



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS VIII**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**MATEUS LEAL FELIX**

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OVERLAY EM PACIENTE COM REDUÇÃO  
DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: UM RELATO DE CASO**

**ARARUNA/PB**  
**2024**

MATEUS LEAL FELIX

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OVERLAY EM PACIENTE COM REDUÇÃO  
DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde (CCTS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII, para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Kêiverton Rones Gurgel Paiva

**ARARUNA/PB  
2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F316p Felix, Mateus Leal.

Prótese parcial removível overlay em paciente com redução de dimensão vertical de oclusão [manuscrito] : um relato de caso / Mateus Leal Felix. - 2024.

21 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Kêiverton Rones Gurgel Paiva, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS".

1. Prótese. 2. Overlay. 3. Dimensão vertical. 4. Desgaste dos dentes. I. Título

21. ed. CDD 617.69

MATEUS LEAL FELIX

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OVERLAY EM PACIENTE COM REDUÇÃO  
DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde (CCTS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII, para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 14/05/2024

**BANCA EXAMINADORA**

*Kêiverton Rones Gurgel Paiva*

---

Prof. Dr. Kêiverton Rones Gurgel Paiva - UEPB  
Orientador

*Nayanna Lana Soares Fernandes*

---

Profa. Ma. Nayanna Lana Soares Fernandes - UEPB  
Examinadora

*Ana Karoline Vieira Melo*

---

Profa. Ma. Ana Karoline Vieira Melo - UEPB  
Examinadora

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 RELATO DE CASO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Características clínicas.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Tratamento.....</b>	<b>10</b>
2.2.1 <i>Moldagem dos arcos superior e inferior.....</i>	10
2.2.2 <i>Registro das relações maxilomandibulares.....</i>	11
2.2.3 <i>Prova dos dentes em cera.....</i>	13
2.2.4 <i>Instalação das próteses parciais removíveis overlays.....</i>	14
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## **PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OVERLAY EM PACIENTE COM REDUÇÃO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: UM RELATO DE CASO**

### **REMOVABLE PARTIAL OVERLAY DENTURE IN A PATIENT WITH REDUCED VERTICAL DIMENSION OF OCCLUSION: A CASE REPORT**

Mateus L. F.\*  
Kêiverton R. G. P.\*\*

#### **RESUMO**

O desgaste dentário patológico é uma consequência de hábitos parafuncionais e traz como principal consequência a redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente, ocasionando problemas como disfunção temporomandibular (DTM). Ademais, a complexidade do sistema estomatognático exige do profissional um diagnóstico preciso de modo a escolher o melhor tratamento para o paciente. O presente estudo teve como objetivo relatar o caso de um paciente reabilitado com prótese parcial removível (PPR) provisória do tipo overlay com redução de DVO. Foram confeccionadas duas PPRs do tipo overlay, estabelecendo uma nova dimensão vertical de repouso (DVR) e DVO respeitando parâmetros fisiológicos. Os resultados obtidos através dos estudos e relato de caso destacaram as PPRs provisórias do tipo overlay como método seguro e eficaz para a reabilitação de pacientes bruxistas com desgaste dentário severo e redução de DVO.

**Palavras-chave:** Prótese parcial removível; Overlay; Dimensão vertical; Desgaste dos dentes.

\* Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, PB, Brasil.

\*\* Professor do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, PB, Brasil.

## **ABSTRACT**

Pathological tooth wear is a consequence of parafunctional habits and has as its main consequence the reduction of the patient's vertical dimension of occlusion (VOD), causing problems such as temporomandibular dysfunction (TMD). Furthermore, the complexity of the stomatognathic system requires the professional to make an accurate diagnosis in order to choose the best treatment for the patient. The present study aimed to report the case of a patient rehabilitated with a provisional removable partial denture (RPD) of the overlay type with reduced VD. Two overlay RPDs were made, establishing a new vertical dimension of rest (DVR) and VOD respecting physiological parameters. The results obtained through the studies and case report highlighted the provisional RPDs of the overlay type as a safe and effective method for the rehabilitation of bruxist patients with severe tooth wear and reduced VOD.

