

UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA

ANA PAULA PEREIRA GOMES
JOÃO VICTOR SILVA LIRA

USO DE MACROAPOIO PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO

Relato de Caso

UBERABA – MINAS GERAIS
2019

ANA PAULA PEREIRA GOMES
JOÃO VICTOR SILVA LIRA

**USO DE MACROAPOIO PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO**

Relato de Caso

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Uberaba, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª.: Dr^ª. Denise Tornavoi de Castro

UBERABA – MINAS GERAIS

2019

Gomes, Ana Paula Pereira.

G585u Uso de macroapoio para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: relato de caso / Ana Paula Pereira Gomes, João Victor Silva Lira. – Uberaba, 2019.
39 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Tornavoi de Castro.

1. Prótese dentária parcial. 2. Oclusão (Odontologia). 3. Revestimento de dentadura. I. Lira, João Victor Silva. II. Castro, Denise Tornavoi. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.69

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

Ana Paula Pereira Gomes

João Victor Silva Lira

Uso de macroapoio para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: Relato de
Caso

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de Graduação em
Odontologia da Universidade de
Uberaba, como requisito para obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: prótese dentária

Aprovada (o) em: 29/06/2019

Banca Examinadora



Prof. Dra^a.: Denise Tórnavoi de Castro



Prof. Dr.: Saturnino Calabrez Filho

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nos ensinar os caminhos de um profissionalismo humano e honrado, aprendidos ao longo da nossa faculdade e que levaremos para o futuro.

A nossos pais, que deram tudo para nos propiciar uma educação de qualidade.

A nossa parceria na iniciação científica e TCC, vivenciando os mesmos ideais e sonhos.

Aos nossos professores de prótese dentária e oclusão Maria Aparecida Nakamura, Elza Gonçalves, Lara Cirilo, Luís Henrique Borges, Almir Miranzi, Ana Paula Ayres, Saturnino Filho, Gilberto Borges e Denise Tornavoi que nesses anos puderam nos transmitir os melhores ensinamentos sobre o curso e sobre a vida.

Aos nossos professores de prótese clínica Sérgio Nakamura, Andrea Salge e Antenor da Silva pela colaboração e incentivo no desenvolvimento do caso.

Ao nosso prof. de periodontia clínica Max Antônio Giani.

A nossa prof.^a de endodontia clínica Ester Cecília Mattar.

Ao nosso diretor clínico prof. Otávio de Oliveira Filho, por nos dar amparo durante todo o período de desenvolvimento do caso.

Aos técnicos de laboratório Marcio e Juliano pelo excelente trabalho de confecção da estrutura e acrilização das próteses dentárias.

Ao senhor O.R.S pela paciência e colaboração durante as sessões de atendimentos clínicos.

A nossa orientadora de TCC professora Denise Tornavoi de Castro.

A professora Anna Luiza Szesz por fazer parte da nossa jornada acadêmica e desenvolver paralelamente a este trabalho um estudo clínico na área de dentística restauradora.

Aos demais professores e colegas de curso por estarem presentes ao longo desta jornada.

A redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) é consequência de um desequilíbrio oclusal que ocorre após a perda dos dentes. O restabelecimento da relação maxilomandibular é indispensável para o sucesso da reabilitação oral, devolvendo, assim, a estética, a função perdida e a qualidade de vida ao paciente. Uma alternativa de tratamento simples, econômica e de tempo reduzido para pacientes parcialmente desdentados que apresentam alterações no plano oclusal e redução da DVO é a *overlay*, um tipo de prótese que busca apoio na face oclusal de um ou mais dentes. O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico realizado durante o Curso de Graduação em Odontologia, na Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba, demonstrando a importância e a viabilidade técnica de prótese parcial removível com macroapoio no reestabelecimento da DVO do paciente. A partir do que foi encontrado na literatura e no caso clínico relatado, pode-se concluir que as próteses parciais removíveis com macroapoios representam uma alternativa importante no tratamento de pacientes com redução da DVO e consequente restabelecimento das funções do sistema estomatognático, com aspectos conservadores e de reversibilidade.

Palavras-Chave: dimensão vertical, prótese parcial, overlay.

