

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
DIEGO TOSATTI

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO
COM PRÓTESES FIXAS E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
ASSOCIADO À REABILITAÇÃO ESTÉTICA DOS DENTES
ANTERIORES SUPERIORES: RELATO DE CASO**

**LAGES
2019**

DIEGO TOSATTI

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO
COM PRÓTESES FIXAS E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
ASSOCIADO À REABILITAÇÃO ESTÉTICA DOS DENTES
ANTERIORES SUPERIORES: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Lessandro Machry

**LAGES
2019**


DIEGO TOSATTI

**RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO
COM PRÓTESES FIXAS E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
ASSOCIADO À REABILITAÇÃO ESTÉTICA DOS DENTES
ANTERIORES SUPERIORES: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Lessandro Machry

Lages, SC 21 / 06 / 2019. Nota 9,0



Coordenador do curso de Odontologia Lessandro Machry

**LAGES
2019**

LISTA DE ABREVIATURAS:

DVO: Dimensão vertical de oclusão;

DV: Dimensão vertical;

DVR: Dimensão vertical de repouso;

EFL: Espaço funcional livre;

CD: Cirurgião dentista.

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Perfil lateral direito.....	10
Figura 2: Perfil frontal.....	10
Figura 3: Perfil lateral esquerdo.....	10
Figura 4: Intra oral arcada superior.....	10
Figura 5: Arcada superior oclusal.....	10
Figura 6: Intra oral arcada inferior.....	11
Figura 7: Arcada inferior oclusal.....	11
Figura 8: Radiografia arcada superior.....	11
Figura 9: Radiografia arcada inferior.....	11
Figura 10: Preparo término em chanfro subgengival.....	12
Figura 11: Provisórios.....	12
Figura 12 e 13: Condicionamento ácido no dente.....	13
Figura 14: Condicionamento ácido lavagem.....	13
Figura 15: Condicionamento ácido secagem.....	13
Figura 16: Adesivação.....	14
Figura 17: Peça ácido fluorídrico.....	14
Figura 18: Lavagem peça 60 seg.....	15
Figura 19: Adesivação nas próteses.....	15
Figura 20: Colocação cimento resinoso à peça.....	15
Figura 21: Remoção excessos.....	15
Figura 22 e 23: Fotopolimerização.....	15
Figura 24: Foto final das peças cerâmicas.....	16
Figura 25: Foto arcada inferior.....	16
Figura 26: Foto final do caso.....	17

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM PRÓTESES FIXAS E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ASSOCIADO À REABILITAÇÃO ESTÉTICA DOS DENTES ANTERIORES SUPERIORES: RELATO DE CASO

Diego Tosatti¹
Lessandro Machry²

RESUMO

A perda da DVO resulta no encurtamento do terço inferior da face, podendo gerar dores articulares, bem como ser um fator agregado para o aparecimento das disfunções temporomandibulares (DTMs), que dependem também de fatores psicológicos para se manifestarem, e afeta em consequência a bateria anterior das arcadas dentárias pela perda de estabilidade oclusal. A perda de DVO é ocasionada pela perda dos dentes posteriores, na sua totalidade ou parcial, acarretando em sobrecarga na região anterior, fazendo com que os desgastes dos dentes anteriores se acentuem. Associado a este panorama, ainda existem os hábitos parafuncionais como o bruxismo e apertamento dental, que é o ato de ranger os dentes podendo ser diurno, noturno ou combinado. O tratamento deste tipo comum de situação se dá na reposição dos dentes perdidos e processos restauradores das estruturas, tais como restaurações diretas em resina composta e indiretas como coroas, facetas, *table tops*, *onlays* e *inlays* de materiais restauradores indiretos. Após reabilitação restauradora, manter o acompanhamento e o uso de placa oclusal, oferecerá ao tratamento longevidade e estabilidade quando do diagnóstico de parafunção ou de instabilidade oclusal. Assim, este trabalho demonstra clinicamente por meio da realização de um caso clínico, o emprego de reabilitação estética e funcional com diferentes dispositivos, devolver a harmonia de um sorriso comprometido pela alteração de DVO, alcançando um resultado altamente satisfatório proporcionando bem estar e função ao paciente, e consequente aumento de sua autoestima.

Palavras-chave: Bruxismo. Cimentos dentários. Dimensão vertical. Estética dentária. Oclusão dentária.

¹ Acadêmico da 10ª fase do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest

² Coordenador do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest e orientador do projeto.

RESTORATION OF THE VERTICAL DIMENSION OF OCLUSION WITH FIXED PROSTHESES AND REMOVABLE PARTIAL PROTHESIS ASSOCIATED WITH THE AESTHETIC REHABILITATION OF THE UPPER PREVIOUS TEETH: CASE REPORT

Diego Tosatti¹
Lessandro Machry²

ABSTRACT

The loss of OVD results in shortening of the lower third of the face, which may lead to joint pain, as well as being an aggregate factor for the appearance of temporomandibular (TMD) dysfunctions, which also depend on psychological factors to manifest, and consequently affect the anterior battery of dental arches due to loss of occlusal stability. The loss of OVD is caused by the loss of the posterior teeth, in whole or in part, resulting in overload in the anterior region, causing the wear of the anterior teeth to accentuate. Associated with this scenario, there are still parafunctional habits such as bruxism and dental tightening, which is the grinding of the teeth, which can be diurnal, nocturnal or combined. The treatment of common type of situation occurs in the replacement of lost teeth and restorative processes of the structures, such as direct restorations in composite resin and indirect such as crowns, facets, table tops, onlays and inlays of indirect restorative materials. After restorative rehabilitation, to maintain the follow-up and the use of occlusal plaque, will offer the treatment longevity and stability when the diagnosis of parafunction or occlusal instability. Thus, this work demonstrates clinically through the accomplishment of a clinical case, the use of aesthetic and functional rehabilitation with different devices, returning the harmony of a smile compromised by the alteration of OVD, achieving a highly satisfactory result providing wellness and function to the patient , and consequent increase of their self-esteem.

Key-words: Bruxism. Dental cements. Vertical dimension. Esthetic dental. Dental occlusion.

¹ Academic of the 10th phase of the Dentistry course of the Unifacvest University Center.

² Coordinator of the Dentistry course at Unifacvest University Center and project supervisor

INTRODUÇÃO

Procedimentos reabilitadores, tanto estéticos como funcionais, são cada vez mais procurados pelos pacientes que buscam restaurar condições dentárias perdidas. Um grande número de possibilidades terapêuticas existe, desde os tratamentos mais simples com a reposição de um único elemento dentário, até casos mais complexos que envolvem a confecção de próteses totais e/ou parciais, ou a reposição de vários elementos com implantes dentários.