**Keywords:** Removable partial denture; Overlay; Vertical dimension; Tooth wear.

## 1 INTRODUÇÃO

A odontologia restauradora é o conjunto das especialidades odontológicas que se somam de modo a reabilitar a saúde bucal do paciente, devolvendo função e estética. Seus tratamentos variam desde restaurações diretas até próteses implantossuportadas, isto é, de tratamentos simples a complexos. Logo, é necessário destacar que tamanha gama de soluções sendo amplamente divulgadas e testadas, proporcionam ao dentista e ao paciente mais possibilidades e caminhos para os seus tratamentos. Dessa forma, existem protocolos específicos adequados para cada situação, cabendo ao dentista apresentá-los e orientar o paciente, de modo que juntos possam abordar a melhor indicação para a realização do tratamento (Mendes, 2021).

Kapusevska (2013) disserta a respeito do crescente número de pacientes que sofrem de bruxismo e o impacto causado por este problema ao aparelho estomatognático, tal como o desgaste dentário. Carreiro et al. (2014) destacam que pacientes com idade avançada geralmente apresentam desgaste dentário compatível com anos de mastigação, sem danos ao aparelho estomatognático, por outro lado uma vez que o paciente apresente um desgaste incompatível com o esperado para sua idade, este é considerado um desgaste patológico, geralmente associado a hábitos parafuncionais, como por exemplo o bruxismo.

Feu et al. (2013) em sua revisão sistemática afirmam que os achados clínicos somados aos estudos estabelecidos propõem que o bruxismo pode ser a consequência da soma de diversos fatores etiológicos, tais como: uso de drogas (álcool, tabaco), maloclusões, hábitos bucais, disfunções temporomandibulares (DTM), distúrbios respiratórios, altos níveis de ansiedade, desordens psiquiátricas e estresse psicológico. Estes fatores podem estar relacionados ao bruxismo devido ao fato que estimulam o sistema nervoso central, provocando uma resposta de movimentos involuntários, o que ocasiona a ação de apertar ou ranger os dentes (Feu et al., 2013; Okeson, 2013).

Okeson (2013) afirma que o sistema estomatognático compreende um complexo conjunto de estruturas que funcionam em harmonia entre si, logo, a literatura entra em outro importante consenso: todos esses possíveis fatores etiológicos não podem por conta própria iniciar um quadro de DTM em um indivíduo. Mesmo sob condições normais o sistema ainda sofre estímulos/eventos que podem influenciar sua função, assim, é proposto um terceiro fator nessa equação: a tolerância fisiológica do indivíduo; esta atua como um modulador da resposta do sistema frente aos eventos que este sofre, isto é, eventos significativos que

excedam a tolerância fisiológica do indivíduo criam respostas que podem se manifestar como sintomas clínicos associados à DTM, tal qual o desgaste dentário patológico (Okeson, 2013).

Carreiro et al. (2014) afirmam que a consequência desse desgaste é a perda progressiva de altura oclusal, que eventualmente resultará em redução da dimensão vertical de oclusão (DVO), e a sobrecarga oclusal dos elementos remanescentes, promovendo perda de suporte ósseo, a qual pode vir a favorecer a mobilidade destes. Carreiro et al. (2014), destacam que, além dos hábitos parafuncionais, esse desgaste estrutural pode ocorrer em casos onde os pacientes não possuam contato oclusal posterior e a mastigação, conseqüentemente, é realizada pelos dentes anteriores. Os autores ressaltam ainda que todos esses fatores, são refletidos também no contorno facial do paciente, uma vez que seus lábios ficam finos e o mento se aproxima da ponta do nariz, trazendo um aspecto de “envelhecimento”.

Analogamente, Wetselaar et al. (2019) apontam a perda da DVO como uma consequência do desgaste oclusal, um problema de etiologia multifatorial que pode ser promovido tanto por fatores mecânicos quanto químicos, sendo eles extrínsecos ou intrínsecos. Dentre estes fatores, podemos destacar o fator mecânico intrínseco, também denominado como atrição, que pode ser promovido pela ação da mastigação ou do bruxismo, sendo o primeiro definido como ação mecânica natural de triturar os alimentos e o segundo como um hábito parafuncional de etiologia multifatorial (Wetselaar et al., 2019). Enquanto a mastigação promove um desgaste natural dos dentes, o bruxismo promove um desgaste patológico e excessivo (Okeson, 2013).

