

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**MATHEUS VENICIUS PEREIRA DOS SANTOS**

**RESTABELECIMENTO FUNCIONAL E ESTETICO DE  
CASO COMPLEXO EM REABILITAÇÃO ORAL:  
RELATO DE CASO**

BAURU  
2018

**MATHEUS VENICIUS PEREIRA DOS SANTOS**

**RESTABELECIMENTO FUNCIONAL E ESTETICO DE  
CASO COMPLEXO EM REABILITAÇÃO ORAL:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro.

BAURU  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S237r	<p>Santos, Matheus Venicius Pereira dos</p> <p>Restabelecimento funcional e estético de caso complexo em reabilitação oral: relato de caso / Matheus Venicius Pereira dos Santos. -- 2018. 32f. : il.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1. Estética. 2. Oclusão. 3. Dimensão Vertical. I. Pegoraro, Thiago Amadei. II. Título.</p>
-------	--

Elaborado por Lidyane Silva Lima - CRB-8/9602

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus por ter me capacitado e me dado forças para chegar até aqui, por ter me consolado nos momentos de dificuldades e por ter me fortalecido, permitindo que eu conseguisse ultrapassar barreiras e todas as dificuldades encontradas na caminhada desde o início da graduação, por ter me ajudado a enfrentar tudo com paciência e mansidão até chegar nesse momento único.

A minha família, minha mãe **Alessandra Maria Dos Santos** por sempre estar ao meu lado nos momentos de dificuldades, com muita paciência e dedicação, por ser um grande exemplo profissional e ser uma grande motivação para eu seguir nessa área da saúde, e por sempre ter me consolado com seu amor e carinho em momentos de tristeza e dificuldade, mostrado através de sua fé e coragem que tudo ia dar certo. Meu pai **José Miguel Pereira Dos Santos**, que apesar de muitas dificuldades, não mediu esforços para que eu conseguisse realizar meu sonho de terminar a graduação, por ter sido base para tornar possível essa grande conquista, sendo também um exemplo de profissionalismo, dedicação e caráter, e proporcionando uma tranquilidade para que eu me concentrasse apenas nos estudos, cuidando ele do resto com muita maestria. Aos meus irmãos **Bruno Venicius Pereira dos Santos** e **Victor Venicius Pereira dos Santos** por sempre estarem ao meu lado torcendo, incentivando, dando carinho e atenção, as minhas cunhadas **Dayana Propheta Mattos dos Santos** e **Fernanda Martineli Feltrin dos Santos** por todo apoio e torcida, minhas sobrinhas **Beatriz Propheta Mattos Santos** e **Izabela Propheta Mattos Santos** por proporcionarem muito amor nessa caminhada da graduação, carinho, diversão e companheirismo. Dedico esse trabalho a vocês, pois sem vocês, nada disso seria possível.

Agradeço a minha amada **Marcella Taniguchi Betoni**, por estar ao meu lado desde o início, compartilhando minhas dificuldades, me dando apoio, amor, carinho, me dando forças e incentivo para que eu conseguisse chegar até o fim, por ter me abraçado sempre que precisei, falado palavras de motivação em todos os desafios, e por ter sido uma pessoa essencial nessa caminhada.

Ao meu querido orientador **Prof. Dr. Thiago Amadei Pegoraro**, por conceder toda atenção quando precisei, transmitir todo seu conhecimento para que me torne um profissional de excelência, por ter aceitado o convite de ser meu orientador e estar sempre a disposição

para me ajudar e responder qualquer duvida, agradeço por essa oportunidade de realizar minha monografia e por ter dado a oportunidade de apresentar também um painel.

Gostaria de agradecer também ao **Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior** e ao **Prof. Dr. Valdey Suedam** por aceitar o convite para compor a minha banca examinadora, avaliar meu trabalho, realizar correções se necessário.

Agradeço imensamente também minha dupla de clínica de todos os anos **Thiago Ballalai Lopes**, por ter sido um grande parceiro, sempre compartilhando conhecimentos, me ajudando, um grande amigo em momentos de descontração, assim também agradeço aos meus amigos **João Marcos Catharini, Giulio Sinisciato, Lucas Fabio, Matheus Camargo, Leandro Caetano, Rodolpho Tavano, Izabela Siscotto Tobias, Livia Belmonte Gabriel, Ariadni Tonon e Nathalia hypolito** por terem sido grandes amigos, ajudando sempre no que fosse preciso, e por deixarem essa caminhada sempre mais divertida e feliz.