Uma das questões mais importantes em reabilitações protéticas é restabelecer a dimensão vertical (DV). Segundo Costa *et al*, (2002) a ausência de dentes posteriores acarretam em uma sobrecarga nos dentes anteriores, sobretudo com hábitos parafuncionais como o bruxismo, gerando facetas de desgaste e ocasionando a perda da dimensão vertical de oclusão (DVO). Kreve (2016), definiu a DVO como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula. A DV também se difere em dimensão vertical de repouso (DVR), que segundo o Glossário de Termos Protéticos (Glossary of Prosthodontic Terms, 1977), corresponde à altura do terço inferior da face medida através de dois pontos, quando a mandíbula estiver em posição fisiológica de repouso em relação à maxila. Telles (2009) classificou que determinando a DVO e a DVR é possível determinar o espaço funcional livre (EFL) também conhecido como distância interoclusal que vai interferir diretamente na fonação.

A diminuição da DVO pode gerar sérios problemas para o sistema estomatognático. Silva e Copelli Junior (1990), relatam que a diminuição da DVO interfere nas posições dentárias, gerando sobremordida e vestibularização dos dentes anteriores superiores, além de provocar desgastes oclusais, gerando assim um perfil facial diminuído, encurtamento muscular e podendo gerar sobrecarga articular. O bruxismo, parafunção capaz de gerar desgaste dentário e consequente perda de DVO, é uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, que inclui apertar ou ranger de dentes, em nível subconsciente, onde os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes, o que pode acarretar danos ao sistema mastigatório bem como agregar em fatores para o ponto gatilho das desordens temporomandibulares, que deverão ser avaliados com cautela realizando uma boa anamnese colhendo maior número de informações (OKESON, 1992), diferenciando-se do apertamento onde as etiologias podem ser as mesmas, porém os sintomas são diferenciados. Campos *et al*, (2002), fala que o tratamento deverá ser multiprofissional por se tratar de uma etiologia multifatorial, além do cirurgião dentista que deverá avaliar as causas e restabelecer a DVO

através de trabalhos protéticos e restauradores e tratamento deverá ser contínuo com placas miorelaxantes, onde Miranda *et al.*, (2008), classifica como um dispositivo personalizado exclusivamente para o paciente onde ele irá reprogramar todo o sistema estomatognático aliviando as atrições diminuindo os riscos da perda dos trabalhos realizados para o restabelecimento da DVO.

Além das situações supracitadas, com a perda de DVO, e conseqüente sobremordida, inviabiliza procedimentos reabilitadores estéticos na região anterior, tendo em vista a falta de espaço e oclusão adequada para tal. Considerando as estratégias restauradoras existentes, o trabalho em questão vai abordar um caso clínico onde a paciente possui perda da DVO devido à ausência de elementos dentários na região posterior bilateralmente tanto em maxila quanto em mandíbula, associada à hábitos parafuncionais. Logo, o objetivo deste trabalho é realizar um relato de caso clínico onde será reestabelecida a dimensão vertical de oclusão com próteses fixas sobre implantes na região inferior posterior, e com prótese parcial removível na região superior posterior, associado à reabilitação estética dos dentes anteriores superiores com coroas livres de metal e inferiores com anatomização dos dentes anteriores em resina composta.

REVISÃO DE LITERATURA

A odontologia restauradora tem como propósito o restabelecimento da estrutura dentária perdida, propiciando reabilitação com estética e função, devolvendo ao paciente qualidade de vida e autoestima (VERDE *et al.*, 2011). O tratamento odontológico deve ser realizado baseando-se em um plano de tratamento preestabelecido. Segundo Silva *et al.*, (2011) cada etapa do tratamento influencia nas demais e, conseqüentemente, no resultado final. Diante disso, um planejamento interdisciplinar é essencial para a resolução do caso de maneira integral, devolvendo estética, fonética e função.

Segundo, Sato *et al.*, (2000), quando o espaço funcional livre for menor que 2mm, pode-se estar diante da necessidade de um aumento da DVO. Em relação aos métodos de determinação da DVO, dentre os mais utilizados estão o métrico, o fonético e o das proporções faciais (DANTAS, 2013). Nenhum método até hoje foi qualificado como sendo o mais eficaz dentre todos (EDUARDO, 2000). A resposta frente a cada tipo de método utilizado pode variar de paciente para paciente, sendo importante a associação de diferentes métodos para uma adequada determinação da DVO (TURANO & TURANO, 2004).

Quanto à necessidade de restabelecer a DVO em paciente que apresenta disfunção severa, é necessário um tratamento reabilitador cuidadoso, e é necessário primeiro tirar o paciente da fase aguda da disfunção, em seguida indicar dispositivos e/ou tratamentos que evitem a recorrência da parafunção (MOSHAYERINIA *et al.*, 2014). Muitas são as possibilidades de tratamento reabilitadores, tais como restaurações em resinas compostas (HUMEL *et al.*, 2012), implantes dentários, próteses parciais e fixas (MOSHAYERINIA *et al.*, 2014).

As atividades parafuncionais, de acordo com CAMPARIS e colaboradores (2001), são aquelas que ocorrem sem qualquer propósito funcional e caracterizam-se por contrações musculares prolongadas diurnas ou noturnas, podendo afetar a dentição, o periodonto, os músculos mastigatórios e as articulações temporomandibulares.

Quando há necessidade de restabelecimento da DVO por perdas de estruturas dentais pelo bruxismo, uma mudança maior na condição oclusão existente deverá ser avaliada no plano de tratamento, tendo como objetivo promover condições oclusais ideais na direção da estabilidade ortopédica, ou seja, garantir uma posição musculoesquelética adequada (OKESON, 2000).

O desgaste dental, ou mesmo a perda de elementos, que provocam alterações na DVO, precisa ser tratado, independente de sintomatologia, mas pela importância funcional. As restaurações são planejadas e executadas obedecendo às necessidades funcionais e estéticas do paciente. Quando a reconstrução for extensa, procedimentos mais complexos como pinos intraradiculares podendo ser o de fibra de vidro e deve ser realizado com o objetivo de aumentar a retenção desta restauração (UCHIDA *et al.*, 2004).