ABSTRACT

The reduction of occlusion vertical dimension (OVD) is a consequence of an occlusal imbalance that occurs after the loss of teeth. The restoration of the maxillomandibular relationship is indispensable for the success of oral rehabilitation, thus returning the aesthetics, lost function and quality of life to the patient. An alternative of simple, economic and reduced time treatment for partially edentulous patients with occlusal plane changes and reduction of OVD is *overlay*, a type of prosthesis that seeks support on the occlusal face of one or more teeth. The present study aimed to report a clinical case carried out during the Graduation Course in Dentistry, at Getúlio Vargas Polyclinic, University of Uberaba, demonstrating the importance and technical feasibility of removable partial prosthesis with macro support in reestablishing the patient's OVD. From what has been found in the literature and in the reported clinical case, it can be concluded that removable partial prosthesis with macro support represent an important alternative in the treatment of patients with reduction of OVD and consequent reestablishment of the functions of the stomatognathic system, with conservative and reversible aspects.

Keywords: vertical dimension, partial prosthesis, overlay.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROPOSIÇÃO	14
3 RELATO DE CASO CLÍNICO	16
4 DISCUSSÃO	30
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO	38

1. INTRODUÇÃO

A perda dos elementos dentários apresenta relação direta com a idade, podendo estar associada à cárie, doença periodontal, traumas ou iatrogenias. A busca por tratamentos odontológicos afim de substituí-los é uma constante. Estudos indicam o aumento da expectativa de vida associado a um maior cuidado com a saúde geral e bucal, o que tem resultado em uma redução do público desdentado. Porém, infelizmente, a atenção para com esses cuidados é muito variável, a depender de localidade, contexto socioeconômico e cultural (CARR; BROWN, 2012).

A reabilitação oral tem como objetivo devolver a função, estética e fonética ao paciente e, sobretudo melhorar a qualidade de vida. Para que estes objetivos sejam alcançados, os profissionais devem se atentar a requisitos primordiais, como empatia para com o paciente, visando entender a queixa principal e os desejos pessoais, definindo o alcance e as limitações do tratamento proposto (TELLES; HOLLWEG; CASTELLUCCI, 2009).

Embora a função seja importante, o impacto estético é altamente significativo. O estigma social da perda dos dentes é grande, especialmente na região anterior. O rosto sofre mudanças, podendo haver dissimetria facial, perda de suporte labial e redução na altura da face, devido a alterações na Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), posição vertical da mandíbula em relação a maxila quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídico na posição de fechamento máximo (CARR; BROWN, 2012). Portanto, os dentes em oclusão determinam a DVO, de modo que a ausência de dentes posteriores ou desgastes severos podem reduzi-la (PEGORARO *et al.*, 2013).

A ausência dentária gera desarmonia oclusal e as consequências envolvem inclinações, rotações e migrações dentárias, extrusões e até mesmo alteração na função muscular (ZANETTI; LAGANÁ, 1996). Alguns pacientes apresentam sintomatologia dolorosa em consequência à essas compensações dentárias acarretando em uma disfunção crânio-mandibular (FERREIRA *et al.*, 2001).

Em consequência à diminuição da DVO, pode-se afirmar que há uma nova disposição mandibular, o que em várias situações acarreta prejuízos ao sistema estomatognático e desordens têmporo-mandibulares (OKESON, 1992; WINDCHY; MORRIS, 1998).

A Prótese Parcial Removível (PPR) é amplamente utilizada para substituir os dentes perdidos e restaurar a DVO, proporcionando conforto, manutenção das funções do sistema estomatognático, estética e saúde periodontal (MELO *et al.*, 2016).

A PPR de recobrimento oclusal, conhecida como *overlay*, é uma prótese caracterizada por ter um apoio em alguns dentes pilares remanescentes com o objetivo de restaurar a DVO do paciente (BASKER *et al.*, 1988).

Para casos de compensações dentárias em consequência de perdas e/ou desgastes severos em que haja diminuição da DVO e interferências, que fazem com que os dentes tenham contato limitado com o antagonístico, pode-se restabelecer a oclusão através de PPR com macroapoios. O apoio é um elemento da PPR que permite a transmissão de forças oclusais ao longo eixo do dente e impede o deslocamento ocluso-cervical da prótese. O macroapoio previne a extrusão dos dentes e pode reconstituir toda a superfície oclusal. Como desvantagem, na técnica da PPR *overlay*, reforça-se a necessidade de profissional qualificado, com ótimo nível técnico-laboratorial e experiência clínica (KLIEMANN *et al.*, 2000).

