



ALTAMIR SOUZA

LEVANTE DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

CAMPO GRANDE - MS

2020



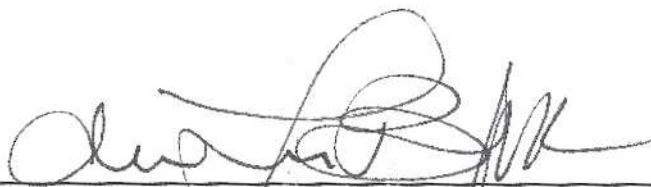
ALTAMIR SOUZA

LEVANTE DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE-Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Prótese dentária. Área de concentração: Prótese dentária Orientador: Profº. Dr. Oscar Mosele Júnior.

**CAMPO GRANDE
2020**

Monografia intitulada: **LEVANTE DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO**, de autoria do aluno: ALTAMIR SOUZA, 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

Campo Grande –MS, 29 de fevereiro de 2020.



ESPECIALIZAÇÃO EM PRÓTESE DENTÁRIA
PERÍODO: 20/03/2018 a 29/02/2020

Coordenadora: Aline Terra Biazon Jardim

MONOGRAFIA:

Título: Levante de Dimensão de Oclusão Vertical.

MEDIA FINAL:

Conceito:

Autora: CD- Altamir Souza

Orientador: Dr. Oscar Mosele Júnior
Unidade Avançada de Campo Grande -MS
2020

RESUMO

A oclusão se define pela relação entre as superfícies oclusais dos dentes, que devem estar em harmonia com as demais estruturas dos sistemas estomatognáticos. Exposto isto, o presente trabalho possui como principal objetivo, fazer uma revisão de literatura que busque identificar quais são as causas e consequências das alterações na diminuição da dimensão vertical de oclusão, assim como os tratamentos adequados para as pessoas que necessitam restabelece-la, assim como clarificar o entendimento e a compreensão da oclusão, levando em consideração que o assunto é pouco difundido na sociedade. Em um primeiro momento, foi revisto as diferentes definições que abrangem o conceito de oclusão, caracterizando os conceitos que estão paralelamente interligados a compreensão da mesma. Posteriormente, foram revisadas as questões de caráter etiológico, as prevalências e os diagnósticos. Neste ponto, houve um embasamento nas diversas considerações teóricas feitas pelos autores. Por fim, foram identificadas as diversas formas de tratamentos para pacientes com diminuição da dimensão vertical de oclusão, com o intuito de fortificar os aspectos gerais e específicos que envolvam todo o processo de planejamento e escolha do mesmo.

Palavras-chaves: Levante de dimensão vertical de oclusão; dimensão vertical de oclusão; Tratamento.

ABSTRACT

Occlusion is defined by the relationship between the occlusal surfaces of the teeth, which must be in harmony with the other structures of the stomatognathic systems. Having said this, the present work has as main objective, to make a literature review that seeks to identify what are the causes and consequences of changes in the reduction of the vertical dimension of occlusion, as well as the appropriate treatments for people who need to restore it, as well how to clarify the understanding and understanding of occlusion, taking into account that the subject is not widespread in society. At first, the different definitions that cover the concept of occlusion were reviewed, characterizing the concepts that are parallel to their understanding. Subsequently, questions of etiological character, prevalence and diagnosis were reviewed. At this point, there was a basis in the various theoretical considerations made by the authors. Finally, the various forms of treatment for patients with a decrease in the vertical dimension of occlusion were identified, in order to strengthen the general and specific aspects that involve the entire planning and choice process.