Em vista nas restaurações indiretas para correção dos desgastes ocasionados por hábitos parafuncionais, estas podem ser confeccionadas em materiais como coroas metalocerâmicas, coroas metal free, facetas laminadas, cerâmicas infiltradas por resina, resina laboratoriais, ligas metálicas) (FAHL JÚNIOR, 1997). Apesar das próteses metalocerâmicas serem consagradas pelos resultados satisfatórios há várias décadas, estas apresentam translucidez e luminosidade comprometidas devido à presença da estrutura metálica, como reforço, o que muitas vezes pela oxidação do metal pode limitar a sua indicação na região anterior, devido a recessões gengivais com o passar dos anos podendo-se expor a cinta metálica tornando a peça com aspecto não tão agradável (TOATI *et al.*, 2001).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, que se apresentou a clínica odontológica UNIFACVEST relatando dores articulares e insatisfação com a estética dentária, pois possuía facetas em resina composta nos elementos 13 ao 23 e as mesmas possuíam infiltrações na palatina, sem melhores acabamentos com dificuldade em utilizar fio dental com grande acúmulo de placa bacteriana aderida na superfície vestibular, com ausência dos elementos 17,26,27,36,37 e 47, caries ativas classe V nos elementos 34,35,36,42,43 e 44, após feita anamnese foram realizadas fotografias extra oral de perfil lateral direita (figura 1), frontal (figura 2), lateral esquerda (figura 3) e intraoral arcada superior (figura 4), arcada superior oclusal (figura 5), arcada inferior (figura 6) e arcada inferior oclusal (figura 7), para auxiliar posteriormente no diagnóstico.





(Figura 6)

(Figura 7)

Após passar por anamnese cuidadosa e por exame clínico, foram solicitados exames complementares como radiografias da arcada superior (figura 8) e arcada inferior (figura 9) e tomografia das regiões edêntulas.



(Figura 8)

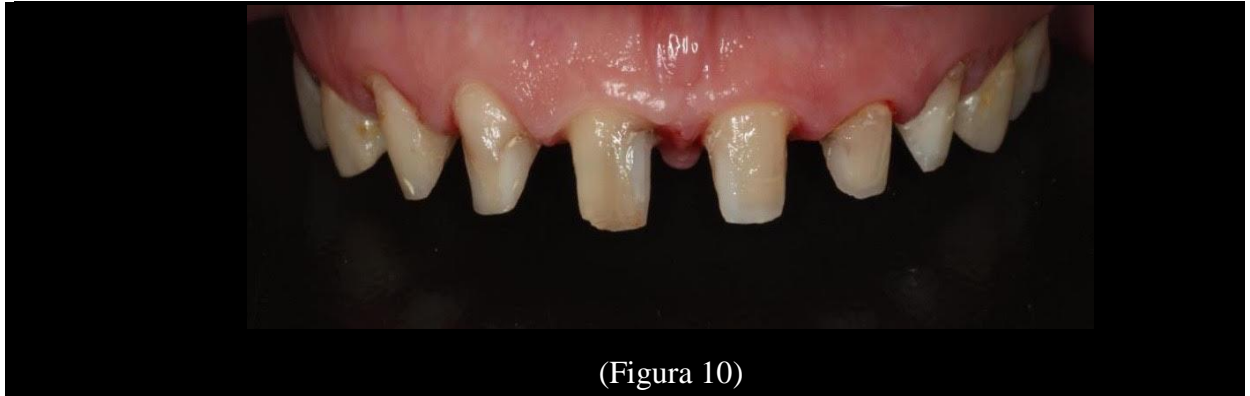
(Figura 9)

Iniciou-se o tratamento com a obtenção de modelos de estudo, onde foi observado os elementos dentários ausentes e articulado em articulador semi-ajustável que nos demonstrou o quanto da dvo havia perdido, após seguimos como plano de tratamento coroas metal *free* na região 13 ao 23 e facetas nos elementos 14 e 24, ppr provisória para a reabilitação posterior superior, pois a mesma não havia quantidade óssea suficiente para a realização de implantes dentários e a necessidade de enxertia não teria tempo hábil para a finalização do caso, porem sera realizado posteriormente. Para a arcada inferior restauração dos elementos 34,35,36,42,43 e 44 e facetas diretas nos 31 e 41 em resina composta.

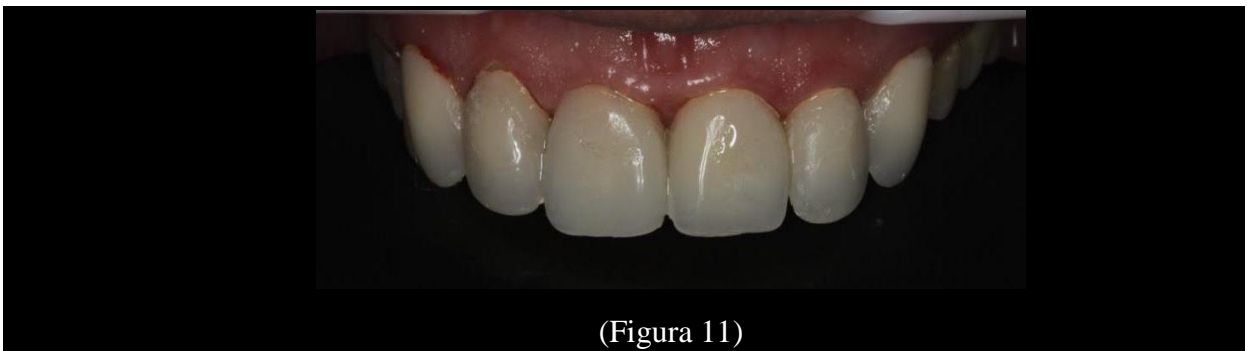
O tratamento começou pela adequação do meio, melhorando o acabamento das resinas para melhor higienização e orientação básicas de escovação a paciente, selamento das cavidades cariosas com ionômero de vidro e profilaxia.

Foram realizados os preparos para receber as coroas nos elementos 13,12,11,21,22 e 23, os preparos foram feitos com término em chanfro subgingival (figura 10), para que o mesmo ficasse o menos visível possível, foi anestesiado em técnica infiltrativa na região anterior superior com sal anestésico lidocaína com epinefrina 1:100.00, pois os remanescentes dentais possuíam vitalidade pulpar com exceção o elemento 11 que possuía tratamento endodôntico, proporcionando melhor conforto ao atendimento ao paciente. As pontas

diamantadas utilizadas foram tronco cônica 3118, 3215, 4138 e 1013, (KG – Cotia/SP), fazendo uso de fios retratores na confecção dos preparos 000#.

