

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
Pós-Graduação em Odontologia

Sumaya Kerolaine Cavalcanti Muniz

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL COM USO DE PRÓTESE
TOTAL REMOVÍVEL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL:**

Um estudo de caso

Manaus

2022

Sumaya Kerolaine Cavalcanti Muniz

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL COM USO DE PRÓTESE
TOTAL REMOVÍVEL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL:**

Um estudo de caso

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. MSc Adriana Fonseca

Área de concentração: Odontologia

Manaus

2022

Sumaya Kerolaine Cavalcanti Muniz

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL COM USO DE PRÓTESE
TOTAL REMOVÍVEL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL:
Um estudo de caso**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profª MSc. Adriana Fonseca Borges

Profº

Profº

RESUMO

A perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) é um desequilíbrio que não está relacionado somente com a perda de elementos dentários, e é de extrema importância para a confecção de trabalhos protéticos. O objetivo do estudo é mostrar em um relato de caso, os passos do restabelecimento da DVO da paciente, através de próteses convencionais sendo estas a prótese total removível superior (PT) e prótese parcial removível inferior (PPR).

Palavras-chave: reabilitação oral; prótese parcial removível; prótese total; restabelecimento da dimensão vertical de oclusão; DVO.

ABSTRACT

The loss of the vertical dimension of occlusion (DVO) is an imbalance that is not only related to the loss of dental elements and is extremely important for the production of prosthetic work. The objective of the study is to show in a case report, the steps of restoring the patient's DVO, through conventional prostheses, which are the upper removable total denture (PT) and lower removable partial denture (PPR).

Key Words: oral rehabilitation; removable partial prosthesis; total prosthesis; restoration of the vertical dimension of occlusion; DVO.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 RELATO DE CASO.....	08
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal no Brasil vem sendo estudada ao longo do tempo, como na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2010), a qual analisou que 23% dos idosos ainda necessitam de prótese total (PT) em pelo menos uma das arcadas dentárias, enquanto 42% dos adultos necessitam de prótese parcial removível (PPR) em uma das arcadas dentárias. Cardoso *et al.*, (2016) ao avaliar as taxas de edentulismo no Brasil através de dados coletados em três censos nacionais de saúde bucal, realizou projeções populacionais as quais apontam que até 2040, o percentual de arcadas edêntulas será virtualmente zero entre jovens, 1,77% entre adultos e 85,96% entre idosos. Concluindo que o edentulismo está diminuindo no Brasil entre jovens e adultos, mas está aumentando e continuará a aumentar nas próximas décadas entre os idosos.

O comprometimento da saúde bucal dos pacientes pode afetar seu estado nutricional, físico e mental, e prejudica uma vida social ativa, principalmente quando se perde dentes anteriores (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Segundo MARTINS *et al.* (2009) a primeira opção para a reabilitação oral de um ou mais elementos dentais ausentes é a implantodontia, porém fatores socioeconômicos, anatômicos, sistêmicos e até psicológicos podem inviabilizar esse tipo de tratamento, nesses casos a Prótese parcial removível (PPR) associada às próteses parciais fixas (PPF) se tornam uma opção de tratamento viável para pacientes parcialmente edêntulos (TRAUTH, 2017).

A alteração da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) quando realizada visa melhorias, tais como: estética do indivíduo, suporte labial, a harmonia anatômica, obter uma relação oclusal melhor, e criar espaço interoclusal. E numa situação em que houve perda de elementos dentais ou desgaste excessivo, a dimensão vertical de oclusão (DVO) precisa ser restabelecida antes que qualquer procedimento restaurador definitivo seja executado. A não observância desse aspecto resulta em trabalhos malsucedidos, com desgaste tanto do profissional quanto do paciente (GIL, 1993; MUKAI *et al.*, 2010).

O aumento da DVO está relacionado a erros na confecção de trabalhos protéticos e em sua execução, já a diminuição da DVO pode ser associada a desgaste ou ausência de elementos dentários (DANTAS, 2012).

As próteses dentais são consideradas substitutos artificiais para os dentes que foram perdidos, devolvendo, além da estética e a fonética ao paciente, a função mastigatória (BELONI *et al.*, 2013), pois uma vez que não ocorre uma correta mastigação e formação do bolo alimentar, terá também sua qualidade nutricional e saúde geral afetada (MUNHOZ e ABREU, 2011).

