



Cintia de Fátima Luginieski Batista

**Reabilitação estética e funcional utilizando coroas unitárias fresadas em
resina nanocerâmica**

CURITIBA
2025

Cintia de Fátima Luginieski Batista

Reabilitação estética e funcional utilizando coroas unitárias fresadas em resina
nanocerâmica

Monografia apresentada a Faculdade ILAPEO
como parte dos requisitos para obtenção de título de
Especialista em Odontologia com área de
concentração em Prótese e Odontologia Digital

Orientador(a): Prof. Dr. Rodrigo Yoshiyasu

CURITIBA
2025

Cintia de Fátima Luginieski Batista

Reabilitação estética e funcional utilizando coroas unitárias fresadas em resina nanocerâmica

Presidente da Banca Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Rodrigo Yoshiyasu

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). Adriana Traczinski

Prof(a). Dr(a). Vitor Coró

Aprovada em: 14 de Maio de 2025

Sumário

1. Artigo científico	7
----------------------------	---

1. Artigo científico

Artigo de acordo com as normas da Faculdade ILAPEO, para futura publicação no periódico **Revista ImplantNews**

REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL UTILIZANDO COROAS UNITÁRIAS FRESADAS EM RESINA NANOCERÂMICA

Cintia de Fátima Luginieski Batista¹

¹ Cirurgiã dentista graduada em Odontologia pela Universidade Positivo, com aperfeiçoamento em Prótese Dentária e sobre implante e atualmente cursando especialização na mesma área na Faculdade Ilapeo

RESUMO

A reabilitação oral com aumento da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) representa um desafio clínico e técnico na odontologia restauradora. Este trabalho apresenta um relato de caso clínico que descreve o planejamento e execução de uma reabilitação oral completa com aumento de DVO, utilizando recursos modernos como o planejamento digital e o mock-up diagnóstico. A paciente apresentava severo desgaste dentário, colapsando a DVO e comprometendo a função mastigatória, fonética e a estética facial. O planejamento digital permitiu uma abordagem previsível, integrando exames clínicos, fotográficos e tomográficos para definir a nova dimensão oclusal com segurança. O mock-up diagnóstico foi essencial na validação estética e funcional do plano de tratamento antes da intervenção definitiva, permitindo ajustes e o envolvimento ativo da paciente no processo. Após aprovação do mock-up, foram realizados procedimentos restauradores com retentores intrarradiculares e coroas fresadas em laboratório, promovendo estabilidade e durabilidade ao tratamento. No pós-operatório imediato, foi utilizado o enxaguatório oral BlueM, cuja formulação à base de oxigênio ativo tem ação antimicrobiana, anti-inflamatória e cicatrizante. A aplicação do produto contribuiu significativamente para a redução da inflamação gengival e aceleração da cicatrização dos tecidos moles. Este caso reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar, aliando tecnologia, planejamento minucioso e produtos inovadores no cuidado pós-operatório. O aumento da DVO, quando bem indicado e executado, pode restabelecer a harmonia funcional e estética da oclusão, com grande impacto na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Dimensão Vertical de Oclusão; Reabilitação Oral; Planejamento Digital; Retentores Intraradiculares; BlueM

ABSTRACT

Oral rehabilitation with an increase in Vertical Dimension of Occlusion (VDO) poses both clinical and technical challenges in restorative dentistry. This paper presents a clinical case report detailing the planning and execution of a full-mouth rehabilitation with VDO increase, using modern resources such as digital planning and diagnostic mock-up. The patient presented with severe tooth wear, resulting in VDO collapse and impairments in masticatory function, phonetics, and facial aesthetics. Digital planning enabled a predictable approach by integrating clinical, photographic, and tomographic examinations to safely define the new occlusal dimension. The diagnostic mock-up was essential to validate the aesthetic and functional aspects of the treatment plan before the definitive intervention,

allowing for adjustments and active patient involvement in the process. Following approval of the mock-up, restorative procedures were performed using intraradicular retainers and lab-milled crowns, promoting stability and long-term durability of the treatment. In the immediate postoperative period, BlueM oral gel was applied. This product, based on active oxygen, exhibits antimicrobial, anti-inflammatory, and healing properties. Its use significantly contributed to the reduction of gingival inflammation and the acceleration of soft tissue healing. This case highlights the importance of a multidisciplinary approach that combines technology, meticulous planning, and innovative postoperative care products. When properly indicated and executed, VDO increase can restore functional and aesthetic harmony to the occlusion, with a significant impact on the patient's quality of life.