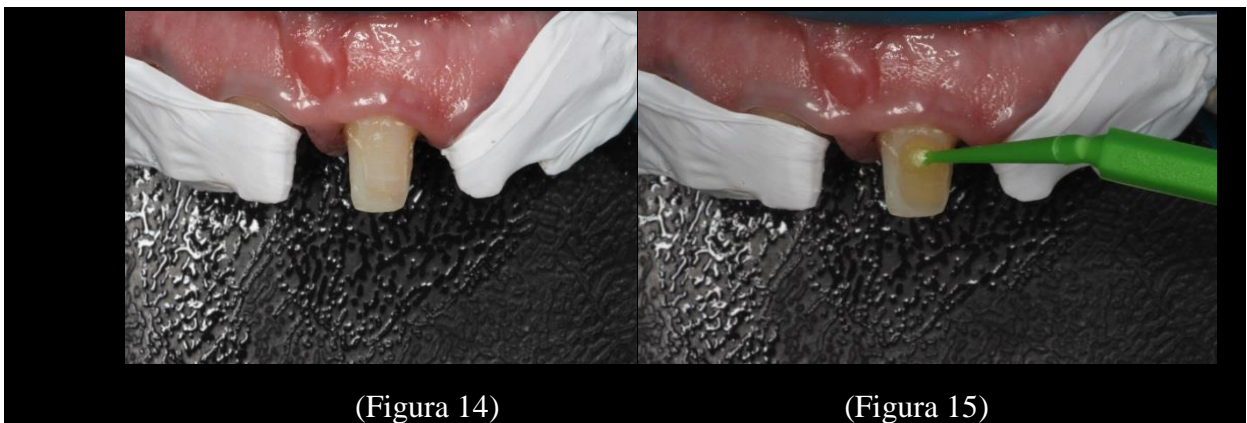
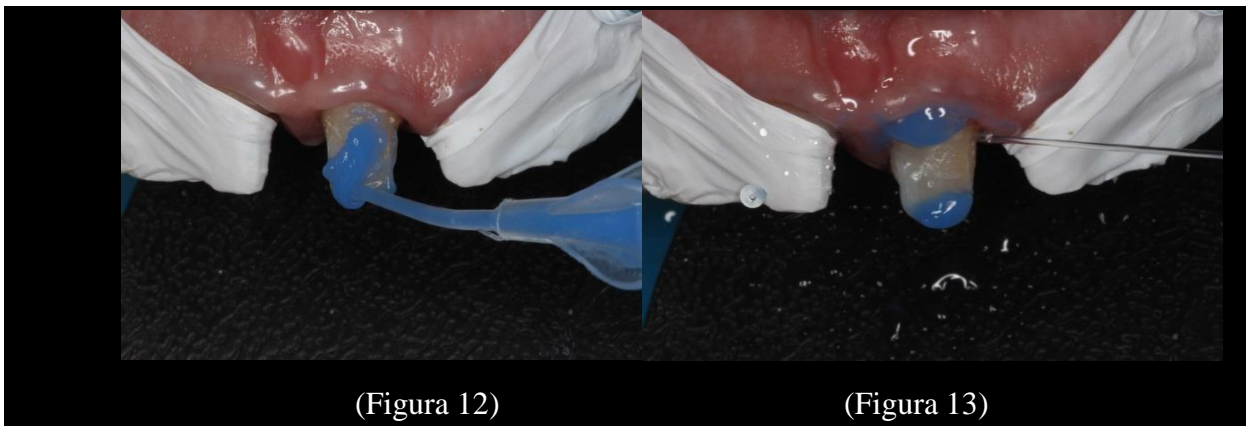


Foram confeccionados os provisórios através da técnica da faceta com dentes de estoque melhorando a estética atual restabelecendo guia canino dando nova forma, tamanho e função (figura 11).

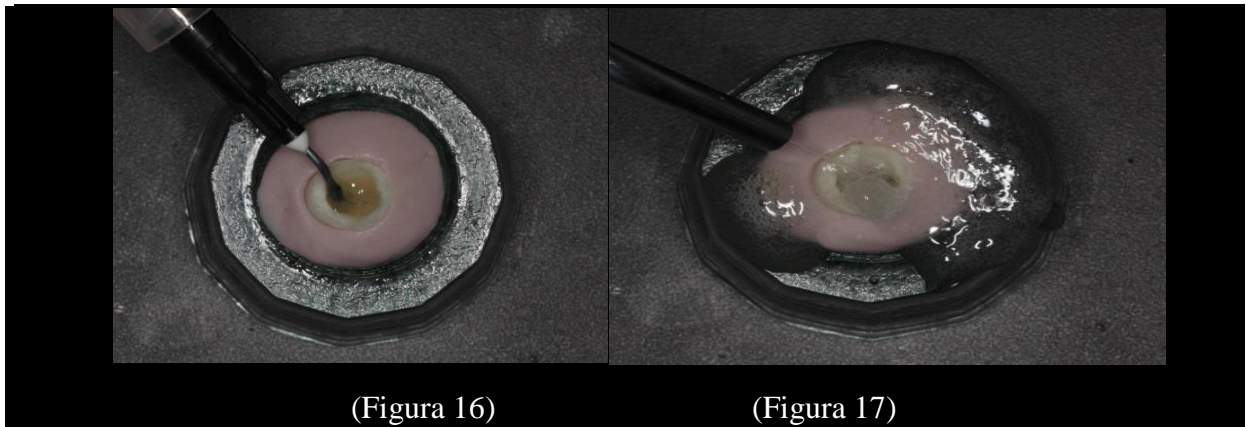


Enquanto era reestabelecido a saúde gengival, paciente foi encaminhada para o especialista em implantes dentários para a instalação de implantes nos elementos, 46 e 47 no lado direito inferior. E elemento 37 no lado esquerdo inferior, foi optado a utilização de implantes cone morse e prótese fixa sobre implantes em porcelana dissilicato de lítio. Após o contorno gengival estabelecido, foi feito a remoção dos provisórios e preparo para receber as facetas nos elementos 14 e 24 utilizou-se as brocas 1013 e 4138 para a confecção das mesmas, feito a profilaxia dos preparos com pasta profilática e escova Robinson em baixa rotação, foram colocados fios retratores #000 embebido de solução hemostática, para afastamento gengival e melhor visibilidade do término do preparo.

Para a realização da moldagem foi utilizado moldeira de estoque número 3, a mais adequada para o tamanho da arcada da paciente. O material de moldagem de escolha foi um elastômero da classe dos silicões de adição (Futura AD, DFL, Rio de Janeiro/RJ). Realizada a moldagem foi encaminhada para o laboratório de prótese dentária para que o técnico realizasse o trabalho proposto, o material de escolha foi cerâmica a base de dissilicato de lítio (e-max, Ivoclar Vivadent), maquiada. Após a confecção das peças, as mesmas foram provadas para verificação de cor, tamanho, forma e respectivas funções. Foi reenviado para o laboratório para aplicação de glaze final. Em seguida, novamente foram removidos os provisórios e feito uma nova profilaxia com pasta profilática e colocação do fio retrator #000 e isolamento relativo, bem como anestesia, para a cimentação das mesmas. Foi realizado o condicionamento ácido nos remanescentes dental com ácido fosfórico a 37% (figura 12), deixando 15s em região de dentina, lavando-o por 60 segundos (figura 13), secando somente região de esmalte permanecendo dentina úmida (figura 14), após aplicação de adesivo (figura15) (Ambar – marca FGM, Joiville/SC) passando jato de ar e fazendo uma nova aplicação e novamente volatiliza o solvente e homogeneizar a camada adesiva com jato de ar.

