



WELLINGTON MASSRUHA

**PRINCÍPIOS PARA O RESTABELECIMENTO OCLUSAL NA
REABILITAÇÃO ORAL**

CAMPO GRANDE

2021

WELLINGTON MASSRUHA

**PRINCÍPIOS PARA O RESTABELECIMENTO OCLUSAL NA
REABILITAÇÃO ORAL**

Monografia apresentada para o curso de
Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete
Lagoas, como requisito parcial para conclusão do
Curso de Prótese Dentária.

Orientador: Aline Terra Biazon Jardim

CAMPO GRANDE

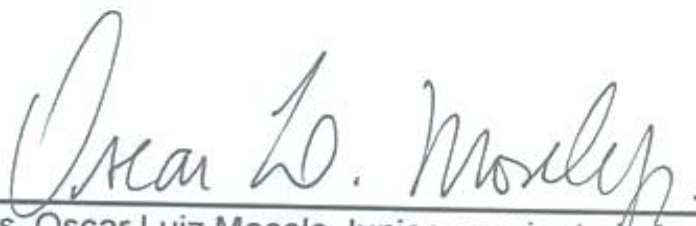
2021

WELLINGTON MASSRUHA

Monografia intitulada: **PRINCÍPIOS PARA O RESTABELECIMENTO OCLUSAL NA REABILITAÇÃO ORAL**, de autoria do aluno: Wellington Massruha, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



CD- Ms. Aline Terra Biazon Jardim- orientadora
AEPC-Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul



CD- Ms. Oscar Luiz Mosele Junior- coorientador
AEPC-Associação de Ensino Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul

RESUMO

Ao longo de décadas a Odontologia vem evoluindo cientificamente inovando as técnicas, os materiais e conceitualmente buscando tratar as alterações patológicas do sistema estomatognático e conseqüentemente sua estética sendo quase uma obrigação filosófica que o profissional na área esteja sempre atualizado da enormidade de formas e jeitos para proporcionar uma melhor função, conforto e estética para o paciente. Além da dificuldade na reabilitação é necessário um tratamento multidisciplinar e requer um planejamento individualizado seguindo a ordem correta de cada etapa para que se obtenha sucesso no tratamento. Os fatores etiológicos nas alterações dos princípios básicos da mastigação e oclusão interferem no convívio do indivíduo e o profissional necessita reestabelecer essa harmonia, levando em consideração a condição física e psicológica do paciente, considerando suas particularidades. O objetivo desse trabalho foi abordar os principais aspectos básicos da reabilitação oral, dando exemplos de tratamento e suas funções.

Palavras-chave: Oclusão; Particularidades; Mastigação; Função;

ABSTRACT

Over decades Dentistry has been scientifically evolving innovating techniques, materials and conceptually seeking to treat pathological changes in the stomatognathic system and consequently its aesthetics being almost a philosophical obligation that the professional in the area is always up to date on the enormity of forms and ways to provide better function, comfort and aesthetics for the patient. In addition to the difficulty in rehabilitation, multidisciplinary treatment is required and requires individualized planning following the correct order of each step in order to be successful in treatment. The etiological factors in the changes in the basic principles of mastication and occlusion interfere with the individual's interaction and the professional requires reestablishing this harmony, taking into account the patient's physical and psychological condition, considering his particularities. The objective of this work was to address the main basic aspects of oral rehabilitation, giving examples of treatment and its functions.

Keywords: Occlusion; Particularities; Chewing; Occupation;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DVO - Dimensão vertical de Oclusão

DVR –Dimensão Vertical de Repouso

MIH – Máxima Intercúspidação Habitual

ORC – Oclusão de Relação Cêntrica

DTM – Disfunção Têmporo-Mandibular

ATM – Articulação Têmporo-Mandibular

EFL – Espaço Funcional Livre

ROC – Relação de Oclusão Cêntrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO	11
2.2 DIMENSÃO VERTICAL DE REPOUSO	13
2.3 OCLUSÃO EM RELAÇÃO CÊNTRICA	14
2.4 MAXIMA INTERCÚSPIDAÇÃO	15
2.5 GUIA LATERAL	15
2.6 GUIA ANTERIOR	16
3. TRATAMENTOS ORAIS REABILITADORES.....	16
3.1 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL “OVERLAY”	17
3.2 PRÓTESE TOTAL	18
3.3 PRÓTESES OVERDENTURES	18
3.4 FACETAS LAMINADAS	19
4. DISCUSSÃO	21
5. CONCLUSÃO	24
6. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

Uma oclusão ideal é aquela compatível com o sistema estomatognático, que proporciona boa estética e eficiência mastigatória, sem a presença de anormalidades fisiológicas (PALIWAL -2014).

A oclusão pode ser denominada fisiológica quando as resultantes das forças oclusais são transmitidas para o longo eixo dos dentes posteriores, quando existem contatos dentários posteriores bilaterais e simultâneos, apresenta-se dimensão vertical de oclusão adequada, guias laterais e anterior e a relação cêntrica coincide com a máxima intercuspidação habitual. Quando essas características não existem, a oclusão passa a ser patológica e sinais clínicos podem ser diagnosticados. Contatos prematuros, interferências oclusais, mobilidade dentária e Disfunção Têmporo-Mandibular (DTM) são consideradas patologias decorrentes a uma má oclusão, portanto devem ser tratadas (PERGORARO, L – 2004).

