

FACSETE

BRUNO FABRÍCIO

DISPOSITIVOS PRÉVIOS A REABILITAÇÃO ORAL

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2020

BRUNO FABRÍCIO

DISPOSITIVOS PRÉVIOS A REABILITAÇÃO ORAL

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas (FACSETE), como requisito parcial para conclusão do Curso de Prótese Dental.

Área de concentração: Prótese Dental

Orientador: Fabricio Magalhães

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2020

Fabrcio Bruno

Dispositivos prcvios a reabilitao oral / Bruno Fabrcio, 2020.
20 f.

Orientador: Fabricio Magalhães

Monografia (especializao) – Faculdade de Tecnologia de Sete
Lagoas, 2020.

1. Reabilitao oral 2. Prtese provisria 3. Dimenso vertical
- I. Ttulo
- II. Fabricio Magalhães

FACSETE

Monografia intitulada “**DISPOSITIVOS PRÉVIOS A REABILITAÇÃO ORAL**” de autoria do
aluno Bruno Fabrício

Aprovada em 19/02/2020 pela banca constituída pelos seguintes professores:

Fabricio Magalhães
FACSETE Orientador

Luciano Pedrin Carvalho Ferreira
FACSETE

Luis Carlos Menezes Pires
FACSETE

São José do Rio Preto, 19 de fevereiro de 2020

DEDICATÓRIA

Ao meu professor Luciano Pedrin.

AGRADECIMENTOS

Aos professores:

Ao meu orientador **FABRICIO MAGALHÃES**, que com muita sabedoria, dedicação e didática, me passaram da melhor forma possível, seus conhecimentos experiência e vivência adquirida o que me possibilitou estar aqui concluindo este curso de especialização em prótese dental.

A todos os professores do curso: **FABRICIO MAGALHÃES, LUCIANO PEDRIN CARVALHO FERREIRA, LUCAS PRADELA e LUIS CARLOS MENEZES PIRES**. Obrigado pela dedicação, pela amizade e pelos conhecimentos e experiências passadas, carregarei comigo todos esses conhecimento passado e os utilizarei e aperfeiçoarei da melhor forma possível.

À minha família:

Minha família, principalmente mãe e namorada, que sempre estiveram comigo, nos momentos fáceis e difíceis, na saúde e doença, nas alegrias e nas tristezas. Estando sempre me motivando e me dando força e estabilidade para continuar.

Muito obrigado a todos.

RESUMO

Atualmente é comum pacientes buscarem o consultório se queixando do desgaste severo dental. O bruxismo tido como mal do século, se agrava em casos onde o paciente há uma perdas dentais posteriores levando a um excesso de sobrecarga na arcada anterior, causando com o tempo até alterações musculares levando a dor na ATM por conta da perda da DVO. Mas com o avanço tecnológico e novos materiais odontológicos, torna se cada vez mais difícil para o cirurgião dentista escolher o tipo material ou prótese melhor para dar inicio a uma reabilitação oral. O objetivo deste trabalho, foi realizar uma revisão de literatura para saber quais melhores dispositivos provisórios para cada caso de uma reabilitação oral.

Palavras-chaves: reabilitação oral, prótese provisória, dimensão vertical.

ABSTRACT

Currently it is common for patients to seek the office complaining of severe dental wear. The bruxism seen as evil of the century, worsens in cases where the patient has a posterior dental losses leading to an excess of overload in the anterior arch, causing over time even muscle changes leading to pain in TMV due to loss of DVO. But with technological advances and new dental materials, it becomes increasingly difficult for the dentist to choose the best material type or prosthesis to start oral rehabilitation. The objective of this work was to conduct a literature review to know which best provisional devices for each case of oral rehabilitation.

Keywords: oral rehabilitation, temporary prosthesis, vertical dimension.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	10
2	Tratamento.....	11
2.1	Provisórios.....	12
2.1.1	Restaurações diretas e indiretas em resina composta	13
2.1.2	Próteses fixas	14
2.1.3	Próteses sobre implantes.....	14
2.1.4	Próteses parciais e totais removíveis	15
2.1.5	Placa oclusal estabilizadora	15
3	Conclusão	17
4	Referência Bibliográfica.....	18

1 INTRODUÇÃO

É cada vez mais comum no dia a dia da odontologia nos depararmos com pacientes com a perda da dimensão vertical e que buscam, principalmente, apenas a reabilitação estética. Com isso, vem se tornando cada vez mais difícil para o cirurgião dentista realizar procedimentos reabilitadores, e é de suma importância a harmonia funcional do sistema estomatognático; onde este sistema é responsável pela mastigação, fonação, respiração e deglutição.