## RESUMO

A prótese é uma especialidade de grande importância para odontologia, promovendo através de seus princípios e conceitos a possibilidade de promover a reabilitação oral aos pacientes, devolvendo assim, fatores psicológicos, estéticos e funcionais que foram perdidos por determinados fatores. Para o sucesso no planejamento da reabilitação oral, é de grande importância atentar a conceitos essenciais sobre a oclusão e as relações intermaxilares para longevidade do tratamento protético. Deve se levar em conta os conceitos das relações intermaxilares horizontais (Máxima intercuspidação habitual e relação cêntrica), verticais (Dimensão vertical de repouso e Dimensão vertical de oclusão) e laterais( guia canino, função em grupo e guia anterior) e suas relações com os músculos da mastigação e a articulação temporomandibular. No restabelecimento das relações intermaxilares, principalmente quando se trata da DVO, deve ser feito de forma minuciosa, pois qualquer erro no seu restabelecimento pode afetar no tratamento reabilitador, e causar problemas ao paciente, como elevação na força da mordida e consequentes problemas na ATM, desconfortos musculares, e até fraturas dentarias. Temos na odontologia métodos para diagnóstico e restabelecimento da DVO que foi perdida, e assim determinar uma nova posição oclusal confortável ao paciente, como ponto de partida do tratamento reabilitador. O método utilizado nesse caso clínico foi com um JIG modificado, pela técnica simplificada e com objetivo de avaliar se a função e estética serão favoráveis antes da confecção das próteses provisórias e definitivas. Este trabalho teve como objetivo descrever etapas clinicas para diagnostico, planejamento e execução de um caso de reabilitação oral com próteses parciais fixas convencionais e sobre implantes, para o restabelecimento da DVO do paciente. O resultado reabilitador final restabeleceu as relações maxilomandibulares perdidas, devolvendo ao paciente função mastigatória, fonética, estética e autoestima.

**Palavras chave:** Estética. Oclusão. Dimensão vertical.

## **ABSTRACT**

The prosthesis is a specialty of great importance in dentistry, promoting through its principles and concepts the possibility of promoting oral rehabilitation to patients, thus returning psychological, aesthetic and functional factors that have been lost by certain factors. For success in oral rehabilitation planning, it is of great importance to consider essential concepts about occlusion and intermaxillary relationships for the longevity of prosthetic treatment. It should be taken into account the concepts of horizontal intermaxillary relations (maximum habitual intercuspation and centric relation), vertical (resting vertical dimension and Vertical dimension of occlusion) and lateral (canine guide, group function and anterior guide) and their relations with the chewing muscles and the temporomandibular joint. In the restoration of intermaxillary relationships, especially when it comes to OVD, it should be done in a thorough manner, since any errors in its reestablishment can affect rehabilitative treatment and cause problems for the patient, such as increased bite strength and consequent TMJ problems, muscle discomfort, and even dental fractures. We have in dentistry, methods for the diagnosis and reestablishment of OVD that has been lost, and thus to determine a new comfortable occlusal position to the patient, as a starting point for the rehabilitation treatment. The method used in this clinical case was with a modified JIG, by the simplified technique and with the objective of evaluating if the function and esthetics would be favorable before the preparation of the provisional and definitive prostheses. This study aimed to describe clinical stages for the diagnosis, planning and execution of a case of oral rehabilitation with conventional fixed partial prostheses and implants, in order to reestablish the patient's OVD. The final rehabilitating result restored the maxillomandibular relationships lost, returning to the patient masticatory, phonetic, aesthetic and self-esteem.

**Keywords:** Aesthetics, Occlusion, Vertical Dimension.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	7
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
3.1	DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES INTERMAXILARES( ANTERO POSTERIOR- MIH E RC, VERTICAL-DV, DVO E DVR) .....	8
3.2	MÉTODOS PARA DETERMINAÇÃO DA DVO .....	9
3.3	UTILIZAÇÃO DO JIG MODIFICADO (RESOLUÇÃO E RESTABELECIMENTO) .....	10
<b>4</b>	<b>RELATO DE CASO</b> .....	12
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DE CASO</b> .....	23
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	26
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27



## 1 INTRODUÇÃO

A prótese atualmente está entre as especialidades na Odontologia que possuem grande importância, proporcionando ao paciente resoluções estéticas, funcionais e psicológicas através da reabilitação oral. O Brasil é um país onde possui, principalmente entre os idosos, um grande problema que é o edentulismo, atingindo mais da metade da população idosa principalmente entre as mulheres (PERES et al., 2013).

Para reabilitar esse perfil de paciente, é necessário saber conceitos essenciais de oclusão e as relações intermaxilares que estão diretamente relacionados com o sucesso da prótese, e por consequência, longevidade da reabilitação oral. O conhecimento das relações intermaxilares horizontais (Máxima Intercuspidação Habitual e Relação Centrica), verticais (Dimensão Vertical de repouso e Dimensão Vertical de Oclusão) e laterais (Guia Canino, função em grupo e guia anterior) e suas relações com os músculos da mastigação e a articulação temporo-mandibular, devem ser levados em consideração para o correto diagnóstico, planejamento e desenvolvimento do caso em questão.

