

Augusto Gabriel Batista Costa Avellar de Sá

Reabilitação estética e funcional de paciente com redução
de dimensão vertical de oclusão: Relato de caso

Brasília
2020

Augusto Gabriel Batista Costa Avellar de Sá

Reabilitação estética e funcional de paciente com redução
de dimensão vertical de oclusão: Relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Odontologia da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a conclusão do curso
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dra. Liliana Vicente Melo de
Lucas Rezende

Brasília
2020

A Deus, à minha família, aos meus mestres e aos meus amigos.

A GRADECIMENTOS

A Deus porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas.

À minha família que sempre me apoiou, me incentivou e esteve do meu lado ao longo desses 5 anos de graduação. Em especial a minha mãe Francisca, que encheu meu coração de amor e me proporcionou a tranquilidade e conforto que tanto precisava para concluir esta etapa.

À minha orientadora Liliana Rezende por me acolher e me proporcionar diversos aprendizados. Obrigado por tudo, uma profissional brilhante na qual eu me inspiro.

Aos meus amigos e parceiros de graduação Alisson, Renan, Arthur, Yago, Edivar e em especial a minha dupla Gustavo. Seu apoio foi essencial e sem você eu não teria chegado até aqui, você é sensacional, uma pessoa extraordinária.

Aos funcionários do Hospital Universitário de Brasília (HuB) Ivanir, Carlos Caetano e Frederico, pessoas incríveis que tornaram essa caminhada mais fácil, meu muito obrigado.

Aos proprietários da Clínica Xadi Odonto, Polyana e Mehdi por toda ajuda que me foi dada para que eu pudesse concluir esse projeto, sem vocês eu não teria conseguido e sou muito grato.

A todos que estiveram presentes em minha vida e contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação, muito obrigado.

EPÍGRAFE

“Em seu coração o homem planeja seu caminho, mas o Senhor determina os seus passos”.

Provérbios 16:9

RESUMO

AVELLAR DE SÁ, Augusto. Reabilitação estética e funcional de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão: Relato de caso. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Reabilitar pacientes parcialmente edêntulos com redução de dimensão vertical de oclusão (DVO) mostra-se como uma grande missão para o cirurgião-dentista. Geralmente essa reabilitação está relacionada a tratamentos complexos e de custo alto, entretanto, a prótese parcial removível (PPR) provisória, associada às restaurações em resina composta podem ser uma alternativa de tratamento viável. Este trabalho teve por finalidade apresentar um caso clínico de restabelecimento da DVO por meio de restaurações diretas com resina composta e PPR provisória, como forma de devolver estética, função e, principalmente, qualidade de vida ao paciente, assim como discutir a efetividade e viabilidade desta opção de tratamento.

Palavras-Chave: Reabilitação oral; Dimensão Vertical de Oclusão; Prótese Parcial Removível.

ABSTRACT

AVELLAR DE SÁ, Augusto. Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with reduction of the vertical occlusal dimension: Case report. 2020. Graduation in Dentistry - Department of Dentistry, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia.

Rehabilitating partially edentulous patients with a reduction in the occlusal vertical dimension (OVD) is a great mission for the dental surgeon. Generally, this rehabilitation is related to complex and costly treatments, however, the temporary removable partial denture (RPD), associated with composite resin restorations can be a viable alternative treatment. The aim of this work was to present a technique for restoring OVD through direct restorations with composite resin and provisional RPD, as a way of returning aesthetics, function and, mainly, quality of life to the patient, as well as discussing the effectiveness and viability of this treatment option.

Keywords: Mouth rehabilitation, Occlusal vertical dimension, Removable partial denture.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------|----|
| Artigo Científico | 16 |
| Folha de Título | 18 |
| Resumo | 20 |
| Abstract | 21 |
| Introdução | 22 |
| Relato de Caso | 23 |
| Discussão | 32 |
| Conclusão | 35 |
| Referências | 36 |
| Anexos | 39 |
| Normas da Revista | 40 |

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:
AVELLAR DE SÁ, Augusto; GRECO JÚNIOR, Ivanir; ANTUNES,
Raíssa Carneiro; REZENDE, Liliana Vicente Melo De Lucas.
Reabilitação estética e funcional de paciente com redução de
dimensão vertical de oclusão: Relato de caso
Apresentado sob as normas de publicação da revista Scientific
Investigation in Dentistry.

FOLHA DE TÍTULO

Reabilitação estética e funcional de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão: Relato de caso

Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with reduction of the occlusal vertical dimension: Case report

Augusto Gabriel Batista Costa Avellar de Sá¹

Ivanir Greco Júnior²

Raíssa Carneiro Antunes³

Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende⁴

¹ Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

² Dentista na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Mestre em Cirurgia Oral pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic.

³ Professora Substituta de Dentística da Universidade de Brasília (UnB).