Keywords: Lift of vertical dimension of occlusion; vertical dimension of occlusion; Treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. PROPOSIÇÃO	10
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Princípios básicos da Oclusão	11
3.2 Dimensão Vertical da Oclusão (DVO) – Métodos para determinação e diagnóstico.....	12
3.3 Alterações e interferências da diminuição da DVO	15
3.4 Métodos e técnicas de levante de DVO.....	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO	19
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho dissertará sobre quais são as causas e consequências das alterações na diminuição da dimensão vertical de oclusão, assim como os tratamentos adequados para as pessoas que necessitam restabelece-la. Desta forma, torna-se necessário inicialmente definir conceitos e princípios relacionados ao estudo da oclusão. Em seguida, serão apontadas as patologias que comumente prejudicam o equilíbrio oclusal e por fim, serão pontuados os métodos utilizados e os tratamentos mais recomendados.

Tendo em vista a definição por Dawson, em 1985, para a dimensão vertical de oclusão (DVO), como a medida entre maxilar e mandíbula no plano vertical, estabelecida entre dois pontos no momento em que os dentes inferiores e superiores estão em total relação intercuspídea.

A etiologia da perda da DVO pode ser sequela de um significativo desequilíbrio oclusal, não apenas por perda dos dentes, mas também por resultados de parafunções, como o bruxismo. A diminuição da DVO pode também acarretar consequências similares às presentes no processo de envelhecimento, determinando deformações na face do paciente, tendo implicações tanto musculares quanto articulares. Portanto o levante da DVO é circunstância indispensável para que uma satisfatória reabilitação bucal seja realizada, recuperando a funcionalidade e estética perdidas.

A partir da análise e diagnóstico clínico deve ser avaliado o tratamento odontológico mais adequado para a resolução do caso. Por isso neste trabalho serão descritos, com base na literatura disponível, os principais procedimentos clínicos de avaliação de DVO e aferição dos desgastes nas estruturas dentárias, com o objetivo de estipular o diagnóstico e as opções terapêuticas para recuperar a cavidade oral, por meio do levante da DVO.

Existem diferentes alternativas para o levante da dimensão vertical, entre elas as principais podem ser consideradas a prótese parcial removível (overlay) e a prótese parcial fixa convencional. Cada qual com suas indicações e particularidades, sendo mais recomendadas para determinadas circunstâncias. A primeira delas apresenta vantagens como a reversibilidade, a

facilidade na higienização, menor prejuízo aos remanescentes dentários e o baixo custo, em contrapartida existem as dificuldades de ajuste, eventuais desconfortos e complexidade no processo laboratorial. Já a segunda alternativa pode ser considerada vantajosa em casos de pacientes que perderam um número pequeno de dentes, pois além de aumentar a estética visto que sua área ocupa apenas a região dos dentes atingidos, existe a possibilidade de protegê-los. Já suas desvantagens podem ser elencadas como o alto custo e a necessidade de desgaste dos dentes remanescentes.

Outras técnicas e demais detalhamentos de cada tipo de procedimentos serão abordados no decorrer do trabalho. Ao final, a conclusão desse artigo findará abordando as técnicas mais indicadas em relação à recuperação da dimensão vertical tomando como referência a medida ideal de oclusão.

2. PROPOSIÇÃO

O propósito deste trabalho de conclusão de curso é fazer uma revisão da literatura acerca da diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão – DVO, das causas e danos de suas alterações e das possíveis estratégias de correção, partindo das definições básicas do problema até o levantamento das tecnologias e possibilidades de tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Princípios básicos da Oclusão

O termo Oclusão já teve diversas definições elaboradas ao longo de vários anos de estudo sobre o tema. Em 1899, Edward Angle, um cirurgião dentista estadunidense fez a primeira descrição da relação oclusal dentária. Segundo ele, uma oclusão adequada é aquela em que os primeiros molares superiores estão em "chave de oclusão". Ou seja, a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui no sulco vestibular do primeiro molar inferior. Se

nesta relação molar os dentes estiverem dispostos em uma linha de oclusão com uma curva suave, então se terá uma oclusão normal.

O estudo da Oclusão despertou interesse de estudiosos e profissionais. E, sucintamente, oclusão se define pela relação entre as superfícies oclusais dos dentes que devem estar em harmonia com as demais estruturas dos sistemas estomatognáticos.