Nesse sentido, Okeson (2013) afirma que o correto restabelecimento da dimensão vertical é imprescindível nos casos de reabilitações em que a manutenção da oclusão seja necessária, e é fator determinante no sucesso do tratamento reabilitador. Em síntese: frente à nova altura oclusal os músculos do paciente se adaptam e paulatinamente se enrijecem e, portanto, esse paciente precisa ser removido desse estado “patológico”, sua DVO precisa ser restabelecida previamente ao tratamento restaurador definitivo (Carreiro et al., 2014).

Segundo Okeson (2013), é prudente que terapias reversíveis sejam realizadas, por um período prévio ao tratamento definitivo, de modo que a função fisiológica do paciente possa voltar à normalidade e receber o tratamento final com segurança. Freitas, Bonachela e Rossetti (1999) em seu estudo sugerem que a reabilitação de pacientes que possuem desgaste dentário e alteração na dimensão vertical pode ser realizada através de próteses parciais

removíveis (PPR) terapêuticas também definidas como próteses *overlays*, próteses que recobrem a porção oclusal/incisal dos dentes desgastados estabelecendo uma nova dimensão vertical que seja confortável ao paciente. Essa abordagem utilizando PPRs é uma alternativa adequada para tratamento de desgaste dentário uma vez que o paciente seja devidamente orientado a respeito da funcionalidade desta, de modo a esclarecer que seu uso deve ser temporário e evitar possíveis complicações aos tecidos de suporte (Mccracken; Brown, 2012).

Fernandes et al. (2018) em seu trabalho, ao sugerir o uso de próteses parciais removíveis overlay, descrevem o modo pela qual são confeccionadas e seu funcionamento, isto é, têm como componente a resina acrílica termoativada, e são posicionadas sobre os dentes remanescentes do paciente lhes recobrimo, forçando a musculatura a retornar ao mais próximo do natural, respeitando a relação cêntrica estabelecida para o caso. Assim, o paciente pode ser removido do estado patológico, recuperando o espaço necessário para o tratamento definitivo.

Costa et al. (2002) e Carreiro et al. (2014) afirmam que estas próteses devem ser confeccionadas respeitando os princípios da oclusão mutuamente protegida, tais como: guias caninas nos movimentos de lateralidade, guia anterior no movimento protrusivo e contatos oclusais bilaterais homogêneos e simultâneos, na posição de relação cêntrica (conforto muscular e esquelético) e em DVO predeterminada que seja confortável ao paciente. Muito embora as próteses overlay sejam uma alternativa segura para tratamentos de grandes reabilitações, por conta de sua reversibilidade, é importante lembrar que o paciente precisa ser orientado e acompanhado durante seu emprego, de modo que sua permanência por tempo prolongado pode provocar alterações dentárias e nas mucosas. Em suma, o paciente precisa entender que estas próteses são provisórias e não definitivas (Carreiro et al., 2014).

Desta forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso aumento de DVO com PPR provisória em um paciente com desgaste dentário realizado na clínica-escola da UEPB *campus VIII*. Os materiais necessários foram disponibilizados pela clínica-escola da UEPB, bem como os serviços laboratoriais, tais como, a confecção dos planos de orientação, montagem dos dentes em cera e acrilização das próteses, que foram realizados no laboratório de prótese pelo técnico em prótese dentária da UEPB.

## **2 RELATO DE CASO**

## 2.1 Características clínicas

O paciente do sexo masculino com 47 anos de idade e sem comorbidades ou alterações sistêmicas, compareceu à secretaria da clínica-escola do curso de Odontologia da UEPB Campus VIII, e foi encaminhado especificamente à clínica de prótese onde foi atendido. Este foi submetido inicialmente ao exame clínico, conforme proposto pelo protocolo clínico, composto por anamnese e exame físico, sendo estes compreendidos como um detalhado diálogo com o paciente e avaliação física intra e extra oral objetivando colher o máximo de informações necessárias para fechar um diagnóstico e assim elaborar o tratamento mais adequado.