Qualquer descuido no restabelecimento das relações intermaxilares, especialmente da DVO, pode causar consequências sérias no tratamento do paciente. O estabelecimento da DVO sem precauções pode ocasionar uma elevação na força da mordida e conseqüentemente causar problemas na ATM e desconfortos musculares, podendo até causar fraturas dentárias (MISSIRLIAN et al., 1984). Com isso devemos sempre realizar mudanças na DVO com cuidados e um correto diagnóstico, para que não haja problemas funcionais ao paciente.

Na Odontologia reabilitadora, temos vários métodos para restabelecer DVO do paciente, através de artifícios e testes realizados para que não haja alteração excessiva na determinação dessa DVO. Realizamos isso através da análise da DV do paciente que será restabelecida, e assim, determinar a DVO confortável ao paciente, através de vários métodos de diagnóstico, dentre eles, a utilização de um JIG modificado que é capaz de avaliar e diagnosticar a nova DVO, a fonética e a estética do paciente previamente a confecção das próteses provisórias e definitivas (OLIVEIRA et al., 2007).

## **2 OBJETIVO**

Este trabalho se propõe, através de um relato de caso clínico descrever as etapas clínicas para diagnóstico, planejamento e execução de um caso de reabilitação oral com próteses parciais fixas convencionais e sobre implantes, para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão no paciente.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir segue minha revisão de literatura, onde será abordado alguns conceitos de grande importância em reabilitação oral, algumas definições das relações intermaxilares, métodos para determinação da DVO e utilização do JIG modificado.

#### 3.1 DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES INTERMAXILARES (ANTERO POSTERIOR- MIH E RC, VERTICAL-DV, DVO E DVR).

Encontramos na literatura definições bem específicas sobre os conceitos das relações intermaxilares, as antero posteriores, onde temos a RC e MIH. A RC é definida na literatura como posição anatômica onde o côndilo se encontra mais superior e anterior na cavidade glênoide com o disco articular interposto (JACOBI et al., 2007). Temos a MIH, a qual é definido em um estudo como uma relação de fechamento da maxila com a mandíbula em seu máximo contato, onde os dentes se encontram (HODGE; MAHAN, 1967).

Em uma análise vertical temos dois conceitos muito importantes para que haja uma boa previsibilidade protética, a dimensão vertical é a determinação da altura da face tendo dois pontos fixos de separação, um situado na maxila e outro na mandíbula (GLOSSARY OF PROSTHODONTIC TERMS, 1977). Em um outro artigo podemos encontrar que através da evolução e crescimento corporal uma posição de repouso para a mandíbula denominada de dimensão vertical fisiológica, determinada através do repouso dos músculos mastigatórios (SILVA et al., 1991). Seguindo essa mesma base de conceito, podemos ver que quando os dentes se encontram em máxima intercuspidação, a altura da face é definida como dimensão vertical de oclusão- DVO (ORTHLIEB et al., 2000) e quando temos a mandíbula em condições de equilíbrio fisiológico, a altura da face é denominada dimensão vertical de repouso DVR (FAYZ; ESLAMI, 1988).

A determinação de uma DVO adequada deve ser realizada com muita atenção, seguindo métodos adequados e feitos de forma correta, se não for realizada com atenção pode causar complicações e desconforto ao paciente. Em um artigo encontramos uma discussão sobre o diagnóstico e tratamento em um paciente que apresentava um aumento da dimensão vertical de oclusão, e uma diminuição da dimensão vertical de oclusão. Em relação a

diminuição da dimensão vertical o paciente poderá apresentar algumas complicações como: desarmonia facial, complicações temporomandibulares, agora quando temos uma a dimensão vertical de oclusão aumentada, paciente pode apresentar dificuldade de deglutição e mastigação, um perfil facial mais alongado, sensibilidade dentaria que pode ser causada por forças traumáticas e até uma expressão facial fadigado (BARROS et al. ,2013).

Temos algumas causas que podem causar a alteração da dimensão vertical em pacientes, uma delas é os desgastes dentários excessivos, podemos ver isso em um artigo onde foi realizado uma reabilitação de desgastes severos, onde houve a alteração da dimensão vertical de oclusão, e paciente foi reabilitado através de procedimentos adesivos, devolvendo ao paciente estética e função adequada. (BUFFONI et al., 2017).

### 3.2 MÉTODOS PARA DETERMINAÇÃO DA DVO

Temos o método métrico, através dele temos como base observar uma harmonia entre a distancia da base do nariz até o mento, e também o alinhamento da comissura labial com a região lateral do olho. Ao realizar a confecção de determinada prótese, a orientação correta, essas medidas que foram abordadas devem apresentar uma certa simetria e coincidir. A realização desse método, é feito utilizando um instrumento idealizado em um artigo por Willis, promovendo um compasso em forma de L, com uma haste móvel que permite medir essas distancias (WILLIS, 1930).