A PPR *overlay* é atípica. Ela reconstitui a forma oclusal do dente sem desgastes ou preparos para o apoio. Tem como característica a reversibilidade. Além disso, possui custo reduzido, higienização facilitada, menor tempo para a conclusão do tratamento, o dente permanece em sua forma inicial e além de promover uma boa função mastigatória, possibilita a obtenção de estética satisfatória (DE MARCO *et al.*, 2001).

Um dos problemas bucais mais frequentes, comum nos idosos, é a acentuada atrofiação. Problemas patológicos como bruxismo, erosão, decorrente aos problemas gástricos e abrasão podem estar presentes nessa época da vida. Quando há alteração da DVO, o paciente apresenta normalmente um colapso oclusal, queilite angular, perda da elasticidade e textura superficial da mucosa, redução do controle da musculatura, artrite nas ATMs (Articulações têmporo-mandibulares), diminuição do fluxo salivar e perda da inserção periodontal. Diante disto, é necessário remover os problemas causadores e adequar o meio bucal (COSME *et al.*, 2004).

Na presença de dor é sempre necessário o uso de uma PPR *overlay* provisória durante o período de quatro meses antes de iniciar o tratamento definitivo (COSME *et al.*, 2004). Alguns autores citam este uso no período de 3 a 6 semanas (BROWN, 1980). Ao fim desse período o paciente deve estar sem dor. É importante individualizar cada caso, além de usar placas oclusais para a preservação do tratamento (COSME *et al.*, 2004).

Como visto, o uso de macroapoios em PPR parece ser uma boa alternativa no ajuste e restabelecimento do plano oclusal (KLIEMANN *et al.*, 2000). O presente trabalho, que se

fundamenta no relato de um caso clínico, objetiva enfatizar a importância e a viabilidade desta técnica para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão.

2. PROPOSIÇÃO

O presente trabalho, que se fundamenta no relato de um caso clínico, objetivou demonstrar a importância e a viabilidade técnica de prótese parcial removível com macroapoio para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente O.R.S, sexo masculino, relatou durante a anamnese a seguinte história médica: ser portador de artrite, problemas no trato urinário e respiratório, além de ocasionalmente sentir dores na região esquerda do tórax e fazer uso de omeprazol para tratamento de pirose.

Na história odontológica, relata ter se submetido a procedimentos cirúrgicos, envolvendo exodontias e protéticos. Afirma que no ano de 2015 com o desejo de substituir as próteses parciais removíveis confeccionadas por um “prático”, que estavam em uso a 9 anos, procurou por tratamento odontológico, por meio do qual novas próteses foram confeccionadas, porém, as mesmas fraturaram e foram descartadas pelo paciente que, então voltou a utilizar as próteses antigas. A queixa principal do paciente estava relacionada com a estética desfavorável (Figura 1).

Figura 1. Aspecto clínico inicial das próteses parciais removíveis



Fonte. Próprio autor, 2019.

No exame clínico verificou-se que o paciente apresentava falhas dentais na maxila e mandíbula, sendo classificado como Classe III de Kennedy, modificação 1 em ambos os arcos. Foram identificadas ausências dentárias no arco superior dos elementos 11, 12, 15, 21, 22, 23 e 24, e no arco inferior dos elementos 35, 36, 37, 43, 44, 45, 46 e 47 (Figura 2). Os elementos 38 e 48 estavam méso-angulados, os elementos 14 e 24 apresentavam restaurações profundas e insatisfatórias e o elemento 34, lesão cariosa extensa.

Figura 2. Aspecto clínico inicial sem as próteses parciais removíveis



Fonte. Próprio autor, 2019.

Radiograficamente foi observado a presença reabsorção óssea fisiológica e inserções dentoalveolares satisfatórias bem como a confirmação da lesão de cárie no elemento 34 com possível envolvimento endodôntico e presença da obturação endodôntica insatisfatória dos elementos 14 e 24 (Figura 3).

Figura 3. Radiografia panorâmica



Fonte. Próprio autor, 2019.

O paciente apresentava gengivite associada à presença de biofilme dental e uma diminuição de aproximadamente 11mm na Dimensão Vertical de Oclusão confirmada através do compasso de Willis (Figura 4).

