagerado desgaste dental com diminuição acentuada da DVO e perda de guia anterior e canina. Além da diminuição de abertura de boca observou-se o aspecto de envelhecimento facial com o aumento dos sulcos naso labiais e o aspecto protrusivo da mandíbula.

Registro fotográfico inicial



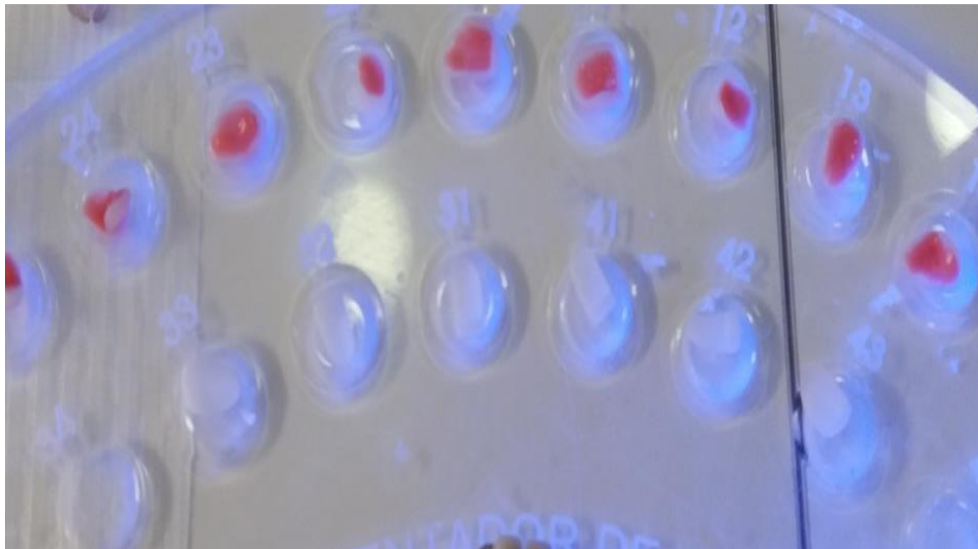
- Entre outros métodos, utilizou-se o compasso de Willis para mensurar a DVO perdida e ideal.



- O paciente foi moldado com silicona de adição e confeccionado registro de mordida com silicona pesada em três partes (anterior e posteriores). Os modelos, feitos com gesso especial, foram montados em articulador semi ajustável, escolheu-se a cor e enviado ao laboratório.
- Foram confeccionadas as PAEVs nos dentes inferiores posteriores de dois em dois dentes 34-3536-3744-4546-47, e as lâminas recuperadoras em todos os dentes superiores e os anteriores inferiores.
- Na sessão seguinte, foram provadas todas as peças, verificando-se a adaptação, a cor, o formato e escolhida a cor do cimento.
- Iniciou-se a cimentação com a profilaxia dos dentes com branco de espanha e escova de Robson.

- A seguir, feita a retenção mecânica nos dentes da seguinte maneira:
 - Em restaurações utilizou-se ácido fluorídrico a 10% por 20 segundos.
 - Em seguida realizou-se o condicionamento diferenciado, com ácido fosfórico a 37% por 45 segundos em esmalte, mais o mesmo ácido a 10% por 15 segundos em dentina, totalizando 60 segundos no esmalte.
 - Aplicou-se vinil silano nas restaurações, dois camadas por 20 segundos cada seguidas de leve jato de ar.
 - aplicação de adesivo fotoanaeróbico (Stae), polimerizando por 20 segundos.
- Nas lâminas recuperadoras, faz-se o preparo com:
 - Aplicação de ácido fluorídrico a 10% por 5 minutos
 - Aplicações de duas camadas de vinil silano seguidos de leve jato de ar
 - Aplicação de adesivo fotoanaeróbico (Stae), polimerizando por 20 segundos.

Preparo químico das lâminas recuperadoras



- Para a cimentação das lâminas recuperadoras, foi escolhida a resina *flow* a qual foi aplicada nas peças e posicionadas na boca, uma a uma.
- Removendo excessos, pré polimerizando por dois segundos, passando-se fio dental para melhor acabamento e realizando a polimerização final por 15 segundos.
- Para a cimentação das PAEVs, foi eleito o ionômero de vidro quimicamente ativado (Riva SC), aplicando-se no interior de cada peça, levando em posição, removendo excessos.

PAEV – Vista Oclusal



PAEV – Vista Vestibular



- Ao término da cimentação das PAEVs e lâminas recuperadoras, passamos para a fase do ajuste oclusal e estético feitos com pontas diamantadas esféricas, carbono de articulação e auxílio do *Leaf gauge*.
- Para terminar, faz-se o acabamento com pontas de silicone e o polimento com pastas diamantadas utilizando escova de Robson e disco de feltro.