Através do método fisiológico, encontramos em um estudo proposto a afirmação que é encontrado uma estabilidade como referência para se determinar a dimensão vertical de oclusão. Encontramos também nesse estudo que o espaço presente entre a arcada superior e inferior, quando mandíbula se apresenta em repouso, foi denominado como espaço funcional livre, sua medida é de 3,0mm. Através desse conceito, para se determinar a posição fisiológica devemos encontrar utilizar a linha média, demarcada através de dois pontos, Um na ponta do nariz e outro na região do mento. Através desses pontos, iremos conseguir determinar essa medida, com o auxilio do compasso, iremos falar para o paciente realizar movimentos suaves na mandíbula, para encontrarmos a medida do espaço fisiológico funcional. Após obtenção de tal medida, paciente realizara o movimento de oclusão, para que

se obtenha uma nova medida, e através da diferença entre as duas medidas que foram encontradas, teremos o espaço funcional livre (PLEASURE, 1951).

Na literatura, ainda encontramos o método estético, através da avaliação da harmonia facial entre os terços, principalmente o terço inferior da face em relação ao terço médio e terço superior. Deve ser analisados se essa harmonia entre os terços apresenta uma relação adequada com a idade do paciente, para determinar corretamente a dimensão vertical de oclusão. Se não analisado e proposto uma dimensão vertical de oclusão adequada, pode interferir nas características faciais do paciente, se paciente apresentar com a DVO inadequada, paciente apresenta ficar com aspectos faciais envelhecidos, e ao contrário também pode causar consequências estéticas desfavoráveis, com o aumento exagerado dessa dimensão vertical de oclusão, com a tentativa de eliminar esse aspecto envelhecido, acaba piorando a função, estética e fonética (TURNER; FOX, 1928).

Dentre esses vários métodos de determinação da DVO, ainda podemos encontrar o método fonético, determinando a dimensão vertical através da fonética. Esse é o único método onde os músculos se encontram ativos através do exercício da fala. Para forçar esse ativação dos músculos, o paciente pronuncia fonemas sibilantes (S, F, V, P) para a observação do espaço funcional, sendo considerada uma dimensão vertical de oclusão adequada quando houver um espaço mínimo de 0,5- 1,0 ao pronunciar a letra M (SILVERMAN, 1953).

### 3.3 UTILIZAÇÃO DO JIG MODIFICADO (RESOLUÇÃO E RESTABELECIMENTO)

Neste trabalho foi utilizado o método de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão através da utilização do JIG modificado. Em um estudo foi descrito a técnica do JIG para obtermos um relação centrada, confeccionado através de uma resina (DURALAY) sobre o modelo de gesso superior, confeccionada nos incisivos centrais e nas superfícies vestibular e palatina, para formar um base inclinada na superfície palatina (LUCIA, 1964).

Ao analisar outro caso, encontramos a descrição da aplicação do dispositivo intra-oral JIG, para restabelecer também essa dimensão vertical de oclusão quando confeccionado em dentaduras completas. Através do JIG, é possível encontrar uma estabilidade oclusal adequada para o paciente, de uma forma que ele consiga realizar suas funções de forma mais

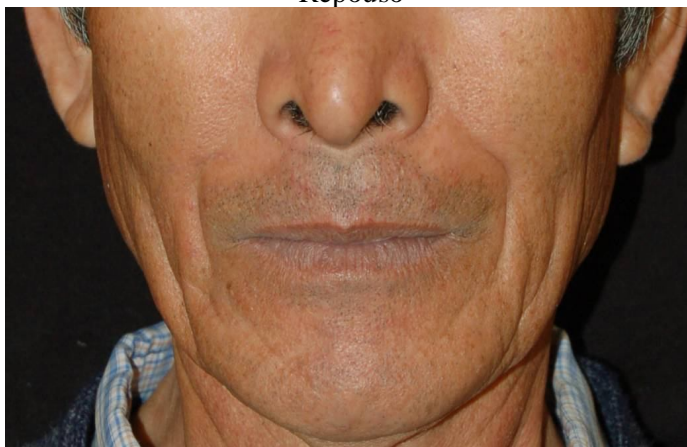
confortável. O JIG realiza o afastamento dos dentes posteriores, para um melhor funcionamento (LOSCHAVIAVO et al. 1988).

No respectivo caso, foi utilizado o JIG modificado, onde paciente possuía uma alteração na oclusão por conta de perda de alguns dentes e desgaste severo, e com isso foi encontrado uma estabilidade oclusão e confeccionado o JIG modificado em resina acrílica.