Fatores etiológicos que podem causar esse desgaste severo: atrição dental devido a contato dentário excessivo, anomalias congênitas por má formação do esmalte (hiperplasia, hipomaturação, hipocalcifi cação); hábitos parafuncionais (bruxismo ou interposição de objetos duros entre os dentes); erosão causada por ingestão excessiva de substâncias ácidas ou por distúrbios gastrointestinais (perimólise); perda de dentes posteriores, levando ao deslizamento anterior da mandíbula, que pode provocar perda excessiva de estrutura dentária dos elementos anteriores. A excessiva diminuição da dimensão vertical de oclusão do paciente é geralmente decorrente de bruxismo intenso, que tem sido associado principalmente à estresse emocional, alterações do sistema nervoso central e distúrbios do sono (PAVARINA, AC et al - 2001).

A eficácia dos procedimentos clínicos baseia-se na compreensão de um entendimento multidisciplinar dos princípios fisiológicos da oclusão com o intuito de restabelecer uma harmonia do sistema estomatognático. Durante os procedimentos restauradores, é necessário perfazer alguns parâmetros, de modo a produzir uma oclusão harmoniosa entre as ATMs, contatos dentário e músculos. Dentre esses procedimentos, a reabilitação oral é uma modalidade clínica no tratamento protético com o intuito de devolver uma função mastigatória estável, conforto muscular e articular, muitas vezes comprometida com a perda de alguns elementos dentários, dentro de uma correta dimensão vertical. Em complementação a esse preceito, o sucesso clínico e a longevidade dos tratamentos reabilitadores com prótese convencional ou próteses sobre

implantes estão diretamente relacionados ao controle biomecânico da oclusão (PERGORARO, L-2004).

A proteção mútua entre os segmentos anterior e posterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo resulta em sérios problemas, como o colapso oclusal, que leva a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores provocando reações como reabsorções, desgaste dentais, fraturas coronárias e radiculares (SILVA, VS et al – 2011).

Para a reabilitação de pacientes desdentados, se faz necessário o estabelecimento de alguns princípios como a obtenção de posição fisiológica e confortável (relação cêntrica), de abertura e fechamento mandibular; a confecção de dispositivos de registros e transferência das relações maxilares para articulador semi-ajustável; a realização de enceramento de diagnóstico, restabelecendo guias de orientação, plano de oclusão e contatos oclusais corretos e equilibrados. Assim, o tratamento em geral deve ser planejado, buscando eliminar os sinais e sintomas que promovem desconforto ao paciente (ROSA, AC e TEIXEIRA, LA -2007).

Um planejamento reabilitador estético-funcional envolve a integração de diversas especialidades da odontologia. A evolução do conhecimento e diagnóstico, bem como o desenvolvimento das técnicas e materiais restauradores, gera novas perspectivas que devem ser sempre atualizadas e confrontadas. Dentro desta expectativa, é fundamental um planejamento adequado e o conhecimento de novas técnicas por parte dos cirurgiões-dentistas (VIANA, PC et al - 2012).

O sucesso do tratamento reabilitador depende da execução correta de todas as fases do tratamento, desde o exame clínico e diagnóstico, obtenção dos modelos de estudo, ajustes, seleção dos materiais, até as fases finais de instalação e controle. Deve-se estabelecer um protocolo de atuação aproximando a prática clínica e a ciência, a fim de se obter um tratamento de excelência (DANTAS, EM - 2013).

2. REVISÃO DE LITERATURA

A dimensão vertical da face pode ser representada pela Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e pela Dimensão Vertical de Repouso (DVR). Sendo a dimensão vertical a distância linear entre pontos fixos da maxila e mandíbula, a DVO corresponde na posição de fechamento máximo (máxima intercuspidação), refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos definidos previamente, um no terço médio da face ou no nariz, e o outro no terço inferior da face ou mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo e a DVR, na posição habitual de repouso (posição postural passiva),) corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso. A diferença entre as medidas DVO e DVR compreende no espaço funcional livre (EFL), também conhecido como distância interoclusal, espaço livre interoclusal ou espaço funcional de pronúncia. O EFL corresponde à distância entre as superfícies oclusais e incisais dos dentes maxilares e mandibulares, quando a mandíbula se encontra em sua posição postural ou de repouso fisiológico. Vários estudos consideraram que as alterações da Dimensão Vertical estão intimamente relacionadas com as Disfunções do Sistema Estomatognático e a alteração do relacionamento maxilomandibular pode resultar no aparecimento de sinais e sintomas dessas disfunções. Em pacientes com a DVO diminuída, observasse a redução do terço inferior da face, a projeção do mento, intrusão dos lábios, aprofundamento dos sulcos nasogenianos, perda de estabilidade oclusal posterior, e desgastes dentários por atrição (RODRIGUES RA et al – 2010).

2.1 DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

Com relação à manutenção da DVO e o desgaste dos dentes, existe a corrente que segue os conceitos de Niswonger que afirma haver uma conservação da distância interoclusal de 3 mm pela extrusão do complexo dento-alveolar, compensando o desgaste oclusal, levando a crer que a mudança na DVO pode levar a sérios problemas em nível dental, muscular e articular; e outra corrente, suportada por estudos cefalométricos, afirmando que há algumas mudanças na DVO após o desgaste dental, ou perda de dentes posteriores, e que o sistema neuromuscular pode se adaptar a mudanças no complexo dento-alveolar. À medida que os casos se tornam mais

complexos, aspectos relacionados com o restabelecimento da oclusão do paciente necessitam ser observados, o restabelecimento da DVO é considerado um dos procedimentos mais desafiadores e complexos dentro dos procedimentos restauradores. Fotos antigas podem ser um excelente guia para o clínico ter uma idéia das proporções faciais antes da perda dos dentes (GUERTIN, G -2003).