Keywords: Vertical Dimension of Occlusion; Oral Rehabilitation; Digital Planning; Intraradicular Retainers; BlueM

INTRODUÇÃO

Uma das etapas mais importantes e indispensáveis em trabalhos protéticos extensos é o restabelecimento da dimensão vertical (DV), que é definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula.

Portanto, Dimensão Vertical de Oclusão é a posição em que os dentes superiores e inferiores encontram-se em oclusão (DVO) e a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) ocorre quando a mandíbula se encontra na posição de repouso e Espaço Funcional Livre (EFL) é a distância interoclusal. Quando o paciente eleva a mandíbula, retirando-se da posição de repouso, os dentes entram em oclusão e então a DVO é estabelecida no momento que os dentes se encontram em posição de máxima intercuspidação e será menor que a Dimensão Vertical de Repouso.²

A diminuição da DVO frequentemente está associada a fatores como erosão química (devido à composição e pH da saliva, dieta ácida, refluxo gastroesofágico e anorexia nervosa), anomalias congênitas (como amelogenese e dentinogenese imperfeita), abrasão dentária⁴ e parafunção, que inclui hábitos como roer unhas, morder lápis ou canetas e, mais comumente, o bruxismo. O bruxismo é uma manifestação de desequilíbrio biopsicológico, caracterizado por atrito dentário ou contato intenso entre os dentes, de forma centrada ou excêntrica. Pode ocorrer tanto durante o dia quanto à noite, e seus efeitos deletérios variam de acordo com a resistência,

a frequência e a saúde geral do paciente . Geralmente pode estar associado a distúrbios do sono, estresse emocional, discrepâncias oclusais, ansiedade, medo ou tensão, geralmente resultando em padrões anormais de desgaste dentário.³

A proteção mútua entre os segmentos anterior e posterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo resulta em sérios problemas, como o colapso oclusal, que leva a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores provocando reações como reabsorções, desgaste dentais, fraturas coronárias e radiculares, problemas estéticos, deglutição, sobrecarga da articulação temporomandibular (ATM), reflexos na audição, envelhecimento precoce devido à perda do tônus da musculatura da expressão facial e face com aspecto encurtado.¹

O restabelecimento da DVO é considerado um dos procedimentos mais desafiadores e complexos dentro dos procedimentos restauradores, justamente por ser essencial para obtenção do sucesso no tratamento reabilitador tanto esteticamente quanto funcionalmente, por isso deve ser realizado baseando-se em um plano de tratamento preestabelecido interdisciplinar. Cada etapa do tratamento influência nas demais e, conseqüentemente, no resultado final.¹

O objetivo deste trabalho é apresentar o planejamento reabilitador protético e detalhar a reabilitação estética e funcional de um paciente com perda de dimensão vertical de oclusão, utilizando próteses fixas sobre os dentes remanescentes.

RELATO DE CASO

Paciente I.A. M., sexo masculino, 48 anos, apresentou-se a clínica odontológica da Faculdade ILAPEO, Curitiba/PR, queixando-se de dificuldade de mastigação, cefaleia constante e estética deficiente.

Na anamnese, o paciente relatou que teve perda acentuada da estrutura coronária devido a um quadro de bruxismo e depressão pós pandemia do COVID-19. No exame intraoral, constatou-se a presença de desgaste dentário, acometendo quase que em sua totalidade com tratamento endodôntico realizado, perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) e de guia anterior e ausência de alguns elementos dentários (dentes 25, 34, 36, 46, 47).

O paciente não apresentava sintomatologia dolorosa, nenhum problema sistêmico e sua condição periodontal era satisfatória nos tecidos de sustentação e suporte.