#### 4 RELATO DE CASO

No presente caso, paciente L. F. P., gênero masculino, procurou a clínica odontológica da Universidade do sagrado Coração, Bauru, S.P., com expectativa de resolver problemas de desgaste excessivo generalizado dos dentes, ausências dentais posteriores superiores e inferiores, e melhorar função mastigatória e estética. Na primeira consulta, foi realizada o exame clínico do paciente, iniciando-se pela anamnese, onde foi identificada a história médica da paciente, com os dados relevantes ao seu tratamento odontológico. Ao exame extra oral, foram observados, dentre outros, o aspecto facial e oclusal, observando a dimensão vertical, suporte de lábio e linha do sorriso, em atenção especial às queixas relatadas pela paciente. Ao exame intra-oral, foram avaliadas as estruturas internas, ausências dentarias, os dentes naturais excessivamente desgastados e suas relações oclusais, bem como a condição periodontal. Do ponto de vista oclusal, foram avaliados tanto a MIH quanto a RC para busca de um ponto de partida em um novo posicionamento horizontal de diagnóstico, que fosse confortável para o paciente (FIGURA 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Figura 1 - Vista frontal do paciente com lábio em Repouso



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 2 - Vista frontal do paciente em MIH



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 3 - Vista frontal do paciente após manipulação em RC



Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 4 - Vista intraoral do paciente em MIH



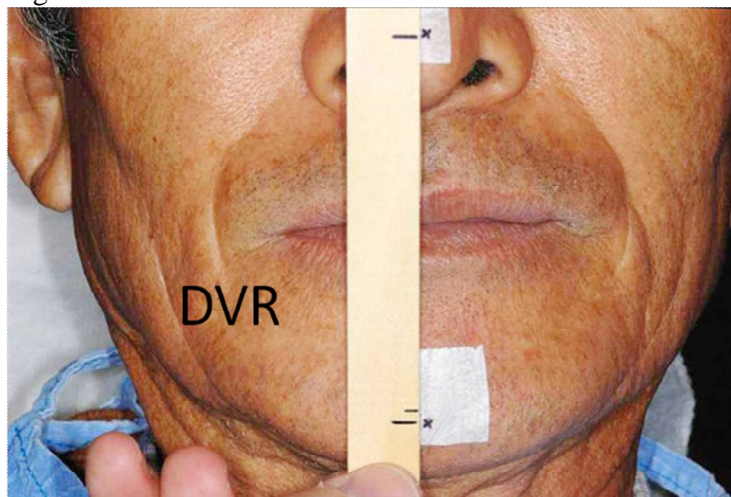
Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 5- Vista intraoral do paciente em RC



Fonte: Elaborada pelo autor.

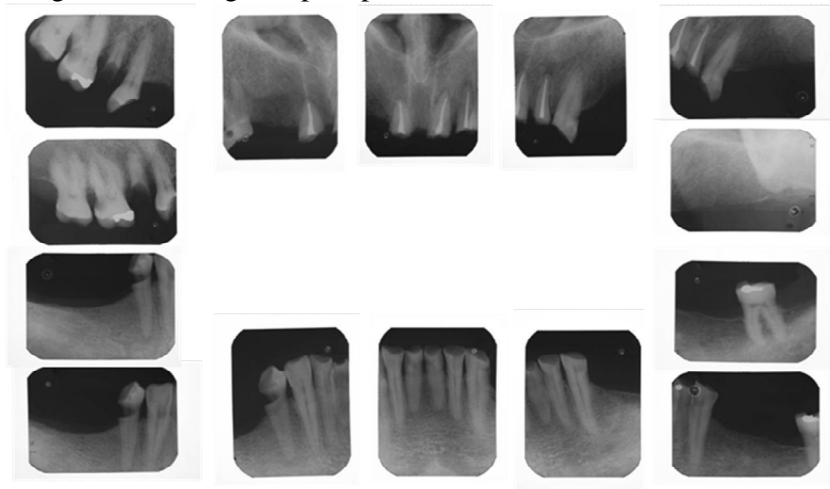
Figura 6 - Análise da DVR e DVO



Fonte: Elaborada pelo autor.

Um grande aliado do diagnóstico reabilitador corresponde a um minucioso exame radiográfico, com radiografias periapicais de boca toda, a fim de se avaliar a qualidade de dentes remanescentes que serão pilares protéticos, aspectos endodônticos, periodontais, bem como tomografia computadorizada para avaliar características ósseas para planejamento com utilização de implantes osseointegráveis (FIGURA 7).

Figura 7 - Radiografia periapical da boca toda



Fonte: Elaborada pelo autor.

Após os exames iniciais e durante a manipulação da mandíbula do paciente para a posição de RC, foi constatado um contato prematuro (FIGURA 5) que foi definido como ponto de partida de diagnóstico para uma possível posição oclusal confortável para o paciente e que, após definida em conjunto com o paciente, será definida como a posição de trabalho das próteses definitivas.

