

ENVELHECIMENTO BUCAL PRECOCE E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A CAVIDADE ORAL COM FOCO EM REABILITAÇÃO COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

*EARLY ORAL AGING AND ITS CONSEQUENCES FOR THE ORAL CAVITY
FOCUSING ON REHABILITATION WITH COMPOSITE RESIN: CASE REPORT*

GISELE ONZI TISATTO¹
MARIÁ CORTINA BELLAN²
MARÍLIA PAULUS³
ALEXANDRE CONDE⁴
LUCAS BOZZETTI PIGOZZI⁵

RESUMO

O envelhecimento bucal precoce apresenta cada vez uma maior incidência nos consultórios odontológicos e sua degradação aos tecidos orais exige uma atenção por parte do cirurgião-dentista devido ao seu alto grau de complexidade. Esse envelhecimento precoce é causado principalmente por hábitos parafuncionais, dieta ou ambos. Suas consequências são desgastes patológicos dos tecidos dentários, extrusão passiva, perda de dimensão vertical e comprometimento estético e funcional. Por conta disso, o presente estudo teve como objetivo realizar um relato de caso clínico em um paciente jovem e com queixa estética como consequência de hábitos parafuncionais, aonde foram realizadas uma reabilitação oral envolvendo aumento da dimensão vertical de oclusão através de *Table Tops* sem desgastes dentários e restaurações estéticas, ambas com resina composta. Essa reabilitação devolveu a DVO da paciente, trazendo conforto, contatos estáveis, guias de desocclusão e satisfação estética e funcional por parte da paciente.

UNITERMOS: Resina Composta. Estilo de Vida. Bruxismo. Dimensão Vertical

INTRODUÇÃO

O envelhecimento bucal precoce é um conceito extremamente abrangente formado por uma degradação acelerada da cavidade oral em uma faixa etária jovem, que, associado também ao envelhecimento pulpar, justifica um crescimento na sensibilidade dentária ao longo da vida¹. Seu diagnóstico e tratamentos são complexos, impactando no planejamento, que deve ser multidisciplinar, na conduta clínica, que envolve uma reabilitação ampla da dentição, com diferentes alternativas de reabilitação, mas que devem sempre visar uma longevidade no tratamento e o máximo de conservação dos tecidos².

As causas desse envelhecimento vão desde fatores intrínsecos como, estresse, hábitos parafuncionais, distúrbios de sono, desgaste erosivo e refluxo gastroesofágico, e extrínsecos, como pastas clareadoras abrasivas, hábitos estressantes do dia-a-dia, e dieta ácida, dependendo do hospedeiro e do estilo de vida³.

Com o estilo de vida atual e as exigências de excelência cada vez maiores, os níveis de estresse e ansiedade aumentaram, o que podem aumentar a incidência de parafunções e disfunções temporomandibulares, e consequentemente causar desgaste dental, alterando, em muitos casos, a dimensão vertical de oclusão (DVO) e afetando

1 - Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. E-mail: gisele.tisa@gmail.com

2 - Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutora em Dentística Restauradora. E-mail: mariahbellan@gmail.com

3 - Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutora em Materiais Dentários. E-mail: marília.paulus@fsg.edu.br

4 - Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS. Doutor em Materiais Dentários. E-mail: alexandre.conde@fsg.edu.com

5 - Mestre e Especialista em Prótese Dentária, Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG. Endereço Rua Os Dezoito do Forte, 2366. E-mail: lucas.pigozzi@fsg.edu.br

diretamente a estética e a função⁴. Esse desgaste dental leva à uma erupção dental passiva, aonde migram, junto com o tecido dentário, todo o conjunto de tecido gengival e ósseo⁵. Esses dois fatores são processos que ocorrem ao longo da vida de maneira lenta e fisiológica⁶. Além disso, existem situações em que a DVO se mantém estável mesmo em pacientes com bruxismo severo, devido à uma rápida erupção passiva⁷. Porém, quando o bruxismo se torna mais acentuado que a erupção, ocorre a diminuição de DVO, acarretando em alterações faciais, dentárias e desordens da ATM⁸.