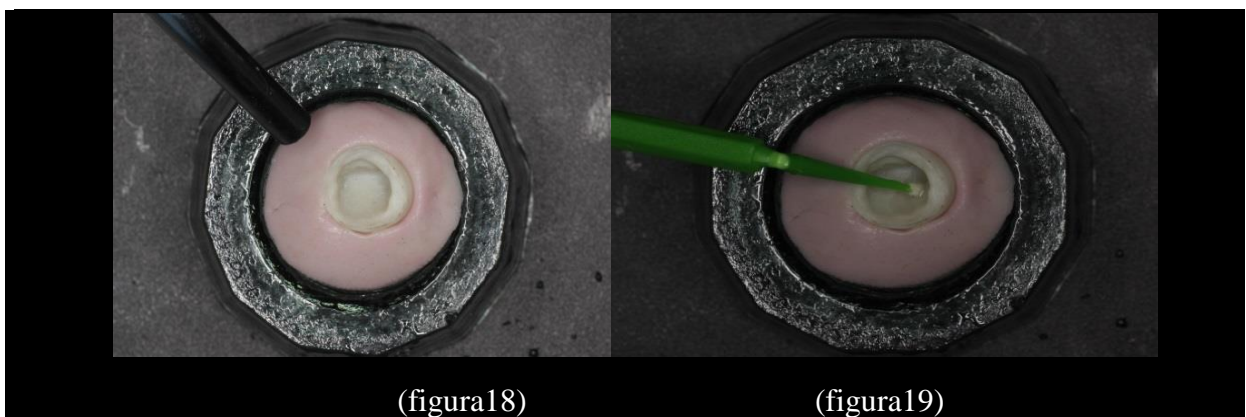


O preparo interno das coroas e facetas, por apresentarem características ácido sensíveis foram condicionadas com ácido fluorídrico a 5% por 20s (figura 16), lavado por 60s intensamente (figura 17), após secar com ar, e aplicado silano com um micro-blush, agente de união que garante uma alta adesividade da peça ao cimento resinoso, pois se trata de uma molécula bifuncional que liga sua parte orgânica do cimento resinoso, e sua parte inorgânica a cerâmica. Foi utilizado adesivo na peça protética (figura 18), e removido os excessos com jato de ar, depois que os remanescentes dentários e peças protéticas foram condicionadas e, foi utilizado o cimento resinoso dual (Alcem, marca FGM, Joinville/SC) que apresenta características de cura física, através da polimerização, e química, através de sua base catalizadora sendo efetiva para o tipo de cerâmica escolhida, lembrando que o cimento deve transbordar por todas as margens do preparo (figura 19), para que não houvesse falha entre o remanescente e a restauração indireta, após foi removido os excessos (figura 20), realizado a foto ativação para que o cimento fotopolimerizasse (figura 21). Realizada a cimentação, foi removido alguns pontos de cimento resinoso com lâmina de bisturi número 12. Para a cimentação das facetas dos elementos 14 e 24 utilizou-se o mesmo protocolo clínica salvo o cimento utilizado que foi o allcem veneer (Alcem, marca FGM, Joinville/SC) que tem indicação na cimentação de facetas indiretas.



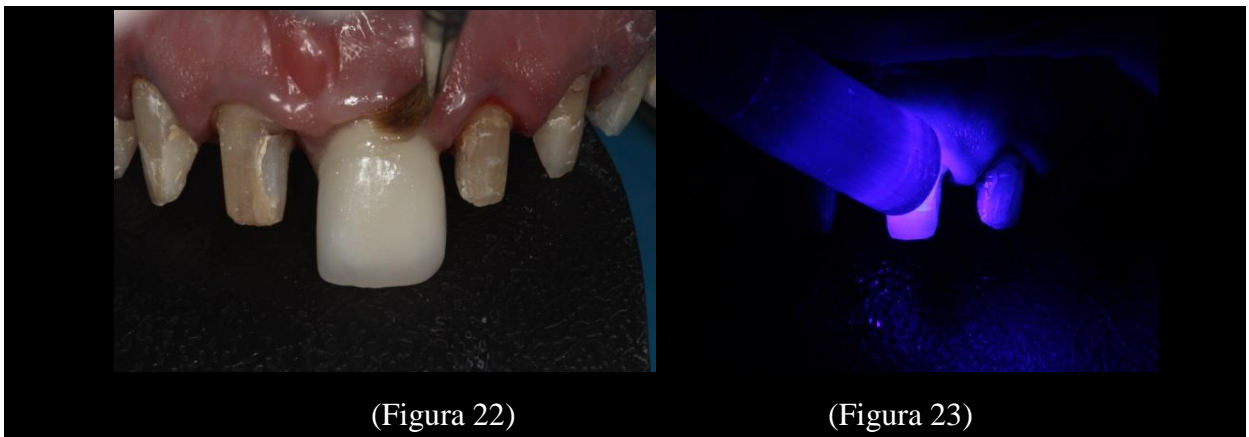
(Figura 16)

(Figura 17)

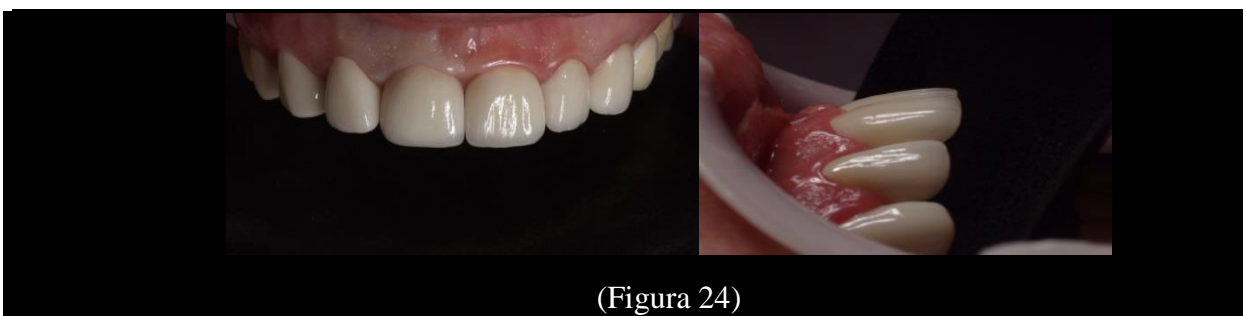


(figura18)