A partir desse contato prematuro, foi confeccionado um JIG modificado com resina acrílica diretamente na boca, a fim de manter essa posição de diagnóstico e observar tanto o aspecto estético e fonético, como também acompanhar o paciente por um período de tempo, para avaliar a adaptação funcional a nova possível posição de trabalho (FIGURA 8 e 9).

Figura 8 - Vista do JIG modificado



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 9 - JIG em posição



Fonte: Elaborada pelo autor.

Após o período de avaliação, da posição adquirida como ponto de partida em RC e da nova DVO, se o paciente não apresentar sinais e sintomas de alterações na ATM e músculos da mastigação e, principalmente, se sentir confortável nessa nova relação vertical, procede com o registro desse novo posicionamento oclusal e transferência para o Articulador semi-ajustável para futuro enceramento de diagnóstico, com o novo posicionamento da relação maxilo-mandibular (FIGURA 10, 11, 12, 13 e 14).

Figura 10 - registro inter-oclusal com JIG em posição



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 11 - modelos montados no ASA na nova relação maxilo-mandibular



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 12 - modelos em ASA sem o JIG (em RC)



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 13- Modelos em ASA sem o JIG (em MIH)



Fonte: Elaborada pelo autor.

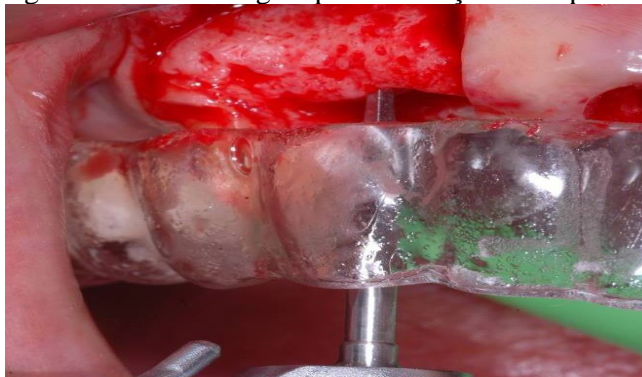
Figura 14 - Enceramento diagnóstico na nova posição oclusal



Fonte: elaborada pelo autor.

Após o enceramento de diagnóstico na posição oclusal definida previamente com o jig estético, procede-se com a parte técnica de condução do caso. Isto corresponde à duplicação do enceramento de diagnóstico para a confecção de guia cirúrgicas para instalação de implantes em posicionamento tridimensional adequado, bem como a duplicação do enceramento para a confecção de coroas provisórias sobre os dentes pilares preparados e sobre os implantes instalados (FIGURAS 15 e 16).

Figura 15- Guia cirúrgico para instalação de implantes



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 16 - Confeção de coroas provisórias sobre dentes e sobre implantes



Fonte: Elaborada pelo autor.

Dando sequência ao caso, temos a parte técnica de moldagem de trabalho para confecção das infra-estruturas para posterior aplicação de cerâmica de revestimento, provas tanto da infraestrutura metálica quanto da cerâmica (FIGURA 17).

Figura 17 - Prova da porcelana



Fonte: Elaborada pelo autor.

Após todos os ajustes da cerâmica, na sequência de pontos de contato, oclusão e estética, aplica-se o glaze e realiza-se a cimentação definitiva das próteses metalocerâmicas (FIGURAS 18 e 19).



Figura 18 - Próteses definitivas instaladas (vista frontal)



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 19 - Próteses definitivas instaladas (vista oclusal)



Fonte: Elaborada pelo autor.

## 5 DISCUSSÃO DE CASO

A reabilitação de pacientes com desgaste oclusal extenso é complexa e difícil de solucionar, tornando-se assim um dos maiores desafios na odontologia (SATO; HOTTA; PEDRAZZI, 2000).

A perda dentária pode culminar em graves alterações no sistema estomatognático, que resulta em 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 preservação (BARBOSA; ARANA; BOURREAU, 2000). Considerando esse quesito, optamos por diagnosticar a dimensão vertical do paciente com o JIG modificado de resina acrílica, visto que o material possibilita ajustes posteriores, de acréscimo ou redução conforme necessidade, e, sobretudo por possibilitar avaliação da resposta do sistema estomatognático. Segundo Valenga 2006, a correta determinação da dimensão vertical de oclusão é um dos pontos chave do tratamento reabilitador protético. Sua correta determinação tem como objetivo restabelecer a função e a estética. 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 parafuncionais.