Nesses pacientes, é extremamente importante a devolução de uma DVO compatível com saúde para um sucesso do tratamento final e na reabilitação estética dos dentes desgastados⁹. A partir disso, existem diversas técnicas que podem ser empregadas, como restaurações diretas, restaurações indiretas, como Table Tops, coroas parciais ou totais e próteses removíveis¹⁰. A escolha do material e da técnica envolvem diversos fatores, que vão desde a situação inicial, condições financeiras, até a própria idade do paciente. Para isso, o planejamento com modelos de estudo montados em articulador e fotografias do caso clínico são extremamente importantes como ponto de partida para qualquer tratamento reabilitador¹¹.

Frente à isso, o presente estudo teve como objetivo tratar um paciente que apresente envelhecimento precoce da dentição, abordando as causas, consequências e possibilidades de tratamento através de uma revisão de literatura. Além disso, objetiva elucidar o passo-a-passo, envolvendo desde o planejamento até a execução de um caso clínico que se enquadre nos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

RELATO DE CASO

Esta pesquisa caracterizou-se como um relato de caso clínico, no qual foi escolhido um paciente da Clínica particular Hórus Odontologia, baseado em casos que deveriam apresentar perda de DVO e comprometimento estético por parafunção, paciente jovem e sistemicamente saudável. Já indivíduos que não apresentavam desgaste dental e não colaborativos às instruções de higiene bucal foram excluídos da pesquisa. O projeto encontra-se aprovado após a análise no Comitê De Ética Institucional do Centro Universitário da Serra Gaúcha sob número do parecer 5.416.541.

Paciente L.M. de 22 anos, moradora de Farroupilha, Rio Grande do Sul, buscou atendimento na Hórus Odontologia. A queixa da paciente era ter os dentes muito desgastados e curtos. Esta passou, então, por uma anamnese completa, além de exames clínicos e radiográficos a fim de realizar tratamento reabilitador estético. Após os exames, constatou-se que a paciente se enquadrava nos critérios de inclusão do referido estudo. Por conseguinte, foi-lhe explicado

os termos do estudo e a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para iniciar o tratamento.



Figura 1: caso inicial / Fonte: Autora (2022)



Figura 2: caso inicial em uma vista oclusal da arcada superior / Fonte: Autora (2022)

Com isso, na primeira consulta, foi realizado moldagem superior com silicone de adição leve e pesado em duas etapas (Kulzer®) e inferior com alginato tipo V (Zhermack®), registro de mordida com silicone de condensação pesada (Kulzer®) em máxima intercuspidação habitual, foi também realizada a montagem em articulador com arco facial, além de protocolo fotográfico intra e extrabucais (Figura 1 e 2). O intuito dessa consulta era realizar um planejamento digital e físico do caso. Figura 2: caso inicial em uma vista oclusal da arcada superior

Com as fotos e modelos em mãos e após o exame, diagnosticou-se que a paciente apresentava perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) devido ao desgaste dentário ocasionado pelo bruxismo e leve extrusão passiva dos dentes. Foi então realizado, em uma nova consulta, um registro de mordida com aumento de dimensão vertical através de um JIG de resina acrílica autopolimerizável vermelha (Duralay®) na região dos incisivos e registro com o-bite (Kulzer®) nos demais dentes com o JIG em posição (Figura 3). Essa nova DVO foi estabelecida através do método métrico com Compasso de Willis e fonético. Essas medidas foram então passadas para o articulador semi-ajustável A7 plus padronizado (Bio-Art®) (Figura 4).