De acordo com a Academy of Denture Prosthetics, a oclusão dentária é uma posição estática, cêntrica ou excêntrica, em que as superfícies oclusais dos dentes superiores e inferiores estão em contato. (TURANO & TURANO, 1993).

Em contrapartida, a oclusão funcional diz respeito aos contatos oclusais dos dentes superiores e inferiores durante a sua funcionalidade. (CLARK & EVANS, 2001).

Seguindo essa conceituação são aplicadas ainda três definições conforme Soldberg e Seligman (CARRANZA, 1996): (1) Oclusão Fisiológica: existente em um indivíduo que não apresenta qualquer sinal de patologia oclusal, sugerindo uma extensa variedade na morfologia oclusal acompanhada de um bem-estar físico e psicológico. Na verdade, nenhuma oclusão presente em uma cavidade bucal livre de patologia e disfunção pode ser considerada anormal. (2) Oclusão não-fisiológica (patológica): é o tipo de oclusão associada com lesões traumáticas ou distúrbios nas estruturas de suporte dos dentes, músculos e ATM (articulação temporomandibular). O critério que determina se uma oclusão é fisiológica ou não, baseia-se nos efeitos injuriosos ao sistema mastigatório e não na forma de intercuspidação dentária. (3) Oclusão terapêutica (em tratamento): o tratamento oclusal empregado para corrigir inter-relações estruturais ligadas à oclusão traumática é chamado de oclusão terapêutica.

No tratamento e confecção de próteses a definição correta da dimensão vertical da oclusão é primordial, pois influencia diretamente na qualidade final do processo. O restabelecimento correto do paciente se dará exatamente por essa medida e determinará o bom funcionamento da deglutição, fonação e mastigação, além de devolver ao paciente a estética harmoniosa.

A alteração dessa dimensão (tanto aumentada, como diminuída) pode acarretar em diversos problemas de saúde, de acordo com Hansen & Dubois (1995) e Mohindra (1996). Ao analisarmos qualquer dentição é importante fazer uma distinção entre desgaste fisiológico e desgaste patológico.

A alteração do valor da dimensão vertical poderá trazer algumas inconveniências, como nos mostra Hansen & Dubois (1995) e Mohindra (1996): o seu aumento poderá causar dificuldade de fonação, dor ou sensibilidade, diminuição da habilidade mastigatória, tensão dos músculos faciais, entre outros; Por outro lado, sua diminuição poderá levar ao aparecimento de queilite angular, além de afetar a harmonia facial, dando ao paciente, um aspecto envelhecido.

Diferentes concepções sobre as características ideais na oclusão da dentição natural e protética são abordadas nos estudos, causando controvérsias e dificuldade em entrar-se em consenso.

Stallard, em 1924, criou o termo de gnatologia, que foi definido como a ciência que estuda as relações anatómicas, fisiológicas e patológicas do sistema estomatognático, abordando o exame, diagnóstico e plano de tratamento destas situações. (POKORNY ET AL., 2008).

Ao fim dos anos 70 o conceito de oclusão funcional ideal foi desenvolvido priorizando a saúde e funcionamento do sistema estomatognático e não uma configuração oclusal específica. Assim, pacientes que não apresentavam patologias e possuíam uma configuração oclusal fisiológica, sem necessidade de intervenção terapêutica. (OKESON, 2000)

Finalizando, a DVO é definida como a distância entre dois pontos selecionados arbitrariamente, um na maxila e outro na mandíbula, quando os dentes estão em oclusão (JOHANGIRI E JANG 2002, ORMIANER E PALLTYA 2009)

3.2 Dimensão Vertical da Oclusão (DVO) – Métodos para determinação e diagnóstico

Muitos métodos já foram utilizados para a determinação da DVO, dentre eles, podemos observar a utilização da DVR, da fonética, da deglutição, da estética, da craniometria, da cefalometria e da eletromiografia.

