

FACSETE- Faculdade Sete Lagoas
Milena Alves Lima

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM BRUXISMO

Curitiba
2017

Milena Alves Lima

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM BRUXISMO

Artigo apresentado ao curso de
Especialização Lato Senso da Facsete,
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Prótese Dentária.
Área de concentração: Prótese Dentária.
Orientador: Prof. Dr. Éderson Aureo Gonçalves Betiol

Curitiba

2017

RESUMO

O bruxismo é um hábito parafuncional muito comum, caracterizado pelo ranger e apertar dos dentes, prejudicando a estabilidade do Sistema Estomatognático e suas estruturas: dentes, periodonto, articulações e músculos mastigatórios. A ocorrência de desgastes dentais, desequilíbrio oclusal e perda da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) em pacientes com esse tipo de parafunção, é um problema cada vez mais frequente na clínica odontológica e exige meios criteriosos de diagnóstico e tratamento. Torna-se necessária a execução de tratamentos reabilitadores complexos e de alto custo, a fim de devolver estética, função e auto-estima ao paciente. Nesses casos, é importante determinar corretamente a DVO e confeccionar próteses provisórias previamente ao trabalho protético definitivo, a fim de adaptar o paciente à sua nova condição oclusal. O presente caso clínico descreve uma situação em que o paciente possui desgastes dentais severos em consequência do bruxismo, os métodos para a determinação da DVO e as etapas clínicas do tratamento reabilitador oral.

Palavras-chave: bruxismo; dimensão vertical; prótese parcial fixa.

ABSTRACT

Bruxism is a very common parafunctional habit, characterized by the grinding and tightening of the teeth, impairing the stability of the Stomatognathic System and its structures: teeth, periodontium, joints and muscles teeth, periodontium, joints and masticatory muscles. The occurrence of dental wear, occlusal imbalance and loss of vertical occlusion dimension (OVD) in patients with this type parafunctions, is an increasingly frequent problem in dental practice and requires careful diagnosis and treatment. It is necessary to perform complex and high-cost rehabilitation treatments, in order to restore esthetics, function and self-esteem To the patient. It is important to determine correctly the OVD, through specific methods, and to make temporary prostheses prior to definitive prosthetic work, in order to accostum the patient to the new occlusal condition. The present case describes a situation in which the patient has severe dental wear as a result of bruxism, the methods used to determinate the OVD, and the clinical stages of rehabilitation treatment.

Key words: bruxism; vertical dimension; fixed partial denture.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	6
2- RELATO DE CASO.....	8
3- DISCUSSÃO.....	18
4- CONCLUSÃO.....	20
5- REFERÊNCIAS.....	21

1- INTRODUÇÃO

O Sistema Estomatognático (SE) é constituído por várias estruturas: músculos, dentes, periodonto, ligamentos, articulações temporomandibulares (ATM) e sistemas neurológico e vascular (DIAS et al, 2014). Constantemente, o SE é sujeito à diversas forças, as quais são controladas, transmitidas e dissipadas por vários mecanismos de proteção e têm diferentes graus de magnitude, direção e frequência. Quando essas forças tornam-se mais intensas, prolongadas e frequentes, podem adquirir o caráter de parafunção (GARCÉS et al, 2008).

As parafunções ou hábitos parafuncionais são definidos como atividades não funcionais da musculatura mastigatória (ALVES-REZENDE et al, 2009; MORAIS et al, 2015) ou seja, não estão relacionados às funções normais do SE (mastigação, deglutição e fonação), (BRANCO et al, 2008; DIAS et al, 2014) e, conseqüentemente, causam danos severos às estruturas (GARCÉS et al, 2008).

Um dos hábitos parafuncionais mais estudados é o bruxismo (FALAR MAIS SOBRE) o qual tem etiologia complexa e multifatorial e acomete o Sistema Estomatognático, caracterizando-se pelo hábito de apertar ou ranger os dentes e pode-se manifestar durante os períodos diurno e noturno (GAMA; ANDRADE; CAMPOS, 2013; GONÇALVES; TOLEDO; OTERO, 2010; MACEDO, 2008; MENGATTO; COELHO-DE-SOUZA; JUNIOR, 2016).

