



Curso de Especialização em Prótese

Caio Markcion Alves Dantas

**PRÓTESE PROVISÓRIA OVERLAY NA RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO: relato de caso**

Mossoró/RN

2022

Caio Markcion Alves Dantas

**PRÓTESE PROVISÓRIA OVERLAY NA RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Prótese da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em prótese.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Clara Soares Paiva Torres

Mossoró/RN

2022



A monografia intitulada “**Prótese provisória overlay na recuperação da dimensão vertical: relato de caso**” de autoria do aluno **Caio Markcion Alves Dantas**.

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

Profª Drª Ana Clara Soares Paiva Torres – UERN

Prof. Dr. Lucas Costa de Medeiros Dantas

Prof. Esp. Ney Robson Vieira de Alencar

Mossoró/RN, 13 de Março de 2022

Faculdade Seta Lagoas – FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

Dedico este trabalho ao meu Deus, minha fonte de força e fé, à memória da minha tia Regina Neta, aos meus pais Marcino e Juraci, à minha namorada Ana Heloísa, minhas irmãs Carlla e Kátia e às minhas sobrinhas Anna Júlia, Anna Cecília e Maria Alice.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por este trabalho, primeiramente a Deus, o meu pai e criador. À minha orientadora, Dra. Ana Clara, pela compreensão e grande ajuda no desenvolvimento do projeto. Aos meus queridos professores, Dr. João Paulo, Dr. Lucas, Dr. Ricardo, que durante a pós-graduação me fizeram amar a prótese dentária. Aos meus pais, Marcino Dantas e Juraci Alves, por todo esforço em todas as etapas da minha vida, à minha namorada Ana Heloísa, por ser o meu porto seguro e minha fonte de coragem. Às minhas irmãs, Kátia e Carlla, que sempre foram os meus exemplos de vida, aos meus cunhados Narcísio e Ádamo pela amizade e inspiração e aos meus sogros Humberto e Ângela pela confiança depositada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Imagem frontal extraoral do aspecto inicial com prótese maxilar antiga.	16
Figura 2 –	Imagem frontal intraoral do aspecto inicial.	17
Figura 3 –	Imagem vertical do aspecto inicial - vista oclusal.	17
Figura 4 –	Imagem frontal intraoral do aspecto inicial sem as próteses.	18
Figura 5 –	Imagem frontal extraoral dos planos guias ajustados.	19
Figura 6 –	Imagem frontal intraoral dos planos guias ajustados.	19
Figura 7 –	Imagem frontal da seleção de cor das próteses provisórias.	20
Figura 8 –	Imagem frontal do registo de mordida dos planos guias.	20
Figura 9 –	Dentes em cera montados em articulados semi-ajustável.	21
Figura 10 –	Imagem frontal extraoral da prova dos dentes em cera.	22
Figura 11 –	Imagem frontal intraoral da prova dos dentes em cera.	22
Figura 12 –	Imagem frontal extraoral do aspecto final da recuperação da dimensão vertical com prótese parcial temporária do tipo overlay.	23
Figura 13 –	Imagem frontal intraoral da recuperação da dimensão vertical com prótese parcial temporária do tipo overlay.	23

SUMÁRIO

Introdução	9
Revisão de literatura	11
Dimensão Vertical de Oclusão	11
Prótese provisória overlay	13
Caso clínico	16
Discussão	24
Conclusão	27
Referências	28

**PRÓTESE PROVISÓRIA OVERLAY NA RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO: relato de caso**
OVERLAY TEMPORARY PROSTHESIS IN THE RECOVERY OF VERTICAL
DIMENSION OF OCCLUSION: case report

Caio Markcion Alves Dantas¹

Ana Clara Soares Paiva Torres²

Resumo

As alterações provocadas na Dimensão Vertical de Oclusão ao longo dos anos podem afetar a harmonia facial, as funções básicas bucais, a autoestima e o convívio social. Diante disso, a Odontologia tem buscado cada vez mais técnicas que possibilitem a reabilitação da dimensão vertical e da estética do sorriso. Nesse contexto, o presente estudo objetiva relatar um caso clínico de utilização de Prótese Parcial Removível do tipo *overlay* para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão do paciente. Dessa forma, o método empreendido se trata de um estudo clínico com um único paciente do sexo masculino, com 52 anos, que apresenta como queixa principal insatisfação com a estética do seu sorriso provocada pelo desgaste, tamanho e forma dos dentes. O plano de tratamento envolveu então uma terapia transitória com a prótese parcial temporária do tipo *overlay* como meio para recuperação da dimensão vertical do paciente para, posteriormente, finalizar o tratamento com a implantação de próteses fixas. Conclui-se que as próteses *overlay* são excelentes e eficientes alternativas no restabelecimento das relações maxilomandibulares, além de serem procedimentos menos onerosos que os procedimentos fixos convencionais.

Palavras-chave: Dimensão Vertical de Oclusão; odontologia; *overlay*; prótese parcial removível.