As próteses dentais podem substituir total ou parcialmente a quantidade de dentes ausentes, devendo a indicação do tipo de prótese ser precedida de anamnese, exame clínico e diagnóstico (BELONI *et al.*, 2013).

O objetivo desta monografia foi relatar, através de uma revisão de literatura e descrição de um caso clínico, a reabilitação feita com prótese total superior e parcial removível inferior com finalidade funcional e estética.

2 RELATO DE CASO

A paciente A.M.S.A, sexo feminino, 58 anos, compareceu no Instituto Única Cursos Avançados relatando que tinha grande dificuldade de mastigação e desadaptação da Prótese Total Removível (PT) que utilizava, assim como envelhecimento da peça protética a qual já utilizava a mais de 08 (oito) anos, e a sua estética facial. A paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, em que a mesma autorizou a realização do tratamento e fotografias para que fosse realizado o caso clínico (Figura 1).

Figura 1 - Aspecto facial inicial da paciente em vista frontal



Durante a consulta foi realizada a anamnese, e em seguida exame intra-oral, no qual se constatou na arcada superior o elemento dental 28 com lesão cariada, severa mobilidade dental com indicação de exodontia e desadaptação da Prótese Total Removível (PT), utilizada há aproximadamente 08 (oito) anos.

Durante a avaliação foi verificado a alteração da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). No arco inferior, ausência dos elementos dentais bilaterais posteriores (classe I de *Kennedy* modificação I). Os elementos dentais presentes são os nº 32, 33, 42, 43 e 44 com presença de biofilme. Foi proposto à paciente o tratamento com a combinação de PT superior muco-suportada e Prótese Parcial Removível inferior (PPR) muco - dento- suportada para reestabelecimento da DVO.

Após a avaliação inicial, foi realizado raspagem supra-gengival nos elementos dentais inferiores, profilaxia com escova de Robinson, associada à pedra pomes, e instrução de higiene oral e higienização adequada da prótese ainda em uso. A paciente foi encaminhada para a realização de exodontia do elemento dental nº 28.

Figura 2 - Prótese total superior utilizada pela paciente em vista frontal e lateral



Figura 3 - Aspecto inicial da arcada superior.



A moldagem para obtenção dos modelos de estudo, foi selecionado a moldeira de alumínio superior perfurada tipo HDR para desdentado, do tamanho SP3. A moldeira superior foi individualizada com lâmina de cera 7 - Lysanda, e o material de moldagem selecionado foi o alginato Hydrogum 5 tipo I (Zhermack). E para a obtenção do modelo de estudo inferior, foi utilizada a moldeira de inox lisa tipo Verner para dentado, e selecionado o tamanho I2, a qual foi individualizada nas

extremidades livres bilaterais com silicone de condensação denso, e finalizado com o material de moldagem selecionado que foi o alginato Hydrogum 5 tipo I (Zhermack).

Figura 4 - Seleção das moldeiras superior HDR SP3 e moldeira inferior lisa I2 Verner



Após a realização das moldagens, foi realizado a desinfecção dos moldes com hipoclorito de sódio 5% por um período de 10 minutos. Depois lavados em água corrente, e em seguida no laboratório da instituição de ensino foi vazado os modelos em gesso especial Fuji Rock tipo IV para dar início à execução do planejamento do tratamento proposto.

O modelo superior, por ser uma reabilitação com Prótese Total (PT), foi realizado o desenho delimitando a área basal ou chapeável. Para a confecção da moldeira individual em acrílico autopolimerizável incolor, foram realizados alívios em cera e utilizado isolante para resina acrílica. Após a confecção da moldeira individual, foi realizada a moldagem funcional da arcada superior, na qual a moldeira foi individualizada com silicone de condensação denso e a moldagem da área chapeável finalizada com silicone leve. Após 04 (quatro) minutos a moldeira individual foi removida da cavidade oral, e avaliada para constatação de que toda a anatomia necessária havia sido copiada. Após isso, a moldeira foi descontaminada e enviada ao laboratório protético para que fosse realizada a confecção da placa base e planos de orientações.