⁴ Professora Associada de Prótese Dentária da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Profa. Dra. Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da
Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900

Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: lilianarezende@unb.br / Telefone: (61) 31071802

RESUMO

Reabilitação estética e funcional de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão: relato de caso

Resumo

Reabilitar pacientes parcialmente edêntulos com redução de dimensão vertical de oclusão (DVO) mostra-se como uma grande missão para o cirurgião-dentista. Geralmente essa reabilitação está relacionada a tratamentos complexos e de custo alto, entretanto, a prótese parcial removível (PPR) provisória, associada às restaurações em resina composta podem ser uma alternativa de tratamento viável. Este trabalho teve por finalidade apresentar um caso clínico de restabelecimento da DVO por meio de restaurações diretas com resina composta e PPR provisória, como forma de devolver estética, função e, principalmente, qualidade de vida ao paciente, assim como discutir a efetividade e viabilidade desta opção de tratamento.

Palavras-chave: Reabilitação oral; Dimensão Vertical de Oclusão; Prótese Parcial Removível

ABSTRACT

Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with reduction of the vertical occlusion dimension: Case report.

Abstract

Rehabilitating partially edentulous patients with a reduction in the occlusal vertical dimension (OVD) is a great mission for the dental surgeon. Generally, this rehabilitation is related to complex and costly treatments, however, the temporary removable partial denture (RPD), associated with composite resin restorations can be a viable alternative treatment. The aim of this work was to present a technique for restoring OVD through direct restorations with composite resin and provisional RPD, as a way of returning aesthetics, function and, mainly, quality of life to the patient, as well as discussing the effectiveness and viability of this treatment option.

Keywords: Mouth rehabilitation, Occlusal vertical dimension, removable partial denture.

INTRODUÇÃO

Observando os estudos epidemiológicos mais recentes voltados à saúde bucal, verifica-se uma melhora crescente nas condições de saúde bucal da população brasileira. Todavia a taxa de prevalência de indivíduos com perdas dentárias e que possuem necessidade de utilização de prótese, ainda é considerada elevada(1).

Perante tal realidade, a odontologia atua promovendo melhora à saúde bucal de indivíduos edêntulos, sejam parciais ou totais, com a confecção e instalação de próteses, assim restituindo as funções estéticas, mastigatórias e fonéticas e proporcionando uma melhor qualidade de vida ao indivíduo(2).

O processo de perda de múltiplos elementos dentários, no decorrer da vida, associado ao desgaste oclusal ou incisal dos dentes, desafiam o cirurgião-dentista durante o restabelecimento do contorno anatômico correto dos dentes desgastados e da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO)(3).

DVO demonstra a relação entre a maxila e mandíbula quando os dentes posteriores estão ocluídos, independentemente destes serem hígidos ou tratados, naturais ou de origem protética. A redução da DVO é uma possível consequência do edentulismo parcial ou total(4),(5).

Admite-se que com o restabelecimento da DVO obtém-se o equilíbrio e a harmonia das funções fisiológicas adequadas, portanto o tratamento reabilitador, principalmente em pacientes com perda de múltiplos dentes associados a desgastes oclusais, deve envolver tal conduta como fator fundamental no plano de tratamento(6).

Diante da necessidade de recuperar a DVO adequada, um plano de tratamento pode ser iniciado, por meio da reabilitação oclusal plástica, visando à reconstrução dos elementos desgastados. A reabilitação oclusal plástica, ou plástica oclusal, denomina a técnica de reconstrução oclusal por meio de resinas compostas, com o intuito de restituir anatomia, função e estética(7).

A associação da reconstrução dos elementos dentários com a utilização de próteses parciais removíveis (PPRs) temporárias, proporcionam a devolução das funções fisiológicas do paciente e restabelecimento da DVO adequada. As próteses temporárias, na fase inicial, permitem ao cirurgião-dentista confirmar o diagnóstico, orientar o paciente e fazer ajustes necessários, a fim de se realizar a reabilitação final, posteriormente(8),(9).

Este trabalho teve por finalidade apresentar um caso clínico de restabelecimento da DVO por meio de restaurações diretas com resina composta e PPR provisória, como forma de devolver estética, função e, principalmente, qualidade de vida ao paciente, assim como discutir a efetividade e viabilidade desta opção de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 73 anos de idade, compareceu à Clínica de Prótese do curso de Odontologia da Universidade de Brasília, Brasília-DF, queixando-se de desgastes dentários e múltiplas ausências dentais. O exame intraoral revelou desgaste excessivo dos dentes anteriores inferiores, caninos superiores, e ausência dos seguintes elementos: 11, 12, 21, 22, 24, 25, 34, 35, 36, 44 ,45 e 46. Observou-se uma desarmonia na oclusão decorrente do colapso oclusal, intenso desgaste nas bordas incisais dos caninos superiores e dos dentes ântero-inferiores, presença de raiz residual do dente 31 e de tórus mandibular bilateral, que foram constatadas também com o exame radiográfico (Figura 1).

Após a realização dos exames clínico e radiográfico foi proposto o plano de tratamento, por etapas, tendo início pela adequação do meio, com raspagem periodontal, cirurgia de extração da raiz do 31 e de remoção do tórus bilateral mandibular.



Figura 1 – Fotografia extrabucal (A). Fotografias clínicas intrabucais: vista frontal (B), oclusal maxilar (C) e oclusal mandibular (D): as setas brancas indicam o tórus mandibular bilateral. Radiografias periapicais (E).

