



Curso de Pós-Graduação em Prótese Dentária
Unidade Ipatinga-MG

Luana Batista Guimarães
Renata Antunes Moreira

AUMENTO DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO
um estudo de caso

Ipatinga, 2022

AUMENTO DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

um estudo de caso

Luana Batista Guimarães
Renata Antunes Moreira

Artigo apresentado no curso de pós-graduação em Prótese Dentária da Faculdade Sete Lagoas, unidade Ipatinga, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Stella Braga

Área de concentração: Prótese Dentária

AUMENTO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: um estudo de caso
INCREASE THE VERTICAL DIMENSION OF OCCLUSAL: a case study

Renata Antunes Moreira
Luana Batista Guimarães

Resumo: A perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) é o resultado de um grande desequilíbrio oclusal. O restabelecimento da relação maxilomandibular é condição necessária para que uma adequada reabilitação oral seja executada, devolvendo, assim, a estética e a função perdidas. O presente caso clínico descreve uma situação de perda de DVO em um paciente parcialmente edentado, onde com as próteses provisórias foi recuperada a dimensão vertical. Considerando que a determinação da dimensão vertical é uma das etapas mais importantes no tratamento reabilitador, o objeto do presente estudo foi determinar a DV e reabilitar um paciente com colapso dental.

Palavras-chave: dimensão vertical de oclusão, trespasse vertical, reabilitação, função

Abstract: The loss of vertical dimension of occlusion (DVO) is the result of a major occlusal imbalance. Restoring the maxillomandibular relationship is a necessary condition for an adequate oral rehabilitation to be performed, thus returning the lost esthetics and function. The present clinical case describes a situation of loss of OVD in a partially edentulous patient, where the vertical dimension was recovered with provisional prostheses. Considering that determining vertical dimension is one of the most important steps in rehabilitative treatment, the object of this study was to determine the DV and rehabilitate a patient with dental collapse.

Keywords: vertical dimension of occlusion, vertical overlap, rehabilitation, function

INTRODUÇÃO

Segundo Galhardo APM et al, (2008) a falta do acesso a uma odontologia preventiva pode levar a vários desequilíbrios bucais, como, cáries, traumas oclusais, parafunções, entre outros. Desenvolvendo um colapso ao sistema mastigatório e trazendo grandes prejuízos à saúde bucal.

Oclusão dentária deve ser fundamental para a prática de uma odontologia de excelência (ALVES et al, 2008). O cirurgião dentista deve ter conhecimento dos princípios de uma oclusão ideal em dentes naturais para quando for necessário utilizar esses critérios na restauração de uma oclusão convertendo em funcional e estética (Fonseca, 2015).

O restabelecimento da Dimensão Vertical é o ponto mais importante em uma reabilitação protética. Conforme Costa et al, (2002) a perda dos elementos posteriores pode ocasionar uma sobrecarga nos dentes anteriores, provocando a perda da dimensão vertical.

De acordo com Altamiro F. R. (2012) para auxiliar no restabelecimento da dimensão vertical é utilizado o jig de Lucia, executado com resina acrílica vermelha. No momento atual, existe o Mini Jig estético confeccionado com resina composta fotopolimerizável. Em relação ao Jig de Lucia, o dispositivo apresenta uma grande vantagem, ele nos traz a possibilidade de realizar uma análise estética e funcional mais precisa, estabelecendo as dimensões comprimento/largura ideais do incisivo central a ser reabilitado, fornecendo dados funcionais e estéticos relevantes no processo reabilitador.

A modificação da DVO tem o objetivo de melhorar a estética, o suporte labial, o trespasse vertical (overbite), criar espaço interoclusal e alcançar uma relação oclusal satisfatória (TURNER; MISSIRLIAN, 1984; REZENDE, 2010)

Diante do exposto, o objetivo do trabalho é rever a literatura relatando clinicamente, quando e por que alterar a dimensão vertical de oclusão.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, procurou a clínica da faculdade Facsete para realizar tratamento de reabilitação, com a principal queixa que tinha uma coroa no elemento 21 que sempre fraturava e precisava realizar outra.