Registro fotográfico final



INICIAL



FINAL



V. DISCUSSÃO

Smith *et al.* (1991) acredita que para se planejar uma alteração de DVO deve-se avaliar o grau de tolerância do sistema neuromuscular.

Zarb & Fenton (1989) optam por tratamento reversível para melhor acomodação do paciente, e a PAE proporciona isto.

Venturelli *et al.* (2005) após considerar vários exames, elegeu a radiografia transcraniana como método confiável para análise do posicionamento condilar.

Maekawa *et al.* (2004) propôs o uso de uma “placa estética” para pacientes com bruxismo diurno, aplicando-se dentes de resina acrílica na vestibular da placa, já se preocupando com a estética embora ainda nada satisfatória.

Matsumoto *et al.* (1996) salientam que em uma reabilitação oral, os dentes anteriores são os primeiros a serem confeccionados, bem como a estabilizar a mandíbula em RC.

Prado *et al.* (1997) já enfatiza a importância de primeiramente criar condições de conforto ao paciente realizando tratamentos com overlays, as quais são utilizadas na odontologia há um tempo relativamente longo.

Siamamoto *et al.* (2005) também segue a linha de tratamento com overlays.

Morley *et al.* (1999) utiliza, como ferramenta de diagnóstico, incluir a simulação de resina composta e a construção de uma matriz incisal de resina acrílica, solucionando problemas estéticos e oclusais, antes de iniciar o tratamento.

Mac Neill *et al.* (2000) afirmam que em casos de bruxismo, é fundamental a modificação da DVO e a angulação do guias dos dentes.

Rodrigues & Correia (2000) indicam a placa interoclusal em casos de perda de DVO

Pedrosa *et al.* (2000) estabelecem a DVO instalando uma prótese parcial removível provisória e na mesma sessão confeccionam-se próteses provisórias em resina acrílica, para os dois arcos, justapostas sobre os dentes desgastados, restabelecendo a DO de forma imediata.

Furese *et al.* (2003) preocupa-se com a estática dos dentes anterossuperiores nas reabilitações orais através de procedimentos totais, os quais devem acompanhar a curvatura do lábio inferior.

Soares *et al.* (2004) devolvem a DVO através da prótese provisória, possibilitando condições satisfatórias para o desempenho normal e fisiológico do sistema estomatognático.

Conti & Silva (2004) defendem o uso das placas oclusais estabilizadoras para casos de DTM, mas caso tenha deslocamento do disco articular e dor, indicam o uso das placas reposicionadoras.

Vieira *et al.* (2002) indica a placa neuromiorrelaxante e coroas provisórias em todos os dentes, realizando tratamento endodôntico com núcleo de preenchimento e pinos endodônticos.

Embora alguns autores afirmem que a utilização de facetas de porcelana em pacientes com bruxismo não é indicado, Favello & Vieira (2006) afirmam que as facetas em porcelana apresentam melhor estética, biocompatibilidade. Estabilidade de cor, maior durabilidade e resistência superior à abrasão e compressão, e tal restrição pode ser atenuada quando nos elementos antagonistas também for utilizadas restaurações de porcelana e, posteriormente, a indicação de placa miorrelaxante para evitar desgastes e fraturas.

A PAEV restabelece imediatamente a DVO, recuperação provisória da estética, conforto articular, bem estar do paciente, devolvendo as funções estomatognáticas. Esta é a conclusão de vários importantes autores como Vieira *et al.* (2008) e Zanella & Vieira (2009).

Vieira & Vieira (2007) definem DVO como a distância entre os maxilares superior e inferior, quando os dentes se encontram em oclusão e pode ser determinada utilizando métodos fonéticos e mensuração fotográfica e facial usando compasso de Willis onde a distância da base do nariz até o mento deve ser a mesma da comissura labial até o canto do olho.

Vieira & Vieira (2012) enfatizam a importância do ajuste oclusal, realizado em RC, MIH, lateralidade, protrusão e latero protrusão, evitando as cúspides VIPS (vestibulares inferiores e palatinas superiores) e as fóssulas mesiais e centrais dos superiores e centrais e distais dos inferiores.

VI. CONCLUSÃO

A PAEV vem colaborar no tratamento com grande eficiência, devolvendo a DVO perdida do paciente de uma só vez, e recuperando a estética.

Neste trabalho concluiu-se que a PAEV associada à lâmina recuperadora pode dar uma melhor eficiência no tratamento com uma facilidade maior no ajuste de oclusão.

Após uma revisão de literatura e apresentação dos casos clínicos sobre a recuperação de DVO, concluiu-se que a realização do Protocolo de Vieira (PAEV e das lentes de contato dentais), apresenta-se como uma técnica segura e proporciona ao paciente a recuperação imediata da DVO, e da estética do sorriso, relatando também alívio das dores relacionadas à ATM e reposicionamento do côndilo na fossa mandibular, comprovada por radiografias transcraniana.