A perda da dimensão vertical de oclusão pode ser dada por diversos fatores ao longo do tempo, dentre eles; a perda de diversos elementos dentários principalmente os posteriores, hábitos para funcionais como o bruxismo, erosão química por ácidos gástricos e da dieta, dentre outros. Que causam desgastes severos nos dentes anteriores e toda função do sistema estomatognático, alterando o padrão funcional e estético, distúrbios musculares e articulares.

A diminuição ou o aumento da dimensão vertical de oclusão pode ser revertido através de diversos dispositivos que podem ser utilizados a fim de permitir a reabilitação da harmonia funcional da oclusão que foi perdida, desde tratamentos de reabilitação de um elemento ou até vários elementos dentários. (BARBOSA, ARANA, BOUREAU, 2000).

Com o avanço dos materiais dentários, torna-se cada vez mais difícil para o cirurgião dentista avaliar qual melhor material de iniciar a reabilitação de pacientes com perda da dimensão vertical. Portanto o objetivo deste trabalho é avaliar a forma de tratamento reabilitador diante de cada material a serem utilizado citando suas vantagens e desvantagens para cada tipo de caso.

2 TRATAMENTO

Dawson em 1985 definiu a dimensão vertical de oclusão sendo a medida vertical entre a Maxila-mandíbula, obtida quando os dentes inferiores e superiores estão em máxima intercuspidação habitual. E para obter-se os registros intermaxilares utilizam-se principalmente o teste métrico, de deglutição e fonético, sendo utilizados individualmente ou em conjunto. (CHAVES *et al*, 2014).

A dimensão vertical de oclusão (DVO) não se baseia apenas na posição dos dentes, mas também na posição de equilíbrio encontrada entre os músculos elevadores e deprimeiros da mandíbula. (SILVA & GIRUNDI, 2010; PEGORARO *et al*, 2013). A alteração da DVO é relacionada a problemas de ordem estético, fonético, dentário, deglutição, musculares, articulares, posturais e periodontais. (ROSA; BERRETIN-FÉLIX *et al*, 2015).

O restabelecimento da dimensão vertical pode ser feita pelo Jig de Lucia, onde que através deste dispositivo torna-se possível ao cirurgião dentista descobrir a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) – que é a medida da face quando os dentes da mandíbula estão em Relação Centrica (RC). E a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) – quando a mandíbula encontra-se em uma posição fisiológica de repouso e não há contato dos elementos dentários. Assim, a diferença obtida entre a DVO e DVR obtém o Espaço Funcional Livre (EFL) – que se apresenta uma média de 3mm.

Além do Jig de Lucia outros métodos podem ser realizados para determinar a dimensão vertical e ajudar o profissional em reabilitações, sendo eles:

- *Método métrico*: (WILLIS *et al*, 1930): utilizando o compasso de Willis observa-se a igualdade das distancias; entre a base do nariz ao mento e da comissura bucal ao canto do olho. Com o relaxamento muscular do paciente e subtraindo 3mm da EFL, se determina a DVO.

- *Método estético*: (TURNER e FOX *et al*, 1884); determinamos a DVO a partir dos sulcos nasogenianos, harmonia inferior da face, corresponde a toda face envolvendo os lábios e bochechas. A desvantagem são os critérios estéticos do profissional e paciente.

- *Método Fonético*: realizado com a pronuncia de sons como /S, /M, /F, na língua brasileira, porem pela literatura internacional utiliza-se apenas o /S. Este método deve sempre ser utilizado associado aos outros métodos.

O profissional deve utilizar mais de um método para a obtenção da DVO, a fim de amenizar as deficiências de cada método. Por conta disso a reabilitação deve-se passar por um período de provisórios antes da restauração definitiva.

Para o tratamento das anomalias da DVO, muitos procedimentos terapêuticos têm sido realizados, desde simples restaurações e próteses fixas, até mais complexos como próteses removíveis parciais e totais (RODRIGUES *et al*, 2010). Onde cada material e prótese possuem sua indicação, o tratamento reabilitador possui muito risco de insucesso quando mal planejado, o uso de dispositivos prévios a reabilitação definitiva “provisórios” é decisivo para o sucesso e a longevidade do tratamento reabilitador.