Figura 5 - Modelo de estudo superior em gesso com alívio em cera 7

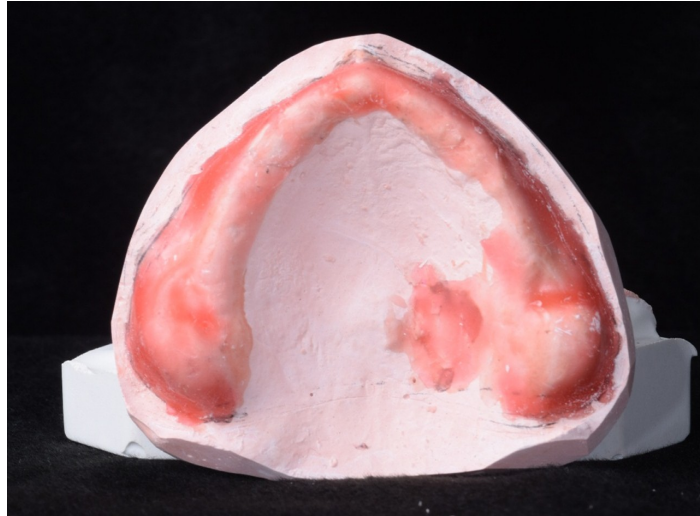


Figura 6 - Confeção de moldeira individual superior em acrílico autopolimerizável



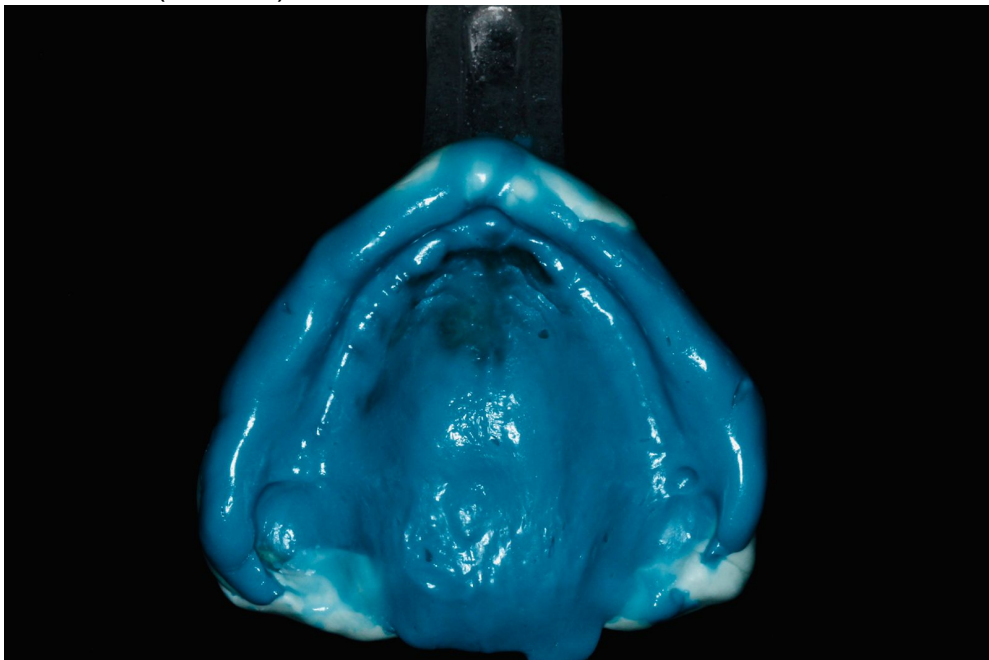
No modelo de gesso da arcada inferior foi feito o planejamento realizando o delinamento e desenho da estrutura metálica. Na visualização do desenho, foi idealizada uma barra lingual se estendendo dos elementos 32 e 33 a 42,43 e 44. A escolha do grampo de Roach (T) nos elementos 33 e 44.

Os apoios indiretos foram utilizados para neutralizar os movimentos de rotação da prótese. O conector maior utilizado foi à barra lingual chapeada é utilizada como estabilizador de dentes anteriores, e conectores maiores diretos e indiretos.

Figura 7 - Modelo de estudo inferior para planejamento da estrutura metálica da PPR



Figura 8 - Moldagem funcional superior com elastômero de condensação denso e fluido leve – Perfil (Coltene)



O preparo dos nichos, no modelo de gesso foi realizado com ponta diamantada esférica nº1014 e ponta cônica diamantada nº 2130. Em seguida, os preparos dos nichos realizados no modelo de gesso, foram replicados nos dentes naturais inferiores da paciente. Os nichos foram preparados na face lingual dos elementos dentais nº 33,32,42,43. No elemento dental nº 44 foi realizado o apoio oclusal simples na face mesial.