O paciente relatou na anamnese o problema para mastigar devido aos “dentes quebrados”. A dimensão vertical do paciente foi aferida através do método antropométrico utilizando um paquímetro para medir a distância entre dois pontos marcados no paciente (um na ponta do nariz e outro no mento) (Figura 1).

Figura 1: Método antropométrico



Fonte: Carreiro et al, 2016

Foi aferida inicialmente a dimensão vertical de repouso (DVR) com o paciente em repouso da musculatura elevadora da mandíbula e em seguida aferida a DVO com o paciente tocando os elementos dentários, por meio da máxima intercuspidação habitual (MIH), no qual foi percebido uma diferença entre DVR e DVO de 8mm. Tendo sido confirmada a redução da dimensão vertical do terço inferior de sua face, foram realizados os registros fotográficos do paciente (Figuras 2, 3 e 4).

Figura 2: Vista frontal lábios selados - DVR



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 3: Vista lateral lábios selados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 4: Vista frontal lábios afastados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

É possível observar pelas características externas faciais um aspecto de envelhecimento no rosto do paciente, e intraoralmente foi notado: edentulismo parcial superior e inferior, sendo os dentes ausentes: 18, 17, 24, 25, 37, 35, 44, 46, 47; desgaste dentário incisal/oclusal nos dentes: 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26, 27, 36, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43 e 45, resultando em redução da altura oclusal e, em lesões cervicais não cariosas nos dentes 16, 15, 13, 23, 26, 27, 36 e 45. Tendo sido somadas estas informações às obtidas na etapa de anamnese, foi possível diagnosticar o paciente como bruxista, apresentando desgaste severo e consequente redução de dimensão vertical.

## 2.2 Tratamento

A abordagem escolhida para este paciente foi a confecção de duas PPRs do tipo overlay (superior e inferior), como forma de estabelecer uma nova dimensão vertical que trouxesse mais conforto ao paciente, retirando-o do estado patológico em que se encontrava, conforme proposto por Carreiro et al. (2014) em seu estudo. O tratamento foi executado através das seguintes etapas clínicas:

### 2.2.1 Moldagem dos arcos superior e inferior

A moldagem foi realizada com moldeiras metálicas perfuradas, sendo utilizado o alginato tipo I Hydrogum© produzido pela Zhermack®. Os moldes obtidos foram devidamente desinfetados utilizando a solução de hipoclorito de sódio (NaOCl) e vazados com gesso especial tipo 4 da DENT-MIX© produzido pela ASFER®, em seguida foram

encaminhados para o laboratório protético da UEPB para confecção dos planos de orientação superior e inferior.

### 2.2.2 Registro das relações maxilomandibulares

Os planos de orientação superior e inferior foram confeccionados com uma base de prova em resina acrílica incolor Termo TDV© sem crosslink e o plano de cera utilizando cera 7 produzido pela Asfer®, respeitando o fundo de vestibulo e extensão correta da área chapeável, preenchendo os espaços edêntulos (dentes 24, 25, 35, 44 e 46) e com complemento incisal/oclusal dos dentes remanescentes que apresentavam desgaste (dentes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26, 27, 36, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43 e 45) (Figura 5).

A cera do plano foi desgastada utilizando uma espátula aquecida de modo a remover excessos e garantir melhor forma e posicionamento, buscando estabelecer no plano de orientação superior os 5 princípios: suporte labial, altura anterior no sentido vertical do plano oclusal, corredor bucal, plano oclusal e linhas de orientação (linha média, linha alta de sorriso e linha dos incisivos) (Figura 5).

Figura 5: Plano de orientação superior



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

- Determinação de DVR e DVO

Através do método antropométrico, foi determinada uma DVR de 98 mm, em seguida foram subtraídos 3mm como forma de garantir o Espaço Funcional Livre e assim estabelecer uma nova DVO de 95mm. Após determinação das medidas, foram realizados os ajustes funcionais, através de testes estéticos, avaliando o suporte labial do paciente, e testes fonéticos, orientando ao paciente que pronunciasse sons sibilantes (que exigem o menor espaço funcional livre), como pronunciar palavras com “s”, pedindo para que contasse de

sessenta a setenta e observando o quanto se aproxima as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores.