Então é de suma importância o restabelecimento da dimensão vertical, antes de qualquer procedimento restaurador. O sucesso da reabilitação protética depende do restabelecimento prévio da DVO.

Após a obtenção da DVO, confeccionam-se os modelos de estudo obtidos a partir de moldagem total superior e inferior com alginato e registro de mordida confeccionado com silicone de condensação ou cera sete, para serem transferidos ao articulador semi-ajustável com auxílio do arco facial e encaminhado ao laboratório protético.

O protético, com os modelos montados em articulador, Jig e as medidas obtidas pelo profissional com o paciente, realiza o enceramento diagnóstico seguindo a DVO e o registro intermaxilar, dando prosseguimento à confecção dos provisórios, podendo ser estes: restaurações diretas ou indiretas, próteses fixas e próteses removíveis parciais e ou totais.

2.1 Provisórios

Reabilitações orais são realizadas de forma fixa ou removíveis, mas a escolha de cada um depende de acordo com cada tipo de paciente e condição que se apresenta. A odontologia tem optado por tratamentos cada vez mais conservadores, tendo contribuído para o aparecimento de novos sistemas de adesão, bem como resinas compostas com melhores propriedades. (JOHANSSON *et al*,2008).

Próteses provisórias fixas e removíveis há muitos anos vem sendo usadas para estes casos de reabilitação, e com sucesso pelos profissionais. Próteses removíveis dão um conforto melhor ao paciente durante a reabilitação por não precisarem realizar preparos que as próteses fixas

necessitariam porem as fixas tem a vantagem de já dar uma boa impressão ao paciente no tamanho, forma e estética que as próteses definitivas terão.

Em alguns casos há até as associações de técnicas e tipos próteses provisórias; removíveis e fixas, restaurações junto com próteses fixas e ou removíveis.

2.1.1 Restaurações diretas e indiretas em resina composta

A utilização de restaurações diretas de resina composta é indicada em casos de desgastes de leve a moderado, realizado dentro dos limites do esmalte. (DAVIES *et al.*, 2002; MACHADO *et al.*, 2007; JOHANSSON *et al.*, 2010).

Possui vantagens de ser menos invasivo que as próteses fixas, têm sua confecção direta (menos sessões), facilidade de reparos em casos de ajustes e reduzido custo comparado a outras próteses. (DIETSCHI *et al.*, 2011).

Como desvantagens a fragilidade de resistência ao desgaste e a dificuldade da confecção estética e funcional da restauração. Forças como o cisalhamento causam fraturas no sistema de adesão da resina e seu material, já a estética e função como o desgaste ao dente normalmente é de vestibular para lingual comprometendo toda incisal e ou oclusal do dente fica difícil ao profissional para maquiar a divisão da restauração e dente natural.

Já as restaurações indiretas, tornam-se indicadas em casos de desgastes de moderado a severos, onde se tornam inviáveis as restaurações diretas, maiores que 0.7mm de espessura. Como vantagens a melhor anatomia e oclusão além de menos trabalhosa que as diretas e menos invasiva que as fixas. (DIETSCHI *et al.*, 2011).

Um exemplo que vem sendo utilizado são os “Table Tops”, quando se apresenta uma reabilitação posterior de 0.7 a 0.8mm ou 2 a 2.5mm anterior, torna se melhor que cerâmicas pois nessas espessuras tem maior probabilidade de fratura.

Como desvantagem o processo de degradação do material e envelhecimento do material. (DIETSCHI *et al.*, 2011).

2.1.2 Próteses fixas

Indicada em casos de desgastes moderados a severos as próteses fixas cimentadas são as mais utilizadas durante o período de provisórios e de reabilitação definitiva.

As principais desvantagens dos materiais encontram-se na falha de cimentação do material devido ao extenso desgaste dentário (pouca retenção mecânica) e resistência do material. (JOHANSSON et al., 2008 e 2011). Aonde pode ser revertida a falta de retenção mecânica, confeccionando núcleos/pinos em dentes tratados endodonticamente.