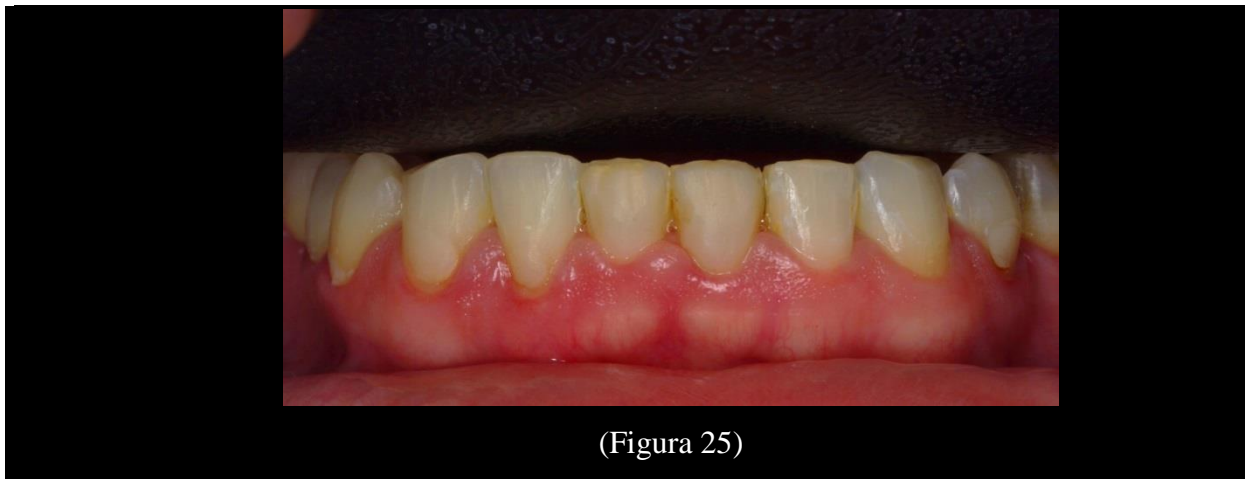
(figura19)



Foi orientado a paciente cuidar da higiene bucal para a manutenção do trabalho realizado. Após 10 dias a paciente retornou para avaliação das coroas e facetas instaladas, verificou-se que a saúde gengival estava estável sem grandes alterações sem presença de inflamação e as adaptações das peças protéticas, sem presença de degraus e términos sem gaps (figuras 24).



O tratamento para a arcada inferior foi realizado em resina composta facetas diretas nos elementos 31 e 41, pois devido ao trauma na infância fez com que a dentina se tornasse mais escura do que os demais elementos, foi verificada a vitalidade dos mesmos e foi constatado que permaneciam vitais, logo não apresentaram alterações radiográficas. Foi utilizado fios retratores #00 para o afastamento gengival dando maiores visibilidade melhorando o acabamento da margem da restauração, que foram realizadas sob isolamento relativo, com resina (Z-100, marca 3M, Sumaré/SP). As restaurações classe V dos elementos 35,36,43,44 e 45, estavam mal adaptadas, com infiltrações e lesões de cáries ativas, feito as restaurações foi realizado acabamento e polimento das mesmas (figura 25).



Após foi realizado a moldagem de trabalho com hidro colóide (Jeltrat, Dentsply, Catanduva/SP), para a confecção da placa oclusal para proteção do trabalho restaurador, e confecção de (PPR) provisória para a região posterior superior. Foi encaminhado para o laboratório de prótese dentária e retornado após 7 dias, foi instalada a placa oclusal e a prótese parcial removível provisória. Foi orientado á paciente a remover a prótese no período noturno e utilizar a placa acrílica, pois a mesma é bruxista, assim finalizando o caso (figura 26).



DISCUSSÃO

A diminuição da DVO pode ser consequência da perda de dentes posteriores que gera um colapso oclusal, com desgastes dos elementos remanescentes e leve vestibularização dos dentes anteriores superiores (COSTA *et al.*, 2002). De acordo com Cosme *et al.*, (2004), o desgaste dentário por atrição e erosão compromete seriamente a estética e a mastigação, e também a perda de dvo na bateria posterior.

Segundo Feltrin (2008), diversos fatores de grande importância podem estar relacionados com a alteração da DVO, não sendo apenas a perda do suporte dental posterior e a consequente alteração no posicionamento do côndilo da mandíbula, mas também hábitos para funcionais. NACONECY *et al.*, (2003) diz que a correta obtenção da DVO influenciará na qualidade final da reabilitação protética.

A perda dentária pode culminar em graves alterações no sistema estomatognático, que Barbosa *et al.*, (2000), classifica como anomalias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis. Esses estágios avançados transformam-se em verdadeiros desafios para o cirurgião dentista, em que os procedimentos propostos envolvem muito critério, desde a fase de planejamento até a proervação.

Diversos fatores etiológicos podem estar relacionados a desgastes dentais severos: entre elas estão hábitos parafuncionais, bruxismo ou interposição de objetos duros entre os dentes, além da perda dos dentes posteriores, levando a rotação no sentido anti-horário da mandíbula, que pode provocar perda excessiva de estrutura dental dos elementos anteriores, bem como sobremordida (CONTI *et al.*, 1993).

O bruxismo deve ser encarado como um distúrbio sistêmico, ou seja, uma disfunção do sistema nervoso autônomo através da hiperatividade muscular (MOLINA *et al.*, 2002). Os danos que esta parafunção pode acarretar às articulações temporomandibulares e ao sistema estomatognático como um todo, decorrem da contração muscular por tempo prolongado, e da força aplicada sobre a superfície oclusal, em torno de seis vezes maior do que a que ocorre nos movimentos fisiológicos (DEKON *et al.*, 2003). A meta de um planejamento apropriado deve ser o equilíbrio muscular e a harmonia no posicionamento mandibular, proporcionando saúde aos dentes e articulações (ARELLANO, 2002).

Neste caso clínico, optou-se pela reabilitação dos dentes anteriores com próteses livres de metal em cerâmica, devido a excelência estética, em especial pela translucidez, ausência de margem metálica e consequente sombreamento do término cervical, além de serem superiores

em relação às metalocerâmicas nos quesitos: corrosão, galvanismo e biocompatibilidade (ROSA & GRESSLER, 2001). As indicações clínicas para as cerâmicas à base de dissilicato de lítio (IPS e.max Press) são: *onlay*, *inlay*, facetas, coroa total anterior e posterior, próteses parciais fixas de até 3 elementos em região anterior (CARVALHO *et al.*, 2012).

É importante salientar que coroas unitárias anteriores, independente do sistema cerâmico de escolha, o mais importante é a quantidade de remanescente dentário, para que permita suporte adequado e a oclusão mutuamente (LAND & HOPP, 2010).

Para a reabilitação com sistema totalmente cerâmico, a correta indicação, o preparo dentário adequado, a espessura do material cerâmico, moldagem satisfatória e a cimentação adesiva são parâmetros importantes para o sucesso do tratamento (TOKSAVUL *et al.*, 2004).

Com relação ao procedimento de moldagem, o ideal de um molde é que ele reproduza dimensionalmente o preparo do dente e que o modelo seja cópia fiel da situação intrabucal (VICENTINI *et al.*, 2006). O material de moldagem mais indicados são as siliconas de adição e o de poliéter, pois possuem maior acuidade e estabilidade dimensional (ANNUSAVICE & PHILLIPS, 2005).