Ao realizar o exame clínico, observamos que a paciente utilizava uma prótese removível superior e inferior devido à falta de alguns elementos (12, 25, 36,46) que claramente não atendia aos requisitos básicos de uma prótese removível bem executada. Havia também coroas totais nos elementos (11,13,22).

Depois de avaliar clinicamente e realizar o protocolo fotográfico, foi detectado através da análise funcional e estética do sorriso que a paciente havia um trespasse vertical (overbite) de 4mm, considerado excessivo, pois o valor ideal do trespasse deve ser 1mm.

Foi confeccionado um jig para auxiliar no restabelecimento da Dimensão Vertical e logo após, executadas as moldagens e obtidos os modelos de estudo, esses foram montados em articuladores semi ajustáveis para que fosse possível identificar as discrepâncias oclusais e perda severa da DVO.

O planejamento proposto envolvia não só apenas a queixa principal da paciente que era o incisivo central (21), mas uma reabilitação com a finalidade de restabelecer a estética e o aspecto funcional do sorriso, garantindo mais qualidade de vida ao paciente.

Após o encerramento diagnóstico realizado, foi recomendado à paciente, que realizasse implantes dentários onde havia falta dos dentes e a troca das coroas totais dos elementos anteriores.

Devido à situação econômica da paciente e a impossibilidade de realizar implantes no momento, foi apresentado uma nova proposta de tratamento para a mesma, que seria realizar uma ponte fixa superior (11 - 13 e 24, 25 - 26) e inferior nos elementos (35 - 37 e 45 - 47) e troca das próteses fixas dos elemento 21, 22 e 23, com o intuito de promover o aumento da dimensão vertical de oclusão, o qual diminuiria o trespasse, além de possibilitar a restauração dos dentes posteriores,

melhorando a estabilidade oclusal por intermédio de correta intercuspidação e de guia oclusal adequada.

Primeiramente foi realizada a remoção das coroas totais superiores, refinamento dos preparos e confecção das coroas provisória para definir a Dimensão Vertical. Logo após, foram confeccionados os preparos das pontes fixas e conseqüentemente os provisórios.

Em seguida, executamos as moldagens para serem enviadas ao laboratório para confecção das coroas em cerâmicas. Na moldagem foi utilizado fio retrator ultrapak 000, 00 e o material de moldagem silicone de adição Panasil.

Logo após, foi feita a prova em enceramento das coroas para ajustes, avaliar adaptação e escolher a cor.

No momento da cimentação, as coroas foram condicionadas com ácido fluorídrico, silinizadas e cimentadas com cimento resinoso NX3 dual com isolamento absoluto.

O resultado final foi extremamente satisfatório não apenas pela questão estética proporcionada, mas também pelo fato de ter sido restabelecido o equilíbrio do sistema mastigatório que estava em colapso, o que era uma condição imprescindível para que a reabilitação definitiva pudesse ser realizada com sucesso.

DISCUSSÃO

Segundo Carvalho LPR, Kurkdjian E. (2002) é importante que o tratamento reabilitador sempre considere as necessidades gerais do paciente e não, apenas, as aparentes.

De acordo com Dias AT, et. all, (2006) um espaço funcional livre excessivo, é provocado com as alterações da diminuição da DVO, com essa diminuição, prejuízos podem ser observados como, desgastes dentais acentuados, oclusão traumática, sobrecarga da articulação têmporo-mandibular, queilite angular.