Quanto ao material a ser utilizado durante a reabilitação fica a critério do paciente/profissional. Segundo Vip (cit in JOHANSSON et al., 2008 e 2011) as estruturas metálicas ou metalocerâmicas constituem a melhor opção de tratamento, pois o uso de coroas metálicas na região posterior exerce menos atrição na dentição oposta natural, do que em porcelanas fraturadas e ou ásperas.

A desvantagem das metalocerâmicas é o alto risco de fratura da cerâmica, o que torna mais viável o período prévio da reabilitação definitiva o uso de provisórios de acrílico.

Tanto a metalocerâmicas tradicionais quanto as reforçadas com zircônia tem risco de fratura por conta da espessura pequena do revestimento cerâmico, má adaptação e polimento insuficiente. (MANICOME et al., 2007; JOHANSSON et al., 2008 e 2010).

Em todos os grandes tratamentos reabilitadores com próteses fixas, torna-se indispensável à indicação do uso de placas oclusais, a fim de se evitar o risco de fratura das cerâmicas. (JOHANSSON et al., 2011).

2.1.3 Próteses sobre implantes

Segundo KOMIYAMA et al., em 2012, clínicos continuam a optar pelo metal como material constituinte da infraestrutura em comparação à cerâmica. Mesmo com a desvantagem estética.

Por sua melhor resistência em comparação à cerâmica, e estética melhor que os metais, a zircônia é uma ótima opção. Porém em contrapartida pouco se sabe a durabilidade em longo prazo. (CHEKHANI et al., 2013)

Sabendo-se que os implantes são osteointegrados o que os tornam mais susceptíveis a sobrecarga oclusal. Não há estudos que demonstram que os a perda da DVO seja a principal fator para a falha implantar e sim a condição óssea peri-implantar

É unanime que quanto a maior quantidade de implantes, menor é o risco de sobrecarga, e maior a distribuição de forças oclusais. (LOBBEZZO et al., 2006; MANFREDINI et al., 2011)

2.1.4 Próteses parciais e totais removíveis

A prótese parcial removível ‘overlay’, recobre as superfícies oclusais, sem a necessidade de desgastes (SOUZA;SILVA;LELES *et al*, 2009). Cumpre o papel de reabilitação da DVO em pacientes desdentados parciais.

Indicada quando há desgaste dentário excessivo, possuem o melhor custo benefício conforto e serve como orientação para uma posterior reabilitação, onde condiciona o musculo no reestabelecimento da DVO e melhora o plano oclusal.

São classificadas de acordo com o material utilizado para envolver as oclusais/incisais; metálicas, resina, porcelana ou mista. E quanto à função podendo ser provisória ou definitiva.

Como principais vantagens: baixo custo, facilidade de reparo, facilidade de higienização, reversibilidade e menos invasiva. Já como desvantagem: Adaptação da prótese, dificuldade de fala e complexidade laboratorial. Por ser removível o paciente pode optar em passar a noite sem a prótese, para melhor conforto da adaptação da musculatura.

2.1.5 Placa oclusal estabilizadora

Placas oclusais estabilizadoras com função miorrelaxante, são dispositivos removíveis, confeccionados em resina acrílica para ficarem encaixadas sobre as superfícies incisais e oclusais dos dentes, sendo mais utilizado na maxila, quando em uso, o côndilo se apresentam em sua posição mais estável. (SHETTY *et al.*, 2010).

Tem como vantagem além do conforto da ATM, obtido pela posição mais estável com a placa, a proteção dos dentes e suas estruturas de suporte, das forças anormais geradas pelo bruxismo. (JOHANSSON *et al.*, 2010; MANDREDINI *et al.*, 2011).

As placas oclusais rígidas são mais indicadas que as flexíveis, pois a flexibilidade do material aumenta a estimulação da atividade do bruxismo. (KOYANO *et al.*, 2008; JOHANSSON *et al.*, 2010, MANFREDINI *et al.*, 2011).

O uso prévio das placas miorelaxantes durante a reabilitação é um fator primordial, podendo até ser escolhida como forma de tratamento provisório, mas o uso após a reabilitação se torna também indicado para a longevidade do tratamento realizado.

3 CONCLUSÃO

Torna-se inconclusivo a escolha do melhor dispositivo ou material para uma reabilitação de DVO, o que o profissional deve-se de atentar é que todo aumento de DVO o paciente deve passar por um período com provisórios, para a restituição estética, funcional e da integridade dental.