¹ Bacharel em Odontologia – Faculdades Integradas de Patos.

² Professora Doutora - UERN.

Abstract

The changes caused in the Vertical Dimension of Occlusion over the years affect facial harmony, basic oral functions, self-esteem and social interaction. In view of this, Dentistry has increasingly sought techniques that allow the rehabilitation of the vertical dimension and the aesthetics of the smile. In this context, the present study aims to report a clinical case of using an overlay-type Removable Partial Denture to restore the patient's vertical dimension of occlusion. Thus, the method undertaken is a clinical study with a single male patient, aged 52 years, whose main complaint is his dissatisfaction with the aesthetics of his smile caused by the wear, size and shape of his teeth. The results showed that the use of transient therapy with overlay-type temporary partial denture may provide a better recovery of the patient's vertical dimension to later finish the treatment with the implantation of fixed prostheses. It is concluded that overlay prostheses are excellent and efficient alternatives in the restoration of maxillomandibular relationships, in addition to being less costly procedures than conventional fixed procedures.

Keywords: Vertical Dimension of Occlusion; dentistry; overlay; removable partial denture.

Introdução

Com o passar do tempo, o sistema estomatognático humano passa por diversas mudanças, que determinam variadas alterações nos dentes. A Odontologia pode então, por meio da reabilitação oral, promover uma melhoria na qualidade de vida da população que sofre com problemas decorridos dessas alterações¹. Quando se somam às mudanças fisiológicas e patologias como, cárie, doença periodontal e outras oclusopatias vinculadas com interferências oclusais e parafunções bucais, é possível que ocorra alterações na Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), sobretudo com a diminuição dessa, afetando tanto a harmonia facial quanto as funções básicas bucais, isto é, a fala, a mastigação e a deglutição^{2,3}.

Neste sentido, diante de casos de perda de DVO, é fundamental que a mesma seja restabelecida de forma compatível com a estética e as funções bucais, no decorrer dos processos de reabilitação bucal. Circunstancialmente, próteses para reposição de dentes ausentes são instaladas, sem que haja um cuidado com a condição comprometida do sistema estomatognático; e, posteriormente, pode ocorrer alterações no sistema estomatognático resultando em iatrogenias de difícil resolução ou irreversíveis³.

Estudos ressaltam que a Reabilitação Oral (RO) de pacientes parcialmente desdentados possui diversas possibilidades, podendo ser realizada por meio de diferentes opções de tratamento⁴. A escolha pelo tratamento e métodos deve considerar vários aspectos, dentre os quais: “o julgamento profissional; a prática baseada em evidências científicas; as preferências do paciente; as necessidades de tratamento odontológico, as limitações biológicas e a higiene oral do paciente; a mudança na qualidade de vida; o custo-benefício; e, as competências técnicas do profissional⁴.

Diante disso, trata-se de um desafio a decisão clínica referente ao nível de intervenção a ser adotado para o tratamento restaurador do paciente, passando de forma obrigatória pelo julgamento profissional⁵. Além dos aspectos já mencionados existem também outros fatores multidimensionais determinantes, a saber: expectativas do paciente, tipo e severidade das necessidades orais, probabilidade de um resultado positivo, alternativas de tratamento aceitáveis, capacidade do paciente em tolerar o estresse do tratamento, aptidão em manter a saúde oral a longo prazo⁵.

Dentre as possibilidades de tratamento, as Próteses Parciais Removíveis (PPR) se tratam de aparelhos protéticos “planejados e empregados na recuperação das funções estética, fonética e mastigatória de indivíduos parcialmente dentados, representando uma opção de baixo custo, fácil confecção e amplo acesso da população”⁴. Portanto, a PPR é um tratamento largamente empregado como alternativa às Próteses Parciais Fixas (PPFs) convencionais ou sobre implantes⁵.

A justificativa dessa alta demanda por este tipo de intervenção se deve as suas reconhecidas vantagens, tais como reversibilidade, simplicidade e rapidez de confecção e custo relativamente baixo. Ademais, quando bem planejada e executada, promove satisfatório restabelecimento das funções e estética, conservação dos dentes remanescentes e preservação do rebordo alveolar⁵. No

caso de pacientes com redução da DVO, a utilização de próteses provisórias durante o tratamento constitui-se um recurso terapêutico auxiliar para o restabelecimento das funções que foram alteradas, com vistas à adaptação gradativa do paciente a uma nova relação maxilomandibular compatível com as funções bucais, bem como a estética facial².

Nesse sentido, considerando o exposto, o presente artigo objetivou relatar um caso clínico de utilização de Prótese Parcial Removível do tipo *overlay* para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão do paciente. Além disso, por meio desse relato visou-se também analisar a importância da adoção de PPR *overlay* para reabilitação oral de pacientes com DVO e investigar na literatura as vantagens e desvantagens desse tipo de prótese quando bem utilizado no processo da reabilitação oral.