Figura 4. Análise da Dimensão Vertical de Oclusão. A - Vista frontal; B - Vista lateral



Fonte. Próprio autor, 2019.

Após a análise clínica de todas as estruturas fisiológicas, não foram observadas alterações musculares, ósseas e articulares que caracterizassem disfunção temporomandibular.

Para o planejamento dessa reabilitação, inicialmente foi realizada a moldagem das arcadas superior e inferior da paciente, com hidrocolóide irreversível (Hygedent-Hygemax Talmax, Curitiba, Brasil) para a obtenção dos modelos em gesso pedra tipo III (Gesso Pedra tipo III G3- Durastone Eller & Duarte Ind. e Com. de produtos odontológicos. Vitória-ES, Brasil). Os modelos foram montados em relação cêntrica no articulador semi-ajustável (ASA).

A reabilitação oral do paciente consistiu em: terapia periodontal de suporte através de profilaxia profissional com pedra pomes (Pedra-pomes Extra Fina – Maquira. Maringá, Brasil), raspagem coronorradicular e orientação de higiene bucal. Retratamento endodôntico dos elementos 14 e 24 com posterior confecção de *coping* de resina composta fotoativada (IPS Esthetic Direct - Ivoclar Vivadent. Schaan. Liechtenstein) (Figura 5), e tratamento endodôntico do elemento 44 seguido de instalação de coroa parcial RMF.

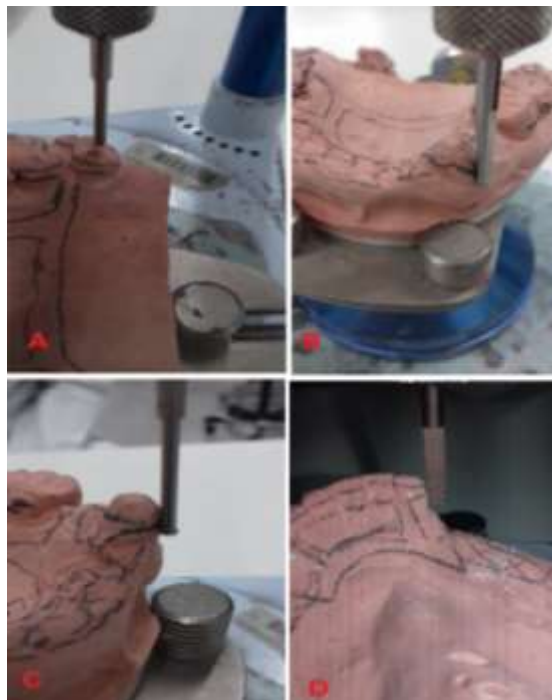
Figura 5. *Coping* de resina composta



Fonte. Próprio autor, 2019.

Para planejamento das PPRs, inicialmente, no delineador, o eixo de inserção foi determinado pela Técnica de Roach e o equador protético delimitado. A seguir, foi realizada a calibragem para verificar o local ideal para a ponta ativa dos braços de retenção dos grampos (Figura 6).

Figura 6. Planejamento no delineador. A- Determinação do eixo de inserção; B- Traçado do equador protético; C- Calibragem; D- Adequação equatorial.



Fonte. Próprio autor, 2019.

No planejamento das estruturas metálicas das PPRs ficaram definidos os seguintes componentes em seus respectivos elementos pilares:

Arco superior:

- Elemento 13: grampo Y com apoio em cingulo;
- Elementos 17 e 18: grampo geminado com apoios Distal 17 e Mesial 18;
- Elemento 26: grampo circunferencial simples com apoio Mesial;
- Elementos 27 e 28: grampo geminado com apoios Distal 27 e Mesial 28;
- O Conector maior de escolha foi a barra palatina anteroposterior.

Arco inferior:

- Elementos 34 e 42 foram definidos grampos de ação de ponta do tipo T, semi-circunferencial (34) e Y (42). Além disso, foram definidos os apoios em cingulo 33 e 42 e Mesial 34;
- Elementos 38 e 48: grampo circunferencial simples. Entretanto, nestes dentes foram planejados os *macro-apoios* tipo overlay com cobertura oclusal total associado ao braço de oposição;
- Conector maior: barra lingual dupla.