Para a investigação de alguma alteração da DVO, seja por diminuição ou aumento, alguns parâmetros devem ser observados primariamente: o caso de perda de contenção posterior; o avanço do desgaste dental, pois se o mesmo for lento, pode ocorrer uma compensação pela erupção dentária, mas caso seja

rápido (como na ocorrência de bruxismo), pode haver a alteração na DVO; a avaliação fonética com a utilização de sons sibilantes; a distância interoclusal pela determinação de dois pontos, um no nariz e outro no queixo; e a aparência facial. Na avaliação desses aspectos, foram propostos vários métodos no decorrer dos estudos, os mais utilizados são os de proporções faciais, fonético e métrico.

O método das proporções faciais leva em conta que algumas dimensões faciais são análogas à medida da DVO do indivíduo, como por exemplo: a distância do canto do lábio ao outro; a distância interpupilar; a distância vertical da sobrancelha para a asa do nariz; a distância entre o canto do olho e o ângulo interno do outro olho; a distância vertical do canto do olho ou da pupila, ao canto da boca; a distância vertical do nariz até a linha média (do subnasion até a glabella); a distância entre a linha da sobrancelha e a linha capilar (em fêmeas); 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.

Tais medidas faciais condizem com dados mais objetivos que os parâmetros subjetivos. A grande vantagem de se utilizar das medidas faciais é o fato de não requer radiografias ou outros aparelhos. Fotografias antigas servem como excelente referência para o clínico obter a definição das proporções faciais antes da perda dentária.

O método estético, proposto por Turner e Fox em 1884, estabelece a DVO a partir da avaliação da fisionomia facial e toma como pontos de referência a disposição dos sulcos nasogenianos, equilíbrio do terço inferior da face com as demais partes do rosto e aquisição da plenitude facial. Esse método é recomendado na maioria dos quadros em que os tecidos moles estão preservados (lábios e bochechas) e permitem a reposição estética. Suas desvantagens são a dependência dos padrões estéticos subjetivos do profissional e do paciente.

Já o método fonético se fundamenta na posição da ponta dos incisivos mandibulares cerca de 1mm inferior e lingual à ponta dos incisivos maxilares, na ocasião da pronúncia de sons como o /S/. Outros sons também podem ser aplicados como o /M/, /F/ e o /L/. É importante salientar que há uma controvérsia no que se refere a multidisciplinaridade ao associar a Odontologia, a Linguística e a Fonoaudiologia, na utilização desses sons, determinados pela literatura internacional, na população brasileira. Quando esses fonemas foram estudados

nesse panorama multidisciplinar, a conclusão foi de que somente o som /S/ se aproximou dos resultados de outros autores. Pela subjetividade desse método, é recomendado que ele seja aplicado em concomitância com outras estratégias na determinação da DVO.

Por último, o método métrico refere-se à definição da DVO pela distância interoclusal que é a medida da distância entre nariz e queixo, feitas na oclusão central e com a mandíbula em descanso (repouso). Quando estas medidas são verificadas e a diferença (espaço funcional livre) for acima de 2 a 4mm, pode-se considerar que a DVO tenha diminuído. Quando esse espaço funcional livre for menor que 2mm, pode-se estar diante de um aumento da DVO.

Um compasso em formato de L, projetado por Willis em 1930, é comumente utilizado para a determinação da distância entre a ponta do nariz e a base do queixo, na aplicação do método métrico. Algumas deficiências associadas à alteração do espaço funcional livre por condições como a presença ou ausência de dentes, parafunção e tempo de registro, a postura da cabeça, o estado emocional, assim como a oscilação do espaço funcional livre entre indivíduos que pode ir de 3 a 10mm, estabelecem que este método não seja recomendado de forma exclusiva para a definição da DVO.