Foi realizada a extração do dente 31 e a remoção de tórus mandibular bilateral na mesma sessão clínica.

Para o ato cirúrgico, realizou-se técnica anestésica lançando mão do bloqueio bilateral do nervo alveolar inferior, onde também foram anestesiados os nervos bucal e lingual utilizando 4 tubetes de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000. Efetuou-se incisão do tipo envelope pela lingual em ambos os lados, envolvendo uma área espacial de canino a primeiro molar inferior (Figura 2-A). Após ser feito o descolamento do retalho, a remoção da protuberância óssea foi realizada com broca carbide cirúrgica e regularização do osso com limas cirúrgicas (Figura 2-B), além da extração do resto radicular do dente 31 usando extrator apical. Posteriormente à irrigação do sítio cirúrgico com soro fisiológico, realizou-se a sutura com fio de seda (3-0), utilizando pontos simples (Figura 2-C). Paciente recebeu orientações e retornou 7 dias após cirurgia para remoção de sutura.



Figura 2 – Procedimento cirúrgico de remoção de tórus mandibular bilateral (A,B,C). Vista intrabucal mandibular, após 6 meses de realização do procedimento (D).

Posteriormente à intervenção cirúrgica, realizou-se a moldagem das arcadas superior e inferior utilizando alginato (Jeltrate – Dentsply) e gesso tipo IV (GC Fujirock, EP) para confecção dos modelos de estudo. Os mesmos foram montados em articulador semi ajustável (ASA) (modelo 4000s, BIOART).

Utilizando-se arco facial para a montagem do modelo superior, a montagem do arco inferior foi realizada utilizando-se registro da mandíbula na posição de relação cêntrica (RC).

A DVO foi restabelecida em articulador, por meio de enceramento dos dentes anteriores, a partir das guias caninas, levando-se em consideração o princípio de que com a relação entre caninos em concordância, obtém-se a altura na qual devem ser reconstruídos os outros dentes. Os movimentos de protrusão e lateralidade, foram ajustados no ASA, com objetivo de manter o máximo de estrutura dentária possível e restabelecer contatos anteriores com guias de orientação adequada (Figura 3).

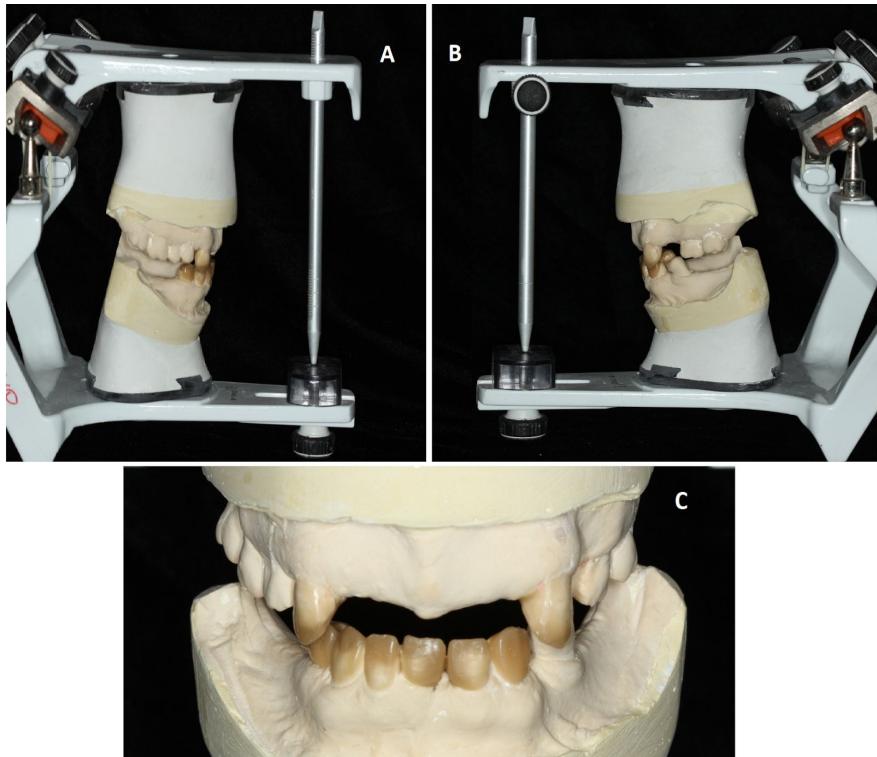


Figura 3 : Vistas lateral direita (A), lateral esquerda (B) e frontal (C) dos modelos montados em ASA evidenciando o enceramento diagnóstico, com DVO restabelecida.