Figura 1: Foto inicial



Figura 2: DVO reduzido



Figura 3: Dentes desgastados



Figura 4: Fotos intraorais

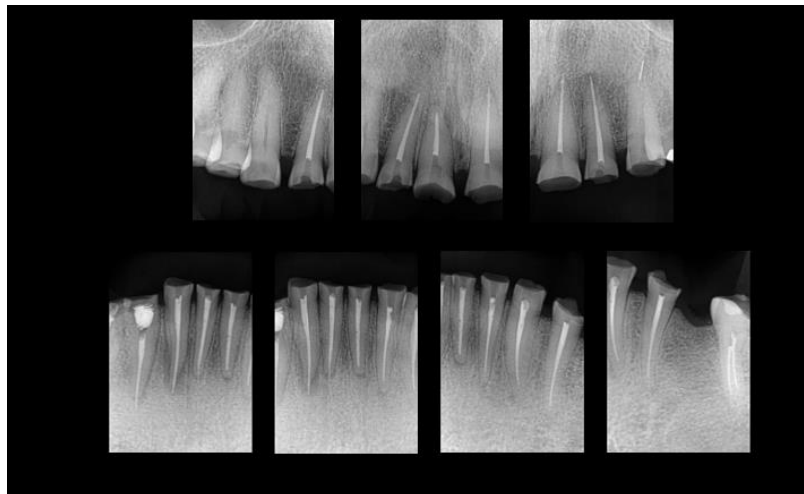


Figura 5: Radiografia periapical inicial

Como proposta de planejamento clínico, foi reestabelecer a dimensão vertical de oclusão através das reconstruções coronárias perdidas, para posterior confecção de placa miorrelaxante para preservação do tratamento realizado.

Para iniciar o planejamento do caso, foi realizado fotografias, radiografias periapicais e a determinação da quantidade do aumento da dimensão vertical (DV), através do método

métrico com auxílio do compasso de Willis e avaliação pelos testes fonéticos e funcionais, respeitando o espaço funcional livre (EFL) de 3mm. Observamos assim que o paciente possuía uma abertura de 6mm, subtraindo o EFL obtivemos uma DV de 3mm entre os dentes superiores e inferiores com a mandíbula em repouso.



Figura 6: Jig de Lúcia em posição

O registro da posição em relação cêntrica (RC), foi realizada com o auxílio do JIG de Lucia confeccionado a partir da presa da resina acrílica Pattern Resin LS (GC, Japão), que auxiliou na desprogramação da oclusão do paciente e planejamento da altura vertical a ser reestabelecida, além de determinar a altura do enceramento superior e inferior através do software Nemostudio (Nemotec, Espanha), pois foi um caso trabalhado através do scanner Sirios (Straumann, Suíça).



Figura 7: Imagem imediata do escaneamento

Com o uso desta tecnologia, a partir do momento em que são obtidas as imagens intra orais do paciente, os arquivos STL são utilizados pelo mesmo software para planejar o encerramento de ambas as arcadas, com o intuito de ter uma visualização em boca prévia ao início do tratamento. Após aprovação do primeiro planejamento do sorriso, os modelos foram impressos na impressora Anycubic Photon Mono X 6K (Anycubic, China) na resina Quanton Spin Skin (Quanton 3D, Brasil) e confeccionado um guia de silicone de condensação Zetalabor (Zhermack, Itália) o qual é recortado contorneando os dentes antes de posicionado em boca. Essa técnica chamada de mock-up, faz o preenchimento desta guia com uma resina bisacrílica Luxatemp (DMG, Alemanha) e posicionada sobre os dentes. Disto é possível ter uma pré visualização do resultado final do tratamento, se corresponde a altura da D.V.O determinada, avaliação do tamanho, distribuição e forma dos dentes e a satisfação do paciente.