Revisão de literatura

Dimensão Vertical de Oclusão

No desenvolvimento e crescimento corporal se estabelece uma posição de repouso para a mandíbula denominada de Dimensão Vertical Fisiológica, a qual é determinada pelo comprimento de repouso dos músculos mastigatórios ou pelas atividades motoras básicas, que é inativa e permanece permanente durante toda a vida⁶.

No entanto, comumente se encontra pacientes com alterações na Dimensão Vertical de Oclusão (DVO)⁶, a qual pode ser definida como sendo a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato⁷. Assim, a DVO é a distância entre dois pontos, um na maxila e outro na mandíbula quando na posição de máxima intercuspidação como resultado da dimensão vertical de repouso (DVR) subtraída do espaço funcional livre (EFL) cuja média populacional é de 3mm⁷.

As alterações consistem basicamente em uma redução, que afeta a harmonia facial, em virtude da diminuição do terço inferior da face, intrusão dos lábios, queda do nariz, os quais podem acarretar transtornos fonéticos e

mastigatórios, bem como possíveis envolvimento da articulação temporomandibular e músculos da mastigação⁸.

Enquanto pacientes com DVO aumentada, frequentemente advindas de aspectos iatrogênicos, podem apresentar dificuldade de deglutição, de fonação, por contatos dentários durante a fala, sensibilidade dolorosa nos rebordos alveolares, diminuição da habilidade mastigatória e tensão nos músculos faciais⁹.

A alteração da DVO pode causar mudanças até mesmo na postura da cabeça e do pescoço, conduzindo a um distúrbio do controle da postura corporal, podendo afetar a estabilidade da marcha e dificultar a manutenção do equilíbrio do corpo¹⁰.

Em síntese, pode-se compreender que decorrer da vida quando se perde os elementos dentários, o indivíduo modifica não somente a sua estética, o sorriso, mas também o seu padrão de fala, de mastigação, de deglutição e outros⁸. Essas alterações podem interferir tanto na condição de saúde bucal e qualidade de vida, quanto no relacionamento interpessoal e social, implicando diretamente em alterações do comportamento social, emocional e psicológico⁸.

Diante disso, uma prótese se configura como sendo a solução de um ou mais problemas, seja estética seja saúde bucal, desde que atenda às expectativas e necessidades do paciente¹¹.

Para tanto, uma prótese estética precisa zelar pela manutenção dos traços faciais típicos, o perfil, a forma e suporte dos lábios e a harmonia ao sorrir, resultando em uma fisionomia do paciente rotulada como agradável. O sorriso é uma das mais belas e importantes expressões faciais, desse modo, essencial nas expressões de felicidade, humor, amizade, concordância e apreciação. Logo, o sucesso pleno da reabilitação de um paciente edêntulo ainda é considerado um desafio pela Odontologia, exigindo aprimoramento constante do cirurgião-dentista e retornos periódicos do paciente ao consultório¹¹.

Assim sendo, um dos principais fatores que a terapêutica reabilitadora protética deve objetivar é o restabelecido da DVO, haja vista que o restabelecimento adequado da DVO é essencial nas reabilitações protéticas, pois variações deste parâmetro que ultrapassem a capacidade adaptativa do sistema estomatognático podem influenciar negativamente os quadros de disfunções temporomandibulares (DTM)^{2,7}.

Prótese provisória overlay

No decorrer do tratamento de pacientes com redução da DVO, o emprego de próteses provisórias se constitui como um recurso terapêutico auxiliar no restabelecimento das funções alteradas, com objetivo de realizar a adaptação gradativa do paciente a uma nova relação maxilomandibular compatível tanto com as funções bucais quanto com a estética facial¹².

Nesse viés, é essencial ao longo do “tratamento reabilitador o restabelecimento da DVO associada ao estabelecimento das guias laterais e guia anterior, sem esquecer da proteção mútua entre os segmentos dentários posterior e anterior, devolvendo equilíbrio para oclusão funcional”³.

Quando existe alterações no mecanismo de proteção mútua, prejuízos funcionais podem acontecer caracterizando uma condição de colapso oclusal, que resulta em sobrecarga mecânica nos dentes com subseqüentes danos, por exemplo, desgastes da estrutura coronária; fraturas coronárias e/ou radiculares; reabsorções radiculares; e, alterações fisiopatológicas nos músculos, ligamentos e na articulação temporomandibular (ATM)³. Nesse sentido, daí a importância e a necessidade de se restabelecer a DVO de forma gradual, com o uso de próteses provisórias, a fim de oferecer uma relação maxilomandibular adaptada e fisiologicamente estável, descartando a possibilidade do paciente não se adaptar a ‘nova DVO’ após a reabilitação definitiva, dando previsibilidade a reabilitação bucal³.