Assim sendo, percebe-se que não há um método definitivo para se alcançar uma dimensão vertical de oclusão, afinal todos eles são fundamentados em vivências da prática clínica de certos autores e todos tem as suas restrições. Para assegurar a determinação do método ideal, deve-se analisar a acurácia e a exatidão das medidas, adaptabilidade da estratégia, tipo e complexidade do equipamento necessário para uma medição segura.

A aplicação de diferentes métodos recomendados é uma alternativa para atenuar as fragilidades de cada método e é orientada pela maior parte dos autores, assim como o uso provisório de uma placa de acrílico após as apreciações iniciais, para que, posteriormente seja feita uma nova avaliação dos testes fonético, métrico e das proporções faciais e, assim, indicar a determinação decisiva da DVO.

Os aspectos que fazem do restabelecimento da DVO um processo complexo são variados, dentre eles o fato de que nenhuma das técnicas de determinação da DVO foi definida como cientificamente superior às outras para ser utilizada durante o restabelecimento da DVO. Sendo assim, conforme

abordado anteriormente, a utilização de várias técnicas associadas deve ser priorizada.

Ainda devido a tantas variáveis e subjetividades, julga-se que o tratamento reabilitador para a recuperação da DVO deve passar por um período experimental com o uso de próteses provisórias.

A recuperação desse paciente deve ser conquistada com a realização de próteses parciais removíveis temporárias, também denominadas de terapêuticas e que regularmente requerem o recobrimento das superfícies oclusais, neste caso, chamadas de *overlays*. Além do fato de serem reversíveis, são próteses de custo acessível e de ajuste simples. As próteses removíveis são válidas em diversos aspectos, como para estabilizar a oclusão, restabelecer a DVO nas situações de diagnóstico de bruxismo, abrasão patológica ou na ausência de alguns elementos dentários. Além disso, a adaptação do paciente com a prótese removível previamente à instalação da definitiva, torna possível, também, uma análise das reações do sistema neuromuscular à reabilitação oral.

3.3 Alterações e interferências da diminuição da DVO

As alterações da DVO podem ocasionar em cenários de Disfunções Temporomandibulares (DTM), determinando condições dolorosas e/ou não funcionais, como afirmou Bastos et al. (2008): dores musculares, limitação e desvio na trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e fechamento bucal, dores de cabeça, nuca, pescoço e ouvido são alguns dos sinais e sintomas mais relatados (SANTOS ET AL., 2006 APUD AREBALO, 2010). Devido à possibilidade das DTMs se originarem no início do crescimento craniofacial, há uma elevada porcentagem de crianças que apresentam sinais e sintomas associados com distúrbios temporomandibulares (SANTOS ET AL., 2006).

A diminuição da DVO acarreta um espaço funcional livre acima do necessário e, conseqüentemente, alguns prejuízos podem ser observados como: oclusão traumática com comprometimento periodontal; reflexos na audição; sobrecarga da articulação têmporo-mandibular; desgastes dentais acentuados; face com aspecto encurtado; envelhecimento precoce devido à

perda do tônus da musculatura da expressão facial; aparecimento de queilite angular. Além de outras patologias agudas e crônicas nas estruturas orofaciais, a deformação mandibular, modificação da composição das fibras musculares e da resposta adreno-cortical gerando um aumento do nível de cortisol urinário e diminuição do volume da urina. Costen em 1934, relatou diversos de sintomas análogos à diminuição da DVO como a perda da audição, sensação de vertigem e dores na ATM, causados pelo deslocamento posterior do côndilo que comprime a zona retrodiscal, situação denominada como a Síndrome de Costen. Além destas, a deformação da DVO pode acarretar mudanças na postura da cabeça e do pescoço, gerando um distúrbio do controle da postura corporal e que, conseqüentemente, pode afetar o equilíbrio na marcha e dificultar a manutenção do domínio do corpo.

