

REABILITAÇÃO ORAL COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: PRÓTESE, ENDODONTIA E ORTODONTIA – RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION WITH MULTIDISCIPLINARY TEAM: PROSTHESIS, ENDODONTIA AND ORTHODONTICS - CASE REPORT

MARIA DO CARMO ROCHA DE OLIVEIRA¹, FÁBIO SANTOS ALVES², CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES³, LUIZ FELIPE GILSON DE OLIVEIRA RANGEL³, CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA³, OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da USS; 2. Cirurgião Dentista. 3. Professor do curso de Odontologia da USS.

* Rua Lúcio de Mendonça, 24/705, Centro, Barra do Pirai, Rio de Janeiro. CEP: 27.123-050. oswaldolcbarbosa@hotmail.com

Recebido em 18/05/2018. Aceito para publicação em 11/06/2018

RESUMO

Atualmente, é muito comum as pessoas buscarem tratamento odontológico a procura de melhorar a estética do sorriso, a perda de elementos dentais é o resultado de vários fatores como cárie, doença periodontal, trauma oclusal e/ou parafunções. Diante disso, a perda dos dentes posteriores figura entre as principais causas de redução da dimensão vertical de oclusão (DVO). Além de que, a ausência dentária, a mudança no posicionamento dos dentes por migrações, extrusões ou giro-versões, podem resultar em sobrecarga da região anterior, que, por consequência, dependendo das variações individuais associadas às susceptibilidades de cada indivíduo, pode levar à perda óssea e mobilidade; perda de estrutura dentária por desgaste excessivo ou alterações músculo-articulares. O cirurgião dentista, muitas vezes se depara com espaços e condições que não favorecem a realização de um bom trabalho, necessitando diferentes abordagens. Dentre os novos procedimentos para aperfeiçoar a oclusão está o uso de aparelhos ortodônticos. Este trabalho se propõe através de um caso clínico, a relatar a execução da reabilitação oral dentística e protética com associação ao tratamento ortodôntico para o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em paciente com parafunção. Dessa forma, o objetivo deste trabalho consiste numa abordagem multidisciplinar para reabilitação oral do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia combinada, reabilitação bucal, bruxismo, maloclusão.

ABSTRACT

Currently, it is very common for people to seek dental treatment seeking to improve the aesthetics of the smile, the loss of dental elements is the result of several factors such as caries, periodontal disease, occlusal trauma and/or parafunctions. Therefore, loss of posterior teeth is one of the main causes of reduction of vertical occlusion (OVD). In addition, tooth absence, change in tooth positioning by migration, extrusion or gyro version may result in overloading of the anterior region, which, depending on the individual variations associated with the susceptibilities of each individual, can lead to bone loss and mobility; loss of tooth

structure due to excessive wear or musculoskeletal changes. The dentist surgeon often comes across spaces and conditions that do not favor doing a good job, requiring different approaches. Among the new procedures to improve occlusion is the use of orthodontic appliances. This work proposes, through a clinical case, to report the execution of dental and prosthetic oral rehabilitation with association to orthodontic treatment to restore vertical dimension of occlusion in patients with parafunction. Thus, the objective of this work is a multidisciplinary approach to oral rehabilitation of the patient.

KEYWORDS: Combined therapy, oral rehabilitation, bruxism, malocclusion.

1. INTRODUÇÃO

O desgaste do dente é um processo comum e gradual, principalmente resultante da atividade mastigatória comumente requerida por dieta mais grosseira ou como resultado do ranger e apertar dos dentes. Esta redução na estrutura do dente geralmente é compensada pela erupção contínua do dente e pelo crescimento do osso alveolar¹. No entanto, a presença de certos fatores causais, como a regurgitação ácida frequente causada por distúrbios alimentares, a ingestão usual de alimentos e bebidas contendo ácido, ou períodos intermitentes de bruxismo intensivo, podem levar ao desgaste dentário extensivo e patológico^{1,2}.

A condição do sistema estomatognático de pacientes com desgastes severos e/ou perda de elementos dentais posteriores modifica a posição da mandíbula em relação à maxila, determinando alterações no padrão funcional e estético, distúrbios musculares e articulares. O grau de severidade dos desgastes será determinante para a presença ou não de alteração da dimensão vertical².