No que tange às próteses provisórias, essas auxiliam na construção da estética facial recuperando a saúde bucal, o sorriso e a autoestima afetada, por isso este requisito não pode ser negligenciado na etapa do planejamento reabilitador¹³. No espaço de tempo do uso das próteses provisórias é possível verificar se a forma, cor e tamanho dos dentes estão adequados, possibilitando fazer a adequação da estética aos princípios de oclusão, verificar se os componentes protéticos escolhidos estão adequados e com boa funcionalidade e prever se serão necessárias cirurgias adicionais como enxertos gengivais ou ósseos para favorecer uma estética mais harmônica. Apesar de empregar mais tempo de tratamento, as próteses provisórias permitem a obtenção de um resultado mais satisfatório^{13,14}.

O planejamento reabilitador deve ser condizente com a condição periodontal apresentada. O uso de próteses provisórias bem confeccionadas e planejadas não causam doenças periodontais¹⁵.

Todos os pacientes requerem controle de biofilme, instituição de programas de motivação para a manutenção da higiene bucal anterior ao tratamento e a confecção das próteses definitivas³. Haja vista que a análise da condição da saúde periodontal é um ponto indispensável na seleção dos dentes que servirão de apoio para as próteses parciais³. Dessa forma, o uso das próteses provisórias ajuda a controlar interferências oclusais, auxiliando no estabelecimento do prognóstico periodontal, na medida que serve como contenção da condição periodontal e na subsequente escolha dos pilares da prótese definitiva¹⁶.

Em concordância, estudos explicam que nas grandes reabilitações orais, quando são necessárias intervenções clínicas das diversas especialidades odontológicas, é indicado o uso de PPR provisórias⁴. Uma vez que o recomendado é que a instalação de próteses definitivas seja realizada somente após a adequação do meio bucal, quando as necessidades de tratamento odontológico – a exemplo de má higiene oral, doença periodontal, infecção endodôntica, cárie dentária e restaurações imperfeitas – forem resolvidas ou minimizadas ao máximo e as estruturas orais estejam preparadas para receber os dispositivos protéticos planejados para conclusão do tratamento reabilitador⁴. Além de que privar o paciente da reabilitação parcial das funções orais durante toda a fase reabilitadora do tratamento odontológico é uma prática inadmissível.

Para tanto, as PPR tipo overlay são utilizadas em reabilitações orais nas quais existe um desgaste dentário excessivo e necessidade de restabelecimento da DVO. As PPR tipo overlay também pode ser utilizada no tratamento que antecede a cirurgia ortognática, no tratamento de pacientes com defeitos congênitos, no condicionamento do músculo, servindo como orientação para uma posterior reabilitação¹⁷. São confeccionadas a partir de um enceramento e sua finalização ocorre por meio de um processo de prensagem de resina acrílica¹⁸.

As próteses parciais tipo overlay são classificadas de acordo com o material usado para envolver a oclusal ou sua estrutura – metálicas, de resina, de porcelana, ou mista que é a combinação de metálico e estético – e de acordo com a função – provisória e definitiva¹⁷.

As próteses de estrutura metálica possuem uma transmissão inadequada de forças para o periodonto. Já as de resina é maior a chance de descolamento, fratura, descoloração e desgaste do material que recobre a incisal ou oclusal¹⁸.

Nesse contexto, um estudo relatou que na reabilitação bucal de pacientes com redução da DVO, a adoção de prótese provisória removível tipo overlay se constitui como sendo um recurso terapêutico auxiliar no restabelecimento das funções bucais alteradas, ao permitir a diminuição da DVO previamente a reabilitação bucal definitiva, com diversas vantagens, a saber³:

- adaptação gradativa do paciente a uma nova relação maxilomandibular compatível com as funções bucais;
- conforto neuromuscular;
- melhoria estética em curto espaço de tempo;
- aumento da autoestima e qualidade de vida decorrentes da melhoria na estética;
- previsibilidade estética e funcional para reabilitação bucal definitiva;
- reversibilidade;
- aceita pacientes com desgastes dentais severos³.

Outrossim, outro estudo aponta outras as vantagens relacionadas às PPR provisórias do tipo overlay¹⁸:

- facilidade de reparo,
- facilidade de higienização;
- baixo custo;
- dentes remanescentes não necessitam de desgastes¹⁸.

Todavia, como toda terapia também apresenta desvantagens, dentre as quais¹⁸:

- dificuldade de fala;
- possível desconforto devido à dificuldade de adaptação da prótese;
- técnica laboratorial complexa;

- complexidade do processo laboratorial¹⁸.

Caso clínico

Paciente R.L.P.X., 52 anos, sexo masculino, procurou atendimento no Instituto de Ensino e Pesquisa Oral Clínica, apresentando como queixa principal o fato de que os dentes são pequenos, muito desgastados e ao sorrir seus dentes não aparecem, tendo como principal objetivo a colocação de implantes dentários.

Após a realização da anamnese e exame clínico do paciente no curso de Especialização em Implantes Dentários, percebeu-se a necessidade de uma abordagem mais ampla no caso em questão e, logo, o paciente foi encaminhado para o curso de Especialização em Prótese Dentária.