O método das proporções faciais considera que algumas dimensões faciais são semelhantes à medida da DVO do paciente, como por exemplo: a distância interpupilar; a distância vertical do canto do olho ou da pupila, ao canto da boca; a distância vertical da sobrancelha para a asa do nariz; a distância vertical do nariz á linha média (do subnasal até a glabella) a distância do canto do lábio ao outro a distância entre a linha da sobrancelha e a linha capilar (em fêmeas); a distância entre o canto do olho e o ângulo interno do outro olho; a distância vertical da orelha; duas vezes o tamanho de um olho; duas vezes a distância entre o lado interno de ambos os olhos; a distância entre o canto do olho e a orelha. Estas medidas faciais correspondem a dados mais objetivos que os critérios subjetivos. Uma das vantagens das medidas faciais e que não requerem radiografias ou outros aparelhos especiais (HARPER, RP -2000).

A diminuição da dimensão vertical de oclusão pode ser causada por hábitos parafuncionais, como bruxismo, perda da estabilidade oclusal posterior devido à ausência destes elementos dentários causando o desgaste dentário dos remanescentes anteriores, anomalias congênitas por má formação de esmalte, erosão causada por ingestão excessiva de substâncias ácidas ou por distúrbios gastrointestinais (FREITAS, R et al – 2006). O desgaste dentário é considerado patológico quando é incompatível clinicamente à idade do paciente acometido, passando a exigir tratamento por razões funcionais e/ou cosméticas. A reabilitação de pacientes com extenso desgaste oclusal é complexa e de difícil solução, tornando-se assim um dos maiores desafios da odontologia (SATO, S et al – 2000). A severa diminuição da dimensão vertical de oclusão é geralmente decorrente de bruxismo intenso, que tem sido associado principalmente a estresse emocional, alterações do sistema nervoso central e distúrbios do sono (PAVARINA, AC et al – 2001).

Um aumento da DVO proporciona uma diminuição do espaço funcional livre, podendo acarretar as seguintes alterações: reabsorção óssea patológica; aumento do estiramento de alguns músculos e diminuição de outros; desgaste dos dentes; a face fica com a aparência forçada; o mento fica proeminente; dor de cabeça; hiperatividade muscular e sintomas de DTM; bruxismo; dor muscular; dor durante os movimentos mandibulares e ao redor da ATM; distúrbios na tuba de Eustáquio e compressão dos nervos da corda do tímpano e auricolotemporal; limitação para o espaço da língua;

dificuldades de fonação; dor e sensibilidade nos rebordos; diminuição da habilidade mastigatória (FELTRIN, PP et al – 2008)(GOMES, EA et al – 2006).

2.2 DIMENSÃO VERTICAL DE REPOUSO

A posição postural ou de repouso é a relação da mandíbula com a maxila quando os músculos elevadores da mandíbula, temporal, masseter e pterigoideo medial, estão no estado de passividade relativa ou de tônus muscular (GARCIA, A – 2003). Várias são as posições da mandíbula em relação à maxila. Dentre elas, a posição de repouso é importante para o descanso dos músculos elevadores da mandíbula e também para o tratamento das desordens temporomandibulares (DTMs). A posição de repouso mandibular é importante para se estabelecer a DVO durante tratamentos protéticos em que foram perdidos os referenciais dos dentes. (GOMES, EA et al – 2006). Nessa posição, ocorre contração alternada de grupo de fibras musculares que permite aos músculos manter a mandíbula, por tempo ilimitado, em uma posição com os dentes separados cerca de 2 a 4mm sem cansaço ou fadiga. O exame eletromiográfico tem mostrado que, mesmo com a mandíbula em repouso, os músculos apresentam certa atividade elétrica. Isso significa que, apesar de estar em repouso, o musculo mantém certa atividade capaz de manter o equilíbrio do corpo. A posição postural pode sofrer modificações com as atividades fisiológicas de deglutição e fonação, sendo o mais utilizado, é pedido para o paciente repetir a consoante “m” várias vezes e ficar com a mandíbula imóvel. Além de sofrer modificações temporárias durante a fonação, quando mandíbula se movimenta para permitir a articulação dos sons. A posição de repouso também sofre modificações com a posição da cabeça. Quando o indivíduo está na posição ereta, olhando para o horizonte, a mandibula está afastada cerca de 2 a 4mm. Com a contração dos músculos elevadores, a mandíbula eleva-se e os dentes irão de encontro com seus antagonistas. Quando o indivíduo inclina a cabeça para trás, aproximadamente 45 graus para cima, a posição postural estará mais retraída devido a tração dos tecidos inseridos na mandíbula. (GARCIA, A – 2003). A posição postural de repouso não é fixa e depende de uma variedade de fatores extrínsecos e intrínsecos e é importante para se estabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO) durante tratamentos protéticos em que foram perdidos os referenciais dos dentes e também para se restabelecer o tônus muscular o qual favorece a circulação sanguínea e o descanso muscular (GOMES, EA et al – 2006).