Figura 8: planejamento no software
NemoSmile



Figura 9: modelo impresso do primeiro projeto



Figura 10: Guia de silicone para mockup



Figura 11: Primeira prova do planejamento

Neste estágio do planejamento, concluiu-se que os remanescentes dentários não apresentavam estrutura suficiente para sustentar coroas unitárias, sendo necessária a utilização de elementos protéticos mais longos a fim de assegurar a durabilidade do tratamento. Diante das limitações, o aumento coronário na direção incisal não era viável, o que indicou a necessidade de uma cirurgia periodontal para viabilizar o tratamento restaurador. Além disso, a presença de diastemas comprometeria a proporção estética dos dentes, tornando-os desarmônicos. Dessa forma, a utilização de retentores intrarradiculares e o aumento da coroa clínica tornaram-se fundamentais para possibilitar o efeito de férula. Considerando também a linha de sorriso alta do paciente e os resultados obtidos com a prova do mock-up, optou-se por um novo planejamento, com o acréscimo médio de 3 mm na região cervical dos dentes da maxila.

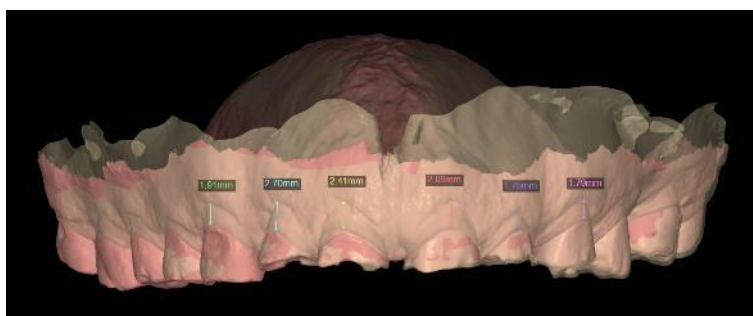


Figura 12: Planejamento digital do aumento de coroa clínica

A partir desse planejamento e utilizando o modelo impresso da primeira prova dos dentes, foi confeccionado uma guia de silicone (FGM, Brasil) para auxilio no procedimento cirúrgico periodontal.



Figura 13: Guia de silicone para cirurgia periodontal



Figura 14: Aumento coroa clínica arcada superior

No retorno após 21 dias pós cirúrgico foi removido a sutura e o paciente foi escaneado novamente com o novo posicionamento gengival e feito a correção do desenho e alinhamento do planejamento já realizado, permitindo uma 2ª prova com a técnica do mock-up.

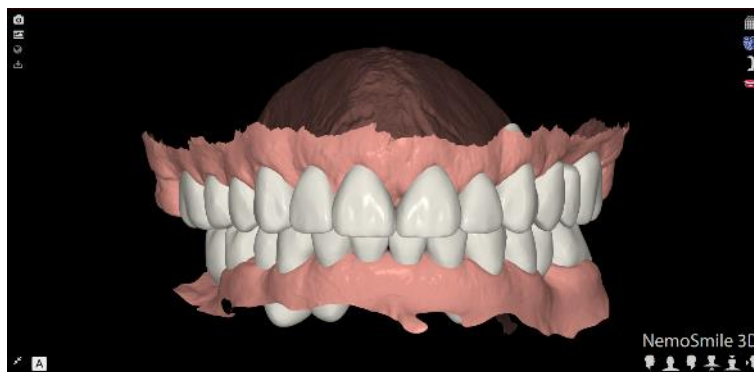


Figura 15: Novo planejamento pós cirurgia periodontal



Figura 16: Segunda prova do planejamento

Após aprovação clínica do operador e do paciente, foi removido o mock-up provisório parcialmente na arcada superior através de pequenas fendas realizadas nas ameias dos dentes com o auxílio de uma broca de alta rotação 2200 e mantido o inferior para referência da dimensão. Foi iniciado então o processo de desobturação e modelação dos condutos radiculares

dos dentes 11, 12, 13, 21, 22, primeiramente acessados com uma broca esférica de alta rotação 1312 e passado a sequência das brocas largo, I, II e III, deixando cerca de 4mm de selamento apical. Em seguida, realizado a prova dos pinos de fibra de vidro Whitepost System nº 1 (FGM, Brasil) e a higienização dos condutos com uma mistura feita a partir de água e pedra pomes como processo para a cimentação. Após os movimentos de fricção, foi lavado e seco com o jato de ar e acrescido com o auxílio de pontas de papel absorvente (Tanari, Brasil). Iniciou-se o preparo dos pinos através da limpeza por fricção de gaze embebida de álcool 70 %. Acontecido a vaporização, foi aplicado o silano Prosil (FGM, Brasil) com um microbrush (KG, Brasil) por 1 minuto, aplicado um jato de ar afim de acelerar a interação química e feito uma segunda aplicação seguindo os mesmos passo a passo.