- Confecção de registro oclusal

Foi utilizado silicone de condensação leve Perfil (Vigodent©), manipulado e posicionado entre os planos de orientação superior e inferior devidamente ajustados. Foi aplicado adesivo sobre o plano de orientação inferior de modo que o material de registro ficasse aderido a este após a moldagem (Figura 6). O registro foi confeccionado com o paciente posicionado em relação cêntrica (RC).

- Seleção de cor e dimensão de dentes

Tomando como base os dentes remanescentes do paciente, e a partir da escala VIPI DENT PLUS©, foram selecionados os dentes superiores de cor 66 e dimensões 264 (anterior) e 32L (posterior), e dentes inferiores de cor 66 e dimensões A25 (anterior) e 32M (posterior) (Figura 7).

Figura 6: Plano de orientação superior e inferior com registro interoclusal



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 7: Seleção de cor e dimensão de dente



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

- Montagem em articulador semi-ajustável (ASA) e envio ao laboratório

Com os planos de orientação devidamente posicionados foi realizada a tomada de arco facial para posterior montagem em Articulador Semi-Ajustável A7 plus da Bio-Art©, utilizando gesso pedra DENT-MIX© (ASFER®). Inicialmente foi fixado o plano de orientação superior e modelo superior utilizando o arco facial, após a cristalização do gesso

foi removido o arco e inverteu-se o articulador, o plano inferior junto ao modelo inferior foi apoiado sobre o plano superior com registro oclusal interposto e fixado ao articulador. Após a devida montagem do articulador, foi enviado juntamente com os dentes selecionados ao laboratório protético da UEPB para montagem dos dentes em cera.

### **2.2.3 Prova dos dentes em cera**

Nesta etapa de retorno do paciente ocorreu inicialmente a avaliação profissional, checando os parâmetros de dimensão vertical e testes funcionais, os mesmos princípios estabelecidos na etapa de determinação dos planos de orientação: plano oclusal, dentes superiores e linha média facial, linha alta de sorriso, suporte labial, corredor bucal, cor dos dentes. Por fim, o paciente aprovou o resultado e autorizou a acrilização da prótese, foi selecionada então a cor de gengiva através do Sistema Tomaz Gomes de caracterização (STG) de resinas e enviado ao laboratório (Figuras 8 a 13).

Figura 8: Vista frontal lábios afastados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 9: Vista lateral lábios afastados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 10: Vista frontal sorrindo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 11: Vista lateral sorrindo



Fonte: Elaborado pelo autor,  
2024.

Figura 12: Vista frontal lábios selados



Fonte: Elaborado pelo autor,  
2024.

Figura 13: Vista lateral lábios selados



Fonte: Elaborado pelo autor,  
2024.

#### ***2.2.4 Instalação das próteses parciais removíveis overlays***

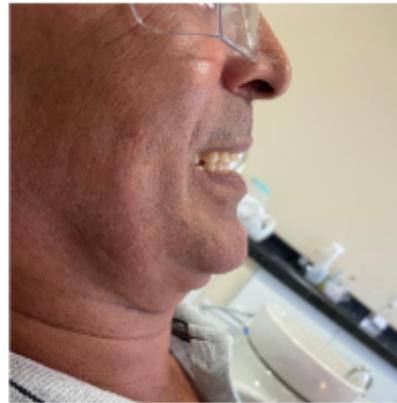
Nesta etapa foi realizada a instalação e ajuste oclusal das próteses overlay. O paciente recebeu orientações de uso e higiene, bem como orientações a respeito do tratamento (Figuras 14 a 17).