Posteriormente as PAEVs serão substituídas por lâminas recuperadoras, podendo ser realizado escalonadamente, pois já se estabeleceu a DVO, viabilizando financeiramente a continuidade do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. CONTI PCR& SILVA RS. Oclusão e disfunção temporomandibular; Conceitos atuais para a conduta clínica.
2. FÁVERO CAS, VIEIRA D. Recuperação da DVO através da PAEV e reabilitação oral. Revista Só Técnicas Estéticas. 2006; 2(4): 126-32.
3. FURESE AY, MATTOS MCR, MONDELLI J. Estética e função de reestabelecimento da guia anterior desgastada. Journ Bras. Clin. Odont. Int. 2003; 2(8): 277-88.
4. MAEKAWA L.E., LAMPING R. MACACCI S. SANTOS AAR. BERGANTIN AG, MAEKAWA MY. Placa Estética: Uma Nova Modalidade de Tratamento para o Bruxismo Diurno. Journ Bras. Oclusão ATM & Dor Orofacial. 2004 Nov-Dez; 4(17): 153-8.
5. MATSUMOTO W. SANTOS LPR. NOVAES PMR. O papel funcional da guia anterior na reabilitação oral. Revista Brasileira de Odontologia. 1996: 53(4): 2-5.
6. MCNEILL C. Ciência e Prática da Oclusão. Trad. Ana Júlia Garcia Penotti. 1ª Ed. Editora Quintessencia; 2000: 445-55.
7. MORLEY JO. O papel da Odontologia cosmética na obtenção de uma aparência mais jovem. Revista JADA. 1999; 2(5): 37-43.
8. PEDROSA SS, GAUSH LMR, ESTEVES RA, ANDA HN, ROCHA RG. Reabilitação de oclusão-relato de caso clínico. Journ Bras. Clin. Odont. Int. 2002; 6(35): 386-90.
9. PRADO CJ. FERNANDES NETO AJ. NEVES FD. Overlay na reabilitação oral de pacientes com DVO reduzida- relato de caso clínico. Odonto POPE 1997; 1(3): 133-41.
10. RODRIGUES L. CORREIA FAZ. Indicações de terapia com placa interoclusal. Revista Brasileira de Odontologia. 2000; 57(6): 401-3.
11. SIAMAMOTO JR PC, MIRANDA RA, MOTA AS, NEVER FD, FERNANDES NETO AJ, SOARES CJ. Reabilitação estética e funcional em pacientes com diminuição de oclusão relacionada ao bruxismo. JB Rev Ibero-am odontol.. estét. Dentística. 2005 Abr-Jun; 4(14): 114-20.

12. SMITH, B.G.N. Occlusion; 1. General considerations. *Dental Update*, vol. 18, n.4, p. 141-145, may 1991.
13. SOARES CJ, PIZI EG, FONSECA RB, BARBOSA GAS, MARTINS LRM, FERNANDES NETO AJ. Importância do emprego de próteses provisórias na recuperação da dimensão vertical viabilizando procedimentos restauradores diretos – relato de caso clínico. *Jorn. Bras. Oclusão. ATM & Dor Orofacial* 2004; 4(14); 27-32.
14. VENTURELLI, F.A.S. Análise da posição mandibular através de diferentes métodos de localização. Teste de mestrado apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2005.
15. VIEIRA D, VIEIRA DM. Inlay/Onlay. Coleção Só Técnicas Estéticas. São Paulo: Editora Santos. 2007:121-7.
16. VIEIRA D, VIEIRA DM. Metal Free – Lentes de Contato Dentais e Coroas. São Paulo: Editora Santos. 2012:41-9.
17. VIEIRA D. PAEV. *Revista Só Técnicas Estéticas*. 2008; 5(1): 16-7.
18. VIEIRA FLT, MENEZES FOLHO PF, OLIVEIRA LMC, Alves J. CORREIA MN. Reabilitação Oral Metal Free em Pacientes com abito Parafuncional; relato clínico. *Ver. Bras. Prot. Clin&Labor*. 2002; 4(8): 113-9.
19. ZANELLA MA, VIEIRA D. Avaliação do conforto e satisfação do paciente na recuperação da DVO com PAEV. *Revista Só Técnicas Estéticas*. 2009; 6(1): 3-12.
20. ZARB, G.A.; FENTON, A. terapia protética, operatória e ortodôntica. In: MOHL, N.D.; ZARB G.A.; CARSSON, G.E.; RUGH, J.D.; *Fundamentos de oclusão*, Rio de Janeiro: Quintessence, p. 343-367, 1989.