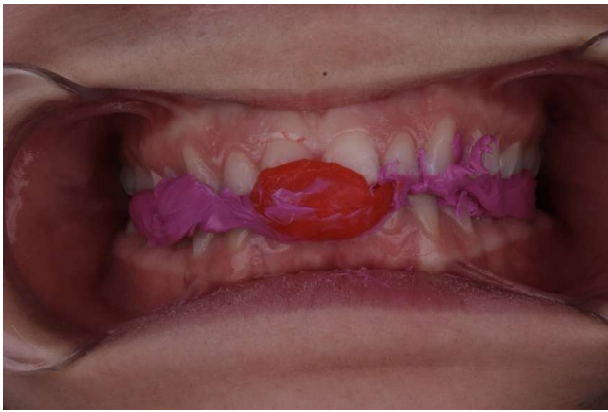


Figura 3: JIG de resina acrílica e registro de mordida / Fonte: Autora (2022)



Figura 4: montagem no articulador semi-ajustável / Fonte: Autora (2022)

Após isso, o modelo foi enviado para laboratório a fim de encerar os 6 dentes anteriores para então reestabelecimento estético baseado no desejo da paciente de não querer os dentes muito alongados. No planejamento, ainda, observou-se a necessidade de trabalhar esteticamente a parte gengival, com leve aumento de coroa clínica nos elementos 12 e 22 e nos pré-molares. Com o enceramento pronto, foi realizado um Mock-Up com resina bisacrílica Structur 2 (VOCO®) apoiado em uma muralha de silicone de condensação laboratorial (Zhermack®). Seguiu-se para novo protocolo fotográfico para aprovação do tamanho e formato dos dentes pela paciente (Figura 5).



Figura 5: Mock-up em resina bisacrílica para aprovação do formato das facetas / Fonte: Autora (2022)

O plano de tratamento então consistia em realizar o procedimento cirúrgico gengival, aumentar a dimensão vertical de oclusão através de Table Tops de resina composta e realizar reabilitação estética anterior com facetas em resina composta e confecção de placa interoclusal para prevenção e proteção das estruturas.

Os procedimentos cirúrgicos gengivais foram a primeira etapa do tratamento devido ao tempo de cicatrização, a qual a paciente teve sua pressão aferida estando em 120/80mmHg, foi deslocada para a sala cirúrgica aonde fez bochecho com Clorexidina 0,12% por 1 minuto e foi realizado a assepsia extrabucal com Clorexidina 2% e montagem dos campos operatórios. Após anestesia com lidocaína 2% com vasoconstritor (FGM®) em região de fundo de sulco e no nervo alveolar superior anterior e médio, foi-se realizado a incisão com lâmina de bisturi número 15c (Solidor®) para aumento de coroa clínica dos incisivos, observou-se que nesses dentes não haveria necessidade de remoção de tecido ósseo, sendo restrito a uma gengivoplastia, removendo assim, um colar gengival de acordo com o planejamento, já nos pré-molares, além do colar gengival, foi realizado, após o descolamento do retalho, a osteotomia com cinzéis manuais. Foi então realizado sutura transpapilar do retalho com mononylon 4-0 (Ethicon®). A paciente recebeu orientações pós operatórias, medicação com Toragesic 10mg de 6 em 6 horas por 3 dias e Cloridrato de Clorexidina (Colgate®) de 12 em 12 horas por 20 dias. Após isso, foi orientada à retornar em 15 dias para remoção da sutura. Com o procedimento finalizado, foi aguardado um período de 4 meses para cicatrização e estabilização periodontal.

O próximo passo consistia na confecção dos Table Tops em resina composta Herculite Précis (Kerr®), cor A1, confeccionados pelo próprio dentista no modelo de gesso tipo IV que estava montado no articulador. Essas peças foram então ajustadas e polidas utilizando kit de polimento para resina composta (DhPro) e pasta polidora Enemalize (Cosmedent®). Após finalizadas, as peças foram submetidas à jateamento com óxido de alumínio na parte interna.