Há uma indicação para cada tipo de provisório e material levando em consideração o grau de severidade dos desgastes dentais, mas também o tratamento vai depender das exigências estéticas e funcionais do paciente.

A utilização antes, durante e depois da reabilitação é indicada tanto para a longevidade dos dispositivos da reabilitação quanto para as estruturas dentais e implanto-suportadas.

4. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Abduo, J. e Lyons, K. (2012). Clinical Considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Australian Dental Journal*, 57 (1), pp. 2-10.

Al-Hummayani FM. Pseudo Class III malocclusion. *Saudi Med J*. 2016; 37 (4): 450-456.

Amorim, C. *et al.* (2014). Effectiveness of two physical therapy interventions, relative to dental treatment in individuals with bruxism: study protocol of a randomized clinical trial. *Trials*, 15(8), pp.2-8.

Amoroso AP, Gennari Filho H, Zuim PRJ, Mazaro JVQ, Zavanelli AC. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. *Rev Odontol Araçatuba*. 2013; 34(2):09-13.

Andrade CL, Gonçalves TMSV, Santos IL, Barros MS, Araújo NRR, Cury AADB. Direct Adhesive Pin-Retained Restorations for Severely Worn Dentition Treatment: A 1.5-Year Follow-Up Report. *Brazilian Dental Journal*. 2014; 25(4):357-362.

Bachhav, V. e Aras, M. (2010). Altering occlusal vertical dimension in functional and esthetic rehabilitation of severely worn dentition. *Journal of Oral Health Research*, 1(1), pp.1-8.

Bataglion, C. *et al.* (2012). Reestablishment of Occlusion through Overlay Removable Partial Dentures: A Case Report.2012. *Braz Dent J*, 23(2), pp. 172-174.

Bispo LB. Reconstrução de dentes tratados endodonticamente: retentores intra-radulares. *RGO*. 2008; 56(1):81-84.

Bugiga FB, Colpo FL, Anzolin D, Krev S. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico. *J Oral Invest*. 2016; 5(2): 45-52.

Bloom, D. e Padayachy, J. (2006). Increasing occlusal vertical dimension - Why, when and how. *British Dental Journal*, 200(5), pp. 251-256.

Chekhani, U. *et al.* (2013). All-ceramic prosthetic rehabilitation of a worn dentition: Use of a distal cantilever. Two-year follow-up. *Dental Research Journal (Isfahan)*, 10(1), pp. 126–131.

Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*. 2012; 20(40): 41-48.

Davies, S. *et al.* (2001). Management of tooth surface loss. *British Dental Journal*, 192(1), pp. 11-23.

Dhanasekar, B. *et al.* (2012). Occlusion in Implant Dentistry-Issues and Considerations. *Journal of Oral Health Community Dentistry.Review article*, 6(2), pp.91-96.

Dietschi, D. e Argente, A. (2011). A comprehensive and conservative approach for the restoration of abrasion and erosion. Part I: Concepts and clinical rationale for early intervention using adhesive techniques. *The European Journal of Esthetic Dentistry*, 6(1), pp. 20-33.

Discacciati, J. *et al.* (2013). Increased vertical dimension of occlusion: signs, symptoms, diagnosis, treatment and options. *The Journal of Dental Practice*, 14(1), pp. 123-128.

Dua, P. *et al.* (2011). Aesthetic and functional rehabilitation of a case of mutilated dentition and loss of vertical dimension. *Journal of Indian Prosthodontics Society*, 11(3), pp. 18-194.

Frugone, R. (2003). Bruxismo. *Avances Odontoloestomatol*, 19(3), pp. 123-130.

Gargari M, Lorè B, Ceruso FM. Esthetic and function rehabilitation of severely worn dentition with prosthetic-restorative approach and VDO increase. Casereport. *Oral & Implantology*. 2014; 1(2):40-45.

Gonçalves, L. *et al.* (2010). Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press J.Orthod*, 15(2), pp. 97-104.

Granell, M. *et al.* (2014). Influence of bruxism on survival of porcelain laminate veneers. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 19 (5), pp. 426-32.

Ilovar, S. *et al.* (2014). Biofeedback for treatment of awake and sleep bruxim in adults: systematic review protocol. *BioMed Central*, 3(42), pp. 2-9.

Johansson, A. *et al.* (2008). Rehabilitation of the worn dentition. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), pp. 548-566.