Para obter-se o tamanho dos dentes a serem encerados, utilizou-se um quadro com dados de proporções dentárias elaborado pelo idealizador da técnica de plástica oclusal (10). (Figura 4).

| | 41 31 | 32 42 | 33 43 | 11 21 | 12 22 | 13 23 | 34 44 | 35 45 | 36 46 | 37 47 | 38 48 | 14 24 | 15 25 | 16 26 | 17 27 | 18 28 |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|
| Cervico-Incisal | 9,0 | 9,5 | 11,5 | 11,0 | 9,5 | 10,5 | 9,0 | 8,5 | 7,5 | 7,0 | 7,0 | 8,5 | 8,5 | 7,5 | 7,0 | 6,5 |
| raiz | 12,5 | 14,0 | 16,0 | 13,0 | 13,0 | 17,0 | 14,0 | 14,5 | 14,0 L | 13,0 | 11,0 | 14,0 | 14,0 | 13,0 p | 12,0 p | 11,0 |
| Ø M-D | 5,0 | 5,5 | 7,0 | 8,5 | 6,5 | 7,5 | 7,0 | 7,0 | 11,0 | 10,5 | 10,0 | 7,0 | 7,0 | 10,0 | 9,0 | 8,5 |
| Ø M-D colo | 3,5 | 4,0 | 5,5 | 7,0 | 5,0 | 5,5 | 5,0 | 5,0 | 9,0 | 8,0 | 7,5 | 5,0 | 5,0 | 8,0 | 7,0 | 6,5 |
| Ø V-L | 6,0 | 6,5 | 7,5 | 7,0 | 6,0 | 8,0 | 7,5 | 8,0 | 10,5 | 10,0 | 9,5 | 9,0 | 9,0 | 11,0 | 11,0 | 10,0 |
| Ø V-L colo | 5,3 | 5,8 | 7,0 | 6,0 | 5,0 | 7,0 | 6,5 | 7,0 | 9,0 | 9,0 | 9,0 | 8,0 | 8,0 | 10,0 | 10,0 | 9,5 |
| < cervical M | 3,0 | 3,0 | 2,5 | 3,5 | 3,0 | 2,5 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Primerado | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 2,5 | 2,0 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Figura 4 – Quadro de proporções dentárias utilizado para confecção de enceramento diagnóstico dos dentes anteriores, retirado de Palmieri Filho et al. (2019), (10).

O modelo de enceramento diagnóstico foi utilizado para obter-se guias de silicone de condensação (Zetaplus C Silicone Impression Material - ZHERMACK SPA,) para a otimização das restaurações estéticas dos dentes anteriores. O uso de guias para confecção de restaurações estéticas de resina composta torna mais eficaz o posicionamento do material, favorece o resultado final, respeitando a forma e tamanho dos elementos pré planejados, consequentemente agilizando o procedimento (Figura 5). Utilizando isolamento absoluto, realizou-se condicionamento seletivo com ácido fosfórico 37% (Angelus Produtos Odontológicos S/A, ANGELUS) por 30 segundos, lavagem com água, secagem e aplicação de sistema adesivo (Single Bond Universal 3M ESPE) e polimerização com fotopolímerizador (Schuster Emitter D, SPELL). Para todas as restaurações confeccionadas em resina composta (Filtek Z350 XT - 3M), respeitou-se a anatomia pré estabelecida pela guia de silicone. Fez-se polimento com brocas do tipo FF e discos de lixa em todas as

restaurações, assim como realização de ajuste oclusal utilizando-se registros com papel carbono .



Figura 5 - Utilização da guia de silicone confecção de restaurações.

Nos modelos, além de realização do enceramento diagnóstico, foram montados as bases de registros utilizando resina acrílica (Autopolimerizável JET, Clássico) e planos de orientação em cera 07 (Cera 7, Lysanda) para as etapas clínicas e laboratoriais da confecção das PPRs provisórias. Para realização da confecção da prótese e montagem de dentes na DVO correta, foram utilizados por base o enceramento feito em ASA. Em boca, foram registrados no plano de cera a linha média dos incisivos centrais e linha alta do sorriso. A Figura 6 mostra os registros já transferidos para o ASA.

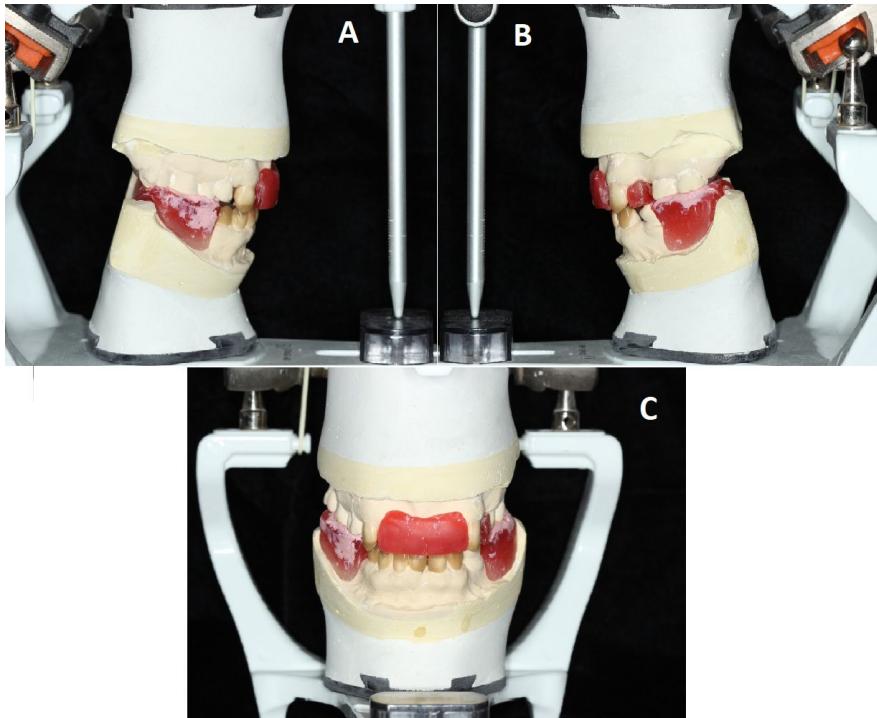


Figura 6 – Bases de prova com registro nos planos de cera, em posição nos modelos montados em ASA. (A) Vista lateral direita. (B) Vista lateral esquerda. (C) Vista frontal.