O sistema cerâmico e-max, se refere a materiais resistentes a fraturas e altamente favoráveis às técnicas adesivas, pois são consideradas cerâmicas ácido-sensíveis (KINA & BRUGUERRA, 2007). O condicionamento das superfícies internas com ácido fluorídrico a 10% é realizado durante um minuto, no máximo, para evitar o seu enfraquecimento devido à remoção da sílica, das cerâmicas de base vítrea. Após o condicionamento, o ácido fluorídrico deve ser removido por meio de lavagem abundante em água corrente ou *spray*, por 30 segundos, em seguida, deve-se secar a superfície com jatos de ar até que a mesma fique esbranquiçada (FREITAS *et al.*, 2005).

A união sistema adesivo-dente depende da de formação da camada híbrida na dentina e representa o ponto de maior complexidade, uma vez que inúmeros fatores estão presentes e podem ajudar ou comprometer a durabilidade dessa união, podendo afetar a longevidade dessas restaurações. Dentre esses fatores negativos pode-se destacar o tipo de dentina (esclerótica ou não), o ressecamento da dentina com conseqüente colapso das fibrilas colágenas, o grau de umidade necessário ao sistema adesivo e a resistência da força de união do sistema adesivo à dentina (DUKE *et al.*, 2000).

A cimentação adesiva é o passo clínico mais sensível no procedimento restaurador indireto, e está diretamente relacionada à longevidade da cerâmica, sendo essencial a sua correta execução de acordo com cada situação clínica aplicada (MANSO *et al.*, 2011).

A utilização de cimento resinoso para cimentação de coroas confeccionadas em dissilicato de lítio (IPS e.max Press), mostrou resultado satisfatório ao avaliar parâmetros como: profundidade de sondagem, índice de placa, sangramento à sondagem e vitalidade dentária, e o índice de sucesso cuja taxa de sobrevivência é próxima de 8 anos (WOLFART *et al.*, 2009). Cimentos resinosos foram os materiais, entre todos os cimentos definitivos, os que mais evoluíram, principalmente por constituírem-se em materiais insolúveis e compatíveis com os sistemas adesivos, o que tornou possível a cimentação adesiva para várias indicações (PEGORARO *et al.*, 2007).

Os procedimentos envolvidos durante a cimentação de próteses totalmente cerâmicas apresentam características particulares e importantes para o sucesso do tratamento. A seleção do sistema cimentante deve ser criteriosa e embasada em conhecimento científico, pois existem inúmeros agentes cimentantes e possibilidades de tratamento de superfície. A eficácia do tratamento da superfície está relacionada com a composição da cerâmica (DÔRAND & DORAND, 2000).

Segundo Silva *et al.*, (2011) a instalação de PPR Provisórias pode contribuir para adaptação do paciente a uma nova condição oral, bem como para o correto relacionamento maxilomandibular, especialmente nos casos de diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão. A Prótese Parcial Removível pode ser empregada como tratamento temporário ou definitivo, sendo uma opção de menor custo, maior facilidade de execução, mais rápida e indicada para pacientes com necessidade de recuperação da DVO e realinhamento do plano oclusal (SOUZA, *et al.*, 2009).

As placas oclusais, são usadas para promover uma oclusão funcional, reorganizando a atividade reflexa neuromuscular que, por sua vez, reduz a atividade muscular anormal, enquanto propicia uma função mais equilibrada. Estes dispositivos também são usados para proteger os dentes e as estruturas de suporte, das forças anormais, que podem desgastar ou destruir os dentes (OKESON, 2000).

As placas estabilizadoras oclusais são indicadas para pacientes reabilitados e que possuam parafunção, como o bruxismo (ALONSO *et al.*, 1999), estas estão disponíveis em diversos tipos de placas oclusais confeccionadas com materiais rígidos ou resilientes e existem ainda muitas controvérsias relacionadas a isso, mas de acordo com Okeson (2000), embora as placas resilientes possam reduzir os sintomas de DTMs, as de acrílico duro reduzem os sintomas mais rapidamente e melhor, ficando então as placas resilientes indicadas principalmente como proteção contra traumatismos nos dentes e estruturas de suporte. Em razão de maior estabilidade oclusal e redução dos sintomas dolorosos, foram compatíveis com

(BATAGLION *et al.*, 2003), que encontraram, posteriormente ao tratamento com placas de mordida, uma musculatura com melhora na função fisiológica.

CONCLUSÃO

Após ter efetuado os trabalhos protéticos visando a interdisciplinaridade das especialidades odontológicas a importância das mesmas para a reabilitação de casos complexos e conhecer os princípios de oclusão é o ponto crucial para o sucesso restaurador seja ele em coroas, facetas, resina composta, próteses sob implantes, totais e parciais. Oferecendo assim ao paciente, satisfação, melhorando sua qualidade de vida, fatores psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

ALONSO, A.A; ALBERTINI, J.S; BECHELLI, A.H. **Oclusión y Diagnostico em Rehabilitación Oral**. 1999, Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, p.171-269.

ANUSAVICE, K.J. **Phillips: materiais dentários**. 2005, 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ARELLANO, J.C.V. **Metodologia do diagnóstico da disfunção da articulação temporomandibular**. JBA. 2002, v2, n 5, p. 78-86.

BARBOSA, C.M.R; ARANA, AR.S; BOURREAU, M.L.S. **Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical**. Iniciação Científica Cesumar. 2000, p. 23-25.

BATAGLION, C; HOTT, TH; BORGES, M.A.G; JARDIM, L.F; VITTI, M. **Avaliações clínicas, eletromiográfica e do posicionamento condilar de paciente tratado com placa oclusal: caso clínico**. Stoma. 2003, p. 17-21.

CAMPARIS, C.M; BUSO, L; SOUZA Jr, J.A; MANSUR, D.J. **Hábitos parafuncionais e distúrbios temporomandibulares: relação entre a frequência de alguns hábitos e os sinais e sintomas de DTM**. JBA. 2001, v 1, n 3, p. 213-219.

CARVALHO, R.L.A; FARIA, J.C.B; CARVALHO, R.F; CRU, F.L.G, et al. **Indicações, adaptação marginal e longevidade clínica de sistemas cerâmicos livres de metal: uma revisão de literatura**. Int J Dent. 2012, p. 55-65.

CAMPOS, J.A.D.B; CAMPOS, A.G; ZUANON, A.C.C. **Bruxismo em crianças.** RGO. 2002, p. 74-76.

CONTI, et al. **Procedimento para reabilitação de pacientes com desgaste dental acentuado.** Rev Assoc Paul Cir Dent. 1993, p. 1187-91.