A paciente retornou à clínica, aonde foram provadas as peças, então os dentes foram isolados com isolamento absoluto e higienizados com taça de borracha com Clorexidina 0,12% com pedra pomes, lavados e secados, aplicando-se jato de óxido de alumínio. Após isso, o dente recebeu o protocolo adesivo com ácido fosfórico 37% (Ultradent®) por 30s, lavagem abundante e secagem, adesivo universal (3M®) por 45s ativamente, evaporação do solvente. Já na peça, esta recebeu também ácido fosfórico 37% por 30s, lavagem e secagem, silano por 1min, adesivo universal e a peça foi então cimentada com resina flow Grandioso Heavy A1 (VOCO®). Removidos os excessos, as peças foram fotoativadas por 2min. com fotopolimerizador (Valo®). Com a remoção do isolamento absoluto, foi realizado o ajuste oclusal e

polimento das peças Figura 6: Table Tops cimentados com os toques oclusais adequados



Figura 6: Table Tops cimentados com os toques oclusais adequados/ Fonte: Autora (2022)

Na consulta seguinte as facetas de resina composta seriam confeccionadas, foi então, realizado isolamento absoluto dos dentes anteriores, aplicado ácido fosfórico 37% (Ultradent®) por 30s, lavagem abundante e secagem, adesivo universal (3M®) por 45s ativamente, evaporação do solvente, fotoativação por 20s nos 6 dentes anteriores superiores. Utilizou-se uma muralha de silicone baseada no enceramento para confecção da parede palatina com resina B1E (Forma®), aplicação de mamelos e linha incisal com A1D Empress Direct (IVOCLAR®), resina de efeito entre os mamelos OW Empress Direct (IVOCLAR®) e sobre toda face vestibular foi aplicado BL-XL Empress Direct (IVOCLAR®), sendo ativado fotopolimerizador a cada camada por 20s e no final por 2min. Após a remoção do isolamento absoluto, foi realizado ajustes oclusais em relação cêntrica e nas guias e acabamentos com brocas FF e discos de soft-lex (3M®), polimento final utilizando kit de polimento (DhPro), pasta de polimento Enemalize (Figura 7, 8, 9 e 10). Foi então realizado moldagem superior com alginato tipo V (Zhermack®) e registro de mordida com silicone de condensação com dois abaixadores de língua entre os incisivos manipulando a mandíbula em relação cêntrica a fim de confeccionar a placa interoclusal. Foi sugerido também para a paciente que fosse realizado facetas de resina nos primeiros e segundos pré molares de ambos os lados, Figura 9 e 10: Guias caninas com desoclusão

Após o retorno da paciente, a placa foi provada e ajustada com auxílio de um papel articular e pinça Müller em relação cêntrica e em guias. A paciente foi orientada à realizar higienização bucal com escova macia e fio dental diário, além de cuidados com a placa. Além disso, foi sugerido atuar nas principais causas estressantes que estavam levando aos hábitos parafuncionais, recomendando atividades físicas regulares, acompanhamento psicológico e procurar maiores atividades de lazer. Após 1 semana, a paciente retornou para fotografias e ajustes finais, e entrou no programa de manutenção periódica preventiva.



Figura 7: Foto final após confecção das facetas em resina composta com ajustes, acabamento e polimento / Fonte: Autora (2022)



Figura 8: Foto final do caso porém esta optou pela não realização. / Fonte: Autora (2022)



Figura 9 e 10: Guias caninas com desoclusão / Fonte: Autora (2022)

DISCUSSÃO

O envelhecimento precoce da dentição é um fator cada vez mais incidente na sociedade, aonde os jovens estão desgastando seus dentes e prejudicando seu sistema estomatognático cada vez mais cedo, causando sensibilidade e dor nos músculos mastigatórios, dor de cabeça e DTM's, afetando assim o complexo craniofacial^{12,13}.

A ansiedade tem tido um aumento prevalente nos últimos anos por conta do estilo de vida cada vez mais exigente e complexo, os profissionais da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, devem estar atentos a esses sinais e sintomas clínicos a fim de realizar uma abordagem terapêutica-preventiva o mais precoce possível, além de encaminhamentos com outros profissionais da saúde^{14,15,16,22}. Ademais, situações específicas como a pandemia do SARS-COV-2, desigualdade social e criminalidade são potenciais fatores prejudiciais na saúde física e mental dos indivíduos, aumentando o estresse, a ansiedade e a depressão, e, conseqüentemente, acarretando no aumento do bruxismo e DTM's^{17,18}.