Foi necessário realizar adequação equatorial nas faces Lingual 38 e 48, Palatina 17, 18, 27 e 28 e confecção de planos guia nas faces Distal 34 e Mesial 38 e 48. Para a transferência dos preparos realizados no modelo de estudo para a cavidade bucal foram confeccionadas coroas-guias com acrílico duralay.

Ainda sobre os modelos de estudo foram confeccionadas moldeiras individuais com acrílico incolor autopolimerizável (VIPI. Pirassununga, Brasil). A obtenção do modelo funcional consistiu na adaptação das moldeiras individuais nos arcos, selamento periférico com godiva de baixa fusão e moldagem com hidrocolóide irreversível. A desinfecção dos moldes foi realizada com hipoclorito 2,5% e em seguida foi vazado com gesso pedra tipo IV (Gesso Pedra Especial Tipo IV- Dentsplay Sirona. York, EUA).

Após a cristalização do gesso, os modelos foram preparados e enviados para o Laboratório de Próteses da Policlínica Getúlio Vargas da Universidade de Uberaba juntamente com a lista de componentes a compor a estrutura das PPRs.

Finalizadas as estruturas metálicas em liga de Cromo-Cobalto, foram confeccionadas selas acrílicas sobre a sela metálica e os planos de orientação (Figura 7 e 8).

Figura 7. Estruturas metálicas inferior e superior

Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 8. Macroapoios nos elementos 38 e 48

Fonte. Próprio autor, 2019.

A etapa seguinte envolveu o ajuste dos planos de orientação sobre os arcos dentários do paciente e obtenção das dimensões da seguinte forma:

1. Adaptação das estruturas metálicas nos arcos;
2. Ajuste do plano de orientação inferior seguindo todos os limites pré-estabelecidos;
3. Obtenção da DVO com auxílio do compasso de Willis;
4. Ajuste do plano de orientação superior de acordo com os limites do plano inferior e DVO;
5. Transferência do modelo superior para o articulador semi ajustável (ASA) através do arco facial.
6. Reposicionamento das estruturas e roletes nos arcos dentários do paciente, confirmação da DVO e obtenção das linhas de referência para montagem de dentes (linha alta do sorriso, linha média e linha das comissuras)

7. Todo o conjunto foi removido da boca do paciente e então a montagem do ASA foi finalizada (Figura 9).

Figura 9. A. Plano de cera inferior; B. Montagem e ASA



Fonte. Próprio autor, 2019.

Após a seleção e montagem dos dentes cor 69 escala Vipi superior anteriores A25 e posteriores 30M (VIPI DENT. Pirassununga, Brasil) de acordo com as linhas de orientação obtidas, formato do rosto do paciente e tom de pele, foi realizada a prova estética e funcional (Figura 10).

Figura 10. Prova estética e funcional. A. Vista perfil direito; B. Vista frontal; C. Vista perfil esquerdo



Fonte. Próprio autor, 2019.

Para a escolha do tom gengival utilizou-se a Escala de cores de Gengivas STG (VIPI, Pirassununga, Brasil) (Figura 11).

Figura 11. Seleção da cor da gengiva



Fonte. Próprio autor, 2019.

Após aprovação do paciente, foi realizada a acrilização e o polimento das próteses (Figuras 12 e 13).

Figura 12. Prótese parcial removível superior concluída



Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 13. Prótese parcial removível inferior concluída. A. Vista frontal; B. Vista oclusal.
Nota-se a presença os macroapoios oclusais.



Fonte. Próprio autor, 2019.

A sessão de entrega consistiu na adaptação e instalação das próteses, além disso orientações sobre como higienizar a cavidade bucal e os aparelhos bem como a maneira de inserir e removê-los da boca foram passados ao paciente. (Anexo I)

As próteses foram entregues com total aprovação e satisfação do paciente. Foram realizadas sessões de preservação e após 4 meses da instalação das próteses o paciente recebeu alta total (Figura 14).

Figura 14. Próteses parciais removíveis instaladas. A. Vista lateral direita frontal; B. Vista frontal; C. Vista lateral esquerda.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Com a aplicação dos macroapoios associados à PPR foi possível reestabelecer a dimensão vertical de oclusão de forma conservadora e devolver função, estética e melhoria na qualidade de vida do paciente com resultado imediato. Nas figuras seguintes são apresentados o comparativo do caso inicial e final (Figuras 15 a 19).