2.3 OCLUSÃO EM RELAÇÃO CÊNTRICA

Em uma oclusão fisiológica ou orgânica, no final do fechamento mandibular, a ação dos músculos elevadores promove o assentamento dos côndilos nas fossas mandibulares do osso temporal, (denominado posição de relação cêntrica) coincidindo com o máximo de contatos dentários bilaterais (denominada máxima intercuspidação ou oclusão dentária). Como resultado, a mandíbula assume uma posição estável denominada oclusão em relação cêntrica (ORC), na dimensão vertical de oclusão (DVO). As oclusões com aspectos de normalidade tanto estéticos quanto funcionais, apresentam, no mínimo, quatro das seis chaves de ótima oclusão definidas por Andrews (1972), sendo que a relação interarcos (a primeira das Chaves de Oclusão de Andrews) deveria estar obrigatoriamente presente em todos os casos. Ao analisar funcionalmente a oclusão, verifica-se que os movimentos mandibulares em protrusão e em lateroprotrusão direita e esquerda, não devem apresentar interferências oclusais em nenhum destes movimentos. Sob manipulação, o fechamento da mandíbula deveria apresentar contatos posteriores simultâneos bilaterais, inclusive nos caninos, além de não haver diferença entre a posição de máxima intercuspidação (MIH) e a posição de relação cêntrica (RC) (FERNANDES NETO, 2006).

Interferência oclusal é o contato oclusal não fisiológico que dificulta ou impede o completo fechamento mandibular em ORC sem causar desvio, no entanto causando instabilidade à mandíbula. Ocorre sempre que houver contato oclusal prematuro entre cúspide e fossa ou entre cúspide e crista marginal (embrasura) de dentes antagonistas. Tal contato promove instabilidade aos côndilos, hiperatividade muscular e estresse ao periodonto. (PEGORARO, 2004).

A relação cêntrica assumiu ser a posição mais retrusiva das cabeças dos côndilos nas fossas articulares, todavia, atualmente, sabe-se que a relação articular ideal só é alcançada quando os côndilos estão em suas posições mais súpero-anteriores na fossa articular, apoiados nas vertentes posteriores das eminências articulares com os discos articulares interpostos. Essa posição não apresenta nenhuma relação com contatos dentários. Os côndilos assumem esse posicionamento quando os músculos elevadores são ativados sem interferência oclusal. A relação cêntrica é bastante utilizada para tratamentos reabilitadores (protéticos e ortodônticos) e em alguns casos de patologia relacionados estritamente à oclusão, em que tal posição deve ser utilizada como guia nos procedimentos de ajuste oclusal por desgaste seletivo. A posição de oclusão na relação cêntrica pode ser alterada e isso ocorre frequentemente após procedimentos odontológicos de reconstrução oclusal. (OKESON, 2000).

2.4 POSIÇÃO DE MÁXIMA INTERCÚSPIDAÇÃO

Em contrapartida, a posição de máxima intercuspidação habitual (MIH) ocorre quando há o relacionamento dos dentes na sua máxima intercuspidação, ocluindo o maior número possível de contatos entre os dentes superiores e inferiores, independentemente da posição condilar (PEGORARO, 2004). Identificada em indivíduos saudáveis se faz presente quando o côndilo de rotação se movimenta posteriormente para a posição de intercuspidação (MIH) durante a etapa de fechamento do ciclo. Por esta razão, algum grau de movimento posterior condilar para a MIH é normal durante a função. Na maioria das articulações, este movimento gira em torno de 1mm mais ou menos (OKESON, 2000).

2.5 GUIA LATERAL

Durante o movimento lateral da mandíbula, espera-se que ocorra a desocclusão dos dentes posteriores, a qual pode ser provida somente pelo canino (guia canino) ou auxiliado pelos dentes posteriores de uma maneira uniforme (função em grupo). (PEGORARO, 2004). De maneira geral, a guia canino é a mais indicada quando se espera um equilíbrio oclusal, pois os caninos possuem as raízes mais longas e mais largas, e, portanto, a melhor proporção coroa/raiz. Outras características tornam os caninos mais aptos a realizar a desocclusão, tais como: o fato dos mesmos serem envolvidos por osso compacto denso, o qual tolera melhor as forças do que o osso medular encontrado ao redor dos dentes posteriores, a presença de uma melhor proporção coroa-raiz, seu impulso sensorial e o efeito resultante sobre os músculos da mastigação (menos músculos são ativados quando os caninos contatam durante os movimentos excêntricos do que quando os dentes posteriores contatam). Sendo assim, quando a mandíbula se movimenta numa excursão laterotrusiva direita ou esquerda, os caninos superiores e inferiores são os dentes apropriados para contatar e dissipar as forças horizontais enquanto desocluem ou desarticulam os dentes posteriores (OKESON, 2000).

2.6 GUIA ANTERIOR

A guia anterior ocorre no movimento protrusivo quando os incisivos entram em contato e promovem a desocclusão dos dentes posteriores, protegendo-os de contatos direcionados para fora do longo eixo (PEGORARO, 2004). O ideal é que os dentes posteriores não participem da oclusão durante os movimentos mandibulares excursivos, de maneira que esta desocclusão seja obtida às custas dos dentes anteriores. Assim, durante o movimento de protrusão maxilar, as bordas incisais inferiores deslizam nas superfícies palatinas dos incisivos superiores, promovendo a total desocclusão. Quando a mandíbula protrui ou se movimenta lateralmente, as bordas incisais dos dentes inferiores ocluem com as superfícies palatinas dos dentes anteriores superiores (OKESON – 2000).