Casos de reabilitação para o aumento de dimensão vertical são de extrema complexidade devido ao planejamento e execução, podendo envolver toda uma arcada ou todos os dentes em muitos cenários¹⁹. Por isso, o planejamento é fundamental para o sucesso em busca do equilíbrio do sistema estomatognático, aonde deve-se avaliar a DVO do paciente com testes fonéticos e estéticos, visto que a diminuição da DVO pode causar um espaço funcional livre em excesso, podendo-se assim observar desgaste dental acentuado, comprometimento periodontal, sobrecarga da ATM e dificuldade na fonação^{20,21}. E um aumento exagerado da DVO também é prejudicial, podendo levar à disfunções temporomandibulares, sintomatologia dolorosa e alterações fonéticas²³. Além disso, caso não houvesse sido realizado o aumento de DVO da paciente, apenas a reabilitação estética, o transpasse vertical iria ficar exacerbado, aumentando o tempo e a intensidade de contato durante as guias, favorecendo assim, a fratura precoce das restaurações²³.

Neste estudo, optou-se por fazer o planejamento com JIG de mordida e registro posterior com silicone de mordida O-Bite e a relação maxilo mandibular transferida para o articular com montagem do arco facial. Poderia ainda, em caso de incerteza na DVO final, utilizar levantes de mordidas provisórios na paciente a fim de verificar a sua adaptação funcional, diminuindo a chance de erro^{24,25}. No presente estudo, provisórios não foram utilizados, apenas foram realizados a prova de Mock up estético dos dentes anteriores, sem prova provisória de dentes posteriores.

Existem diversas formas de realizar o aumento de mordida com objetivo de aumento de dimensão vertical de oclusão. Para pacientes dentados, as restaurações oclusais são as mais utilizadas, estas podendo ser de cerâmica ou de resina composta^{26,27}.

Diversos estudos trazem as cerâmicas como excelentes materiais devido à sua dureza, resistência, não manchamento a longo prazo e estética, porém no presente estudo foram utilizadas resinas compostas por não precisar de desgastes dentários, ao contrário das cerâmicas que muitas vezes necessitam, mesmo que sendo conservadores^{28,29}. Além disso, as resinas compostas possuem ótima resistência e durabilidade, fácil manutenção em caso de falhas e são mais baratas em relação às peças cerâmicas, possuindo uma taxa de sucesso de 94% após dois anos quando aumentado a DVO, se caracterizando como de fácil manuseio e reparo, porém ainda podem sofrer desgaste, sendo assim uma boa opção a médio prazo^{7,32}. Outro ponto a ser analisado é a idade da paciente frente à um desgaste dentário, por ser uma paciente jovem, a utilização de uma técnica reversível e sem desgastes tende a ser a primeira opção de tratamento^{29,30}.

Neste caso o uso de Table top indireto nos dentes posteriores foi realizado com aditivos em resina composta, devendo-se levar em consideração sua adaptação marginal na hora da cimentação e espessura final, porém quando colocadas com uma espessura de 2mm ou mais mostram um desempenho favorável, podendo estar sujeitas a desgaste e fratura marginal^{7,31,32}. Outra opção em resina composta seria sua confecção de maneira direta em boca, porém, se torna uma técnica com tempo clínico e dificuldade de execução muito maiores, exigindo uma maior colaboração do paciente e uma maior destreza profissional²⁹.

Porém, sabe-se que apenas planejar e executar uma reabilitação muitas vezes é insuficiente caso não seja feita a tentativa de eliminação ou prevenção do fator causal que levou a necessidade dessa reabilitação^{33,34}. No caso da paciente, a presença de diversos desgastes dentários devido à hábitos parafuncionais como ranger os dentes foram diagnosticados como sendo o principal fator causal, necessitando, portanto, de tratamento para que a reabilitação também não venha a sofrer com os mesmos problemas. O bruxismo deve ter uma abordagem multidisciplinar, e cabe ao cirurgião-dentista realizar a abordagem odontológica e os encaminhamentos e aconselhamentos necessários^{35,36}. No presente estudo, a paciente, no final do tratamento, passou a utilizar um dispositivo interoclusal a fim de proteção do sistema estomatognático, além de iniciar acompanhamento psicológico, atividades físicas e meios de redução do estresse, além de acompanhamento odontológico semestral.