Continuando a abordagem observou-se que o paciente apresentava uma dimensão vertical bastante alterada, com desgastes severos em praticamente todos os dentes, tendo espaço funcional livre (DVR-DVO) de 12mm. As Figuras 1, 2, 3 e 4 mostram o aspecto inicial do caso com e sem prótese dentária.

Figura 1 – Imagem frontal extraoral do aspecto inicial com prótese parcial removível maxilar antiga.



Figura 2 – Imagem frontal intraoral do aspecto inicial.



Figura 3 – Vista oclusal do aspecto inicial.



Figura 4 – Imagem frontal intraoral do aspecto inicial sem as próteses.



Teve-se como proposta geral o tratamento com próteses totais fixas sobre implante para o arco superior. Entretanto, antes disso fez necessário a implementação de terapia transitória com a PPR do tipo overlay para um correto diagnóstico do caso e possibilitar o restabelecimento da dimensão vertical.

Dessa forma, foi solicitado documentação completa com o Planejamento Digital do Sorriso. Simultaneamente, visando a reabilitação final, o paciente passou por uma cirurgia de levantamento de seio maxilar bilateral e, em seguida, retornou para ser dado continuidade ao seu tratamento com overlay.

Como a dimensão vertical do paciente se apresentou diminuída, foi considerado que restabelecê-la era de suma importância para o sucesso final do tratamento e por isso foi proposto ao paciente próteses parciais removíveis do tipo overlay para nos auxiliar no correto diagnóstico do caso.

Inicialmente, foram realizadas moldagens de estudo com Alginato Hydrogum 5 Tipo I do arco superior e inferior. Alginato Hydrogum 5 Tipo I, (Zermack), possui alto desempenho, foi desenvolvido para atender as necessidades dos profissionais de Odontologia e Prótese Dentária mais exigentes. É indicado para confecção de

próteses removíveis, modelos de estudo, antagonista em prótese fixa e removível, pontes e coroas provisórias. Possui alta precisão na reprodução de detalhes, assemelhando-se à de um silicone; proporciona impressões precisas, com superfícies lisas e compactas e possui alta estabilidade dimensional, que garante precisão de impressão por até 120 h.

O trabalho foi enviado para laboratório e solicitado planos guias em cera das duas arcadas (Figura 5 e 6).

Figura 5 – Imagem frontal extraoral dos planos guias ajustados.



Figura 6 – Imagem frontal intraoral dos planos guias ajustados.



Na clínica, com o auxílio da régua de Fox, foram feitos ajustes dos planos e obtive-se 3mm de EFL, foram traçadas as linhas de orientação. Selecionou-se o tamanho e cor dos dentes (Figura 7).

Figura 7 – Imagem frontal da seleção de cor dos dentes das próteses provisórias.

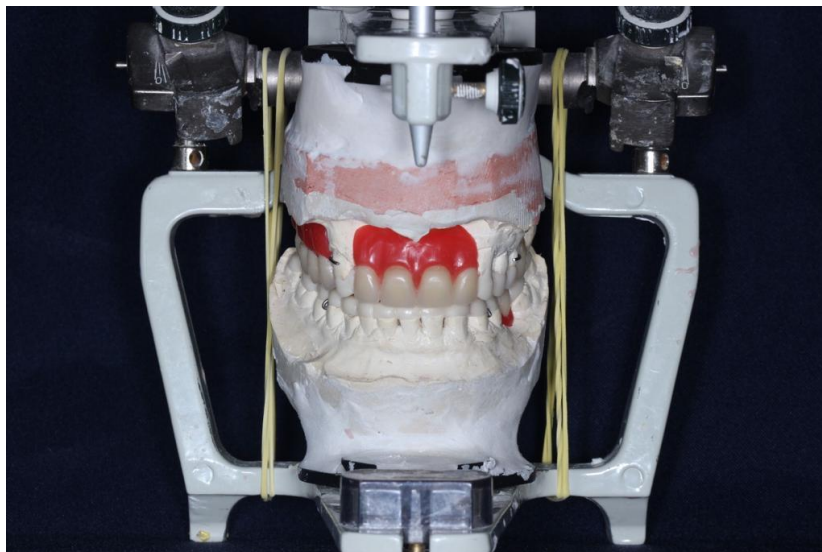


Posteriormente, foram feitos registros da posição da mordida com pasta zinco (enólica), a Pasta de Impressão LS (Figura 8) para montar em Articulador Semi Ajustável (ASA), com o auxílio da mesa de Camper (Figura 9) e, novamente, foi enviado ao laboratório solicitando a montagem dos dentes para depois realizar a prova em boca.

Figura 8 – Imagem frontal do registo de mordida dos planos guias.



Figura 9 – Dentes em cera montados em articulador semi-ajustável.