Nesse momento, como a reabilitação aconteceu em ambas as arcadas, não foi realizado o isolamento absoluto, pois a oclusão era a referência de altura da confecção dos núcleos de preenchimento que seriam feitos no mesmo instante da cimentação dos pinos. Portanto o isolamento relativo foi o de escolha com o auxílio de um afastador labial expandex, rolos de algodão e sugador.

Com os pinos em mãos, o cimento escolhido foi o resinoso dual Maxcem Elite (Kerr, Michigan) devido a sua polimerização química e foto. Manipulado o material, foi introduzido no conduto radicular com a ajuda do próprio pino intraradicular em pequenas porções até seu completo preenchimento. Posicionado o pino no conduto, removido os excessos do cimento foi aguardado cerca de 60 segundos para que a ativação química iniciasse. Passado este tempo, foi fotopolimerizado por 40 segundos com uma fotopolimerizador (Radii-Cal SDI, Austrália)



Figura 17: Cimentação retentor intraradicular

Em seguida foi aplicado ácido fosfórico 37% (Allprime, EUA) apenas no esmalte e sobre o pino cimentado por 15 segundos. Dado o tempo, foi lavado, seco e aplicado uma camada do sistema adesivo Singlebond Universal (3M, EUA) com o microbrush (KG, Brasil). Passado o jato de ar por 10 segundos e fotopolimerizado por 35 segundos. Então iniciou-se a construção do núcleo de preenchimento com a aplicação de pequenas porções de resina fotopolimerizável Z100 na cor A1 (3M, EUA) sobre a estrutura. Após a modelação da resina, foi fotopolimerizada por 40 segundos. E assim a diante até a obtenção de um núcleo condizente com o espaço protético disponível e retenção necessária.

Finalizado essa parte, foi realizado o preparo e anatomização de toda a arcada superior visualizando sempre a nova DVO: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 27 com a utilização de uma caneta de alta rotação e broca tronco cônica 4138 e na sequência a broca tronco cônica 4138F e pontas de polimento: disco de lixa Sof-Lex pop on (3M, EUA) e pontas de silicone Optimize (TDV, França).

Já em seguida, foi iniciado a remoção dos provisórios na arcada inferior e todo o passo a passo já citado da cimentação dos retentores nos elementos: 31, 32, 33, 35, 41, 42, 43, 44 e 45. Na sequência o preparo e anatomização de todos os núcleos de preenchimento: 31, 32, 33, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 45. Concluída essa fase, foi instalado novamente o mock-up dos

provisórios nos elementos inferiores e feitos os ajustes necessários, pois o escaneamento aqui seria realizado apenas após a instalação das coroas superiores.

Assim, após a realização de todo esse processo e as estruturas superiores prontas, foi inserido o primeiro fio retrator Ultrapack #000 (Ultradent, EUA) sobre os preparos com o auxílio de uma espátula de inserção de fio, afim de promover o afastamento das gengivas e melhor visualização da área de trabalho. Já na sequência, foi inserido o segundo fio retrator Ultrapak #00 (Ultradent, EUA) embebido com solução hemostática (Hemoliq, Brasil) devido aos poucos pontos de sangramento que houve, devido ao processo de remodelação da cirurgia periodontal.



Figura 18: Fios retrator inseridos no sulco gengival

Ambos os fios permaneceram no interior do sulco gengival por aproximadamente 5 minutos, em seguida foi removido apenas o segundo fio retrator Ultrapack #00 (Ultradent, EUA), onde o fio mais fino permaneceu para a realização do escaneamento digital dos preparos. Em seguida foi removido o fio restante do sulco gengival e reinstalado novos provisórios com a técnica do mock-up, após os ajustes o paciente foi dispensado e orientado a manter a higiene bucal e utilizar enxaguatório bucal (BlueM, Holanda) durante todo o período até a data de retorno, pois ele ajuda na prevenção de inflamações e acelera o processo de cicatrização.