Os desgastes e fraturas dentais ocasionados pelo bruxismo causam graves danos às estruturas, como a diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) do paciente. Este é um problema cada vez mais frequente na clínica odontológica, e exige meios criteriosos de diagnóstico e, principalmente, de tratamento (AMOROSO et al, 2013).

A DVO é definida, simplificada, como a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato (CESTO et al, 2015; DANTAS, 2013; HARPER; MISCH, 2000). Alguns métodos foram propostos para determinar a DVO do paciente, como os métodos métrico, fonético e estético (DANTAS, 2013; HARPER; MISCH, 2000).

O método métrico obtém a DVO através da distância interoclusal, a qual é a medida da distância entre dois pontos (nariz e mento). Essas medidas são feitas com a mandíbula em posição de descanso (repouso) e na máxima intercuspidação habitual, e são comparadas. A diferença entre elas é o Espaço Funcional Livre

(EFL). Quando o EFL for maior que 2 a 4mm, pode-se considerar que a DVO diminuiu, e quando for menor que 2mm, pode-se estar diante de um aumento da DVO. Um compasso em forma de L é amplamente utilizado para a determinação da distância destes dois pontos no método métrico. O método fonético, proposto por Silvermann (1953), determina a DVO baseando-se na pronúncia de sons sibilantes. O paciente deve estar sentado em posição vertical e pronunciar palavras com “s”, a fim de verificar se o espaço funcional livre havia sido respeitado. O método estético determina a DVO através do julgamento da aparência da face do paciente, baseando-se na harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto e conformação de sulcos nasogenianos (DANTAS, 2013).

O restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão é uma etapa importante e indispensável durante a realização de trabalhos protéticos (CESTO et al, 2015), e deve ser realizada previamente ao tratamento reabilitador, a fim de restabelecer função e conforto na oclusão do paciente (AMOROSO et al, 2013; SILVA et al, 2001). Quando a DVO está diminuída, a confecção de próteses parciais removíveis tipo overlay temporárias (placas de reposicionamento mandibular) é uma excelente opção de tratamento (AMOROSO et al, 2013; BATAGLION et al, 2012; CESTO et al, 2015; DANTAS, 2013; DEKON et al, 2003; FREITAS et al, 2005; SATO; HOTTA; PEDRAZZI, 2000), pois são eficazes e capazes de adaptar o paciente à uma nova condição oclusal, restabelecendo a DVO anteriormente ao trabalho definitivo.

Após o tratamento, é importante a realização de uma placa miorreaxante, a fim de preservar as estruturas dentárias, proporcionar condições de equilíbrio oclusal, proteger os elementos dentários, proporcionar relaxamento dos músculos hipertrofiados e prevenir sobrecarga na Articulação Têmporo Mandibular (ATM) (GAMA; ANDRADE; CAMPOS, 2013)

O objetivo deste trabalho científico foi apresentar o caso clínico de um paciente com parafunção severa –bruxismo- e perda de dimensão vertical de oclusão, restabelecimento da DVO e etapas clínicas do tratamento reabilitador oral protético.

2- RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 48 anos de idade, apresentou-se à clínica da Prime Educação Continuada, Curitiba-PR, queixando-se de desgaste excessivo nos dentes, estética comprometida e dificuldade de mastigação.

Durante o exame clínico, desgastes foram observados nos dentes remanescentes (16, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 37, 35, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45) devido ao hábito parafuncional do paciente - bruxismo-, o qual ocasionou perda da dimensão vertical. Os dentes 18, 17, 15, 26, 27, 38, 36, 34, 46, 47 e 48 haviam sido extraídos anteriormente (figuras 1 e 2).

Foi realizada radiografia panorâmica para avaliar as condições periodontais das raízes remanescentes. A saúde periodontal mostrou-se satisfatória, e o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa nos músculos, dentes e articulações.

Iniciou-se o tratamento primeiramente pela arcada superior e foi observado que os dentes 16 e 24 possuíam conduto obturado. O dente 23 apresentou-se vital.

O paciente foi encaminhado para realização de procedimentos endodônticos nos dentes 11, 12, 13, 14, 21 e 22, para posterior colocação de núcleos metálicos fundidos, pois não havia remanescente suficiente para reter coroa.

Foram indicadas próteses parciais fixas em todos os dentes, pois havia suporte ósseo e estrutura dental para colocação de núcleos metálicos fundidos.