A determinação da dimensão vertical de oclusão foi feita por meio da combinação de métodos subjetivos e objetivos. Os métodos subjetivos incluíram a determinação da dimensão vertical de repouso e posicionamento da dimensão vertical de oclusão mantendo 2-3 mm de espaço interoclusal, avaliação fonética do espaço de pronúncia, deglutição e avaliação da estética facial. Além disso, medidas faciais também foram obtidas para confirmar as proporções.

Posterior ao recebimento do caso montado, foi feita a prova dos dentes em cera na boca (Figura 10 e 11), realizou-se ajustes oclusais e de posicionamento

dentário e selecionou-se a cor da gengiva pela escala STG, sendo solicitado ao técnico a acrilização das peças. Na instalação do trabalho em boca, foram feitos ajustes para um correto assentamento da peça e ajustes oclusais necessários.

Figura 10 – Imagem frontal extraoral da prova dos dentes em cera.



Figura 11 – Imagem frontal intraoral da prova dos dentes em cera.



Com o correto planejamento e utilizando técnica adequada, conseguiu-se devolver funcionalidade, um melhor preenchimento da face, e junto com tudo isso, a estética também foi devolvida (Figura 12 e 13).

Figura 12 – Imagem frontal extraoral do aspecto final da recuperação da dimensão vertical com prótese parcial temporária do tipo overlay.



Figura 13 – Imagem frontal intraoral da recuperação da dimensão vertical com prótese parcial temporária do tipo overlay.



Discussão

Dimensão Vertical de Oclusão é a medida do terço inferior da face quando há contato dos dentes posteriores. Uma DVO aumentada ou diminuída pode trazer em alguns casos danos permanentes e em outros danos passíveis de recuperação ao paciente. Sua alteração com relação à diminuição pode estar associada principalmente com o desgaste ou ausência de elementos dentários¹⁹.

Um dos principais problemas atribuídos à perda da DVO é o aparecimento de características semelhantes às verificadas no envelhecimento, uma vez que determina alterações na face do paciente, do ponto de vista muscular e relacionado às articulações temporomandibulares (ATM's). Ademais, a estética facial normalmente é fortemente afetada, pois se perde a harmonia do sorriso, em razão do aumento dos sulcos nasogenianos, a exemplo, alterações na fonética e mastigação que são complicações bem relevantes¹⁹.

Um estudo evidenciou que o crescimento da mandíbula tem um grande impacto sobre a DVO, incluindo o crescimento de osso alveolar, o qual continua na idade adulta. Na altura do terço inferior da face podem ocorrer alterações em razão do envelhecimento resultando em um desgaste dos dentes e às perdas dentárias²⁰.

Ademais, ressalta-se que o crescimento de osso alveolar pode resultar em uma DVO relativamente normal ou aumentada, embora os efeitos da perda na

superfície do dente variem do saldo relativo entre o desgaste e crescimento compensatório. Quando o crescimento for insuficiente para compensar a perda de superfície, o espaço interoclusal sofrerá aumento, no contrário não haverá um aumento da DVO²⁰.

É salutar que a perda de superfície do dente é um processo normal causado por erosão, abrasão e desgaste, estas causas estão associadas a fatores como uma dieta ácida, regurgitação, podendo comprometer a sobrevivência do dente gerando complicações sendo uma das principais causas de redução da dimensão vertical de oclusão²⁰.

Para a avaliação e determinação da DVO, vários métodos foram propostos ao longo da história, sendo mais comumente utilizados, os métodos das proporções faciais, fonético e métrico².

No que se refere ao **método das proporções faciais**, sabe-se algumas dimensões faciais são semelhantes à medida da DVO do paciente – a distância interpupilar, a vertical do canto do olho ou da pupila ao canto da boca, a vertical da sobrancelha para a asa do nariz, a vertical do nariz a linha média, a do canto do lábio ao outro, entre a linha da sobrancelha e a linha capilar (em mulheres), a entre o canto do olho e o ângulo interno do outro olho, a vertical da orelha, duas vezes o tamanho de um olho, entre o canto do olho e a orelha² – e uma das grandes vantagens das medidas faciais é que não requerem radiografias ou outros aparelhos especiais, pois fotos antigas podem ser um guia para o clínico dimensionar as proporções faciais antes da perda dos dentes²¹.

Quanto ao **método estético**, este determina a DVO por meio do julgamento da aparência externa da face, tendo como pontos de referência a conformação dos sulcos nasogenianos, harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto e obtenção da plenitude facial. A dependência de critérios estéticos subjetivos do cirurgião-dentista e do paciente se apresenta como desvantagens²².

Já o **método fonético** determina a DVO baseado na posição da ponta dos incisivos mandibulares cerca de 1mm inferior e lingual à ponta dos incisivos maxilares, durante a pronúncia de determinados sons, como o /S/²³. Sons como o /M/, /F/ e o /l/ também podem ser utilizados, contudo há uma discussão quando se enfoca a multidisciplinaridade associando a Odontologia com a Linguística e a Fonoaudiologia, quanto à utilização desses sons. Salienta-se que devido

subjetividade do método, este deve ser utilizado em associação com outros métodos para a determinação da DVO^{24,2}.