Figura 19: Provisórios instalados com a técnica do mockup

Como a arcada inferior estava com mock-up provisória na altura nova de DVO já estabelecida, o escaneamento foi realizado dos preparos anatomizados com o espaço protético disponível para a redistribuição da anatomia dos dentes no software do planejamento inicial. Com a conclusão dessa fase, foi enviado ao laboratório DLab os arquivos STL para a fresagem na Ceramill Motion 2 (Amann Girrbach, Áustria) das coroas superiores em blocos CAD-CAM Sirona Brava Block B1 LT 14L (FGM, Brasil), onde para a reabilitação o material selecionado foi resina vitrocerâmica.

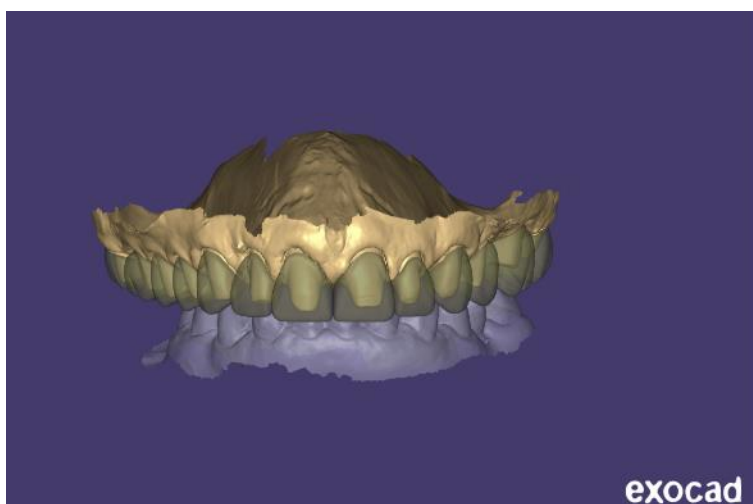


Figura 20: Planejamento realizado em cima dos preparos

Com as coroas fresadas prontas, paciente retornou a clínica para seguimento ao tratamento. Foi removido todos os provisórios da arcada superior da mesma forma realizada

anteriormente e feito a prova dos dentes individualizados e em grupo, afim de verificar adaptação das peças nos terminos dos preparos, pontos de contatos proximais e oclusais. Estes ajustes foram realizados através de papel carbono (Accufilm, EUA), carbono líquido (Kota, Brasil) e borrachas de acabamento de peça de mão reta.



Figura 21: Coroas vitrocerâmica fresadas

Estando todas as peças devidamente ajustadas, deu-se inicio ao processo da cimentação. Primeiramente foi preparado todas as peças, iniciando com o jateamento com óxido de alumínio na parte interna das coroas, lavadas e secas na sequência. Em seguida, feito aplicação do Silano com microbrush (KG, Brasil) e jato de ar por duas vezes.

Já nos preparos, foi realizado o isolamento absoluto modificado com a utilização de 2 grampos posteriores para este momento. A cimentação foi realizada de 2 em 2 dentes, iniciando pelos incisivos centrais, laterais, caninos e assim por diante. Aplicado ácido fosfórico 37% (Allprime, EUA) nos remanescentes por 15 segundos, lavados e secos. O cimento resinoso de escolha para as coroas foi o Multilink (Ivoclar, Suíça) onde foi seguido a orientação do fabricante para esta fase: aplicação do adesivo A + B com o microbrush (KG, Brasil) após manipulado sobre o remanescente e então realizado a aplicação do cimento diretamente na parte interna da peça com a ponta misturadora. Feito a inserção da peça, removido os excessos com um pincel, passado fio dental nas ameias, com o processo da presa química já iniciado, foi

fotopolimerizado por 40 segundos. Para as peças posteriores, foi removido o isolamento modificado e utilizado o relativo, da mesma forma feita na consulta da cimentação dos retentores. Finalizado a cimentação de todas as coroas, foram feitos os ajustes finais, pequenos resquícios de cimento removidos com o auxílio de uma lâmina de bisturi nº 12, brocas de alta rotação F para ajustes oclusais finais e brocas de baixa rotação de polimento: disco de lixa Sof-Lex pop on (3M), pontas de silicone Optimize (TDV, França), broca escova Carbeto (American Burrs, Brasil) e pasta de polimento (FGM, Brasil).