3. TRATAMENTOS ORAIS REABILITADORES

É importante ter como base dados essenciais para elaboração de um planejamento estético individual, sendo necessário obter uma sequência de procedimentos, estes iniciados por uma boa anamnese, exame clínico minucioso, complementados por radiografias, fotografias e modelos de estudo. Ao passo que, é de conhecimento comum que a análise do sorriso tem como finalidade de avaliar possíveis correções estéticas, dentárias, bucais e faciais. (CÂMARA, C - 2012).

Para a reabilitação de pacientes desdentados, se faz necessário o estabelecimento de alguns princípios como a obtenção de posição fisiológica e confortável (relação cêntrica), de abertura e fechamento mandibular; a confecção de dispositivos de registros e transferência das relações maxilares para articulador semi-ajustável; a realização de enceramento de diagnóstico, restabelecendo guias de orientação, plano de oclusão e contatos oclusais corretos e equilibrados. Assim, o tratamento em geral deve ser planejado, buscando eliminar os sinais e sintomas que promovem desconforto ao paciente (ROSA, AC e TEIXEIRA, LA – 2007).

Para obtenção de um sorriso harmônico deve-se levar em consideração a proporção de um dente e seus adjacentes, bem como sua largura, comprimento, altura dos zênites gengivais e o perímetro do arco. Todos esses aspectos que serão observados e terão como finalidade rejuvenescer o sorriso e promover uma reabilitação biomimética. (MAGNE, 2003).

3.1 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL “OVERLAY”

A restauração da função mastigatória de pacientes desdentados parciais é um dos requisitos básicos da reabilitação com prótese parcial removível, sendo estabelecida através da recomposição oclusal entre a prótese e os elementos da arcada antagonista, além da correta relação maxilomandibular. Entretanto, em algumas situações clínicas, caracterizadas por inclinações dentárias (migrações, extrusões, giroversões, mesializações e distalizações) ou em casos de acentuado desgaste dentário, não se consegue a correta recomposição do plano oclusal e da relação oclusal com próteses parciais removíveis convencionais sem o auxílio de tratamentos mais complexos, demorados e de alto custo como a prótese parcial fixa ou mesmo procedimentos

ortodôntico-cirúrgicos, associados ou não a implantes osseointegrados. Nos casos em que existe necessidade de uma solução relativamente mais simples, rápida e econômica, a literatura apresenta a prótese parcial removível *overlay*, como alternativa de tratamento. A *overlay* (também denominada de PPR *overlay*, PPR de recobrimento oclusal, PPR *onlay*, *overlay*, macroapoio ou apoio *onlay*) consiste em uma prótese modificada que recobre a face oclusal de um ou mais dentes, podendo até mesmo recobrir as faces oclusais de todos os dentes posteriores e as incisais dos dentes anteriores para apoio ou sustentação. Sua principal indicação é a reabilitação de pacientes desdentados parciais com redução na dimensão vertical de oclusão ou alterações do plano oclusal (SOUZA, J et al – 2009).

Outras indicações são na reabilitação de pacientes que apresentam complicações dentárias decorrentes da displasia ectodérmica, por serem procedimentos reversíveis e de menor custo que permitem uma intervenção precoce com possibilidade de fáceis modificações da prótese intraoral durante o período de crescimento, geralmente de 2 a 4 anos (PAVARINA, AC et al – 2001).

Convém ressaltar a importância da utilização da prótese *overlay* como um recurso auxiliar na elaboração do diagnóstico, prognóstico e no planejamento do tratamento reabilitador oral definitivo em pacientes com dentição severamente desgastada e DVO reduzida, permitindo a avaliação da estética, da função e da aceitação do paciente, anteriormente à execução de mudanças permanentes na dentição natural (SATO, S et al – 2000).

3.2 PRÓTESES TOTAL

A perda dos dentes, com conseqüente involução dos tecidos periodontais, altera o comportamento das próteses totais, diminuindo sua retenção e estabilidade, sendo que na mandíbula edêntula essa perda é ainda maior devido à dinâmica muscular atuar com maior intensidade durante os movimentos da mastigação (FREITAS, R et al, 2003). Para a reabilitação de pacientes desdentados, se faz necessário o estabelecimento de alguns princípios como a obtenção de posição fisiológica e confortável (relação cêntrica), de abertura e fechamento mandibular; a confecção de dispositivos de registros e transferência das relações maxilares para articulador semi-ajustável; a realização de enceramento de diagnóstico, restabelecendo guias de orientação, plano de oclusão e contatos oclusais corretos e equilibrados. Assim, o tratamento em geral deve ser

planejado, buscando eliminar os sinais e sintomas que promovem desconforto ao paciente (ROSA, AC e TEIXEIRA, LA – 2007).

3.3 PRÓTESES OVERDENTURE

O planejamento para reabilitação protética com implantes está diretamente relacionado às condições bucais presentes. Para a definição do tipo de prótese, os problemas existentes são avaliados, determinando se é desejável uma restauração fixa ou removível. O objetivo da Implantodontia é oferecer uma alternativa de tratamento mais simples, eficiente e prognosticável, que satisfaça às necessidades e anseios do paciente (ROSA, DM et al – 2003). Apesar das reabilitações sobre implantes demandarem maior tempo de tratamento e maior número de sessões de manutenção, a mudança social, a evolução da Odontologia e a das técnicas protéticas aumentaram as exigências estéticas e funcionais dos pacientes, que procuram, cada vez mais, reabilitações protéticas fixas ou, pelo menos, mais estáveis (VISSER et al - 2006). Como alternativa, as overdentures são opções reabilitadoras eficazes, definidas como próteses totais ou parciais removíveis que se encaixam sobre raízes residuais ou implantes osseointegrados (MATSUMOTO, PM et al – 2002).

