

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

LORRANY FELIZARTE SILVA

CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM
ENFASE EM PRÓTESE FIXA - REVISÃO DE LITERATURA

CAMPO GRANDE, MS
2018

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

LORRANY FELIZARTE SILVA

CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM
ENFASE EM PROTESE FIXA -REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de
Especialização Lato Sensu da FACSETE
– Faculdade Sete Lagoas,
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Prótese Dentária.
Área de concentração:
Orientadora: Prof. Aline Terra Biazon
Jardim

CAMPO GRANDE, MS
2018

Silva, Lorrany Felizarte.

Consequências da Perda da Dimensão Vertical de
Oclusão com ênfase em Prótese Fixa / Lorrany
Felizarte Silva.

Orientador: Prof. Aline Terra Biazon Jardim

Monografia (especialização) – Faculdade Sete Lagoas,
2018

1. ênfase em prótese fixa. 2. Consequência e perda da
dimensão.

I. Título.

II. Aline Terra Biazon Jardim.

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

Monografia intitulada " Consequências da Perda da Dimensão Vertical de Oclusão com ênfase em prótese fixa " de autoria do aluno Lorrany Felizarte Silva , aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Nome do orientador-Instituição a qual pertence –Orientador

Nome do coorientador -Instituição a qual pertence -Coorientador

Nome do examinador -Instituição a qual pertence

Cidade, data completa da aprovação

RESUMO

A Perda da dimensão vertical de oclusão é resultado de um grande desequilíbrio oclusal onde não apenas a perda dos dentes pode ser um fator responsável, como também as parafunções, dentre elas o bruxismo, restabelecimento da relação maxilomandibulares (ALONSO AA 1999;171) é condição necessária para que uma adequada reabilitação Oral seja executada, devolvendo, assim a estética, função perdida e conseqüentemente a dimensão vertical do paciente. As principais causas para a perda da DVO: perda dos dentes molares, erosão e abrasão, desgaste em ajuste restauradores, bruxismo e tensão musculares exageradas, deformação das arcadas causadas pela dinâmica da oclusão. Consequência da perda da DVO o desgaste generalizado das superfícies oclusais dos dentes acarreta no colapso da dimensão vertical de oclusão do paciente, e conseqüentemente em prejuízo na estética, função e fonética do paciente.

Palavras-chave: Parafunção, Dimensão Vertical de Oclusão, Reabilitação oral.

ABSTRACT

The loss of the vertical dimension occlusion is a result of a large occlusal imbalance where not only the loss of teeth can be responsible factor, but also the parafunctions, such as bruxism, restoration of the maxilomandibular relationship (Alonso 1999;171) is a condition necessary for an adequate oral rehabilitation to be performed, thus returning the aesthetics, lost function and consequently the vertical dimension of the patient. The main causes for loss of OVD are: loss of molar teeth, erosion and abrasion, wear and tear on restorations, bruxism and exaggerated muscle tension, deformation of arches caused by the dynamics of occlusion. As a consequence of the loss of OVD, the generalized wear of the occlusal surfaces of the teeth leads to the collapse of the vertical occlusion dimension of the patient and, consequently, to the detriment of the aesthetics, function and phonetics of the patient.

Keywords: Parafunction, Vertical Dimension of occlusion, Oral Rehabilitation.

..

SUMÁRIO

1. Introdução	7-8
2. Revisão de Literatura	9-13
3. Discussão	14
4. Conclusão	15
5. Referências Bibliográficas	16

1. Introdução

O conceito de dimensão vertical DVO refere-se a uma medida no plano vertical, que estabelece a relação entre a maxila e mandíbula quando os dentes posteriores, tanto do arco superior quanto do arco inferior, estão ocluídos independentes destes serem naturais ou protético hígido ou restaurados.(PEGORARO, 1998)

É indispensável em trabalhos protéticos extensos o reestabelecimento da dimensão vertical que é definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula. Também é encontrada como sendo relação do terço inferior da face medida entre dois pontos preestabelecidos no plano vertical.(DANTAS EM 1990)