Figura 22: Coroas finais superiores



Figura 23: Vista oclusal superior finalizada



Figura 24: Vista sorriso frontal

Dada as orientações de alimentação e higiene ao paciente, foi dispensado e programado para continuidade do tratamento na arcada inferior.

DISCUSSÃO

Em pacientes com grandes colapsos oclusais, a reabilitação torna-se muito mais complexa e difícil de ser solucionada⁵, pois as graves alterações no sistema estomatognático podem levar a danos, alguns dos quais irreversíveis. O desgaste é considerado patológico quando não corresponde à faixa etária do paciente, sendo geralmente causado por bruxismo intenso, frequentemente associado a estresse emocional e distúrbios do sono⁶. Diante disso, é fundamental a determinação de um protocolo reabilitador, desde a fase do planejamento até a preservação.⁷

Com base nesse contexto, a identificação das discrepâncias, o planejamento das opções de restauração, a previsibilidade proporcionada pelo uso do mock-up, a hierarquização das especialidades e o fluxo de execução são princípios fundamentais na administração do tratamento, resultando, assim, na excelência do resultado final. Além disso, o uso de tecnologias modernas, como scanners intraorais e o planejamento digital, tem proporcionado avanços significativos na odontologia, permitindo diagnósticos mais precisos e personalização do tratamento. Essas ferramentas não apenas otimizam o planejamento das reabilitações oclusais, mas também garantem maior assertividade nos resultados clínicos, especialmente em casos complexos como os de bruxismo e desgaste dental.

O uso de tecnologias modernas, como scanners intraorais e planejamento digital, tem revolucionado o diagnóstico e tratamento do bruxismo. Essas ferramentas permitem uma avaliação mais precisa e personalizada, otimizando o planejamento das reabilitações oclusais e melhorando os resultados clínicos.

Segundo a literatura, a intervenção odontológica mais eficaz no tratamento do bruxismo é a proteção dentária por meio do ajuste oclusal, com o uso de placas oclusais e restaurações

nas superfícies dentárias.⁸ Em casos de desgaste severo relacionado ao bruxismo, a terapia endodôntica, quando indicada, é recomendada. Além disso, dependendo da situação, as restaurações compostas ou as coroas de cobertura total ajudam a restaurar a dimensão vertical e a função.⁹ No caso mencionado, os autores recomendaram a restauração da dimensão vertical perdida, utilizando materiais adequados ao caso e ao orçamento do paciente. Para isso, optou-se por reconstruções com retentores intraradiculares de fibra de vidro e coroas fresadas de resina vitrocerâmica.

Uma revisão sistemática recente indicou que a durabilidade das coroas totais de cerâmica está diretamente relacionada ao tipo de cerâmica utilizado. Coroas de resina vitrocerâmica fresada apresentam taxas de sobrevivência superiores a cinco anos em comparação com as coroas de cerâmica feldspática/sílica, especialmente em regiões posteriores da boca.¹⁰

Além da função oclusal, o aspecto estético das restaurações é um fator crucial na escolha dos materiais, principalmente em pacientes jovens ou aqueles com exigências estéticas elevadas. Materiais como as coroas de cerâmica oferecem uma excelente combinação entre funcionalidade e estética, restaurando tanto a forma quanto a função do dente.