Dentre os vários sistemas, o sistema o'ring é talvez o mais consagrado na literatura, de fácil instalação, manuseio, possuindo alguns tamanhos diferentes, mas, basicamente, possuindo um sistema de bola cimentada sobre a raiz residual, e uma cápsula com anel de retenção fixado internamente na prótese. Além disso, esse sistema possui vantagens, como a possibilidade de uso com os implantes isolados, possibilidade da adequação da retenção com a utilização de diferentes anéis de retenção, além de possuir melhor capacidade biomecânica e higienização das próteses confeccionadas. (DAVIS, DM et al - 2001). Logo, a utilização do sistema o'ring proporciona o aproveitamento de dentes contra-indicados para qualquer outro tipo de reabilitação, a maior retenção e estabilidade, menor necessidade de ajustes, menor carga na mucosa, redução do trauma psicológico do paciente e o aumento do conforto e das funções da prótese total. (MATSUMOTO, PM et al - 2002).

3.3 FACETAS LAMINADAS

Nos últimos anos, vários materiais cerâmicos têm sido desenvolvidos em uma tentativa de aumentar a resistência à fratura, à tenacidade, à resistência ao desgaste e, simultaneamente, manter a estética adequada para restaurações anteriores e posteriores. Quando associados aos sistemas adesivos e cimentos adequados, eles demonstram resultados satisfatórios a longo prazo, podendo ser utilizados em situações de alteração acentuada de cor, diastemas, anormalidades de formas, além de reabilitações extensas. Nesse contexto, laminados cerâmicos finos de 0,2 mm a 0,5 mm de espessura – denominadas “lentes de contato” – podem ser utilizados em casos de diastemas. Através de preparos minimamente invasivos, eles devolvem a harmonia para o sorriso com uma adequada absorção, reflexão e transmissão de luz, assim como um dente natural (GHAFARI, T et al – 2016) e (CUNHA, LF et al – 2014).

Outro fator importante que deve ser motivo de preocupação é o restabelecimento de uma dimensão vertical de oclusão e a relação da dinâmica intermaxilar (envelope oclusal) adequada para a reabilitação, já que sua alteração pode comprometer a mastigação, a dinâmica fonética, a harmonia facial e, principalmente, a falta de guias de desocclusão corretos. Dessa forma, o restabelecimento estético, funcional e a manutenção da integridade biológica do paciente através de restaurações cerâmicas podem ser alcançados por meio de um correto diagnóstico e planejamento (FELTRIN, PP et al – 2008).

As facetas de cerâmica são próteses cerâmicas utilizando um sistema adesivo para a cimentação que restauram as superfícies dos dentes que necessitam de tratamento estético. Normalmente consistem em conchas de porcelana fina, nas quais a sua superfície é gravada com ácido fluorídrico e revestida com um agente de acoplamento de silano. Usando um cimento à base de resina, a faceta adere ao esmalte que foi preparado com ácido fosfórico. As indicações para facetas dentárias incluem : Dentes descoloridos devido a muitos fatores como coloração de tetraciclina, fluorose, amelogenese imperfeita, envelhecimento e outros; Restauração da dentição traumatizada, fraturada e desgastada; Reparação intraoral de revestimentos fraturados de coroas e pontes; Fechamento de diastemas; Hipocalcificação do esmalte; Alongar ou remodelar os dentes anteriores. Em casos de dentições sem apoio posterior, uma higiene oral precária ou a existência de hábitos parafuncionais, como o bruxismo, não estará indicada a reabilitação com facetas cerâmicas, devido ao elevado risco de fratura, reportado como a sua principal causa de insucesso. São ainda contraindicações das facetas cerâmicas determinadas alterações oclusais como as mordidas abertas, mordidas cruzadas e mordidas topo-a-topo, apinhamentos/rotações severas e protrusão

e dentes anteriores tratados endodonticamente que estão estruturalmente comprometidos, uma vez que requerem o reforço fornecido pelas coroas de cobertura total para manter a sua integridade (GHAFARI, T et al – 2016).

As taxas de sucesso das facetas de porcelana decresceram para 60% em pacientes com atividade bruxística, porém essa porcentagem foi semelhante à obtida no caso de coroas metalo-cerâmicas utilizadas na mesma situação (MAGNE, P et al – 2003). As facetas cerâmicas mantêm um perfil de emergência adequado e margens gengivais adequadas, menor incidência de retenção de placa, contribuindo assim para a manutenção da saúde periodontal. Assim, quando bem planejadas e indicadas, as facetas de porcelana proporcionam um excelente resultado final com estabilidade mecânica, permitem uma reflexão e transmissão adequadas da luz e têm uma durabilidade e biocompatibilidade com tecidos periodontais, dentro de uma categoria de preparações dentárias conservadoras com mínimo desgaste dentário (CUNHA, LF et al – 2014).