Em relação ao **método métrico**, o mesmo é capaz de determinar a DVO por meio da distância interoclusal que é a medida da distância entre dois pontos (nariz e queixo), feitas na oclusão central e com a mandíbula em posição de descanso. Quando estas medidas são comparadas e a diferença for maior que 2 a 4mm, pode ser considerada que a DVO tenha diminuído e quando o for menor que 2mm, tem-se um aumento da DVO. Um compasso em forma de L tem sido empregado amplamente para a determinação da distância entre a ponta do nariz e a base do mento, durante a utilização deste método²⁵.

Considerando então o correto diagnóstico por meio da conciliação desses métodos, um dos tratamentos mais indicados para pacientes com alterações na DVO, é a instalação prévia de uma *overlay*. A *overlay* é uma prótese parcial removível temporária normalmente utilizada como fase intermediária no tratamento de reabilitações orais. Este tipo de prótese restabelece a dimensão vertical, a oclusão central e a estética, quando ambas não podem ser reconstituídas imediatamente com uma prótese definitiva. São confeccionadas a partir de um enceramento e finalizado por meio do processo de prensagem de resina acrílica, um trabalho que apresenta boa qualidade estética no que diz respeito ao acabamento e aspecto clínico²⁶.

No que concerne à prótese temporária *overlay*, essa “tem uma grande importância nesse processo de reabilitação, pois ela não necessita de um tratamento clínico integrado, visto que é adaptada às estruturas dentárias remanescentes sem a necessidade de outros tratamentos especializados”²⁷.

A *overlay* restabelece as funções orais perdidas pela diminuição da DVO e apresenta grandes vantagens e maior simplicidade na execução, uma vez que a sua forma de encaixe é sobre a oclusal dos posteriores e incisais dos dentes anteriores, o que facilita a remoção para higienização, contribuindo para adaptação do indivíduo a nova DVO²⁷.

As grandes vantagens da *overlay* são a rapidez e a eficiência em um processo reabilitador, que fazem desse tipo de prótese um aliado de grande valia tanto para o profissional quanto para o paciente²⁶.

Além disso, pode-se apontar também como pontos positivos das PPR do tipo *overlay* o correto restabelecimento da dimensão vertical, a manutenção e

conservação da integridade dos dentes naturais presentes, estética e fonética devolvidas com grande êxito, que tendem a aumentar a segurança emocional do paciente e a autoestima, permitindo que socialmente ele possa se apresentar com confiança²⁶.

Conclusão

As próteses parciais removíveis provisórias desempenham papel relevante no tratamento integrado, na proporção em que contribuem para recuperação das funções orais perdidas. Logo, a instalação da PPR provisória do tipo overlay contribui para proteção e condicionamento dos tecidos orais, reestabelecimento das relações intermaxilares e favorecimento da estética, fonética e função mastigatória. Entre seus benefícios menciona-se ainda que as mesmas proporcionaram conforto ao paciente e adaptação do indivíduo à nova configuração do sistema estomatognático⁴.

Em casos como o apresentado, salienta-se que a importância que as PPR (overlays) sejam adotadas logo no início do tratamento, obtendo assim o restabelecimento de forma gradual da DVO, uma vez que no término do tratamento sem essa fase transitória o paciente pode não se adaptar à nova DVO, acarretando insucesso do tratamento reabilitador¹⁸.

Nesse aspecto, as overlays representam uma excelente e eficiente alternativa no restabelecimento das relações maxilomandibulares. Ademais, são procedimentos menos onerosos que os procedimentos fixos convencionais, geralmente usados na reabilitação de pacientes com diminuição da DVO e bem mais indicados para pacientes que tiveram desgastes em função de hábitos parafuncionais²⁸.

Nesse sentido, no presente caso clínico a PPR temporária do tipo overlay foi utilizada como uma terapia transitória com representativa eficácia para que, posteriormente, o tratamento protético do paciente viesse a ser continuado, tendo em vista as suas funções reabilitadoras.

Referências

1. Okida RC et al. Utilização de prótese parcial removível overlay na reabilitação oral: revisão narrativa. Revista Bahiana de Odontologia. 2017; 8(2):44-50. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/1252>.
2. Dantas E. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. Odonto. 2012; 20(40):41-8. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/3034/3420>.
3. Rios ACFC et al. Uso de prótese provisória tipo overlay como recurso de avaliação funcional em indivíduos com alteração da dimensão vertical de oclusão. Odontologia Clínico-Científica (Online). 2016; 15(2):135-40. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882016000200012.
4. Cavalcanti YW, Oliveira LMC, Batista AUD. Prótese parcial removível provisória tipo overlay na reabilitação oral de paciente com colapso oclusal posterior. R Bras Ci Saúde. 2015; 19(2):143-50. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24700>.
5. Souza JE, Silva ET, Leles CR. Prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos. Revista Odontológica do Brasil Centra. 2009; 18(47). Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/19/17>.
6. Silva FA, Silva WAB. Dimensão Vertical de Oclusão: um método alternativo para sua determinação. Revista Gaúcha de Odontologia. 1991; 39:377-80. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-854790>.
7. Jorge JMSJ et al. Associação entre dimensão vertical de oclusão e transtornos temporomandibulares. ClipeOdonto. 2016; 8(1):44-50. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/clipeodonto/article/view/2279>.
8. Trentin LM et al. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. 2016; Journal of Oral Investigations. 5(1):50-60. Disponível em: <http://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1249/pdf>.