Durante a reabilitação, a adaptação dos tecidos moles pode ser desafiadora, especialmente nos estágios iniciais do tratamento. Nesse contexto, o uso do enxaguante BlueM®, que contém oxigênio ativo, pode auxiliar significativamente na cicatrização gengival e na redução da inflamação pós-tratamento periodontal. Estudos demonstram que a liberação de oxigênio ativo contribui para a modulação da resposta inflamatória, favorecendo um ambiente oral mais saudável e menos propenso ao acúmulo de biofilme bacteriano. Além disso,

a presença deste componente na formulação do BlueM® potencializa sua ação antimicrobiana, promovendo uma melhor regeneração tecidual.¹¹

A incorporação do enxaguatório no protocolo de cuidados pós-tratamento pode ser particularmente benéfica para pacientes submetidos a reabilitações complexas, pois auxilia na manutenção da saúde gengival e na estabilidade dos resultados obtidos. Dessa forma, seu uso pode ser recomendado como um complemento terapêutico na fase de adaptação à reabilitação, minimizando desconfortos inflamatórios e favorecendo uma transição mais confortável para o paciente.¹¹

Após a conclusão do tratamento inicial, o acompanhamento contínuo e a manutenção das reabilitações oclusais são essenciais. Pacientes com bruxismo devem ser monitorados regularmente para garantir que as restaurações permanecem adequadas e para ajustar o tratamento conforme necessário, prevenindo.

CONCLUSÃO

A determinação da correta Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) é crucial para a reabilitação protética, influenciando o equilíbrio funcional e estético do paciente. Sua pode ser causada por fatores como erosão química, anomalias congênitas, abrasão dentária e parafunção, especialmente o bruxismo, que prejudica a oclusão e a saúde bucal. A recuperação da DVO exige um planejamento cuidadoso e uma abordagem interdisciplinar, envolvendo especialidades como periodontia, ortodontia e protética, para garantir o sucesso do tratamento e evitar complicações, como desgaste dentário, fraturas e problemas na articulação temporomandibular (ATM).

A reabilitação estética e funcional por meio de próteses fixas sobre os dentes remanescentes tem se mostrado eficaz, desde que realizada com diagnóstico preciso e planejamento adequado. Além de restaurar a função mastigatória e a estética facial, a recuperação da DVO contribui para a saúde geral do paciente, prevenindo distúrbios oclusais. Recomenda-se continuar a pesquisa sobre o impacto do bruxismo na perda da DVO e a educação preventiva para pacientes com risco de distúrbios oclusais.

REFERÊNCIAS

1. Silva MC de V dos S da, Carreiro A da FP, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Reabilitação oclusal com prótese parcial removível provisória tipo “overlay”: relato de caso. RBCS. 2011;15(4):455-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10049>
2. Phoenix RD, Cagna DR, Defreest CF, Stewart KL. Prótese parcial removível clínica de Stewart. 2007:526.
3. Martins CRM. Reconstrução oclusal em dentística: dimensão vertical de oclusão. [monografia]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
4. Moshaverinia A, Kar K, Aalam AA, Takanashi K, Kim JW, Chee WW. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: a clinical report. J Prosthet Dent. 2014;111(4):259-63. doi: 10.1016/j.prosdent.2013.11.006. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24529653.
5. Sato S, Hota TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report. J Prosthet Dent 2000; 83(4):392-395.
6. Pavarina AC, Machado AL, Vergani CE, Giampaolo ET. Overlay removable partial dentures for a patient with ectodermal dysplasia: a clinical report. J Prosthet Dent. 2001;86(6):574-7.
7. Barbosa CMR, Arana ARS, Bourreau MLS. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. Iniciação Científica Cesumar 2007; 2(1):23-25. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/18>
8. Lima MCG, Santos APCD, Filho EON, Bezerra RL, Figueiredo RJA. A parafuncionalidade do bruxismo: da intervenção terapêutica multiprofissional ao uso da placa miorrelaxante. Brazilian Journal of Health Review. 2020;3(4):8910-8918.

9. Lal SJ, Sankari A, Weber, DDS KK. Bruxism Management; 2024
10. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metalceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). Dent Mater 2015;31(6):603-23
11. Mattei BM, Imanishi SAW, Ramos GO, Campos OS, Weiss SG, Deliberador TM. Mouthwash with Active Oxygen (blue®m) Reduces Postoperative Inflammation and Pain. 2021. doi: 10.1155/2021/5535807. PMID: 34158980; PMCID: PMC8187063.
12. Fu L, Engqvist H, Xia W. Glass-Ceramics in Dentistry: A Review. Materials (Basel). 2020 Feb 26;13(5):1049. doi: 10.3390/ma13051049. PMID: 32110874; PMCID: PMC7084775.