Ela pode ser dividida em dois tipos: dimensão vertical de oclusão(DVO) dimensão vertical de repouso(DVR). A DVO é medida entre dois pontos da face, no sentido vertical, quando dentes superiores e inferiores estão em oclusão. Já a DVR corresponde é altura do terço inferior da face medida através de dois pontos, quando a mandíbula estiver em pontos, quando a mandíbula estiver em posição fisiológica de repouso em relação á maxila. Baseando-se na DVR e na DVO, é possível determinar o espaço funcional livre(EFL) conhecido também como distancia interoclusal, ou espaço funcional de pronúncia. O espaço funcional livre corresponde á distância entre as superfícies incisais e oclusais dos dentes da arcada superior e inferior, quando a mandíbula se encontra em posição de repouso fisiológico. O aumento excessivo da dimensão vertical pode levar a um aspecto de face alongada, a uma sintomatologia dolorosa causada pelo aumento da tensão da musculatura facial, dificuldade de deglutição e fonação entre outros. O relacionamento entre maxila e mandíbula no sentido vertical permite não somente uma aparência estética satisfatória, mas principalmente um equilíbrio muscular durante os processos de mastigação, deglutição e fala. (FONSECA D. M. et al.1,2002)

A perda de contenção posterior, ou seja, dos contatos dentários na região posterior de boca, acaba comprometendo uma oclusão mutualmente protegida que, ao decorrer do tempo, frente aos esforços mastigatório, tende a provocar a projeção dos dentes anteriores no sentido vestibular, contribuindo juntamente com os desgastes dentais para a diminuição da dimensão vertical de oclusão correspondente á medida do terço

inferior da face, influenciando significativamente na estética e harmonização do sorriso((PAVARINA et al.8, 2001).

2. Revisão de literatura

Os dentes posteriores tem como principal função suportar os esforços mastigatórios no sentido vertical. No entanto sua perda leva á sobrecarga dos dentes anteriores que, por sua vez, tem como função suportar esforços no sentido horizontal devido a anatomia de suas raízes.(FAMER et al 2000)

Segundo Valenga a correta determinação da dimensão vertical de oclusão é um dos pontos chaves para um tratamento reabilitador protético.com isso vai reestabelecer a função e a estética, no momento que reestabelecemos essa dimensão o paciente já tem uma estética substancialmente melhorada.

Em situações que necessitam de restabelecimento da dimensão vertical, existem algumas alternativas indicadas para a reabilitação oral do paciente, entre elas a prótese parcial removível tipo overlay.(WINDCHY;MORRIS14, 1998).

Outra possibilidade terapêutica é a prótese fixa convencional, entretanto, esta opção é irreversível, requer maiois desgastes dentários, é mais dispendiosa e exige longo tempo de tratamento, não podendo ser recomendada em todos os casos(especialmente quando a limitação de tempo ou financeira) mesmo sendo geralmente a alternativa ideal. A PPR tipo overlay costuma ser definida como uma prótese parcial removível atípica, que recobre as superfícies oclusais dos dentes suporte sem necessidade de desgastes adicionais para apoio ou sustentação, com o objetivo de restabelecer as superfícies oclusais dos dentes e a função mastigatória. (PAVARINA et al.8,2001)

As PPRs convencionais, assim como as overdentures, que recobrem dentes de suporte ou remanescentes radiculares, têm sido amplamente estudadas e documentadas (FARMER; CONNELLY4 , 1984; RENNERT9, 1990).

Porém, as overlays ou PPRs atípicas tem sido relativamente pouco descritas na literatura. A PPR tipo overlay esta indicada para restabelecimento de uma adequada relação maxilo-mandibular em situações de dimensão vertical de oclusão diminuída ou em casos de mordida aberta com grande trespasse vertical. As vantagem inerentes a essa opção de tratamento são: reversibilidade, facilidade de higienização por ser removível, relativa facilidade para reparo; remanescente dentário mantidos

praticamente inalterado; baixo custo e exigência de menos tempo operacional em relação a tratamentos mais complexos. As desvantagens são: complexidade da técnica laboratorial, dificuldade de ajuste, tanto da armação quanto da oclusão, eventuais desconforto e dificuldade fonética temporariamente, devido ao peso e volume da armação. (FONSECA D. M. et al.1,2002)

Pode ser utilizado na reabilitação para ser devolvida a DVO as prótese fixa convencional conseguimos reparar apenas as perdas dentárias, obtendo geralmente dentes com coroas longas e de forma quadrada, devido a ausência de papilas (ROSA e NETO, 1999).

Ao reabilitar áreas anteriores com prótese fixas pode ser difícil alcançar uma aparência satisfatória sem a correção de defeitos de tecidos moles e duro(CURA et al.,2002). Pois, a perda óssea induz o protético a construir a prótese fixa seguindo o contorno gengival, para minimizar a discrepância entre suportes e pânticos e as coroas devem seguir coladas até o rebordo, quadrada, sem espaço Inter dentário ao nível do colo, deixando ao reabilitar áreas anteriores com prótese fixas pode ser difícil alcançar uma aparência satisfatória sem a correção de defeitos de tecidos mole e duro (CURA et al., 2002). A gengiva reta, sem papilas, impedindo assim, ameias com abertura entre os dentes (REZENDE, 1996). Com implantes, mesmo bem posicionados, algumas vezes a estética é prejudicada pela perda óssea e, conseqüentemente pelo comprimento excessivo que os dentes devem ter para que haja contato com os antagonistas e para obter uma boa guia anterior (CARREIRO ET AL., 2008). Quando há perda da papila natural na região anterior da maxila, o uso de ponticos convencionais frequentemente resulta em aparência de espaços negros entre os ponticos.Tambem podem ocorrer recessões gengivais que levam ao aparecimento de metal (CARREIRO et al.,2008).