4. DISCUSSÃO

Constantemente na odontologia, tratamentos reabilitadores são desenvolvidos em uma grande parcela da população, visando o conforto, estética e função do paciente e do sistema estomatognático envolvido. Procedimentos que vão da mais simples reposição ou substituição de um único elemento dentário, até casos mais complexos, onde são necessárias intervenções que necessitam de um reestabelecimento da oclusão do paciente. Estes em especial, merecem ser cuidadosamente observados uma vez que nesses casos, a alteração da dimensão da vertical de oclusão é frequentemente notada. As alterações podem ocorrer ao longo do tempo em pacientes que perderam elementos dentários, e são comuns também em procedimentos restauradores, durante tratamentos ortodônticos e ortognáticos e em pacientes com desordens temporomandibulares. Já as alterações relacionadas com a diminuição da dimensão vertical provocam um espaço funcional livre excessivo e os seguintes danos podem ser observados: desgastes dentais acentuados; oclusão traumática com comprometimento periodontal; sobrecarga da articulação têmporo-mandibular; reflexos na audição; envelhecimento precoce devido à perda do tônus da musculatura da expressão facial; face com aspecto encurtado; aparecimento de queilite angular; além de patologias agudas e crônicas nas estruturas orofaciais, incluindo deformação mandibular. . Em relação aos métodos de determinação da DVO, dentre os mais utilizados estão o métrico, o fonético e o das proporções faciais (DANTAS, EM – 2012).

No tratamento de reabilitação oral protética, normalmente os pacientes apresentam alteração na estabilidade oclusal, e o restabelecimento desse equilíbrio será necessário. Assim sendo, a posição de RC, se torna uma posição prioritária. Posteriormente ao restabelecimento da estabilidade oclusal, a posição final de tratamento será a Relação de Oclusão Cêntrica (ROC), caracterizada pela relação musculoesquelética estável entre a mandíbula e a maxila quando ambos os côndilos se encontram em sua posição mais anterossuperior, apoiados na vertente posterior das eminências articulares e com os discos alinhados as fossas mandibulares sem tensão, enquanto, os dentes posteriores mantém o maior numero de contatos estáveis na correta dimensão vertical de oclusão (PEGORARO, 2004).

Precedentemente à execução de reabilitações orais em pacientes com diminuição da dimensão vertical de oclusão deve-se preconizar o restabelecimento de uma DVO saudável a esse paciente, com função estabelecida e conforto na oclusão. Quando há necessidade de restabelecimento da DVO por perdas de estruturas dentais pelo bruxismo, uma mudança maior na condição oclusão existente deverá ser avaliada no

plano de tratamento, tendo como objetivo promover condições oclusais ideais na direção da estabilidade ortopédica, ou seja, garantir uma posição musculoesquelética adequada. a instalação de PPR Provisórias pode contribuir para adaptação do paciente a uma nova condição oral, bem como para o correto relacionamento maxilomandibular, especialmente nos casos de diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (SILVA, VS et al – 2011). As placas oclusais (usadas provisoriamente nas próteses), são usadas para promover uma oclusão funcional, reorganizando a atividade reflexa neuromuscular que, por sua vez, reduz a atividade muscular anormal, enquanto propicia uma função mais equilibrada. Estes dispositivos também são usados para proteger os dentes e as estruturas de suporte, das forças anormais, que podem desgastar ou destruir os dentes. Embora as placas resilientes possam reduzir os sintomas de DTMs, as de acrílico duro reduzem os sintomas mais rapidamente e melhor, ficando então as placas resilientes indicadas principalmente como proteção contra traumatismos nos dentes e estruturas de suporte (OKESON, 2000).

Estes dispositivos recobrem as superfícies oclusais dos dentes, e neste caso, são denominados de overlays (DANTAS, EM - 2013), as quais não têm a necessidade de desgastes adicionais para sustentação ou apoio (FREITAS, R et al - 2005), e têm como objetivo: Recuperar função mastigatória, restabelecer e estabilizar as superfícies oclusais dos dentes, avaliar tolerância do paciente e familiarizá-lo com a nova DVO, melhorar estética do contorno axial e oclusal do remanescente dentário, repor elementos dentais ausentes, devolver as guias canina e anterior, melhorar estética e harmonia facial e avaliar estética e fonética antes da realização de mudanças definitivas na dentição (DANTAS, EM - 2013; FREITAS, Ret al - 2005) As próteses provisórias devem ser utilizadas por cerca de 40 dias para adaptação do paciente, e após esse período, inicia-se o tratamento definitivo (FREITAS, R et al - 2005).

Os conceitos oclusais aplicados à dentição natural não podem ser aplicados às próteses sobre implantes devido à ausência do ligamento periodontal que na dentição natural reduz as forças para o osso circundante. Por este motivo o dentista deve desenvolver um esquema oclusal minimizando os fatores de risco, onde a prótese sobre implante deve ser submetida a uma menor carga oclusal e os dentes adjacentes naturais devem exibir maiores contatos iniciais. Devido aos dentes anteriores receberem maiores movimentos apicais e laterais, o ajuste da oclusão nestas direções se faz fundamental para o sucesso e sobrevivência do implante (PALIWAL, S- 2014).