Para a moldagem de trabalho, selecionou-se a moldeira inferior tipo Verner I2, na qual foi realizada a individualização da moldeira com silicone de condensação denso – Perfil (Coltene). Logo após, a paciente foi moldada com alginato Hydrogum 5 tipo I (Zermark). Após esse procedimento, foi utilizado adesivo fotopolimerizável Clearfil Se Bond 2 (Kuraray) para selamentos das estruturas dentais desgastadas.

Figura 9 - Modelo de trabalho inferior em gesso com estrutura metálica com vista oclusal, lateral direita e esquerda.



Após o recebimento da placa base superior, houve uma prévia avaliação para que não houvesse presença de cera na área chapeável e diminuísse a retenção da placa base na arcada superior. Já a estrutura metálica, foi previamente examinada para avaliar se havia sido seguido o planejamento do desenho confeccionado no modelo de estudo, e se havia presença de bordas cortantes e ásperas no metal. Após isso, houve a prova da placa base superior e estrutura metálica inferior em boca, a qual se assentou fidedignamente aos apoios e nichos preparados. Ambas as estruturas foram desinfetadas antes de ser levada a boca da paciente.

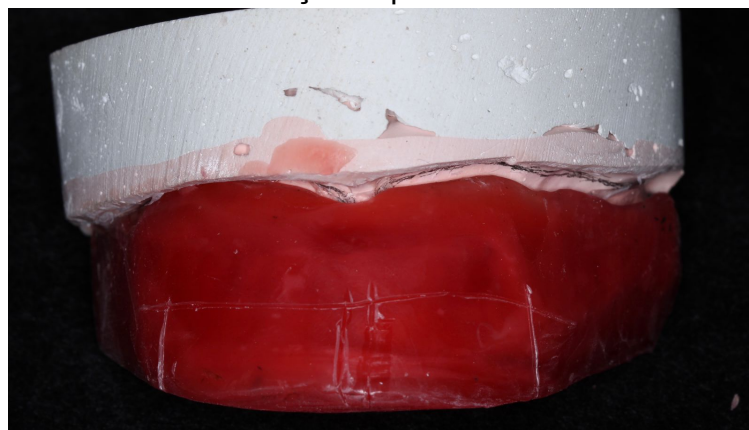
Figura 10 - Placa base superior para ajuste em boca.



Para estabelecimento da DVO funcional, foram utilizados dois métodos. O método métrico associado à régua de Fox, estabelecendo o plano de Camper, e o compasso de Willis, na qual foi estabelecida a menção da DVO em 71mm. E o método estético, verificando a aparência externa da face, referência do sulco nasogenianos, harmonia do terço inferior da face e obtenção da plenitude facial.

Após a determinação da DVO, foram realizados o ajuste na placa base superior e plano de orientação. A placa base teve ceroplastia corrigida com acréscimo de cera 7 (Lysanda) para altura e volume, até chegar na metragem de DVO 71 mm, utilizando o compasso de Willis e régua de Fox para confirmação. Checado o corredor bucal, suporte labial boca e devolução de estruturas de suporte. Finalizando com as marcações das linhas de referências: linha média, linha alta do sorriso e linha dos caninos. Tais referências serviram para posicionar os dentes artificiais realizados pelo laboratório protético.

Figura 11 - Placa base e plano de orientação com ajustes, e marcação do plano de orientação superior



Em seguida, foi realizado alívio em cera nos espaços livres do modelo inferior, e isolado o modelo de gesso com vaselina sólida para se iniciar a confecção da placa base com acrílico incolor autopolimerizável. Os excessos do acrílico polimerizado foram removidos com auxílio da peça reta, micro motor e broca Maxcut. Após isso, iniciado o plano de cera, com acréscimo da cera 7 (Lysanda) nas regiões posteriores bilaterais e anterior até a altura e volumes necessários.

Em seguida, foi realizado a prova da estrutura metálica inferior, já com o plano de cera confeccionado e acréscimo de cera 7 (Lysanda) nas regiões posteriores bilaterais e anterior.

Ao final dos ajustes, foi removida a placa base inferior. Mantendo a placa base superior, foi feito a montagem do arco facial Standart (Bio Art) e posteriormente a adaptação do arco no ASA. Após a montagem do arco facial, mais uma vez foi instalada a placa base inferior em boca, para a obtenção do registro oclusal com silicone de registro – Occlufast (Zhermack).