Figura 14: Vista frontal sorrindo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 15: Vista lateral sorrindo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 16: Vista frontal lábios selados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Figura 17: Vista lateral lábios selados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Após a instalação o paciente retornou a clínica imediatamente após 7 e 15 dias para ajustes e alívios na prótese, e novamente após 3 meses para acompanhamento do caso, após exame clínico o paciente se mostrou receptivo e satisfeito com o tratamento. Nestas etapas de acompanhamento foram realizados desgastes compensatórios na resina acrílica de modo a criar alívios em regiões onde a mucosa estivesse sendo traumatizada. O paciente recebeu instruções de uso e higiene, bem como orientações a respeito da natureza provisória deste trabalho.

### 3 DISCUSSÃO

Para o correto diagnóstico do quadro clínico deste paciente foi necessário correlacionar as informações obtidas na anamnese e no exame físico, associando-as com a bibliografia existente acerca do bruxismo. Neste caso específico, o paciente relatou durante a anamnese ter o hábito de apertar os dentes e explicou ainda não utilizar próteses, enquanto no exame clínico intraoral apresentou ainda desgaste dentário generalizado e presença de lesões cervicais não cariosas, sinais clínicos comuns de pacientes bruxistas (Wetselaar, et al., 2019).

No momento do exame clínico foi possível observar as características clínicas comuns de um paciente bruxista, com destaque para perda da oclusão mutuamente protegida, conforme explicado por Bugiga et al. (2016) e Leles et al. (2017) em seus trabalhos esta alteração acontece uma vez que o paciente apresenta perda de altura oclusal posterior, decorrente da perda de elementos dentários (17, 18, 25, 37, 35, 46 e 47) e desgaste severo dos

elementos posteriores remanescentes, trazendo como consequência a sobrecarga dos dentes anteriores. Foi possível observar ainda uma redução na DVO do paciente, segundo Pacheco et al. (2012) esta alteração decorre justamente do nível do desgaste e/ou perda de elementos dentários posteriores, e modifica a relação maxilomandibular do paciente trazendo alterações no padrão funcional e estético facial.

De maneira análoga, Carreiro et al. (2014) afirmam que caso não seja tratado adequadamente, este desgaste progressivo e permanente do esmalte dentário promove consequências específicas ao paciente, dentre elas é possível citar a perda de suporte ósseo e redução da DVO, gerando mobilidade dos dentes remanescentes e mudanças no contorno facial, respectivamente. Nesse sentido, é importante destacar que a redução de DVO se apresenta como consequência mais relevante deste desgaste, tendo em vista que traz alterações relevantes ao contorno facial do paciente, conforme destaca Leles et al. (2017). É comum observar em um exame físico extraoral destes pacientes, determinadas características, tais quais: estreitamento de comissuras e lábios afinados, podendo ou não estarem associados à queilite angular, perda de tônus muscular, que pode ocasionar o surgimento do sulco nasogeniano conhecido como “bigode chinês”, contorno facial diminuído, aspecto de envelhecimento em decorrência do aumento do ângulo nasolabial ( $>90^\circ$ ) e projeção do mento (Sato, Hotta, Pedrazzi, 2000; Carreiro et al., 2016). Dentre estes, foi possível observar no paciente a presença de estreitamento de comissuras, lábios afinados, sulco nasogeniano suave proporcionando um contorno facial diminuído trazendo um aspecto de envelhecimento.

Cheong, Hwang, Jung (2019) afirmam que levando em consideração a complexidade do sistema estomatognático, tratar o desgaste dentário proveniente de atrição por bruxismo é uma tarefa inevitavelmente complicada, e deve ser planejado levando em consideração a possibilidade de integração de diversas áreas da odontologia, como a ortodontia, endodontia, cirurgia e prótese, uma vez que o objetivo deste tratamento deve levar em consideração não apenas o restabelecimento da função mas também da estética do paciente. Pacheco et al. (2012) sugerem em seu trabalho o emprego de restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável e confecção de coroas totais de cerâmica para tratamento de paciente que apresentava grande desgaste dentário e diminuição severa de dimensão vertical, e utilizou um mini-JIG (guia de interferência oclusal) estético como auxiliar no dimensionamento oclusal, uma estratégia de caráter definitivo que apresentou sucesso na reabilitação do paciente. No entanto, optamos pelo emprego de PPRs provisórias do tipo overlay por dois motivos: condições financeiras do paciente e segurança do tratamento, esta última sendo garantida pelo

fato de se tratar de um tratamento reversível e de execução por um aluno de graduação. Conforme Costa et al. (2017) e Santos et al. (2019) as PPRs provisórias overlay são opções eficientes no tratamento de pacientes com dimensão vertical de oclusão reduzida que apresentam hábitos parafuncionais, uma vez que apresenta custo e tempo operacional reduzidos e reversibilidade, o que auxilia no diagnóstico do tratamento reabilitador.