Posteriormente, foram realizadas as etapas laboratoriais, para confecção das PPRs provisórias como montagem dos dentes artificiais (Biotone-Dentsply/Sirona) e acrilização das mesmas. Após sua finalização laboratorial, as PPRs foram instaladas clinicamente, realizando-se os ajustes necessários e fornecendo as orientações à paciente, com relação à higienização e cuidados de uso. A sessão de retorno mostrou adaptação da paciente com relação à fonética, mastigação e satisfação com relação à estética obtida.



Figura 7 – Fotografias clínicas extra e intrabucais após instalação das PPRs provisórias. (A) Vista frontal extrabucal (B) Vista frontal intrabucal; (C) Vista oclusal maxilar e (D) Vista oclusal mandibular.

No acompanhamento do resultado final do tratamento, quatro semanas seguintes à instalação das próteses, a paciente se mostrou satisfeita com o resultado estético e apresentou boa saúde bucal (Figura 8). A mesma também relatou melhoria no bem estar e aumento da autoconfiança. Ao fazer a avaliação, observou-se que não houve quaisquer alterações adversas. As orientações de higiene e manutenção das PPRs foram reforçadas, assim como a necessidade de substituição das próteses provisórias por convencionais.



Figura 8 – Fotografias comparativas extrabucais (A, B, C) e intrabucais (D). A1, B1, C1 e D1: imagens prévias ao tratamento. A2, B2, C2 e D2: imagens posteriores ao tratamento

DISCUSSÃO

Ausências dentárias múltiplas, associadas à atração dos dentes remanescentes, ocasionam severas modificações no sistema

estomatognático, desafiando o profissional durante o tratamento reabilitador(11).

Além da demanda restauradora, pacientes com alteração de cor e de forma, ausência de dentes e limitações funcionais, apresentam alterações emocionais com impactos psicossociais diretos(12).

Diante disso, um planejamento interdisciplinar é essencial para uma adequada resolução do caso clínico, de maneira integral, melhorando seu prognóstico. Em reabilitações que demandam restabelecer a DVO, é necessário transpassar por uma etapa experimental valendo-se de próteses provisórias. Nesta etapa, podem ser avaliadas a recuperação da DVO e das funções estética, fonética e mastigatória, além da satisfação do paciente, com relação ao resultado alcançado(13,14).

O caso clínico do presente trabalho apresenta paciente com comprometimento da estética facial, decorrente da diminuição da DVO, múltiplas ausências dentárias, atrição dental e sensibilidade dentinária generalizada, dentes remanescentes com alteração de cor e baixa auto-estima, devido ao comprometimento estético de seu sorriso. Optou-se inicialmente pelo tratamento restaurador dos dentes remanescentes e confecção de PPRs provisórias buscando suprir às necessidades da paciente, adequadas à sua condição de saúde, idade, disponibilidade aos tratamentos, condição financeira e redução do desconforto relacionado à saúde bucal, como recomendado pela literatura científica(15,16).

A associação de PPR provisórias e restaurações em resina composta foi considerada a melhor escolha de tratamento, na etapa inicial, por proporcionar estética e funcionalidade satisfatórias, com menor invasividade, tempo operacional reduzido e baixo custo(9).

O plano de tratamento integrado, definido após os exames clínico e radiográfico e modelos de estudo montados em ASA, permitiu sanar as necessidades bucais da paciente. Inicialmente foram realizados raspagem e alisamento corono-radicular prévios à exodontia da raiz residual do 31 e remoção de tórus mandibular bilateral, que contra-indicariam a instalação da PPR mandibular. Esse crescimento ósseo apresenta-se como anomalia de desenvolvimento benigno, não

possui risco patológico e consiste em osso cortical denso com pouca quantidade de medula óssea(17). Sua etiologia ainda não é totalmente esclarecida, podendo ser associada à hereditariedade, processos de desenvolvimento, distúrbios nutricionais, hábitos parafuncionais e fatores ambientais. Existem indícios de que os tórus estão associados à presença de desgastes dentários anormais, relacionados aos hábitos parafuncionais de bruxismo e/ou apertamento. Bertazzo-Silveira et al. (2017), por meio de uma revisão sistemática da literatura, observaram que pacientes com desgastes dentários exacerbados possuíam maior chance de apresentarem tórus(18).

Decorridos seis meses após a realização da cirurgia, foram realizadas as sessões clínicas de restabelecimento da DVO, utilizando-se, restaurações em resina composta e confecção da PPR provisória.