Diversos fatores etiológicos podem estar relacionados a desgastes dentais severos: entre elas estão hábitos parafuncionais (bruxismo ou interposição de objetos duros entre os dentes) e a perda dos dentes posteriores, levando ao deslizamento anterior da mandíbula, que pode provocar perda excessiva de estrutura dental dos elementos anteriores (CONTI et al., 1993). As condições presentes na cavidade oral do paciente vêm ao encontro aos dados relatados por Conti et al., visto que o paciente apresentava tanto bruxismo quanto ausência de dentes posteriores inferiores. Os pacientes podem desgastar seus dentes até a gengiva e mesmo assim não apresentarem diminuição da dimensão vertical isso porque as forças eruptivas podem compensar o desgaste para manter a dimensão vertical original (DAWSON, 2008). O mesmo não foi visualizado no paciente do presente estudo, visto que quando aumentada a altura do terço inferior da face, observou-se uma melhora substancial na estética facial. Com o intuito de encontrar um método preciso e reproduzível, muitas técnicas foram descritas ao longo dos anos; no entanto, apesar de todo o conhecimento disponível sobre o

assunto, não há um consenso sobre qual o melhor método para determinação da Dimensão Vertical (DV) em pacientes com perdas de estruturas dentárias posteriores (VALENGA, 2016). Diversos métodos para a determinação da DVO estão descritos na literatura. Contudo, deve se levar em conta a avaliação da perda de suporte posterior, a história de desgaste dentário, a distância interoclusal e a aparência facial do paciente, fatores essenciais para o planejamento em prótese afim de determinar a manutenção, ou restabelecimento da DVO para a otimização do trabalho protético (DITTERICH et al., 2009).

Nenhum método é superior ao outro, e o recomendável é a associação de diversas técnicas (TURAN; TURANO, 2004), como métodos estéticos, métrico e fonético para determinação da DVO (OLIVEIRA et al., 2000). Em um estudo, Willie 1958, comprovou que os métodos mais utilizados são o fonético e o estético. Na execução do presente caso clínico, também utilizamos associação de alguns métodos. O Método Fonético preconizado por Silverman 1953 determina a dimensão vertical através de sons fonéticos, e a diferença consiste na ação da musculatura, considerando que nos outros métodos a musculatura está em repouso, e no método fonético os músculos envolvidos estão em função ativa durante a fala. Segundo Tamaki 1970, a dificuldade de pronúncia de algumas palavras é devido à diminuição do espaço intraoral que limita os movimentos da língua e dos lábios. A espessura do palato influencia no timbre da voz, pois a dimensão vertical é muito importante para a pronúncia das palavras com sons sibilantes, e as posições dos dentes, nas sílabas chamadas dentais. Considerando os diferentes métodos disponíveis na literatura, escolhemos por associar o método métrico com o método estético, em conjunto com o JIG modificado para diagnosticar e determinar a futura dimensão vertical. Após a confecção do jig modificado foi realizado teste fonético para checar a capacidade fonética do paciente, teste estético, mas principalmente, teste adaptativo da nova posição de relacionamento maxilo-mandibular vertical. Após a aceitação fisiológica da nova DVO, parte se para os registros oclusais da nova DVO para encerramento diagnóstico e consequente plano de tratamento definitivo. Considerando os registros oclusais, a relação entre maxila e mandíbula é uma etapa importante para a reabilitação oral, pois os dados obtidos são transferidos para o articulador, onde serão realizados os procedimentos laboratoriais, sem alterar a dimensão vertical preestabelecida, pois as discrepâncias verticais nas relações maxilo-mandibulares são as principais causas de interferências percebidas nos registros oclusais (TRIPODAKIS et al. 1997). A reabilitação oral com Prótese Fixa é recomendada por vários estudos com objetivo

de devolver a DVO, sendo mais indicada frente à gravidade dos sintomas articulares quando comparada com aparelhos removíveis (CARLSSON et al., 1979). A vantagem da prótese fixa é justamente por ser fixada na boca, imitando a morfologia dental, não apresentando interferência significativa na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional. Além disso, a aceitação do paciente ao tratamento é maior (MOSHAVERINIA et al., 2014).

Nos casos de alteração da dimensão vertical (DV), com desgaste acentuado dos dentes, é indispensável o restabelecimento da nova condição oclusal de DV, através da utilização de próteses provisórias ou de um dispositivo interoclusal, até o paciente relatar conforto (FELTRIN, 2008). Segundo Dantas 2013, a utilização de próteses provisórias é indicada para uma melhor avaliação da resposta do paciente ao restabelecimento da DVO antes do tratamento protético definitivo.

## 6 CONCLUSÃO

O restabelecimento da Dimensão vertical é essencial para obtenção do sucesso no tratamento reabilitador tanto no aspecto estético quanto funcional, influenciando significativamente na recuperação de uma aparência facial harmônica e mais jovem, além de devolver saúde articular. Apesar de várias técnicas já terem sido empregadas para tentar determinar a dimensão vertical, ainda não existe um consenso quanto a melhor, e sim a idéia de associar vários métodos para uma mensuração aproximada. A opção por diagnosticar a nova relação maxilo-mandibular por meio do uso do JIG modificado possibilita uma adaptação gradual da nova altura oclusal sendo passível de ajustes, além de restabelecer uma condição aceitável e de normalidade ao complexo estomatognático.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, C.R.M.; ARANA, A.R.S.; BOURREAU, M.L.S. **Reabilitação oral de paciente bruxômano com alteração de dimensão vertical.** Iniciação Científica Cesumar, v. 2, n. 1, p. 23-25, 2000.