CONCLUSÃO

O material utilizado na reabilitação tanto nos dentes anteriores quanto nos posteriores apresenta uma ótima resistência e estética, já que a resina composta se mostra cada vez mais eficiente junto a

sistemas adesivos de qualidade, a técnica escolhida para reabilitação preserva a estrutura dental, não sendo necessário desgastes prévios. O aumento de mordida se mostrou necessário pois devolve a DVO, trazendo novamente contatos naturais entre os dentes.

ABSTRACT

Early oral aging has an increasing incidence in dental offices and its degradation to oral tissues requires attention from the dentist due to its high degree of complexity. This premature aging is mainly caused by parafunctional habits, diet, or both. Its consequences are pathological wear of dental tissues, passive extrusion, loss of vertical dimension and aesthetic and functional impairment. Because of this, the present study aims to carry out a clinical case report in a young patient with an aesthetic complaint as a result of parafunctional habits, where an oral rehabilitation was carried out involving an increase in the vertical dimension of occlusion through Table Tops without dental wear and aesthetic restorations, both with composite resin. This rehabilitation returned the patient's OVD, bringing comfort, stable contacts, disocclusion guides and aesthetic and functional satisfaction on the part of the patient.

UNITERMS: Composite Resin. Lifestyle. Bruxism. Vertical Dimension

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro, JPM. Envelhecimento pulpar em dentes jovens. 2018. Tese de Doutorado.
2. Pereira, DA et al. Reabilitação estética do sorriso por meio de procedimento restaurador direto com resina composta nanoparticulada: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 25, n. 72, 2016.
3. Soares, PV et al., Corrosão dentária em atletas: fatores de risco associados ao estilo de vida: Revisão crítica. *APCD Jornal*, v. 73, n. 2, p. 144-148.
4. Burris JL, Evans DR, Carlson CR. Repercusión psicológica de la comorbilidad médica en pacientes con trastornos temporomandibulares. *The Journal of the American Dental Association (Ed. española)*, v. 5, n. 2, p. 1, 2010.
5. Madeira MCR. Reconstrução oclusal em dentística: dimensão vertical de oclusão. Belo Horizonte: UFMG, 2011.
6. Whittaker DK et al. Erupção dentária contínua e altura da crista alveolar em uma população do século XVIII de Spitalfields, leste de Londres. *Arquivos de Biologia Oral*, v. 35, n. 2, pág. 81-85, 1990.
7. Abduo J, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Jornal odontológico australiano*, v. 57, n. 1, pág. 2-10, 2012.
8. Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report. *J Prosthet Dent*, v. 83, n. 4, p. 392-395, 2000.
9. Borges DSA et al., Resolutividade Estética E Funcional Em Paciente Bruxista: Relato De Caso. *International Journal Of Dentistry*, Recife 1 (2): 67- 72, 2006.
10. Pacheco AF et al., Técnica Indireta-direta para Resinas Compostas – Coroas Leves. Departamento de Dentística/Associação Brasileira de Odontologia. Goiana, Goiás 2014.
11. Vailati F, Belser UC. Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 1. *Eur J Esthet Dent*. 2008 Spring;3(1):30-44.
12. De Meyer M; Boever JA. The role of bruxism in the appearance of temporomandibular joint disorders. *Revue Belge de Medecine Dentaire* 1997, 52, 124–138.
13. Castroflorio T et al., Sleep bruxism in adolescents: a systematic literature review of related risk factors. *European Journal of Orthodontics*, 2017, 61–68.
14. Jacob, Assunção, Seraidarian, 2010. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial*, v. 1, n. 4, 2010.
15. Campos, Gonzaga, Rosa, 2017. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos. *Revista Saúde em Foco. Amparo*, v. 9, p.485-491.
16. Carvalho GAO et al., A ansiedade como fator etológico do bruxismo – revisão de literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 9, n. 7, pág. e95973925, 2020.
17. Almeida Leite CM, Barbosa JS, Conti PCR. How psychosocial and economic impacts of COVID-19 pandemic can interfere on bruxism and temporomandibular disorders? *J. Appl. Oral Sci*. 2020, 28, e20200263.
18. Emodi Perlman A et al., Distúrbios Temporomandibulares e Surto de Bruxismo como um Possível Fator de Agravamento da Dor Orofacial durante a Pandemia de COVID-19— Pesquisa Concomitante em Dois Países. *J. Clin. Med*. 2020 , 9 , 3250.
19. Satori IAM et al., 2008. Planejamento protético visando a reabilitação com implantes em casos unitários e parciais. *Livraria Santos Editora LTDA: São Paulo*, 2008; 15-30.
20. Feltrin PP. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. *Rev Odontol Univ São Paulo* 2008; 20(3): 274-9.
21. Dekon SFC, Pellizzer EP, Zavanelli AC, Ito L, Resende, CA. Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa. *Revista Odontológica de Araçatuba*. v, 24, n. 1, p.54-59, 2003.
22. Santos AAR, Bergatin AG, Maekawa MY, Maekawa