Para as reconstruções dos dentes severamente desgastados, foi utilizada a técnica da Plástica Oclusal (10). Esta técnica permite ao cirurgião dentista realizar o planejamento diagnóstico e a reabilitação da anatomia dental por intermédio de resinas compostas, assim como o restabelecimento da DVO, com a vantagem de ser menos invasiva. O planejamento inicia-se na montagem dos modelos em ASA e em sequência, com o auxílio do atlas de proporções dentárias, são realizadas as reconstruções dos dentes em cera nos modelos em gesso. Como os caninos têm papel fundamental no enceramento, procura-se observar a melhor relação oclusal entre eles, pois devem guiar os movimentos laterais mandibulares. Em último, a reabilitação pré-planejada é reproduzida em boca, com materiais plásticos devolvendo estética e função(7,10).

O uso da PPR provisória concede ao paciente uma recuperação mais rápida da DVO e melhora da capacidade mastigatória, exercendo também a função de prover a condição oral reabilitada, na etapa inicial do tratamento. Mas também apresenta algumas desvantagens, como ausência de apoios oclusais, implicações estéticas, incômodo temporário, necessidade de adaptação fisiológica do paciente e adequada higiene oral(19).

Durante a instalação das PPRs, comunicou-se à paciente o caráter provisório das próteses, a possibilidade de surgirem alterações funcionais no decorrer da fase de adaptação, tais como aumento da salivação, dificuldades na fala ou na mastigação. A paciente também foi orientada à respeito dos meios de higienização corretos, tanto das próteses como de seus dentes e língua, e tempo de uso. O resultado estético e funcional obtido com a restauração dos dentes remanescentes e instalação das PPRs provisórias foi satisfatório, entretanto devido às limitações anatômicas, extrusão e giroversão de alguns dentes, devido ao edentulismo parcial, dificultaram a obtenção de uma melhor oclusão dentária. Nesse caso, o tratamento ortodôntico otimizaria a estética e função, porém devido à idade da paciente, condições sócio-econômicas e principalmente, levando-se em consideração a livre escolha da mesma, optou-se pela não realização(20).

A paciente encontra-se em sua fase de adaptação à nova posição postural da mandíbula e será submetida, posteriormente, à tratamento de substituição das PPRs provisórias por convencionais.

CONCLUSÃO

O plano de tratamento proposto, associando inicialmente a confecção de PPRs provisórias à reconstrução, com material plástico, dos dentes severamente desgastados, mostrou ser uma opção adequada e viável para o restabelecimento das funções fonética e mastigatória, bem como da estética facial da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2011.
2. Rosa AGF, Castellanos FRA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev. Saúde Pública [Internet]. 1992 June [cited 2020 Nov 11]; 26(3): 155-160.
3. Zanardi PR, Santos MS, Stegun RC, Sesma N, Costa B, Laganá DC. Restoration of the occlusal vertical dimension with an overlay removable partial denture: a clinical report. J Prosthodont. 2016 Oct;25(7):585-588.
4. Orthlieb JD, Laurent M, Laplanche O. Cephalometric estimation of vertical dimension of occlusion. J Oral Rehabil. 2000 Sep;27(9):802-7.
5. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. J Prosthet Dent. 2017 May;117(5S):e1-e105. doi: 10.1016/j.jprostdent.2016.12.001.
6. Alhajj MN, Khalifa N, Abduo J, Amran AG, Ismail IA. Determination of occlusal vertical dimension for complete dentures patients: an updated review. J Oral Rehabil. 2017 Nov;44(11):896-907.
7. Palmieri Filho JC, Lima LM. Plástica Oclusal. Revista ABO/DF. 2011; 32-34.
8. Patel MB, Bencharit S. A treatment protocol for restoring occlusal vertical dimension using an overlay removable partial denture as an alternative to extensive fixed restorations: a clinical report. Open Dent J. 2009 Oct 30;3:213-8.

9. Windchý AM, Morris JC. An alternative treatment with the overlay removable partial denture: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 1998 Mar;79(3):249-53.
10. Palmieri Filho JC, Lima LMMA, Ribeiro RN, Dias EM, Antunes RC. Reabilitação oclusal plástica: relato de caso. *Clinica - International Journal of Brazilian Dentistry.* 2019. 15(3): 280-290.
11. Verde, F.A.V. Previsibilidade com cerâmicas em dentes anteriores: IPS e.max press e e.max ceram. *Rev. dental press estét;*8(1):76-88, jan.-mar. 2011. ilus.
12. Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. *J Am Dent Assoc.* 2005 May;136(5):620-30.
13. 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 Apr;111(4):259-63.
14. Chronopoulos V, Maroulakos G, Tsoutis K, Stathopoulou P, Nagy WW. Complete mouth rehabilitation and gastroesophageal reflux disease: Conventional and contemporary treatment approaches. *J Prosthet Dent.* 2017 Jan;117(1):1-7.
15. Ribeiro DG, Silva MM, Nogueira SS, Arioli Filho JN. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita.* 2009;28(1):101-11
16. Campostrini EP, Ferreira EF, Rocha FL. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. *Arq Odontol.* 2007;43(2):48-56.