É importante a montagem dos modelos de estudo em articulador para termos a melhora na visualização do relacionamento estático e dinâmico dos dentes e possibilitar a observação da oclusão do paciente que pode ser visualizada por lingual, facilitando

também a visualização dos contatos oclusais por meio dos movimentos mandibulares. No articulador, os movimentos mandibulares do paciente e os contatos oclusais podem ser observados sem a influencia do sistema neuromuscular, o que tolera alteração na DVO para a futura instalação da prótese. Desta maneira, a utilização do articulador semi ajustável torna-se imprescindível na montagem dos modelos de estudo para diagnóstico do caso clínico (DANTAS, EM - 2012).

5. CONCLUSÃO

Levando como base os aspectos apresentados no trabalho, é entendido que a odontologia evolui e aprimora ao longo dos anos e a reabilitação oral necessita de um trabalho multidisciplinar com profissionais capacitados e execução correta para obter a satisfação do paciente e longevidade do tratamento. É necessário um planejamento criterioso com atenção específica pois cada técnica possui suas indicações, sendo usadas de acordo com o caso a ser apresentado, respeitando a individualidade de cada paciente. O equilíbrio e a harmonia do sistema é de extrema importância para um resultado final efetivo.

6. REFERÊNCIAS

- CÂMARA C. A. **Análise morfológica tridimensional do sorriso**. Rev Clín Ortod Dental Press. jun-jul;11(3):10-24, 2012.
- CUNHA LF, PEDROCHE LO, GONZAGA CC, FURUSE AY. **Esthetic, occlusal, and periodontal rehabilitation of anterior teeth with minimum thickness porcelain laminate veneers**. J Prosthet Dent 2014;112(6):1315-8
- DANTAS, E.M. **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética**. Odonto 2012, v.20, n.40, p.41-48, mai. 2013.
- DAVIS DM, PACKER ME. **The maintenance requirements of mandibular overdentures stabilized by astra tech implants using three different attachment mechanisms – balls, magnets, and bars; 3 – year results**. Eur J Prosthodont Rest Dent 2001;
- FELTRIN PP, PHILIPPI AG, MORETTI JR J, MACHADO CC, ASTOLF JA. **Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura**. Rev odontol USP 2008;20(3): 274-279.
- FREITAS R. ET AL. **Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída**. RGO. 2006 abr-jun;54(2): 161-164.
- GHAFF ARI T, HAMEDIRAD F, FAKHRZADEH V. **Marginal adaptation of Spinell InCeram and feldspathic porcelain laminate veneers**. Dental Research Journal 2016;13(3):239-44.
- FERNANDES NETO AJ. **Disfunção temporomandibular**. Uberlândia: UniversidadeFederal; 2006.
- GARCIA, AR. **Fundamentos teóricos e práticos da Oclusão**- são Paulo: CID Editora, 2003.
- GOMES EA, GARCIA AR, ZUIM PRJ, COSTA PS. **Posição de repouso mandibular: revisão da literatura**. Rev Odont Araçatuba 2006; 27(2): p. 81-86.
- GUERTIN G, PROSTHO C. **The evaluation of occlusal vertical dimension**. Journal dentaire du Québec 2003; 40: 241-243.
- HARPER RP, MISH CE. **Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion**. Quintessence Internacional 2000; 31(4):275.
- JOSÉ EVERALDO DE AQUINO SOUZA, ERICA TATIANE DA SILVA, CLÁUDIO RODRIGUES LELES - **prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos**. robrac, 18 (47) 2009
- MAGNE, P.; GALLUCCI, G. O.; BELSER, I. C. **Anatomic crowns width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects**. The Journal of Prosthetic Dentistry, St. Louis, v. 89, n. 5, p. 453-461, 2003.
- MATSUMOTO PM, NETTO HC, PAES JR, FARIA. R. **Atualidades sobre overdentures: dentossuportadas e Implantossuportadas**. Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial. 2002;

- OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- PALIWAL S, SAXENA D, MITTAL R, CHAUDHARY S. **Occlusal Principles and Considerations for Implants : An Overview**. J Acad Dent Educ. 2014;1(2).
- PEGORARO, L. F. **Prótese fixa**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- PAVARINA, A.C.; MACHADO, A.L.; VERGANI, C.E., et al. **Overlay removable partial dentures for a patient with ectodermal dysplasia: a clinical report**. J Prosthet Dent, v.86 ,n.6, p.574 -577, Dez 2001.
- ROSA AC, TEIXEIRA LA. **Dimensão vertical de oclusão em pacientes desdentados: uma revisão da literatura**. Medcenter.com – Odontologia, Abril. 2007
- ROSA DM, ZARDO CM, NETO JS. **Alternativas protéticas em implantodontia**. In: Da Rosa DM, Zardo CM, Neto JS. **Odontologia estética e a prótese fixa dentogengival**. São Paulo: Artes Médicas; 2003;
- RODRIGUES RA, BEZERRA PM, SANTOS DFS, DUARTE FILHO ESD. **Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional** – relato de caso. Int J Dent. 2010; 9(,2): 96-101.
- SATO S, HOTTA TH, PEDRAZZI V. **Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report**. J Prosthet Dent. 2000 Apr;83(4):392-5.
- SILVA, V.S. et al. **Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso**. Rev. Bras. de Ciências da Saúde. 2011, p. 455-460.
- VIANA PC, CORREIA A, NEVES M, KOVACS Z, NEUGBAUER R. **Soft tissue waxup and mock-up as key factors in a treatment plan: case presentation**. Eur J Esthet Dent. 2012; 7(3): 310-23.
- VISSER A. ET AL. **Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare**. Int J Prosthodont. 2006 May-Jun; 19(3): 2718