- LE, Marcacci S. Análise crítica da participação dos fatores odontológicos e psicológicos na etiologia do bruxismo. *Rev Odontol Araçatuba*. n. 28: p.20-24, 2007.
23. Trentin LM et al., Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. Artigo. *Escola de Odontologia da IMED*. V. 5, N. 1. 2016. *Journal of Oral Investigations*.
24. Garcia AR, Sundfeld RH, Alexandre RS. Reestablishment of occlusion with prosthesis and composite resin restorations. *Bull Tokyo Coll*, v. 50, n. 2, p. 91-6, may. 2009.
25. Costa et al., 2002. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *PCL Ver Bras Prótese Clín Lab* 4(17):8-16.
26. Rodrigues RA et al., Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional: relato de caso. *IJD. International Journal of Dentistry*, v. 9, n. 2, p. 96-101, 2010.
27. Pacheco AF et al., Mini-Jig Estético – Um Novo Conceito para Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão. Departamento de Dentística/ Associação Brasileira de Odontologia. Goiana, Goiás. 2012.
28. Magne P et al., In vitro fatigue resistance of CAD/CAM composite resin and ceramic posterior occlusal veneers. *J Prosthet Dent*. 2010 Sep;104(3):149-57.
29. De Campos et al., 2015. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 20, n. 2, 2015.
30. Shimomura M, Egoshi M, Cruz F, Grattão I. Fechamento de diastema: técnica alternativa utilizando resinas compostas. *Rev Associação Odontológica do Norte do Paraná*, 2002; 12:6-10.
31. Poyser NJ et al., The evaluation of direct composite restorations for the worn mandibular anterior dentition – clinical performance and patient satisfaction. *J Oral Rehabil* 2007; 34:361–376.
32. Redman CD, Hemmings KW, Good JA. The survival and clinical performance of resin-based composite restorations used to treat localised anterior tooth wear. *Br Dent J* 2003; 194:566–572.
33. Landa JS. An analysis of current practices in mouth rehabilitation. *J Prosthet Dent*, v.5, p. 527–537, 1955.
34. Feitosa AA, Lima TSS. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação funcional protética, estética e estética: revisão de literatura. 2020. Tese de Doutorado.
35. Bianchini EMG. Articulação temporomandibular e fonoaudiologia. Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas. 2000. pág. 7-17.
36. Blini, CC et al., Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. *Revista CEFAC*, v. 12, p. 427-433, 2010.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

PROF. ME. LUCAS BOZZETTI PIGOZZI

Centro Universitário da Serra Gaúcha
Departamento de Prótese.

Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 333,
CEP 95180-000
Farroupilha – RS

E-mail: lucas.pigozzi@fsg.edu.br