17. Brunsvold MA, Kaiser DA, Faner RM. Recurrence of mandibular tori after surgical removal: two case reports. *J Prosthodont.* 1995 Sep;4(3):164-7.
18. Bertazzo-Silveira E, Stuginski-Barbosa J, Porporatti AL, Dick B, Flores-Mir C, Manfredini D, De Luca Canto G. Association between signs and symptoms of bruxism and presence of tori: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2017 Dec;21(9):2789-2799.
19. Bataglion C, Hotta TH, Matsumoto W, Ruellas CVO. Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures: a case report. *Braz. Dent. J. [Internet].* 2012 Apr [cited 2020 Nov 11]; 23(2):172-174.
20. Caldas W, Conti AC, Janson G, Conti PC. Occlusal changes secondary to temporomandibular joint conditions: a critical review and implications for clinical practice. *J Appl Oral Sci.* 2016;24(4):411-419.

ANEXOS

Termo de consentimento, assinado e datado pelo paciente.



de acidentes, é necessário que você declare todas as informações importantes sobre sua saúde (ou da pessoa pela qual responde), incluindo experiências passadas com anestesia dentária e condições de saúde geral durante a anamnese, sem omissão de qualquer informação.

Os tratamentos que são oferecidos na Unidade são devidamente comprovados cientificamente, e de uso corrente em Odontologia. Entretanto, nenhuma garantia pode ser dada em relação ao resultado do tratamento dentário, ou cura, porque a Odontologia não é uma ciência exata, havendo respostas diferentes de pessoas diferentes.

Durante o atendimento, os profissionais eventualmente tirarão fotografias ou farão filmagens dos procedimentos, podendo utilizar estas, os dados do prontuário, modelos dentários e radiografias realizadas para apresentação em aulas, seminários ou encontros científicos, sempre preservando sua identidade (ou da pessoa por quem responde) e o sigilo médico. As informações constantes na ficha clínica poderão ser usadas em pesquisas científicas com prontuários, resguardadas as mesmas condições.

Sempre que necessária, sua autorização expressa para uso das informações, ou participação em pesquisas será coletada em outro documento.

Durante o tratamento, eventualmente será solicitada sua autorização para reter, com propósitos médicos, tecido ou órgão que for retirado durante as cirurgias e demais procedimentos. Caso contrário, estes serão descartados da forma apropriada.

Todo tratamento fornecido pela Unidade é gratuito, inclusive próteses dentárias convencionais (dentaduras, pontes móveis, coroas), mas nem todo tipo de tratamento é oferecido, por falta de profissionais habilitados ou de equipamentos/materiais de consumo.

Dependendo das necessidades de tratamento, algumas vezes será necessário aguardar a disponibilidade de vaga, mesmo após o início do atendimento. Quando não houver possibilidade de realizar o tratamento na Unidade, por necessidade do seu caso (ou do caso da pessoa por quem responde) ou por opção sua, haverá encaminhamento para outros serviços de saúde da rede local.

Antes de assinar este termo, certifique-se que fez todas as perguntas sobre os serviços e o funcionamento da Unidade, que compreendeu todas as informações passadas, aqui constantes, e que estas foram suficientes para dar seu consentimento formal para ser atendido nesta Unidade. Caso concorde com as condições expostas, assine abaixo.

Assinando este documento, você confirma que os termos e condições para receber atendimento na Unidade de Saúde Bucal do HUB lhe foram apresentados, e que está de acordo.

Brasília, 18 de setembro de 2018.

Neide Ferreira dos Santos
Paciente

Data/Hora: 18/09/18 - 07:57

Data/Hora: _____

Responsável (se menor ou incapaz)

Samy A.P.
Profissional que obteve o consentimento

Data/Hora: 18/09/18 - 07:58

NORMAS DA REVISTA

Diretrizes para Autores

A revista Scientific Investigation in Dentistry, dirigida à classe odontológica, destina-se à publicação de artigos inéditos e originais de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, artigos de ensino, odontologia da comunidade e laboratorial. Será dada prioridade à publicação de trabalhos científicos originais, ficando a publicação de relatos de caso e revisões de literatura a critério do interesse da revista Scientific Investigation in Dentistry.

I- Normas Gerais

1- Os trabalhos deverão ser submetidos online na página da Scientific Investigation in Dentistry;

2- Os trabalhos serão considerados para publicação na revista Scientific Investigation in Dentistry após revisão crítica do Corpo Editorial Especializado que apreciará a relevância e pertinência do trabalho. Fica estabelecido de que a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho é inteiramente dos autores. Todos os trabalhos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento ao editor chefe, cujo modelo está sugerido no final destas normas. Esta é uma carta datada e assinada por cada autor (não apenas o autor correspondente), afirmando que:

- que o trabalho foi submetido apenas ao periódico Scientific Investigation in Dentistry e que não está simultaneamente sendo avaliado para publicação em outra revista.
- Autores devem assumir a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo

imagens, é original. Autores devem lembrar de que se as imagens incluídas (por exemplo, tabelas e figuras) previamente publicadas pode exigir permissão de direitos autorais.

- Indicar de que não há conflitos de interesse que possam interferir nos resultados da pesquisa.
- Concordar com a concessão dos direitos autorais à revista *Scientific Investigation in Dentistry*.