Figura 12 - Registro de mordida com silicone de registro Occlufast (Zhermack)



A montagem do articulador semi-ajustável padronizado (ASA) foi realizada com gesso Fuji Rock tipo IV, e posicionado o registro oclusal obtido com o silicone de registro. Após sua montagem, foi encaminhado para o laboratório protético com as informações referente aos dentes artificiais para a montagem. Foi selecionada a cor 66 para ambas as arcadas e dentes artificiais tipo trilux. Posteriormente, para

auxiliar o laboratório protético na montagem dos dentes artificiais, foram encaminhadas as fotos de perfil inicial da paciente.

Após o recebimento dos modelos montados em ASA, enviados pelo laboratório, foram avaliadas as montagens dos dentes artificiais, linha média, cor dos dentes artificiais, formato. As placas bases superior e inferior foram desinfestadas, e logo após, foram instaladas em boca. Observaram-se um leve desvio da linha média do elemento dental artificial nº 11, direcionando-se para a esquerda. Também respeitando o desejo da paciente, foi realizada a diminuição do suporte labial da placa base superior para conforto estético da paciente.

Figura 13 - Montagem da placa base superior e inferior com dentes artificiais no articulador semi-ajustável padronizado A7 Fix – (Bio Art).



Na placa base inferior para confecção da PPR, os dentes artificiais anteriores 31 e 41, ficaram desiguais em relação à cor dos elementos dentários naturais adjacentes. Com isso, foi selecionada a cor 62 para a tentativa de igualar com os dentes naturais da paciente. Ainda, foi realizada a moldagem funcional, com individualização das extremidades livres bilaterais com silicone de adição pesado - President (Coltene), e moldagem da área chapeável com silicone fluído Light Body – President (Coltene).

Tais ajustes foram necessários notificar o laboratório protético para que houvesse à correção necessária. O articulador semi-ajustavel novamente foi enviado ao laboratório, juntamente da moldagem funcional da placa base.

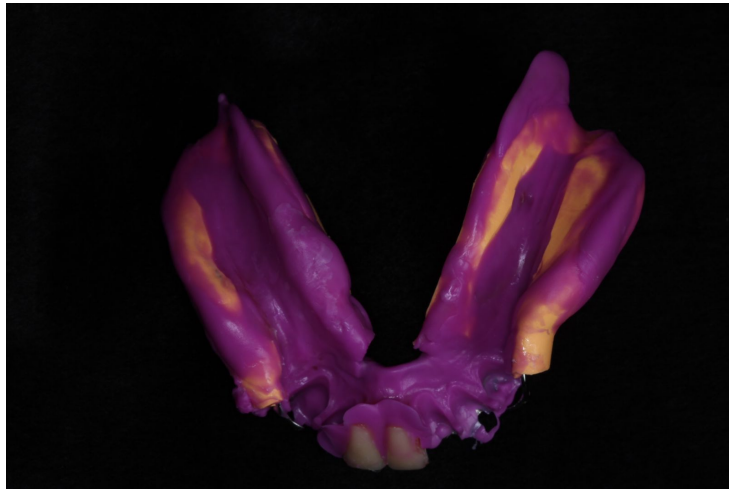
Figura 14 - Prova dos dentes das placas bases superior e inferior.



Figura 15 - Verificação do suporte labial e estruturas anatomicas facias com placas bases em cera



Figura 16 - Moldagem funcional inferior utilizando silicone de adição pesado e fluido Light Body – President (Coltene)



Após o recebimento do ASA com as placas bases corrigidas, foi realizado a instalação e reavaliação dos ajustes informados anteriormente. Realizada a confirmação que os ajustes foram corrigidos adequadamente, foi realizada a desinfecção da placa base e instalada na paciente para a verificação final de tamanho/formato dos dentes selecionados, volume labial, fonética e se havia algum desconforto nas estruturas adjacentes.

Feito a prova final, e com o concorde da paciente para acrilização de ambas as placas bases, se realizou a seleção da gengiva caracterizada 8A da do sistema de gengiva Tomaz Gomes para a prótese superior e inferior, a qual foi a mais parecida com a gengiva natural da paciente.

Com as informações obtidas, novamente o ASA foi encaminhado para o laboratório protético, para que fosse realizado a acrilização caracterizada da PT superior e PPR inferior.

Figura 17 - Seleção de gengiva artificial caracterizada – Sistema Tomaz Gomes.