COSME, D.C; et al. **Reabilitação oral em pacientes idosos com desgaste dentário acentuado.** Rev ABO Nac. 2004, p. 368-74.

COSTA, M.M; OLIVEIRA, R.P; FARIA, I.F.P; PRADO, C.J.J; OLIVEIRA, J.E.C. **Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral.** Rev Bras Protese Clin Lab. 2002, p. 8-16.

DANTAS, M.E. **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética.** Rev Odonto. 2013, p. 41-48.

DEKON, S.F; PELLIZZER, E.P; ZAVANELLI, A.C; ITO, L; REZENDE, C.A. **Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa.** Rev Odonto. 2003, p. 54-9.

DIAS, A.T; SOARES, R.O; LIMA, W.M; SILVA NETO, J.M; SÁ, M.V. **Dimensão vertical de oclusão em prótese total.** Odontologia Clin.-Cientif. 2006, p. 41-47.

DÔRAND, P.; DÔRAND, T. **Bond strength of luEing cements îo zirconium oxide ceramics.** 2000, Int J Prosthodont, v.13, n.2, p. 131 – 135.

DUKE, et al. **Investigationof adhesive system used with direct and indirect applications.** Comp Continuing Educ Dent. 2000, p. 1043-53.

EDUARDO, J.V.D.P. **Estudo da dimensão vertical de oclusão e do plano de orientação aplicando a proporção áurea.** Faculdade de Odontologia de São Paulo. 2000, São Paulo.

FAHL JUNIOR, N. **The aesthetic composite anterior single crown restoration.** Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997, p. 59-70.

FELTRIN, P.P. **Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura.** Rev Odontol Univ. 2008, São Paulo, p. 274-9.

FREITAS, A.P; SÁBIO, S; COSTA, L.C; PEREIRA, J.C; FRANCISCONE, P.A.S. **Cimentação adesiva de restaurações cerâmicas.** Rev Salusvita. 2005, p. 447-57.
Glossary of Prosthodontic Terms. 4 ed. Saint Louis: CV Mosby. 1977.

HUMEL, M.M.C; TAKANASHI, J.M.F.K; PAULILLO, L.A.M.S; MESQUITA, M.F; MARTINS, L.R.M. **Direct restorative treatment of anterior weared teeth after reestablishment of occlusal vertical dimension: a case report.** Gerodontology. 2012, p. 299–307.

KINA, S; BRUGUERRA, A. **Invisível: restaurações estéticas cerâmicas.** 2007, 1ª ed. Maringá: Dental Press.

KREVE, Simone. **Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico.** J Oral Invest. 2016, p. 45-52.

LAND, M,F; HOPP, C.D. **Survival rates of all-ceramic Systems Differ by Clinical Indication and Fabrication method.** Journal of Evidence Based Dental Practice, St. Louis. 2010, p. 37-8.

MANSO, A.P.et al. **Cements and adhesives for all – ceramic restorations.** Dent Clin North Am. 2011, v. 55, n. 2, p. 311-332.

MIRANDA, M. E. et al. **Placas Oclusais no Diagnóstico e Tratamento das DTMs.** Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária) Centro de Pesquisas Odontológicas. São Leopoldo Mandic. 2008.

MOLINA, et al. **Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito.** JBA. 2002, v 2, n 5, p. 61-69.

MOSHAVERINIA, A; KAR, K; AALAN, A.A; TAKANASHI, K; KIM, J.W; CHEE, W.W. **A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: A clinical report.** J Prosthet Dent. 2014.

NACONECY, M.M; et al. **Adaptabilidade do sistema estomatognático frente ao aumento da dimensão vertical de oclusão.** Revista Odonto Ciência. 2003, p. 99-103.

OKESON, J.P. **Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares.** 1992, 2ed., São Paulo: Artes médicas.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporo-mandibulares e Oclusão.** 2000, São Paulo: Editora Artes Médicas.

OKESON, JP. **Fundamentos da oclusão e distúrbios temporomandibulares.** Tradução Milton Edson Miranda. 4ª. ed. São Paulo. Artes Médicas, 2000.

PEGORARO, T.A; SILVA, N.R.F.A; CARVALHO, R.M. **Cements for use in esthetic dentistry.** Dent Clin N Am. 2007, p. 453-71.

ROSA, J.C.M; GRESSLER, A.E.N. **Prótese fixa em porcelana livre de metal: Sistema In-Ceram com reforço de Zircônia.** Rev Ass Paul Cir Dent. 2001, p. 291-5.

SATO, S; HOTTA, T.H; PEDRAZZI, V. **Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report.** J prosthet dente. 2000, p. 392-395.

SILVA, A. C. P.; CAPELLI JÚNIOR, J. O. **O problema da sobremordida exagerada.** Rev Bras Odontologia. 1990, v. 47, n. 4, p. 38-42.

SILVA, V.S. et al. **Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso.** Rev. Bras. de Ciências da Saúde. 2011, p. 455-460.

SOUZA, J.E.A; SILVA, E.T; LELES, C.R. **Prótese Parcial Removível Overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos.** ROBRAC, 2009, p. 41-48.

TELLES, Daniel. **Individualização do plano de orientação inferior. O restabelecimento da posição mandibular.** In: TELLES, D. TELLES, R. 59 de M. Prótese Total–Convencional e sobre Implantes. São Paulo: Santos, 2009, v. 1, cap. 10, p. 191-200.

TOATI, B; MIARA, P; NATHANSON, D. **Coroas cerâmicas e metalocerâmicas. Odontologia estética e restaurações cerâmicas.** 2001, 1º ed. São Paulo, Editora Santos.

TOKSAVUL, S; ULUSOY, M; TOMAN, M. **Clinical application of all-ceramic fixed partial dentures and crowns.** Quintessence Int. 2004, p. 185-8.

TURANO, J.C; TURANO, L.M. **Fundamentos de prótese total.** 2004, 7 ed. p. 265-296.

UCHIDA, L.M; MITSUI, F.H.O; MARCHI, G.M. **Reconstrução de dente anterior fraturado utilizando pinos pré-fabricados de fibra de carbono associado à técnica de colagem de fragmento.** J Brás Clin Odontol Int. 2004, v 8, n 43, p. 45-49.

VERDE, F.A.V et al. **Previsibilidade com cerâmicas em dentes anteriores: IPS e.max Press e e.max Ceram.** R Dental Press Estética. 2011, p.76-88.

VICENTNI, H; VALLADÃO JR C.A.A; CARMO, V.H.B. **Restauração estética dos dentes anteriores: considerações clínicas e laboratoriais.** Rev Dental Press Estét. 2006, p. 31-44.

WOLFART, S; et al. **Clinical outcome of there-unit lithium-disilicate glass-ceramic fixed dental prostheses: Up to 8 years results.** Dental Materials, Washington. 2009, p. 63-71.