3- A revista *Scientific Investigation in Dentistry* deterá o direito autoral sobre o trabalho publicado podendo permitir sua reprodução total ou parcial.

4- Autoria: Somente as pessoas que fizeram uma contribuição significativa para o trabalho submetido devem ser listadas como autores. O editor-chefe espera que um trabalho normalmente deva ter não mais de 6 autores, a menos que neste caso seja feita pelo autor correspondente, na carta de apresentação do trabalho, justificando a inclusão de outros autores. Todos os autores citados deverão estar envolvidos no trabalho e deverão ter lido o documento antes de ser enviado para publicação. As afirmações e opiniões dos artigos assinados são de responsabilidade integral do(s) autor(es).

5- A revista reserva-se o direito de editar o trabalho visando adequá-lo ao espaço disponível com clareza e correção textuais.

6 – A revista reserva-se o direito de solicitar material instrutivo adicional ao(s) autor(es).

7- A revista reserva-se o direito de solicitar a tradução do trabalho para a língua inglesa. Esta poderá oferecer este serviço, entretanto, com oneração aos autores.

II – Corpo Editorial

- 1- Os trabalhos inicialmente passarão por uma triagem, onde serão considerados para avaliação, apenas trabalhos que estiverem dentro do foco e escopo da revista e dentro das normas de publicação da Scientific Investigation in Dentistry. Estes trabalhos receberão uma carta de submissão, declarando que o trabalho está em processo de avaliação. Os trabalhos inadequados serão automaticamente devolvidos aos autores para reformulações, sem direito à carta de submissão.
- 2- O conselho editorial da revista removerá toda a identificação do trabalho que será substituído por um número de registro, antes de encaminhar para o corpo editorial que fará a avaliação por pares. O conselho editorial da revista decidirá sobre a conveniência de publicação ou não do trabalho, bem como, de correções e possíveis modificações.
- 3- Os trabalhos selecionados serão comunicados aos seus autores sobre o ACEITE da revista e publicados conforme a disponibilidade do espaço editorial.
- 4- O trabalho poderá ser retirado pelo(s) autor(es), segundo seu critério de conveniência, a qualquer momento, porém, antes de ser enviado para diagramação.
- 5- Os trabalhos selecionados pelo conselho editorial serão encaminhados para revisão na língua em que foi redigido, seja português ou inglês

III – Notas para a Preparação de Submissão do Trabalho

Originais deverão ser redigidos em português ou inglês.

1- A primeira página, folha de rosto, deverá conter as seguintes informações:

- Título do trabalho na língua em que foi redigido o trabalho
- Nome(s) dos autores (máximo 6), principal titulação e afiliação institucional
- Indicação das fontes de fomento da pesquisa, se houver.
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor correspondente
- Página não numerada

O artigo deverá ser realizado no Word, layout de página para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5.

2- Legendas das ilustrações:

(fotos, gráficos, desenhos) devem estar inseridas em páginas separadas e numeradas. No texto devem ser indicados os espaços em que ocuparão.

3- Tabelas

- Cada tabela com sua respectiva legenda deve estar em espaço 1,5, mais próximo possível de suas citações;
- As tabelas devem ser numeradas com números arábicos;
- Cada tabela deve conter toda informação necessária e assim poderá ser analisada isoladamente, independente do texto;

Deverão ser anexadas no e-mail separadamente ao submeter o trabalho. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Tabela 1, Tabela 2A, etc.

4- Figuras

- Devem ter resolução mínima de 300Kb
- Deverão ser anexadas em arquivos separados do texto em arquivo JPEG ou TIFF. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Figura 1, Figura 2A, etc.

5- Citação de autores no texto:

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Forma indireta, numérica: ... and interferes with the bacterial system and tissue system^{3,4}

- Forma direta, alfanumérica:

Um autor: Silva²³ (2009)

Dois autores: Silva e Carvalho²⁵ (2010)

Três ou mais autores: Silva et al.¹⁶ (2012)

Estrutura do Trabalho (Relato de Caso)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)
- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

- b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.
- c) Relato de caso: descrever os aspectos clínicos e todos os procedimentos de diagnóstico e tratamento realizados. Nos casos aplicáveis deve ser explícito o tempo de proservação.
- d) Discussão: explicação dos procedimentos de diagnóstico e tratamento adotados, ponderação das características encontradas no presente caso em comparação com a literatura previamente publicada.
- e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho.
- f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

g) Keywords – (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 15 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

IV – Aspectos Éticos

Estudos realizados em seres humanos e prontuários clínicos, radiografias, modelos de estudo, devem ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unidade, conforme normas estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos.

Para os estudos de Ensaios Clínicos há exigência de registro dos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em:
<http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>.

Para estudos realizados em modelos animais exige-se respeito à legislação em vigor e aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA).

Declaração de Direito Autoral

Declaro que o trabalho de minha autoria foi submetido apenas para este periódico e por isto, não sendo simultaneamente avaliado para publicação em outra revista. Nós autores, acima citados, assumimos

a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Concordamos em conceder os direitos autorais ao periódico Scientific Investigation in Dentistry.