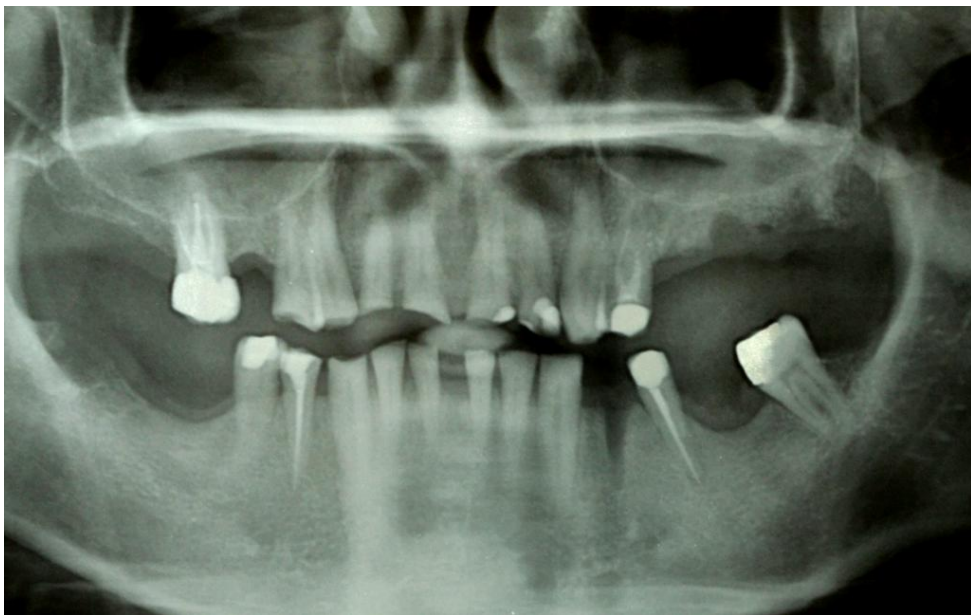


Figura 1: Radiografia panorâmica. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 2: Condição clínica inicial. Fonte: Acervo pessoal.

Foi necessário restabelecer a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) do paciente como parte do tratamento. A opção foi realizar uma placa de reposicionamento mandibular – prótese parcial removível tipo overlay provisória, a fim de adaptar o paciente à nova dimensão vertical.

Foram realizadas moldagens das arcadas superior e inferior com alginato (Hydrogum® 5 Zhermack® CLINICAL, Itália) e vazados em gesso para obtenção dos modelos de estudo.

Em boca, iniciaram-se os ajustes dos planos de orientação superior e inferior. Para determinar a nova DVO do paciente, foram realizados testes através do método métrico, com compasso de Willis. Primeiramente, sem os registros em boca e o paciente mantido relaxado, mediu-se a distância entre a base do nariz e o mento, e obteve-se a Dimensão Vertical de Repouso (DVR). A fórmula $DVO = DVR - EFL$ (Espaço Funcional Livre) foi aplicada. Considerando-se que o EFL é em torno de 3 mm, obteve-se a medida da DVO. Com os planos de orientação em boca, foram feitos ajustes na cera até chegar à medida da DVO correta. Após os ajustes, o paciente foi orientado a pronunciar sons sibilantes para verificar se o EFL foi respeitado. O paciente foi manipulado em Relação Cêntrica (RC), foi realizado registro com silicona de registro de oclusão (Bosworth® Re'CORD™, Bosworth Company, EUA) e os planos de orientação e modelos foram levados para montagem no articulador semi-ajustável (figura 3).