Johansson, A. *et al.* (2011). Bruxism and prosthetic treatment: A critical review. *Journal of Prosthodontic Research*, 55 (3), pp. 127-136.

Júnior, A. *et al.* (2012). Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *The Gerodontology*, 29(1), pp. 75-80.

Kano AA, Barbosa CCN, Barbosa, OLC. Tratamento Multidisciplinar para uma pseudoclasse III. *Ortodontia*. 2015; 48():423-430.

Katsoulis, J. *et al.* (2011). Prosthetic rehabilitation and treatment outcome of partially edentulous patient with severe tooth wear: 3-Year results. *Journal of Dentistry*, 39(10), pp. 662-671.

Komiyama, O. *et al.* (2012). Clinical Management of Implant Protheses in Patients with Bruxism. Review Article. *International Journal of Biomaterials*, [Em linha]. Disponível em <<http://www.jourlib.org/paper/54432#.VaZUB6RViko>> [Consultado em: 10/03/2015].

Koyano, K. *et al.* (2008). Assessment of bruxism in the clinic. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), pp. 495-508.

Lerner, J. (2008). A systematic Approach to full-mouth reconstruction of the severely worn dentition. *Prat Proced Aesthet Dent*, 20(2), pp. 81-87.

Lobbezzo, F. *et al.* (2006). Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants - an updated review. *Journa of Oral Rehabilition*, 33(4), pp. 293-300.

Lobbezzo F *et al.* (2006). Dental implants in patients with bruxing habits. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33(2), pp. 152-159.

Lobbezbo F *et al.* (2008). Principles for the management of bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), pp. 509-523.

López-Roldán, A. *et al.* (2009). Bone resorption processes in patients wearing overdentures. A 6-years retrospective study. *J Clin Exp Dent*, 1(1), pp. 24-30.

Louro RL, Viera IM, Firme CT. Uso do núcleo metálico fundido na reconstrução de dentes tratados endodonticamente: relato de caso clínico. *Rev Odontol*. 2008; 10(2):69-75.

Machado, N. *et al.* (2007). Dental wear caused by association between bruxism and gastroesophageal reflux disease: A Rehabilitation report. *J Appl Oral Sci*, 15(4), pp. 327-333.

Major, A. (2007). Occlusion, TMDs, and dental education. *Head & Face Medicine*, 3(1), pp. 1-8.

Manfredini, D. *et al.* (2011). Bruxism: Overview of current Knowledge and suggestions for dental implants planning. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 29(4), pp. 304-312.

Mukai MK *et al.* Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *RPG Rev Pós Grad*. 2010; 17(3):167-72.

OKESON, J. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, 6th edition. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008.

Pacheco AFR, Cardoso PC, Santos BMM, Ferreira MG, Monteiro LJE, Decurcio RA. Estratégia para Restabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão com Mini-Jig Estético - Relato de Caso Clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2012; 21(56): 340-350.

Pelizzari D, Dallanora LJ, Rebelato C, Varela RF, Luthi LF. Reabilitação protética auxiliada por técnicas de movimentação ortodôntica – revisão de literatura. *Unoesc & Ciência – ACBS*. 2012; 3(1):95-104.

Pinto CCMS, Pinto PRS, Pugliesi E, Rodrigues JF, Pinto AS. Correção precoce da pseudo classe III com aparelho ortodôntico removível e alça vestibular do Bionator Reverso de Balters. *ResrachGate*. [acesso 15 mai. 2018]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication>.

Raveli DB, Chiavini PCR, Paulin RF, Jacob HB, Pinto AS, Sampaio LP. Tratamento de um Caso de Pseudo-classe III por Meio de Aparelho Fixo. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2004; 9(52):356-62.

Renzetti PF, Mantovani MB, Corrêa GO, Michida SMA, Oliveria E Silva C, Marson FC. Reabilitação estética anterior com coroas Metal Free: relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2013; 4(3):16-20.

Reyes A, Serret L, Peguero M, Tanaka O. Diagnosis and Treatment of Pseudo-Class III Malocclusion. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry*. 2014; 1(1):1-6. DOI <http://dx.doi.org/10.1155/2014/652936>.

Silva MPC, Girundi FMS. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: Relato de caso. Instituto da saúde e gestão Sérgio Feitosa. [acesso 15 mai. 2018]. Disponível em <http://www.iesposgraduacao.com.br/>.