Após o recebimento de ambas as próteses acrilizadas, as mesmas foram observadas, avaliando a integridade física para evitar quaisquer tipos de irregularidades, excesso de acrílico, aspereza do material.

Finalizada a avaliação das próteses, ambas foram desinfetadas para que pudessem ser instaladas na boca da paciente.

Realizados os ajustes oclusais dos contatos prematuros com a marcação do papel carbono, e desgastes com broca Maxcut. Realizado polimento de ambas as próteses com pasta de polimento e feltro na peça de mão.

Figura 18 – Fotografias de face da paciente com as próteses instaladas



Feita a instalação das próteses na paciente, realizou-se testes de fonética, deglutição e estética facial, na qual a paciente se demonstrou satisfeita com o resultado final.

Para continuidade do tratamento reabilitador, a paciente foi devidamente instruída sobre correta utilização de suas próteses, e higienização oral dos elementos dentais naturais e demais áreas.

Agendado retorno da paciente, sendo está à consulta de proervação após a instalação das próteses bucais, para avaliação de possíveis injúrias aos tecidos de suporte e rebordo alveolar.

Na primeira consulta de proervação, a paciente informou desconforto somente na prótese inferior no lado esquerdo. Após avaliação da área, foi feito com silicone leve de condensação a marcação da PPR e posteriormente alívio do acrílico com peça reta e broca maxcut, granulação média. Após isso, realizado polimento da PPR inferior e reinstalação em boca.

Uma nova consulta após 72 horas, e foi repetido o mesmo procedimento de alívio na PPR inferior, local aonde a paciente ainda relatou desconforto, e repetido o protocolo de polimento da prótese.

Feito o contato com a paciente a mesma não relatou mais desconforto na utilização das próteses.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As próteses dentárias sejam elas totais, parciais ou fixas tem como finalidade o restabelecimento da função e estética ao paciente, desde que o cirurgião-dentista siga corretamente todas as etapas na confecção da prótese, e ao final do tratamento, realize um bom condicionamento do paciente, conscientizando sobre cuidados da prótese, retornos de proervação do paciente e a devida higienização das mesmas. Tais cuidados são indispensáveis, pois o tratamento de reabilitação oral não significa apenas a instalação da prótese na boca do paciente (CARVALHO e CORMACK, 2003).

São diversos os fatores necessários para que uma prótese total seja confeccionada com êxito e que suas funções sejam executadas de maneira satisfatória. Das etapas necessárias, a que merece maior atenção, é sem dúvida, a obtenção de uma dimensão vertical de oclusão correta (ESCANHUELA *et al.*, 2001).

Willis acreditava no uso das proporções faciais para o estabelecimento das relações intermaxilares, e então preconizou que as distâncias do canto externo do olho até a comissura labial eram iguais à distância da base do nariz ao mento, assim surgindo o compasso de Willis (WILLIS, 1930).

Segundo CARDOSO (2000, *apud* FARIAS *et. al.*, 2009) a Dimensão Vertical (DV) pode ser classificada como sendo de oclusão e de repouso. E a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à

maxila, que é medida entre dois pontos definidos previamente, sendo 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. Já a Dimensão Vertical de Repouso, corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso.

A correção do padrão oclusal, em um restabelecimento da DVO no qual o paciente já utilize uma prótese, pode surgir à necessidade de ser aumentada em situações que se note presença de comprometimento estético, pela presença de queilite angular, ou pela necessidade de restabelecer o espaço protético entre os rebordos, na qual a melhor alternativa é aumentar a DVO na prótese utilizada para que o paciente tenha tempo de se adaptar à nova posição mandibular (TELLES, 2011).

A Prótese Parcial Removível (PPR) tem como objetivo principal a reposição de dentes e tecidos ósseo-mucoso em pacientes que são parcialmente edêntulos. Para pacientes parcialmente edentados, a prótese parcial removível (PPR) é uma alternativa viável no quesito de reabilitação, pois nem sempre o paciente apresenta todas as condições fisiológicas necessárias, ou mesmo condições financeiras para outros tipos de tratamentos (MUKAI *et al.*, 2010).

A correta execução das próteses está relacionada às lesões orais mais frequentes decorrentes do uso de próteses iatrogênicas ou até mesmo de uma inadequada orientação quanto ao uso e higienização destas próteses. Dentre estas lesões as mais frequentes são hiperplasias, estomatites, úlceras traumáticas, lesões periodontais e as candidíases (GOIATO *et al.*, 2005).