No momento da escolha do tratamento a ser realizado, deve-se avaliar a viabilidade de cada possibilidade, embora exista uma grande variedade de tratamentos, Okeson (2013) afirma que esta escolha pode ser reduzida à dois caminhos: tratamentos conservadores (reversíveis) e tratamentos não conservadores (irreversíveis); e afirma ainda que ambos os caminhos apresentam bom resultado à longo prazo. De maneira similar, Mccracken e Brown (2012) explicam que qualquer prótese pode ser utilizada na reabilitação do paciente, desde que atenda à três requisitos básicos que o tratamento protético se propõe a atingir: eliminação de disfunções orais, da melhor maneira possível; preservação de saúde do paciente e estruturas compreendidas no sistema estomatognático; e restauração das funções orais, devolvendo estética e conforto, sem afetar a fala do paciente.

Muito embora, autores como Pacheco et al. (2012) tenham obtido sucesso no tratamento de seu paciente através do método não conservador, a escolha do emprego de PPRs temporárias do tipo overlay, para o paciente do presente estudo, se solidificou tendo em vista que: 1 - cumpre os requisitos básicos de um tratamento reabilitador protético conforme discorrem Mccracken e Brown (2012); 2 - trazem segurança ao paciente, uma vez que é um tratamento reabilitador conservador (reversível) e, 3 - tem baixo custo e exige pouco tempo clínico, fator compatível ao protocolo de tratamento da clínica-escola da UEPB - *campus* VIII.

#### **4 CONCLUSÃO**

O emprego de próteses parciais removíveis overlay é um método eficaz para reabilitação levando em consideração sua segurança, uma vez que se trata de um tratamento reversível, com baixo custo e tempo clínico reduzido. Tais características são ideais no que diz respeito ao protocolo de atendimento da clínica-escola da UEPB - *campus* VIII.

## REFERÊNCIAS

BUGIGA, Felipe Borges et al. **Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos**: relato de caso clínico. *Journal of Oral Investigations*, v. 5, n. 2, p. 45-52, 2017.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto; BATISTA, André Ulisses Dantas. **Prótese parcial removível contemporânea**. In: *Prótese parcial removível contemporânea*. 2014. p. 361-361.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. **Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis**. Natal: EDUFRN, 2016.

CHEONG, Jieun; HWANG, Yu-Sun; JUNG, Bock-Yung. **Multidisciplinary Approach for Full-Mouth Rehabilitation of an Adult Patient with Collapsed Occlusal Plane and Several Missing Teeth**: A Clinical Report. *Journal of Prosthodontics*, v. 28, n. 3, p. 227-233, 2019.

COSTA, Marcio Magno et al. **Reabilitação oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay**: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 26, n. 77, 2017.

COSTA, Marcio Magno et al. **Overlays**: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *PCL*, p. 8-16, 2002.

FERNANDES, Eloísa Cesário et al. **Overlay**: alternativa provisória para a reabilitação de pacientes com dimensão vertical de oclusão diminuída—relato de caso. *Archives of health investigation*, v. 7, 2018.

FEU, Daniela et al. **A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism**. *Journal of orthodontics*, v. 40, n. 2, p. 163-171, 2013.

FREITAS, Renato de; BONACHELA, Wellington Cardoso; ROSSETTI, Paulo Henrique Orlato. **Uso racional de overlays em próteses parciais removíveis**. *RGO (Porto Alegre)*, p. 153-4, 157-8, 1999.

KAPUSEVSKA, Biljana et al. Bruxism and TMD disorders of everyday dental clinical practice. *Prilozi*, v. 34, n. 3, p. 105-11, 2013.