Uma estratégia que pode ser utilizada com o intuito de restabelecer a DVO é confeccionar um mini-jig estético, realizado em resina e na maioria a partir de um modelo de estudo. (PACHECO et al., 2012). Outra técnica para o restabelecimento da DVO é a confecção do Jig de Lucia, que deve ser realizada antes da confecção de provisórios, pois esse dispositivo é responsável por fazer a desprogramação oclusal dos pacientes para que haja a relação cêntrica. (BUGIGA et al., 2016)

Para reabilitar pacientes que precisam de aumentar a dimensão vertical de oclusão (DVO) é necessário estabelecer alguns princípios como obtenção da relação cêntrica, enceramento diagnóstico, confecção de dispositivos de transferência das relações maxilares para articulador semi ajustável. O tratamento deve ser planejado, procurando eliminar os sinais e sintomas que promovem desconforto ao paciente. (ROSA AC, TEIXEIRA LA, 2007)

Tendo em consideração a importância da DVO em uma reabilitação oral, na literatura existem vários métodos para realização dos registros intermaxilares, sendo os mais utilizados, o método da deglutição, dispositivos como Jig de Lucia, manipulação manual. (FONSECA D. M. et al., 2002).

A reabilitação realizada com prótese fixa é a mais indicada dentre os estudos quando comparada com as reabilitações com próteses removíveis, devido a gravidade dos sintomas de DTM, isto é atribuído devido a prótese fixa possuir a vantagem de ser fixada na boca, imitando a morfologia de um dente natural, tendo assim, menor interferência na fala e propiciando conforto funcional e oclusal. (WINDCHY;MORRIS14, 1998)

CONCLUSÃO

No presente estudo realizado, concluímos que o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão é imprescindível para obtenção do sucesso no tratamento reabilitador tanto no quesito estético quanto funcional.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. R. et al. Recuperação da dimensão vertical por meio de terapia com aparelho oclusal plano duplo. Rev. Bras. Odontol, Rio de Janeiro, v.65, n. 2, p. 220-223, jul/dez. 2008

Altamiro F. R. PACHECO; Paula C. CERDOSO; Bethânia M. M. SANTOS; Maria G. FERREIRA; Lúcio J. E. MONTEIRO; Rafael A. DECURSIO

BUGIGA, F. B. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico. J Oral Invest, 5(2): 45-52. Cascavel, 2016;

Carvalho LPR, Kurkdjian E. Reabilitação oral: uma visão multidisciplinar. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002. cap. 8, p.159-206.

COSTA, M.M; OLIVEIRA, R.P; FARIA, I.F.P; PRADO, C.J.J; OLIVEIRA, J.E.C. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. Rev Bras Protese ClinLab. 2002, p. 8-16

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.

FONSECA, C. T. A. Aspectos clínicos do ajuste oclusal na dentição natural. 2015. Monografia (Especialização) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FONSECA D.M. et al. O Uso de porcelana gengival caracterizada para restaurar deficiências de tecidos Duro e Mole. Quintessencia de tecnologia odontológica, v.1,n 1, p. 117-129, 2002.

Galhardo APM, Mukai MK, Pigozzo MN, Mori M, Gil C, Laganá DC. Reabilitação oral por meio de prótese parcial removível associada à Barra de Dolder: uma visão interdisciplinar. RPG Rev Pos Grad. 2008;15(1):71-6.

PACHECO, A. F. R.; et al. Estratégia para Restabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão com Mini-Jig Estético - Relato de Caso Clínico. Rev Odontol Bras Central 2012;21(56);

Rosa AC, Teixeira LA. Dimensão vertical de oclusão em pacientes desdentados: uma revisão da literatura. Medcenter.com – Odontologia, Abril. 2007. Disponível em: Acesso em: 05 out. 2009.

REZENDE, F. C. Alteração da dimensão vertical de oclusão (DVO): quando e por quê?. 2010. Monografia (Especialização) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

TURNER K.A., MISSIRLIAN D.M., Restoration of the extremely worn dentition. J Prosthet Dent, v.52, n.4, p.467-474. 1984

WINDCHY, A.M.;MORRIS,J.C.Um tratamento alternativo com a prótese parcial removível overlay:um relato clinico.J Prosthet.Dente.v.79,p.249-253,1998.