Além do aspecto psicossocial, os cirurgiões-dentistas modifica seu padrão de fala, de estética e fonético envolvido no complexo tratamento destas deficiência de tecidos duros e moles (FONSECA et al., 2002).

Ao perder os elementos dentários, o individuo modifica seu padrão de fala, de estética, de mastigação, deglutição, o que pode interferir no seu relacionamento com as outras pessoas, implicando em alterações do comportamento social, emocional e

psicológico. Uma prótese, neste caso, pode configurar-se na solução de um ou mais destes problemas, desde que atenda às expectativas e necessidades do paciente. Para tanto, uma prótese estética deve manter os traços faciais típicos, o perfil, a forma e suporte dos lábios e a harmonia ao sorrir, o que resulta numa fisionomia do paciente rotulada como agradável. O sorriso é uma das mais belas e importantes expressões faciais, sendo, por isso, essencial nas expressões de felicidade, humos, amizade, concordância e apreciação. Assim, o completo sucesso da reabilitação de um paciente edentulo ainda é considerado um desafio na prática Odontológica, exigindo aprimoramento constante do Cirurgião-Dentista e retorno periódicos do paciente ao consultório. A dimensão vertical da oclusão pode ser definida com uma medida entre dois pontos fixos, um ponto no terço médio da face e outro ponto no terço inferior, quando os dentes estão em contato. Um conjunto de características anatômicas, necessidade fisiológica e diversas ocorrências afetadas pelo crescimento craniofacial, neuromuscular e fatores ambientais resultando na dimensão vertical de oclusão do paciente. A redução da dimensão vertical de oclusão vai apresentar consequências clínicas no comprometimento estético resultando em mudança na aparência facial, diminuindo função mastigatória, queilite angular, alteração fonética, e adaptação dentro das articulações temporomandibulares. Vários métodos têm sido descritos na literatura visando o desenvolvimento de um meio eficaz e seguro para a determinação clínica da dimensão vertical de oclusão. (FONSECA D. M. et al. 1, 2002)

Prótese Fixa

A perda de contenção posterior, ou seja, dos dentários na região posterior da boca, acaba comprometendo uma oclusão mutuamente protegida que ao decorrer do tempo, frente aos esforços mastigatórios, tende a provocar a projeção dos dentes anteriores no sentido vestibular, contribuindo juntamente com os desgastes dentais para a diminuição da dimensão vertical de oclusão correspondente à medida do terço inferior da dimensão vertical de oclusão correspondente à medida do terço inferior da face e, ainda influenciando significativamente na estética e harmonia do sorriso. Os dentes posteriores têm como principal função suportar os esforços mastigatórios no sentido vertical, no entanto, sua perda leva à sobrecarga nos dentes anteriores que,

por sua vez, têm como função esforços mastigatórios no sentido horizontal devido à anatomia de suas raízes.

A proteção mútua entre os segmentos anteriores e posteriores 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 mastigatórios nos dentes anteriores provocando reação como reabsorções, desgaste dentais, fraturas coronárias e radiculares, o que gera possível necessidade de intervenções restauradores. Em relação aos métodos de determinação da DVO, dentre os mais utilizados estão o métrico, o fonético e o das proporções faciais. Nenhum métodos até hoje foi qualificados como sendo o mais eficaz dentre todos. A resposta frente a cada tipo de método utilizado pode variar de paciente para paciente, sendo importante a associação de diferentes métodos para uma adequada determinação da DVO. Para reabilitação orais extensas e como norteadora de todas as etapas do trabalhos protético a ser realizado, a confecção de modelos de estudos, além da sua montagem em articulação, faz-se importante no que tange a simular movimentos mandibulares a fim de encontrar a posição intermaxilar adequada. (ROSA e NETO, 1999). Por ser uma posição reproduzível e estável, a relação cêntrica (RC) é considerada uma posição de referência, sendo essencial em reabilitação extensas. A relação cêntrica (RC) é uma posição crânio-mandibular, logo, independente da presença de dentes. O tratamento odontológico deve ser realizado baseando-se em um plano de tratamento preestabelecido. Cada etapa do tratamento influencia nas demais e, consequência, no resultado final. Diante disso, um planejamento interdisciplinar é essencial para a resolução do caso de maneira integral, devolvendo estética, fonética e função. (ROSA e NETO, 1999).