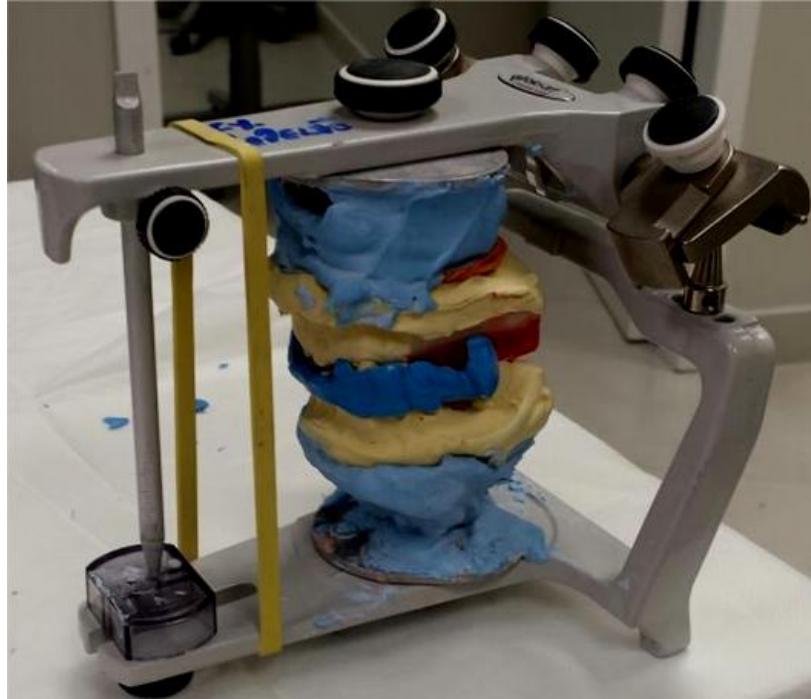


Figura 3: Montagem em articulador semi-ajustável. Fonte: Acervo pessoal.

Um “jig de Lúcia” foi confeccionado em DuraLay (Reliancy, Worth, EUA) para a identificação clínica do correto restabelecimento da DVO. Este dispositivo tem a finalidade de desprogramar os músculos mastigatórios e facilitar o registro da Relação Cêntrica (RC) (figura 4).



Figura 4: “Jig de Lúcia” em posição. Fonte: Acervo pessoal.

A cor dos dentes foi selecionada e o trabalho foi enviado ao laboratório para confecção de placa de reposicionamento mandibular (prótese parcial removível tipo overlay).

Após a fase laboratorial, foram realizados os ajustes internos e oclusais e a DVO foi estabelecida, buscando estabilidade oclusal, guias anterior e canina (figura 5). A prótese foi instalada (figura 6), e o paciente foi orientado em relação ao uso da prótese, higienização e à necessidade de adaptação à nova DVO estabelecida, visto que pode gerar desconfortos nas primeiras semanas.



Figura 5: Prótese parcial removível tipo overlay provisória instalada. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 6: Prótese parcial removível tipo overlay provisória com contatos estabelecidos. Fonte: Acervo pessoal.

Após a instalação da prótese provisória, acompanhamentos e ajustes mensais, iniciou-se o tratamento protético definitivo. Os dentes remanescentes foram preparados com brocas diamantadas 1016, 2130, 3203, 4138, 4219 (KG Sorensen – FG, Brasil), em alta rotação e em refrigeração constante (figura 7). Os dentes 11, 12, 13, 14, 16, 21 e 22 e 24 foram desobturados com brocas de Largo e modelados com DuraLay (Reliancy, Worth, EUA) para confecção de núcleo metálico fundido. O dente 23 (vital) foi preparado para receber coroa metalocerâmica. A prótese provisória overlay foi seccionada e utilizada para confecção de provisórios em resina acrílica Dencôr (Clássico LTDA, Brasil). Os provisórios foram reembasados com DuraLay (Reliancy, Worth, EUA) e cimentados com cimento de Hidróxido de Cálcio (Hydro C, DENTSPLY, Brasil).



Figura 7: Preparos para confecção de NMF. Fonte: Acervo pessoal.

Os núcleos metálicos fundidos foram cimentados com cimento Fosfato de Zinco (SS White®, Brasil). Na sessão seguinte, realizaram-se reparos com brocas em alta rotação e multiplicador (figura 8). Fios retratores gengivais (Ultrapak®, Ultradent Products, Inc, EUA) foram embebidos de solução hemostática (Hemostop, DENTSPLY, Brasil) para inserção no sulco gengival. Inseriu-se o fio 000 em todos os remanescentes e, em seguida, o 00 nos dentes 16, 14, 13, 22, 23 e 24. O fio 0 foi colocado nos dentes 12, 11 e 21 (figura 9).



Figura 8: Núcleos metálicos fundidos cimentados. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 9: Fios retratores gengivais 000, 00, 0 inseridos. Fonte: Acervo pessoal.