9. Farias ABL et al. Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular- avaliação clínica. *Brazilian Dental Science*. 2009; 12:11-19. Disponível em: <https://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/633>.
10. Fujimoto M et al. Changes in gait stability induced by alteration of mandibular position. *J Med Dent Sci*. 2001; 48:131-36. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmnds/48/4/48_KJ00000040597/_pdf/-char/ja.
11. Pomilio A. Restabelecimento do plano oclusal e da dimensão vertical de oclusão em dentaduras duplas confeccionadas com base na técnica de zona neutra e sua avaliação frente aos padrões cefalométricos. Dissertação, Mestrado em Odontologia, Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 1998. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_1bfe79ba02104321990bacd7be6ef189.
12. Silva M et al. Reabilitação oclusal com prótese parcial removível provisória tipo “overlay”: relato de caso. *Rev Bras de Cien da Saúde*. 2011; 15(4):455-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10049>.
13. Chaves V et al. A proporção áurea como complemento na determinação da dimensão vertical. *UNOPAR Cient Biol Saúde*. 2014; 16(1):39-44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324584808_A_Proporcao_Aurea_como_Complemento_na_Determinacao_da_Dimensao_Vertical_The_Golden_Proportion_as_a_Method_for_the_Determination_of_Complementary_Vertical_Dimension.
14. Rodrigues RA. Procedimento multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional: relato de caso. *Int J Dent*. 2010; 9(2):96-101. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-146X2010000200009.
15. Carreiro AFP. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes de suporte. *R. Periodontia*. 2008; 18(1):105-13. Disponível em: <http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/marco2008/artigo16.pdf>.
16. Mukay M. et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível: RPG. *Rev Pós Grad*. 2010; 17(3):167-72. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-56952010000300007&script=sci_abstract.

17. Pacheco AFR. Estratégia para restabelecimento de dimensão vertical de oclusão com mini-jig estético: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2012; 21(56):340-50. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/647>.
18. Leles S et al. Prótese overlay no paciente com perda de dimensão vertical causada pelo bruxismo: Experiência de estágio clínico. Psicologia e Saúde em debate. 2017; 3(1):12-21. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/87/71>.
19. Cordeiro DCF. Restabelecimento de DVO em pacientes dentados com hábitos parafuncionais: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Centro Universitário UniGuairacá de Guarapuava. Guarapuava: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2021. Disponível em: <http://200.150.122.211:8080/jspui/bitstream/23102004/275/1/Restabelecimento%20de%20DVO%20em%20pacientes%20dentados%20com%20h%c3%a1bitos%20parafuncionais%20-%20revis%c3%a3o%20de%20literatura.pdf>.
20. Hobkirk JA. Loss of the Vertical Dimension of Occlusion and Its Management Implications. The Internacional Journal of Prosthodontics. 2009; 22:520-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20095210/>.
21. Tosato JP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. Rev Gaúcha Odontol. 2006; 54(3):211-24. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-457224>.
22. Fragoso WS et al. Reabilitação oral com prótese parcial removível overlay. RGO. 2005; 53(3):243-46. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-427802>.
23. Guertin G, Prostho C. The evaluation of occlusal vertical dimension. Journal dentaire du Québec. 2003; 40:241-43. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/485-odonto/v20n40/4048-a-importancia-do-restabelecimento-da-dimensao-vertical-de-oclusao-na-reabilitacao-protetica.html>.
24. Oliveira MA. Estudo da validade dos métodos fonéticos para a determinação da dimensão vertical em prótese. Tese (Doutorado em Odontologia). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994.

25. Harper RP, Mish CE. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. Quintessence Internacional. 2000; 31(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11203936/>.
26. Lara RA. et al. Parafunção Severa: reabilitação oral com prótese total mandibular x overlay Maxilar: relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba. 2012; 37-40. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/133343/ISSN1677-6704-2012-33-01-37-40.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Cézar HF, Silva FB. Recuperação da dimensão vertical de oclusão com prótese temporária overlay: relato de caso. Archives of Health Investigation, v. 8, n. 6, 2019. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3225> >. Acesso em: 12 dez 2021.
28. Costa MM et al. Reabilitação oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay: relato de caso. Revista Odontológica do Brasil Central. 2017; 26(77). Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1069/904>.