4 DISCUSSÃO

Em uma reabilitação oral é necessário considerar além das ausências de elementos dentários, as necessidades gerais e resultados esperados através do tratamento proposto. O planejamento do tratamento a ser executado deve atingir requisitos, tais como a expectativa do paciente em relação ao tratamento, atingir um resultado estético satisfatório, proporcionar conforto ao final da instalação da prótese, longevidade da prótese e devida higienização.

O aumento ou diminuição da DVO pode ocasionar injúrias permanentes ou passíveis de recuperação do paciente, e se não devidamente respeitada acarreta modificações no padrão de fala, de estética, de mastigação, de deglutição, o que pode interferir no seu relacionamento com as outras pessoas (TRENTIN *et al.*, 2016; DANTAS, 2012).

O comprometimento da estabilidade e retenção das próteses totais está associado a desarmonias oclusais e a deficiência mastigatória, com relevante aumento de reabsorção óssea de rebordos remanescentes, acarretando lesões em tecidos moles, e conseqüentemente ocasionando desconfortos aos pacientes que utilizam esses tipos de próteses totais removíveis (TELES *et al.*, 2020).

A importância do condicionamento tecidual sobre os quais as próteses se apoiam, geralmente apresentam-se em áreas com sinais de inflamação com irregulares, aumento de volume e forma. A necessidade da regularização tecidual e condicionamento devem ser realizados antes de qualquer tratamento protético, provisório ou final (TELLES, 2011).

Os métodos de restabelecimento da DVO mais utilizados pelos profissionais são o métrico, fisiológico, fonético, proporções faciais. Porém, todos apresentaram alguma limitação, e é sugerida uma associação dos métodos de aferição da DVO na tentativa de reduzir a possibilidades de erro no seu diagnóstico (Turner & Fox, 1928; WILLIS, 1930; PLEASURE, 1951; SILVERMAN, 1953; DANTAS, 2012). Contudo, os métodos disponíveis para a aferição são muito subjetivos, variando de acordo com a interpretação do examinador e sua habilidade ao realizá-lo (COSTA *et al.*, 2009) e a associação de vários métodos simples e de baixo custo apresenta geralmente um resultado clínico satisfatório (REIS, 2008).

Para o sucesso do tratamento reabilitador deve-se observar ainda a correta execução das outras fases do tratamento desde o exame clínico e diagnóstico, passando pela obtenção de modelos de estudo e planos de orientação, ajuste dos planos de orientação, montagem em articulador semi-ajustável, seleção e montagem dos dentes artificiais, prova dos dentes artificiais, até chegar à instalação e controle (COSTA *et al.*, 2002). O estabelecimento de um protocolo de atuação aproximando a prática clínica com a ciência é a melhor forma de se desenvolver um tratamento reabilitador de excelência (DANTAS, 2012).

5 CONCLUSÃO

A anamnese, exame clínico e diagnóstico são de extrema importância para a realização de um bom planejamento. A literatura recomenda que se utilize diferentes métodos para o diagnóstico correto da DVO, minimizando assim possíveis erros que possam ocorrer.