Prótese Removível

Em paciente parcialmente edentulos, a prótese parcial removível (PPR) ainda é uma alternativa bastante viável de reabilitação, visto que nem sempre o individuo gosta de condições fisiológica adequada, ou mesmo financeira, pra que outro tipo de trabalho seja executado. Esse modalidade de prótese pode ainda ser considerada provisoriamente com entusiasmo, nas situação em que um equilíbrio precisa ser recuperado entes da reabilitação propriamente dita, fase prevista dentro de um

planejamento minucioso, etapas imprescindível em qualquer procedimento terapêutica. (REZENDE, 1996)

Segundo REZENDE , 1996 outros aspectos a ser levado em consideração é a questão estética prejudicada pela perda dos dentes, pois, na maioria das vezes, provoca um prejuízo social marcante. Desse modo, um tratamento restaurador deve ser entendido em seu significado literal, devolvendo também ao paciente sua autoestima. Com base numa visão global do paciente, o conceito de multidisciplinar em saúde vem sendo colocado em prática, pois o indivíduo deve ser visto de forma integral e não apenas pontualmente pelo profissional especialista. Desse conceito satisfação para ambos: profissional e paciente. Dentre desse enfoque em perda da DVO impossível a reabilitação definitiva em tempo único, mesmo porque a paciente também apresentava sintomatologia dolorosa em decorrência da diminuição da DVO.

3. Discussão

A reabilitação oral de pacientes com parafunção severa deve ser rigorosamente planejada, respeitando os aspectos funcionais e estético controle da parafunção mediante o acompanhamento da disfunção Temporomandibular é essencial ao prognóstico longitudinal da reabilitação executada nestes tipos de tratamento(PAVARINA et al.8,2001).

Considerando a importância da dimensão vertical na reabilitação oral, a literatura cita vários métodos para realização dos registros intermaxilares, sendo os mais utilizados na prática odontológica, o método da deglutição, manipulação manual, dispositivo tais como o Jig de Lucia. (FONSECA D. M. et al.1,2002)

A reabilitação oral do paciente feita com prótese fixa é recomendada por vários estudos em relação ao método de aumentar DVO, sendo mais indicada devido á gravidade dos sintomas de DTM quando comparada com aparelhos removível, isto é atribuído ao fato da prótese fixa possuir a vantagem de ser fixada na boca, imitando a morfologia do dente natural, com menor interferência na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional. Além disso, as prótese fixas aumentam a adesão e aceitação do paciente ao tratamento.(WINDCHY;MORRIS14, 1998)

4. Conclusão

A Dimensão vertical de oclusão (DVO) é o princípio o início de uma reabilitação Oral, que nos proporciona mais previsibilidade do tratamento, assim tendo começo, meio e fim utilizando parâmetros verdadeiros de cada indivíduo.

5. Referências Bibliográficas

FARMER,J.B.; CONNELLY, M.E. Tratamento de oclusão aberta com prótese parcial removível onlay e overlay

DANTAS EM. **A impotancia do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação**

PAVARINA, A.C.; MACHADO, AL.; VERGANI, C.E.; et al. Sobreposição de prótese parcial remanescentes para um paciente com doença ectodérmica displasia: **um relato de caso clinico.***J Prosthet Dent.* V.86, n.6, p.574-577,DEZ 2001.

RENNER,R.P. O Conceito de overdenture. **Revista Dente Clin**, v.34,p.593-606.

CARREIRO A.F.P.Epitesse gengival removível:alternativa estética e de rápida resolução para repor tecidos periodontais anteriores. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre,v.56,n.4,p.451-455,2008.

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.

REZENDE A.B Genviva artificial removível de acrílico caracterizado.**Revista da faculdade de odontologia** de UFBA, v.16-17,n.1,p.44-52,1996]1997.

PEGORARO L.F.ET AL.Exames do paciente.In: **Prótese Fixa.** São Paulo: Artes Médicas, 2004.p.1-22.

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.

CURA C.; et al.**Método alternativo para conectar uma extensão gengival removível e uma prótese parcial fixa:** um relatório clinico.v.88,n.1,p. 2-3, 2002.

jjROSA D.M.;NETO J.S. Prótese fixa metaloceramica dentogengival:uma alternativa entre as soluções estéticas. APCD, **revista da associação Paulista de cirurgiaão dentistas**, v.53,n.4,p 291-296,1999.