Após 10 minutos, foram removidos os segundos fios e realizou-se moldagem simultânea (passo único) com silicona de adição Futura AD (DFL, Brasil) (figura 10). Os primeiros fios foram retirados e os provisórios colocados em boca. Sobre o modelo de trabalho, foram confeccionados casquetes de registro nos dentes 14,11 e 23, e estes foram posicionados em seus respectivos dentes. Ajustes foram realizados nos casquetes com fresa e carbono (Accufilm® II, Parkell, Inc, EUA) a fim de deixar espaço suficiente para o registro (aproximadamente 0,5mm). Mantendo-se os provisórios em posição, foi acrescentada resina acrílica DuraLay ((Reliancy, Worth, EUA) nas oclusais posteriores e palatinas anteriores, e registradas a Dimensão Vertical de Oclusão e Relação Cêntrica (com auxílio dos provisórios). O modelo superior foi montado em articulador semi-ajustável com auxílio do arco facial, e o modelo inferior foi montado com auxílio dos casquetes de registro.



Figura 10: Moldagem em silicone de adição. Fonte: Acervo pessoal.

A estrutura metálica com oclusais metálicas foi confeccionada unida em todos os dentes a fim de reduzir riscos de fratura. Na sessão seguinte, realizou-se profilaxia com pedra pomes e água e foi avaliada a adaptação da estrutura com sonda exploradora número 5 (figura 11). As oclusais da estrutura foram ajustadas em ORC (Oclusão em Relação Cêntrica) e na correta DVO com auxílio de pinça Müller e carbono. Os contatos foram estabelecidos, assim como as guias anterior e canina (figura 12). Moldagem de transferência foi realizada com silicone de condensação Zetalabor (Zhermack® TECHNICAL, Itália) em dupla impressão (figura 13), e gesso foi vazado para obtenção de modelo. Foi selecionada a cor dos dentes com escala (VITA classical, Vita Zahnfabrik, Alemanha). As cores escolhidas, A3 na cervical e A2 nos terços médios e incisal, foram aprovadas pelo paciente e a peça foi encaminhada ao laboratório para aplicação da cerâmica.



Figura 11: Prova da estrutura metálica. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 12: Estrutura metálica com contatos estabelecidos. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 13: Moldagem de transferência. Fonte: Acervo pessoal.

Na sessão seguinte, após remoção dos provisórios, foi realizada profilaxia em todos os dentes com pedra pomes e água. Adaptação cervical foi avaliada e ajustada novamente. Ajustes do perfil de emergência, guias anterior e canina e ajuste estético foram realizados, assim como polimento com borrachas específicas para cerâmica (Dhpro, Rhadartrade Com. Imp. LTDA, Brasil) e cimentação com cimento Fosfato de Zinco (SS White®, Brasil) (figuras 14 e 15).

O paciente foi orientado em relação à higiene e cuidados com as próteses e foi encaminhado para realização de placa mio-relaxante, devido ao bruxismo.



Figura 14: Coroas cimentadas. Fonte: Acervo pessoal.



Figura 15: Coroas cimentadas. Oclusais metálicas. Fonte: Acervo pessoal.

3- DISCUSSÃO

O processo de reabilitação oral é muito complexo e representa um dos grandes desafios na Odontologia (SATO; HOTTA; PEDRAZZI, 2000), pois exige inúmeros cuidados e atenção do profissional para alcançar o sucesso desejado no tratamento. Durante as fases de planejamento, execução e manutenção dos tratamentos reabilitadores, é de extrema importância considerar a presença de hábitos parafuncionais, como o bruxismo (DEKON et al, 2003).

A literatura afirma que no bruxismo há uma ativação cerebral seguida de aceleração cardíaca e a musculatura é fortemente ativada. A atividade da musculatura nos pacientes com esse hábito é muito mais forte do que em pacientes que não têm essa parafunção, segundo estudos de Branco et al (2008), Cesto et al (2015), Dekon et al (2003) e Huynh et al (2006). As consequências do bruxismo são diversas, como desgastes e fraturas dentais, zumbido, dificuldade de abertura mandibular, deslocamento da ATM, cansaço mandibular, dor de dente, deslocamento de disco, artralgia, dor de cabeça e dor miofascial (GARCÉS et al, 2008; MIYAWAKI et al, 2003). Porém, neste estudo, o paciente não apresentou dor nos músculos e articulações, corroborando com alguns autores, os quais afirmam que nem todos os pacientes com parafunção possuem sintomatologia dolorosa (CESTO et al, 2015; DEKON et al, 2003).