Com a execução do tratamento proposto, realizando o aumento da DVO, foi possível a melhora do quadro clínico da paciente. O resultado foi funcionalmente e esteticamente satisfatório, dando autoestima e qualidade de vida, além do restabelecimento das funções mastigatória e fonética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELONI, W., VALE, H., & TAKAHASHI, J. (2014). **Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental**. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 160-164, maio/ago. 2013*). Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i2.3255>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SBBRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília - Distrito Federal, 2011.
- CARDOSO AC. **Oclusão para você e para mim**. São Paulo. Ed.Santos, 2000.
- CARDOSO, Mayra; Balducci, Ivan; TELLES, Daniel de Moraes; LOURENÇO, Eduardo José Veras; JÚNIOR, Lafayette Nogueira. Edentulismo no Brasil: tendências, projeções e expectativas até 2040. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(4):1239-1245, 2016.
- CARVALHO, L. C.; CORMACK, E.F. O cuidado dos idosos com suas próteses dentárias. **Revista Brasileira de Odontologia**. 60(3): 167-169, maio-jun. 2003.
- COSTA, M.M; OLIVEIRA, R.P.; FARIA, I.F.P.; PRADO, C.J.; OLIVEIRA, J.E.C. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. **PCL**. 2002; 4(17): 8-16. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-853274>
- COSTA, M.M; OLIVEIRA, R.P.; FARIA, I.F.P; PRADO, C.J.; OLIVEIRA, J.E.C. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. **Brazilian Dental Science**, 2009 jul./set.; 12 (3): 11-19. Disponível em: <https://ojs.ict.unesp.br>
- DANTAS, Euler Maciel. A Importância do Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão na Reabilitação Protética. **Revista Brasileira de Odontologia**, vol. 20(40): 41-48, 2012. DOI: 10.15603/217 6-1000/odonto.v20n40p41-48.
- ESCANHUELA, Francisco José Conti; LOPES, José Fernando Scarelli; PINTO, João Henrique Nogueira. Avaliação da Dimensão Vertical de Oclusão em Pacientes Portadores de Prótese Total. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial - Ano 1 - v.1 - n.2 - Abr./Jun. 2001**.
- GIL, C. **Prótese parcial removível: preparo de boca e sua aplicação clínica**. São Paulo: FOU SP; 1993
- GOIATO, M.C.; CASTELLEONI, L.; SANTOS, D.M.; GENNARI FILHO, H.; ASSUNÇÃO, W.G. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**; 5(1): 85-90, jan-abr. 2005. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/index>.
- GONÇALVES, Weverson da Costa; FERNANDES, Samuel Lucas; SANTOS, Diogo de Moura; ALVES, Scatlett Dalet; CARRIJO, Mônica Oliveira; GONÇALVES JÚNIOR, Ubiratan; SANTANA, Tawan Manze. Reabilitação oral com prótese provisória imediata: relato de caso. **Journal of Multidisciplinary Dentistry**. 2020

Jan Apr;10 (1):70-3.

MARTINS, A.M.C; FRAGA, R.C.; PURGER, F.P.C. Utilização de encaixe resiliente extra -coronário na obtenção de retenção, estabilidade e proteção dos pilares em prótese parcial removível. **Revista Odonto**. 2009;34(17):100-5.

MUKAI, Márcio Katsuyoshi; GIL, Carlos; COSTA, Bruno; STEGUN, Roberto Chaib; GALHARDO, Alessandra Pucci Mantelli; CHACCUR, Danilo Chucralla; FUKUDA, Ana Carolina Cintra De Souza; KAMMERER, Brigitte Alvarado. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **RPG - Revista de Pós Graduação**, 2010;17(3):167-72.

MUNHOZ, E.G.A; ABREU, C.W. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. *Rev. HU*. V. 37, n. 4, p. 413-419, 2011.

PLEASURE, M. Correct Vertical Dimension and Freeway Space. **Journal of American Dental Association**, 1951; 43:160-163.

REIS, K.R.; TELLES, D.M.; FRIED, E.; KAIZER O.B.; BONFANTE, G. Análise do método de Willis na determinação da dimensão vertical de oclusão. **Revista Brasileira de Odontologia**, 2008; 65:48-51.

SILVERMAN, M.M. The speaking method in measuring vertical dimension. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, 1953;3:193-199

TELLES, D. **Prótese Total Convencional**. 1. ed., Ed. Santos, 2011, páginas 39 e 40; 67 a 71.

TELLES, Daniel; DE PAULA, José Vírgilio Eduardo; ROCHA, Paulo Vicente. **Oclusão em prótese**. In: Henrique José Piccin, Pedro Paulo Feltrin, Weber Adad Ricci. *Lógica: uma abordagem clínica de oclusão*. Ed. Napoleão, 2020, página 320 e 321.

TRAUTH, Keico Graciela Sano; ORBEN, Alexsandro; TIMBONI, Diego. Prótese parcial removível com encaixe extra - coronário: relato de caso. **Journal Oral Investigations**. 2017;4(1):6-12.

TRENTIN, L. M.; REGINATO, V. F.; MAROLI, A.; BORGES, M. T. R.; SPAZZIN, A. O.; BACCHI, A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Journal Oral Investigations**, 5(1): 50-60, 2016 - ISSN 2238-510X. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI>

TURNER, C.; FOX F. A securing additional record required in the the construction of artificial articuladores. In: **American test book of prosthetic dentistry**, 1928.

WILLIS, F.M. Esthetic of full denture construction. **Journal of American Dental Association**. Philadelphia, 1930. p. 633-642.