Sari e Sonmez (2001) em seus estudos também conceberam uma relação notória entre o bruxismo e fatores oclusais. O bruxismo é um estado que evidencia diferentes características clínicas e causas. Entendendo isso, é fundamental a vasta compreensão do profissional cirurgião-dentista sobre os mecanismos fisiológicos e farmacológicos, além dos fatores clínicos para determinar o tratamento que conduza não às conseqüências, mas, também, às causas do bruxismo, que se reverta em um prognóstico favorável e duradouro.

Baseados nos estudos de Cezaro (1999) é possível compreender que o bruxismo é um vício bucal de alta prevalência e nocivo a todo o sistema estomatognático. Determina-se por movimentos repetitivos, disfuncionais e fortes da musculatura elevadora da mandíbula, com o efeito de apertar e deslizar os dentes entre si. Dessa forma, esses músculos tornam-se hipertróficos e os dentes deteriorados. É um processo acumulativo e resulta na diminuição vertical da oclusão, que também ocasiona em um encurtamento desses músculos.

Concluindo, é correto afirmar que os danos causados pela diminuição da DVO são variados e, de forma geral, relacionados a problemas estéticos, musculares e articulares, posturais, fonéticos, de deglutição, dentais e no Periodonto.

Em razão disso, acredita-se que o tratamento reabilitador previsto no restabelecimento da DVO deve passar por um período experimental com o uso de próteses provisórias.

3.4 Métodos e técnicas de Levante da DVO

Inicialmente, deve-se utilizar próteses temporárias para o reestabelecimento da DVO permitindo a devolução das funções fisiológicas do paciente. Essas próteses terão o papel de “restaurações testes” que possibilitarão a confirmação do diagnóstico e, posteriormente, orientarão a reabilitação definitiva. As overlays são as próteses mais comumente indicadas para essas situações.

As Próteses parciais removíveis, ou PPRs (overlay, recobrimento oclusal, onlay, overlay, macroapoio ou apoio onlay) consistem em próteses que envolvem a face oclusal de um ou mais dentes. Para fins de apoio e sustentação podem também envolver as faces oclusais de todos os dentes posteriores e as incisais e palatinas dos dentes anteriores (COSTA et al.; 2017).

Tais recursos costumam ser utilizados no restabelecimento da DVO como restaurações norteadoras do tratamento reabilitador definitivo possibilitando estabilização oclusal, condicionamento muscular e a recomposição do plano oclusal sendo confeccionadas de modo provisório em pacientes que apresentem parafunção.

As overlays são próteses desenvolvidas observando os princípios de uma oclusão fisiológica que permitirão contatos oclusais bilaterais homogêneos e simultâneos, na posição condilar de relação cêntrica (RC) e em uma DVO pré-estabelecida como “adequada” para o paciente. Ademais, as guias canino devem ser efetivas, para que não haja distorções oclusais no lado de trabalho e nem no lado de balanceio durante os movimentos laterais, e a guia anterior deve possibilitar que o movimento protrusivo seja efetuado sem interferências no dentes posteriores (COSTA et al.; 2017).

Esses procedimentos também são recomendados para pacientes que possuam limitações sistêmicas e psicológicas que impossibilitam a realização de procedimentos clínicos extensos, ou também por questões financeiras, visto que os procedimentos fixos possuem o valor mais elevado.

As classificações das overlays podem ser feitas de acordo com o material utilizado no revestimento oclusal ou incisal dos dentes. Podendo ser de resina,

de porcelana, de metal ou mista, com projeções metálicas e revestimento estético. As overlays temporárias devem ser utilizadas diariamente para a concreta avaliação da adaptação fisiológica por parte dos órgãos do aparelho estomatognático frente ao reestabelecimento da DVO. Esse processo deve ser realizado por um período de seis semanas a três meses. Uma vez aceita pelo paciente, a intervenção para restauração “definitiva” pode ser iniciada (COSTA et al.; 2017).