CARLSSON, G.E. et al. Effect of increasing vertical dimension on the masticatory system in subjects with natural teeth. **J Prosthet Dent**, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 284-289, Mar. 1979. Disponível em: <[https://www.thejpd.org/article/0022-3913\(79\)90008-8/abstract#](https://www.thejpd.org/article/0022-3913(79)90008-8/abstract#)>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CONTI, P.C. et al. Procedimento para reabilitação de pacientes com desgaste dental acentuado. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1187-91, Nov./Dez.1993.

Dallazen E. et al. Alternativas de tratamento para reabilitação bucal estética e funcional. **Rev Dental Press Estét**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 51-61, Abr. 2015. Disponível em: <<https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=18072488&AN=110797870&h=OUb97f1ESNacizIJ1nXX1nCZOJTpFpW8xp48tCVOWemaPua9sYY541WtZKBBY%2bF4tHDYvpdoprtXq6KjUJ8u8w%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d18072488%26AN%3d110797870>>. Acesso em 13 set. 2018.

DANTAS, M.E. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Rev Odonto**, São Paulo, v. 20, n. 40, p. 41-48, 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/Odonto/article/view/3034>>. Acesso em: 12 out. 2018.

DAWSON, P.E. **Oclusão funcional – Da ATM ao desenho do sorriso.** 1 ed. Livraria Santos: Editora LTDA, 2008.

DISCACCIATI, J. A. C. et al. Increased Vertical Dimension of Occlusion: Signs, Symptoms, Diagnosis, Treatment and Options. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, New Delhi, v. 14, n. 1, p.123-128, jan. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579908>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

DITTERICH, R.G. et al. Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. **Publ UEPG Biol Health Sci**, Ponta Grossa, v. 11, n. 3, p.79-87. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/400/403>>. Acesso em 12 nov. 2018.

FELTRIN, P.P. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. **Rev Odontol Univ**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 274-9, Set. 2008. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/setembro\\_dezembro\\_2008/unicid\\_20\\_3\\_7\\_2008\\_274\\_9.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2008/unicid_20_3_7_2008_274_9.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2018.

- HARPER, R.P. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. **Quintessence Internacional**, Berlin, v. 31, n. 4, p. 275- 280, Apr. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11203936>>. Acesso em: 24 set. 2018.
- MOSHAVERINIA, A. et al. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: A clinical report. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [S.l.], v. 111, n. 4, p.259-263, abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2013.11.006>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- OLIVEIRA, T.R.C. et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.219-224, set. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1517-74912000000300006>>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 47, n. 3, p.78-89, Dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004226>>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- PLEASURE, M.A. Dimension and Freeway Space. **Journal of American Dental Association**, v. 43, n. 2, p. 1603-1616, Aug. 1951. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14850211>>. Acesso em: 23 set. 2018.
- SATO, S.; HOTTA, T.H.; PEDRAZZI, V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: A clinical report. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [S.l.], v. 83, n. 4, p.392-395, Abr. 2000. Elsevier BV. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3913\(00\)70032-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3913(00)70032-1)>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- SILVA, M.C. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 15, n. 4, p.455-460, Out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2011.15.04.11>>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- SILVERMAN, M. M.. The speaking method in measuring vertical dimension. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [S.l.], v. 3, n. 2, p.193-199, Mar. 1953. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913\(53\)90127-9](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913(53)90127-9)>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- TRIPODAKIS, A.P. et al. Evaluation of the accuracy of interocclusal records in relation to two recording techniques. **J Prosthet Dent**, Chicago, 1997; 77(2): 141-6. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022391397702270>>. Acesso e 12 out. 2018.
- TURANO, J.C.; TURANO, L.M. **Fundamentos de prótese total**. 7 ed. Rio de Janeiro: Ed. labor do Brasil S.A, 2004.
- TURNER, C.; FOX, F. **A securing additional record required in the the construction of artificial articuladores**. In: American test book of prosthetic dentistry, 1928.

VALENGA, S. **Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão**. Editora Unicamp: São Paulo, 2016.

WILLIE, R. Trends in clinical methods of establishing an ideal interarch relationship. **J Prosthet Dent**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 243-51. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022391358901549>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

WILLIS, F.M. Esthetic of full denture construction. **Journal of American Dental Association**, Philadelphia, v. 17, n. 4, p. 633-642, Apr. 1930. Disponível em: <[https://jada.ada.org/article/S1048-6364\(30\)74008-6/abstract](https://jada.ada.org/article/S1048-6364(30)74008-6/abstract)>. Acesso em 12 set. 2018.