LELES, Samira et al. **Prótese Overlay no paciente com perda de dimensão vertical causada pelo bruxismo**: experiência de estágio clínico. *Psicologia e Saúde em debate*, v. 3, n. 1, p. 12-21, 2017.

MCCRACKEN, C. A. B.; BROWN, D. T. **Prótese parcial removível**. 2012.

MENDES, T. A. D. LIMA, K. E. R.; QUEIROZ, E. da C. **Protocolos clínicos em Dentística Restauradora**: Uma visão simplificada. Belo Horizonte, MG: Synapse Editora, 2021, 95 p.

OKESON, J. P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão 6**: Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão. 2013.

SANTOS, Emanuela Carlos Dos et al. **Odontologia**: Serviços Disponíveis e Acesso. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. ISBN 978-85-7247-468-9.

SATO, Sandra; HOTTA, Takami Hirono; PEDRAZZI, Vinícius. **Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear**: a clinical report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 83, n. 4, p. 392-395, 2000.

PACHECO, Altamiro Flávio Ribeiro et al. **Estratégia para restabelecimento de dimensão vertical de oclusão com mini-jig estético**: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 21, n. 56, 2012.

WETSELAAR, Peter et al. **Associations between tooth wear and dental sleep disorders**: A narrative overview. *Journal of oral rehabilitation*, v. 46, n. 8, p. 765-775, 2019.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela vida, pelos momentos felizes e tristes que vivi até aqui, pela família e lugar que nasci e cresci. Se após essa vida eu pudesse escolher nascer novamente, escolheria novamente ser filho de Seu Jailsom e Dona Janete, lá no interior da Paraíba.

Agradeço especialmente aos meus pais, Jailsom e Janete, que caminharam comigo durante toda minha vida, desde cedo me ensinaram o valor da educação e fizeram de tudo para que eu trilhasse o caminho que eles não puderam trilhar. Se eu posso olhar para o futuro hoje com esperanças e sonhos é graças a vocês dois, e tenham certeza que daqui em diante eu continuarei me esforçando ao máximo para trazer orgulho e felicidade a vocês, pois vocês são o que tenho de mais valioso em minha vida. Meus irmãos, Thiago, Joacy e Kássia, vocês também são um porto seguro para mim, quando tudo parece se esvaziar eu lembro que vocês sempre estão ao meu alcance e podem me ouvir.

Agradeço ao meu orientador e professor Kêiverton Gurgel, que teve bastante paciência e cuidado em conduzir a orientação deste trabalho, que não é só meu, mas nosso. Foi graças a você que enxerguei o caminho que quero seguir na área da odontologia, aprendi muito com você, meu sincero obrigado. Agradeço também aos demais professores que compartilharam comigo seu conhecimento e história, eu carregarei comigo uma fração de cada um e espero me tornar um profissional tão brilhante como vocês, que tanto admiro. Agradeço aos técnicos e funcionários que trabalham para manter esta universidade funcionando, vocês sempre me acolheram com um sorriso no rosto e muita gentileza, não tenho dúvidas que se consegui realizar meu sonho, foi graças também a vocês, muito obrigado. Agradeço especialmente a Eliane, que mesmo em meio ao trabalho e correria sempre tratou todos com muito carinho, inclusive à mim, nunca vou esquecer sua gentileza.

Aos meus amigos e colegas, que me acompanharam de perto e de longe, agradeço pela presença de cada um, suas palavras e gestos me ajudaram a se distrair durante os períodos mais difíceis e me divertiram durante os períodos felizes. Mesmo que não tenham percebido, pois sou péssimo em me expressar, vocês não fazem ideia de como me ajudaram todo esse tempo. Agradeço àqueles que trabalharam em conjunto comigo nas clínicas, àqueles que em conjunto me atrapalharam e àqueles que tiveram paciência e me ensinaram dentro e fora da universidade. Reservo ainda um abraço especial para um certo baiano contador de história e apreciador de cerveja.

Por fim, levarei cada um de vocês em minha memória, vocês também fazem parte da minha história daqui em diante.