Os desgastes dentais ocasionados pelo bruxismo comprometem a função e a estética da cavidade oral do paciente, e podem alterar a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), segundo os estudos de Amoroso et al (2013), Cesto et al (2015), Dekon et al (2003) e Freitas et al (2005). No presente relato, o paciente apresentou severos desgastes em todos os dentes, concordando com a literatura. Nestes casos, é necessária a determinação correta da DVO, a qual é uma das etapas mais importantes do tratamento reabilitador (BATH; GOPINATHAN, 2006; FELTRIN et al, 2008). Sabe-se que o sucesso ou fracasso do trabalho protético depende do registro adequado da Dimensão Vertical de Oclusão e da Relação Cêntrica (BATH; GOPINATHAN, 2006).

É importante que sejam usados mais de um método para a determinação correta da DVO, pois todos eles têm limitações. Deve-se associá-los, a fim de diminuir a possibilidade de erros (AMOROSO et al, 2013; DANTAS, 2013). A literatura cita diversos meios para obtenção da DVO, como os métodos fonético, métrico, estético, proporções faciais, deglutição salivar, entre outros (DANTAS, 2013; FELTRIN et al, 2008). Neste relato, a DVO foi determinada através dos métodos métrico, fonético e estético.

Devido à necessidade de restabelecimento da DVO neste estudo, o paciente passou por um período experimental com o uso de próteses provisórias anteriormente ao tratamento protético definitivo. A confecção de próteses parciais removíveis temporárias ou terapêuticas (placa de reposicionamento mandibular), é uma alternativa eficaz para o restabelecimento da DVO. Estas próteses permitem uma análise prévia das respostas do sistema neuromuscular à reabilitação oral, assim como nos estudos de Amoroso et al (2013), Bataglion et al (2012), Cesto et al (2015), Dekon et al (2003), Dantas (2013), Freitas et al (2005) e Sato, Hotta, Pedrazzi (2000). Estes dispositivos recobrem as superfícies oclusais dos dentes, e neste caso, são denominados de overlays (DANTAS, 2013), as quais não têm a necessidade de desgastes adicionais para sustentação ou apoio (FREITAS 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 (CESTO et al, 2015; DANTAS, 2013; FREITAS et al, 2005)

As próteses provisórias devem ser utilizadas por cerca de 40 dias (CESTO et al, 2015; FREITAS et al, 2005) para adaptação do paciente, e após esse período, inicia-se o tratamento definitivo (FREITAS et al, 2005). Erros nesta etapa podem causar mais danos ao paciente (CESTO et al, 2015), os quais, porém, podem ser facilmente interrompidos com a remoção da prótese.

Neste estudo, foram realizadas oclusais de metal em todos os dentes, pois segundo Dekon et al (2003), nos casos de parafunção severa, o material a ser utilizado na mesa oclusal é um aspecto importante a ser analisado, e o metal, devido a sua maleabilidade, é a melhor opção para esse tipo de tratamento.

Gama, Andrade, Campos (2013) e Candirli et al (2016) corroboram em relação ao uso de placa miorrelaxante ao término do tratamento reabilitador oral, pois o uso deste dispositivo preserva e protege as estruturas dentais e promove equilíbrio oclusal, garantindo longevidade às próteses.

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, 2013).

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que:

- Em reabilitação oral, é extremamente importante estar atento a todas as fases e seguir corretamente as etapas de todo o tratamento reabilitador;
- Os hábitos parafuncionais, como o bruxismo, devem sempre ser levados em consideração durante o planejamento, visto que causam danos severos às estruturas do Sistema Estomatognático;
- As corretas determinações da Dimensão Vertical de Oclusão e Relação Cêntrica e o uso de próteses provisórias previamente ao tratamento definitivo, a fim de restabelecer uma nova condição oclusal, são aspectos extremamente relevantes e aliados importantes para se alcançar um prognóstico de excelência;
- O estabelecimento inadequado das novas condições levará ao insucesso de todo o trabalho protético;
- O uso de placa oclusal após o término do tratamento é importante para garantir o sucesso e longevidade das próteses.