Figura 15. Vista frontal do caso antes e após o tratamento. As setas apontam para o elemento 13, sendo evidente o restabelecimento da DVO.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 16. Vista lateral direita do caso antes e após o tratamento.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 17. Vista lateral esquerda do caso antes e após o tratamento.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 18. Análise frontal da face do paciente. A. Com as próteses antigas; B. Com as novas próteses.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Figura 19. Análise do perfil do paciente. A. Com as próteses antigas; B. Com as novas próteses.



Fonte. Próprio autor, 2019.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Uberaba (CAAE: 14436619.8.0000.5145). O paciente autorizou a publicação do caso clínico.

4. DISCUSSÃO

A recuperação das estruturas dentárias perdidas e o restabelecimento da dimensão vertical representa um desafio para o clínico, que, na maioria das vezes necessita indicar uma solução adequada para o caso, de acordo com o poder aquisitivo do paciente, sendo a etapa do planejamento e a comunicação com o paciente fundamentais para o prognóstico satisfatório.

O presente trabalho fundamentou-se no relato de um caso clínico por meio do qual, diante de um planejamento minucioso foi possível determinar o plano de tratamento e uma sequência de execução lógica, resultando no sucesso da reabilitação e integração com o sistema estomatognático (TODESCAN *et al.*, 1998; MATTOS *et al.*, 2001).

Diante dos novos tempos, em que a era do implante e próteses fixas predominam, indica-se cada vez menos as PPRs, em geral, devido ao maior conforto que estas outras modalidades de tratamento podem proporcionar ao paciente. Porém, visando a um tratamento menos ofensivo ao dente, e em situações em que não se pode instalar um implante devido à condição sistêmica ou locais do paciente e pelo alto custo, a PPR apresenta-se como um procedimento viável e funcional (SILVA *et al.*, 1993; PRADO *et al.*, 1997; BONACHELA *et al.*, 1998; FREITAS *et al.*, 1999; CEMBRANELI *et al.*, 2004).

A recuperação de alguns dentes e a reposição de outros são requisitos que obedecem a proposta das PPRs inclusive, é possível se ter uma estética desejável, principalmente em casos em que a DVO está alterada. Por meio da PPR é possível restabelecer a DVO a uma condição próxima ou até mesmo semelhante ao que era antes das alterações dentárias, podendo, o novo posicionamento bimaxilar proporcionar uma melhor fonética e função ao paciente. (SILVA *et al.*, 1993; PRADO *et al.*, 1997; BONACHELA *et al.*, 1998; FREITAS *et al.*, 1999; CEMBRANELI *et al.*, 2004).

As próteses parciais removíveis com recobrimento oclusal ou *overlays* são portanto, uma modalidade de tratamento importante no restabelecimento da DVO (SILVA *et al.*, 1993; PRADO *et al.*, 1997; BONACHELA *et al.*, 1998; FREITAS *et al.*, 1999; CEMBRANELI *et al.*, 2004). A PPR overlay é indicada para casos em que se tem ou não sintomas articulares havendo correção das fibras musculares e da estética facial com um correto movimento mandibular (FERREIRA *et al.*, 2001; FRAGOSO *et al.*, 2005).

Há casos na literatura em que o uso da *overlay* é na própria estrutura metálica da PPR (CUCCI *et al.*, 1997; FERREIRA *et al.*, 2001; FRAGOSO *et al.*, 2005), associado a cerâmica vítrea nos dentes quando o antagonista é de cerâmica (de MARCO *et al.*, 2001), ou somente de resina termopolimerizada (PRADO *et al.*, 1997; BONACHELA *et al.*, 1998; FREITAS *et al.*, 1999; CEMBRANELI *et al.*, 2004).

No relato de caso apresentado, o uso do macroapoio associado à PPR inferior apresentou como vantagens o fato de ser reversível com facilidade de higienização decorrente de ser removível e facilidade de reparo. Como visto, os remanescentes dentários nestes casos são mantidos inalterados, ou seja, não há a confecção de preparos. Além disso, apresentam custo inferior em relação a outros tipos de tratamentos e exigência de menor tempo operacional.