No reestabelecimento da DVO é convencionado que as reabilitações “permanentes ou definitivas” dos dentes desgastados ou que não possuem mais contato com seus antagonistas, são realizadas por meio de procedimentos fixos. Dependendo da amplitude do desgaste da estrutura dental, estas restaurações podem ser parciais ou totais

4. DISCUSSÃO

Um dos grandes desafios na atuação do cirurgião-dentista clínico ou protesista é a reabilitação de pacientes com redução de dimensão vertical de oclusão. Esses procedimentos transformam-se em verdadeiros desafios, onde envolvem muito critério, desde a fase de planejamento até a preservação (CARVALHO et al., 2006).

O correto diagnóstico, planejamento coerente e a efetivação das etapas da reabilitação, devem ser aplicadas com o rigor para que, na sua conclusão, o paciente tenha a harmonia e o equilíbrio de seu aparelho estomatognático reestabelecidos (COSTA ET AL., 2002, CURA, SARAÇOGLU, OZTURK , 2002, SOARES ET AL., 2004).

Uma reabilitação protética com um planejamento adequado não deve condicionar o reestabelecimento da DVO às próteses definitivas, visto que o paciente pode não se adaptar a essa nova condição, uma vez que é necessário um período mínimo para a readaptação à DVO reestabelecida. (PEGORARO,1998; BRIGGS e BISHOP, 1997).

A utilização de próteses overlays provisórias é fundamental, já que funcionam com restaurações testes e possibilitam a verificação prévia das posições mandibulares restabelecidas, antes da efetivação dos procedimentos

definitivos. Nos procedimentos de reabilitação inicial para pacientes com redução de DVO é indispensável destacar a importância da prótese overlay provisória. Este recurso inclusive é classificado como uma forma de contribuir no diagnóstico e prognóstico de tratamentos críticos, uma vez que é possível executar uma análise do sistema neuromuscular previamente do início de uma reabilitação definitiva. (SMITH, 1991; PRADO et al.,1997).

Nesse período, devem ser feitos os ajustes necessários e as avaliações referentes ao conforto explicitado pelo paciente na posição reestabelecida, visto que a determinação da DVO inadequada pode afetar o trabalho definitivo que será desenvolvido no paciente.

Alguns pacientes apresentam dificuldades fonéticas e sensação de aprisionamento de língua após a instalação de overlays, mas estes problemas normalmente são passageiros. A reabilitação do plano oclusal resulta em considerável melhora na função, porém mas a maior solicitação funcional de dentes previamente menos utilizados, pode suceder algum desconforto para os dentes recobertos, o que geralmente também é temporário.

5. CONCLUSÃO

As PPRs (próteses parciais removíveis) de recobrimento, as overlays são consideradas uma excelente excepcional estratégia no restabelecimento das relações maxilomandibulares

Com o uso destes aparelhos podem ser alcançados todos os objetivos da reabilitação oral: RC, DVO, guia anterior e estabilidade oclusal e função mastigatória. Além disso, são procedimentos menos dispendiosos em relação aos procedimentos fixos convencionais. Geralmente são utilizados na reabilitação de pacientes que apresentam diminuição da DVO. São mais seguros e indicados para pacientes que possuem desgastes como resultado de hábitos parafuncionais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AREBALO, Iara R.; VEDOVELLO, Sílvia A. S.; SANTAMARIA JR. Milton; KURAMAE, Mayury; TUBEL, Carlos Alberto M. **Relação entre disfunção temporomandibular e mordida cruzada posterior.** RGO – Rev. Gaúcha Odontol: Porto Alegre, 2010.