5- REFERÊNCIAS

1. ALVES-REZENDE, M. C. R. et al. Frequência de hábitos parafuncionais. Estudo transversal em acadêmicos de Odontologia. Revista Odontológica de Araçatuba, Araçatuba, v. 30, n. 1, p. 59-62, jan/jun. 2009.
2. AMOROSO, A.P. et al. Recuperação da Dimensão Vertical em paciente com parafunção severa. Revista Odontológica de Araçatuba, Araçatuba, v. 34, n. 2, p. 09-13, jul/dez. 2013.
3. BATAGLION, C. et al. Reestablishment of Occlusion through Overlay Removable Partial Dentures: A Case Report. Braz Dent J, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 172-174, fev. 2012.
4. BATH, V.S.; GOPINATHAN, M. Reliability of determining vertical dimension of occlusion in complete dentures: a clinical study. J Indian Prosthodont Soc., v. 6, n.1, p.38-42, mar. 2006.
5. BRANCO, R.S. et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 13, n. 2, p. 61-69, mar/abr. 2008.
6. CANDIRLI, C. et al. Dentists' knowledge of occlusal splint therapy for bruxism and temporomandibular joint disorders. Niger J Clin Pract, v. 19, n. 4, p. 496-501, jun. 2016.
7. CESTO, F.M. et al. Overlay removable partial denture as temporary restoration of vertical dimension of occlusion in a bruxist patient. Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre, v. 63, n. 1, p. 95-102, jan/mar. 2015.
7. 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.

8. DEKON, S. F. C. et al. Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 24, n. 1, p. 54-59, jan/jul. 2003.
9. DIAS, I. M. et al. Avaliação dos fatores de risco do bruxismo do sono. Arq Odontol, Belo Horizonte, v. 50, n.3, p.113-120, jul/set. 2014.
10. FELTRIN, P.P. et al. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão De literatura. Rev Odontol Univ São Paulo, v. 20, n. 3, p. 274-279, set/dez. 2008.
11. FREITAS, R. et al. Diagnóstico e Tratamento da Dimensão Vertical de Oclusão Diminuída. Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre, v. 54, n. 2,, p. 161-164, abr/jun 2005.
12. GAMA, E; ANDRADE, A. O.; CAMPOS, R. M. Bruxismo: Uma revisão da literatura. Ciência atual, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 16-22, 2013.
13. GARCÉS, D.C. et al. Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: Revisión de literatura. Revista CES Odontología, v. 21, n.1, p. 62-70, abr. 2008.
14. GONÇALVES, L. P. V.; TOLEDO, O. A.; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. Dental Press J. Orthod., Brasília, v. 15, n. 2, p. 97-104, mar/abr. 2010.
15. HARPER, R.P.; MISCH, C.E. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. Quintessence Internacional, v. 31, n. 4, p. 275, abr. 2000.
16. HUYNH, N. et al. Sleep bruxism is associated to micro-arousals and an increase in cardiac sympathetic activity. J. Sleep Res., Tokushima, v. 15, p. 339-346, mai. 2006.
17. MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v. 13, n. 2, p. 18-22, mar/abr 2008.

18. MENGATTO, C. M.; COELHO-DE-SOUZA, F. H.; JUNIOR, O. B. S. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, v. 6, p. 71-77, abr. 2016.
19. MIYAWAKI, S. et al. Association Between Sleep Bruxism, Swallowing-Related Laryngeal Movement, and Sleep Positions. *Sleep, Québec*, v. 26, n. 4, p. 461-465, jan. 2003.
20. MORAIS, D.C. et al. Bruxismo e sua relação com o sistema nervoso central: Revisão de Literatura. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 62-5, jan/jun 2015.
21. SATO, S.; HOTTA, T.H.; PEDRAZZI, V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, Ribeirão Preto, v. 83, n. 4, p. 392-395, abr. 2000.
22. SILVA, M. C. V. S. et al. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo "Overlay" – Relato de Caso. *R bras ci Saúde*, v. 15, n. 4, p. 455-460, 2001.
23. SILVERMANN, M.M. The speaking method in measuring vertical dimension. *J Prosthet Dent.*, v. 3, n. 2, p.193-199, mar. 1953.