Como desvantagens do uso da técnica apresentada é possível citar a complexidade da técnica laboratorial, exigindo um bom protético, as dificuldades de ajustes tanto da estrutura metálica, quanto da oclusão, eventuais desconfortos temporários baseados na adaptação da nova DVO e na dificuldade fonética devido ao volume da armação decorrente da nova dimensão (COSTA *et al.*, 2017).

Por meio de um planejamento adequado, foi possível restabelecer as condições funcionais e estéticas do paciente, sendo o uso do macroapoio uma ferramenta importante para o restabelecimento da DVO perdida.

5. CONCLUSÃO

A partir do que foi encontrado na literatura e no caso clínico relatado, pode-se concluir que as próteses parciais removíveis com macroapoios representam uma alternativa importante no tratamento de pacientes com redução da DVO e consequente restabelecimento das funções do sistema estomatognático. Além disso, trata-se de uma possibilidade terapêutica menos invasiva, com resultado mais rápido e custo mais acessível em comparação com outros métodos reabilitadores.

REFERÊNCIAS

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BASKER, R. M.; HARRISON, A.; RALPH J. P. Overdentures in General Dental Practice. 2ª Ed. London: **Ed British Dental Association**, 1988.

BONACHELA, W. C.; TELLES, D. Planejamento em Reabilitação oral com Prótese Parcial Removível. São Paulo: **Ed. Santos**, 85p, 1998.

BROWN, K. E. Reconstruction considerations for severe dental attrition. **Prosthet Dent.** 1980 Oct; 44(4): 384-8.

CARR, A. B.; BROWN, D. T. Mccracken Prótese Parcial Removível. 12 Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2012.

CEMBRANELI, T. Z.; FERREIRA, A. R.; RIBEIRO, M. C. M.; RIZOTO, A.; PINTO, J. H. N.; LOPES, J. F. S. Prótese parcial removível de recobrimento: Uma alternativa para reabilitação oral em paciente com perimólise. **Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial**, Curitiba, v. 6, n.30, p. 127-133, mar-abr 2004.

COSME, D.C.; RIVALDO, E.G.; FRASCA, L. C. F.; PADILHA, D. M. P. Reabilitação oral em pacientes idosos com desgaste dentário acentuado. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia Nacional**, São Paulo, v.11, n.6, p.368-374, jan 2004.

CUCCI, A. L. M.; VERGANI, C. E.; GIAMPAOLO, E.T.; PAVARINA, A. C. Diagnóstico e plano de tratamento em reabilitação oral com próteses parciais removíveis. **Odonto 2000, Odontologia do Século XXI**, Araraquara, v.1, n. 1, p. 14-19, 1997.

DE MARCO, R. A.C.; NOGUEIRA JUNIOR, L.; PAYANELLI, C. A.; CARDOSO, F. R.; NEISSER, M. P. Reabilitação do plano oclusal através de prótese parcial removível tipo overlay. **Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial**, Curitiba. v.3. n.14. p.291-296, jul-ago 2001.

FERREIRA, I. C. S. R.; ALVES, F. N. C.; PINHO, B. P.; ROCHA, V. M. Utilização de overlay prótese parcial removível (PPR) para das conforto articular em pacientes com disfunção têmporo-mandibular (DTM). **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 22, p. 75-79, jan-jun 2001.


FRAGOSO, W. S.; TROIA JUNIOR, M. G.; YALDRIGHI, H. C.; CHIAVINI, P.; FREITAS, R.; BONACHELA, W. C.; ROSSETTI, P. H. O. Uso racional de overlays em próteses parciais removíveis. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, 153-158, jul-ago-set. 1999.

FREITAS, R.; BONACHELA, W. C.; ROSSETTI, P. H. O. Uso racional de *overlays* em próteses parciais removíveis. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 153-158, jul-ago-set. 1999.

KLIEMANN, C; MODAFFORE, P. M.; YASUDA, S. H.; NUNES, I. S. Estabelecimento do plano oclusal e da oclusão dos dentes posteriores com macroapoios em prótese parcial removível. **Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial**, Curitiba, v.2. n.6, p.56-64, 2000.