CARRANZA, F. A. **Periodontia Clínica.** v.8, p. 180-186. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996

CLARK, JR; EVANS, R. D. **Functional occlusion: I.** A review. J Orthod. p. 76-81; 2001

DANTAS, Euler Maciel. **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética.** 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/3034>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

GOMES, João Miguel da Fonseca. **PRINCÍPIOS DE OCLUSÃO IDEAL EM DIFERENTES TIPOS DE REABILITAÇÃO.** Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26628/1/ulfmd07047_tm_Joao_Gomes.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019

GONÇALVES, Livia Patrícia V.; TOLEDO, Orlando A. de; OTERO, Simone Auxiliadora M. **Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais.**

Dental Press J. Orthod. v. 15, n. 2, p. 97-104, mar./abr. 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n2/13.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

HANSEN, C; DUBOIS, LM. **A diagnostic mandibular denture to evaluate occlusal vertical dimension.** Gen Dent. 1995.

JOHANGIRI, L.; JANG, S.; **Only Partial denture Technique for assessment of adequate occlusal vertical dimension:** A clinical Report. The Journal of Prosthetic Dentistry. v. 87. n. 1. p. 1 – 4. Jan. 2002.

MOHINDRA, NK. **A preliminary report on the determination of the vertical dimension of occlusion using the principle of the mandibular position in swallowing.** Brit Dent J. 1996.

OKESON, J. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 4^a ed. p. 3-115. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

ORMIANER, Z., PALLTYA.; **Altered vertical dimension of occlusion: A comparative Restropective Pilot Study of tooth and Implant – Supported Restoration.** The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. v. 24. n. 3. p. 497 – 501. 2009.

POKORNY, PH.; WIENS, J.P.; LITVAK, H.; **Occlusion for fixed prosthodontics: a historical perspective of the gnathological influence.** J Prosthet Dent. 2008.

SANTOS, Eduardo César Almada; BERTOZ, Franscisco Antonio; PIGNATTA, Lilian Maria Brisque and ARANTES, Flávia de Moraes. **Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças.** *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial.* 2006, vol.11, n.2, pp.29-34. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?pid=S1415-54192006000200005&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-54192006000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 18 dez. 2019.

SARI, S.; SONMEZ, H. **The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children.** J Clin Pediatr Dent: 2001.

TURANO, JC; TURANO, LM. **Fundamentos de Prótese Total.** 3ª ed. p. 219-45. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., 1993.

CEZARO, Gisele Geber. **Bruxismo e suas implicações no sistema estomatognático e no crescimento crânio facial.** 1999. 29f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) - Centro de especialização em fonoaudiologia clínica, Porto Alegre, 1999.

COSTA, M. M.; OLIVEIRA, J. E. C.; LIMA, J. H. F.; LIMA, J. B. G.; MOURA, G. F.; QUAGLIATTO, P. S. **Reabilitação Oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay: Relato de caso.** Revista Odontológica do Brasil Central, v. 26(77), p. 66-70, 2017.

Pegoraro, LF. **Prótese Fixa.** São Paulo:Artes Médicas:EAP-APCD;1998.

Briggs P, Bishop K. **Fixed Protheses in the treatment of tooth wear.** J Prosthodont Rest Dent.1997; 5(A):175-80.

Smith, BGN. Occlusion:1.**General Considerations.** Dent Update.1991;18(5):141-5.

Prado CJ, Fernandes Neto AJ, Neves FD, Oliveira JEC, Costa MM, Mota AS, et al. **Oral rehabilitation of patients with decreased occlusion vertical dimension by using overlay: clinical case.** Odonto Pope. 1997;1(3):133- 41.

MARTINS, Demagna Novaes Nunes. **RELEVÂNCIA DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NO RESTABELECIMENTO OCLUSAL.** UFMG: Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-952LG7/1/demagna_novaes_nunes_martins.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019

SOUZA, José E. de A.; SILVA, Erica T. da; LELES, Cláudio R. **Prótese parcial removível overlay**: fundamentos clínicos e relatos de casos. UF: Goiás, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2010/v18n47/a0007.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2019.

Angle EH. **Classification of malocclusion**. Dental cosmos, Philadelphia, 1899; 41(2): 248-264.

CARVALHO, NB; GONÇALVES, SLMB; GUERRA, CMF; CARREIRO, AFP. **Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2006; v.6, n.4, p.17-22.