- MATTOS, M. G. C.; BRUN, C. L.; MATOS, R. L.; PAGNANO, V. O.; RIBEIRO, R. F. Perfil dos laboratórios de prótese dental e dos trabalhos de prótese parcial removível. **Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial**, Curitiba, v. 3, n. 16, p. 505-510, nov-dez, 2001.
- MELO, M.; BORGES, R. N.; FREITAS, G. C. Prótese Parcial Removível com Macro- apoios, Recompondo Dimensão Vertical em Pacientes com Desgastes Severos de Dentes - Relato De Caso. **Sci Invest Dent** 2016; 21(1):7-11.
- OKESON, J. P. Fundamentos de oclusão e desordens têmporo mandibulares. São Paulo. **Ed. Artes Médicas**, 2º ed., 449p. 1992.
- OLIVEIRA, P. A. Reabilitação oral com prótese removível overlay. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 243-246, jul-ago-set 2005.
- PEGORARO, L. F. Prótese fixa. Bases para o planejamento em reabilitação oral. 2 Ed. **Artes Médicas**, São Paulo, 2013.
- PRADO, C. J.; FERNANDES NETO, A. J.; NEVES, F. D.; OLIVEIRA, J. E. C.; COSTA, M. M.; MOTA, A. S.; PRADO, R. A. Overlay na reabilitação oral de pacientes com dimensão vertical de oclusão reduzida - Relato de caso clinico. **Odonto Pope**. Bauru. v. 1. n.1. p. 133-141, jul-set, 1997.
- SILVA, F. A.; LAMEIRA, A. G.; BERZIN, F.; SILVA, W. A. B. Tratamento das alterações funcionais do sistema estomatognático. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, São Paulo, v.47, n.3, p.1055-1062, 1993.
- TELLES, D.; HOLLWEG, H.; CASTELLUCCI, L. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: **Ed Santos**, 2009.
- TODESCAN, R; SILVA E. E. B.; SILVA O. J. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: **Ed. Santos**, 1998.
- WINDCHY, A. M.; MORRIS, J. C. An alternative treatment with the overlay removable partial denture: A clinical report. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**. V.79, n.3, p.249-253, março, 1998.
- ZANETTI, A.L.; LAGANÁ, D. D. C. Correção do alinhamento oclusal em pacientes parcialmente edentados. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, São Paulo, V. 50, n. 4, p. 321-24, jul-ago, 1996.

ANEXO I: Protocolo de uso e higiene das próteses dentárias.

 UNIUBE Educação e Responsabilidade Social	Departamento de Prótese Clínica
---	--

PROTOCOLO PARA USUÁRIO DE PRÓTESE TOTAL.
CUIDADOS COM A HIGIENE E DE SUA PRÓTESE.

Paciente: _____
Prontuário: _____ Data: ____ / ____ / ____

Uma boa higiene de sua cavidade oral é de suma importância, para isto, a prótese deve ser mantida sempre limpa.

- 1 - Após cada refeição você deverá remover a(s) sua (s) prótese(s) e higienizá-la(s) com escova macia e pasta dental não abrasiva.
- 2 - Não esquecer de higienizar também sua gengiva, a língua, removendo assim os restos alimentares.
- 3 - Não utilizar água quente ou morna para a higienização da(s) prótese(s) .
- 4 - No ato da escovação, segurá-la firmemente para que não caia.
- 5 - No ato da escovação da(s) prótese(s), colocá-la em cima do lavatório ou pia e segurá-la, pois qualquer queda poderá quebrá-la.
- 6 - Durante uma vez por semana colocar sua(s) prótese(s) em um recipiente contendo água o suficiente para cobri-la(s), adicionando uma colher de sobremesa de hipoclorito de sódio 1% (água sanitária, super globo ou outra) durante pelo menos 30 minutos.
- 7 - No decorrer do dia remover sua(s) prótese(s), da cavidade oral durante 1 (uma) hora pelo menos, para que os tecidos gengivais e musculatura possam ficar sem pressão, para melhor acomodação da mesma.
- 8 - Qualquer alteração de cor, aspereza ou outras, de sua mucosa, gengiva ou na região de sua cavidade oral procure o seu Cirurgião Dentista para ser examinado e orientado.
- 9 - Não utilize nenhum medicamento sem orientação odontológica ou médica.
- 10 - O tempo ideal de uso de sua(s) prótese(s) é de 05 anos, observando que após este período a adaptação e a função das prótese(s) ficam comprometidas.

Ciente: _____

Cód.: 65727

Fonte: departamento de prótese clínica – FO-UNIUBE.