Uma das etapas mais importantes e indispensáveis em trabalhos protéticos extensos é o restabelecimento da dimensão vertical, que é definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula. Também é encontrada como sendo a relação do terço inferior da face medida entre dois pontos preestabelecidos no plano vertical. Ela

pode ser dividida em dois tipos: dimensão vertical de oclusão (DVO) e dimensão vertical de repouso (DVR). A DVO é a medida entre dois pontos da face, no sentido vertical, quando dentes superiores e inferiores estão em oclusão. Já a DVR corresponde à altura do terço inferior da face medida através de dois pontos, quando a mandíbula estiver em posição fisiológica de repouso em relação à maxila. Baseando-se na DVR e na DVO, é possível determinar o espaço Funcional Livre (EFL), conhecido também como distância interoclusal, ou espaço funcional de pronúncia. O espaço funcional livre corresponde à distância entre as superfícies incisais e oclusais dos dentes da arcada superior e inferior, quando a mandíbula se encontra em sua posição de repouso fisiológico³.

Em geral, numa situação em que houve perda de elementos dentais ou desgaste excessivo dos mesmos, a dimensão vertical de oclusão (DVO) precisa ser restabelecida antes que qualquer procedimento restaurador definitivo seja executado. A não observância desse aspecto resulta em trabalhos malsucedidos, com desgaste tanto do profissional quanto do paciente. A correta determinação da dimensão vertical de oclusão é um dos pontos chave do tratamento reabilitador protético. Sua correta determinação tem como objetivo restabelecer a função e a estética. A correta obtenção da (DVO) influenciará na qualidade final da reabilitação protética³⁻⁵.

A perda de dentes provoca inúmeras alterações nas arcadas dentais e nos rebordos residuais. Quando o cirurgião dentista vai repor estes dentes perdidos com próteses, muitas vezes se depara com espaços e condições que não favorecem a execução de um bom trabalho. Nestes casos, o profissional que sabe diagnosticar e indicar a correção dos dentes, de maneira que favoreça o seu plano de tratamento protético, tem muito mais chance de oferecer uma excelente reabilitação funcional com longevidade. De fato, a Ortodontia que precede o tratamento protético traz benefícios em muitos casos clínicos e deve ser sempre considerada quando a posição dos dentes remanescentes não é a ideal⁶.

A incorporação de um plano de tratamento integrado utilizando os recursos ortodônticos, antes das reabilitações protéticas, é de grande valia, pois melhora as condições dos dentes remanescentes e seus tecidos de suporte. As forças aplicadas durante os movimentos devem ser controladas, de modo a não comprometer a nutrição dos ligamentos periodontais e a ancoragem deve ser obtida sobre o maior número de dentes remanescentes, podendo ser utilizados para este fim aparelhos fixos, removíveis e a prótese parcial removível modificada, por meio da incorporação de grampos e molas. Os movimentos de verificação, extrusão e intrusão são passíveis de serem obtidos, auxiliando no restabelecimento da integridade do sistema estomatognático⁶.

Mesmo considerando estudos indicando que em adultos há maior espaço de tempo ou resposta atrasada às forças mecânicas, em relação ao observado em

pacientes mais jovens, hoje em dia acredita-se que os dentes se movem igualmente em adultos e crianças, não havendo evidências que se movam mais lentamente nos adultos⁶.

A mordida cruzada anterior é definida como um relacionamento vestibulo-lingual incorreto de dentes anteriores superiores que ocluem por lingual em relação aos inferiores⁷.

A Classe III esquelética, definida como uma displasia óssea real, tem como característica uma compensação dentária caracterizada pelo fato de os incisivos superiores estarem vestibularizados ou bem posicionados e os inferiores, lingualizados ou bem posicionados e divide-se em: verdadeiro prognatismo mandibular, quando a mandíbula está protruída e a maxila está normal; pseudoprogнатismo mandibular, quando a maxila está retruída e a mandíbula está normal; e prognatismo mandibular severo, quando existe uma combinação de mandíbula protruída e maxila retruída⁸.

A pseudo-classe III, por sua vez, é definida como um reflexo funcional de protrusão mandibular, ou seja, um reflexo muscular adquirido que simula uma condição de mesioclusão, podendo ou não apresentar inclinações alteradas de incisivos superiores e inferiores. A mordida cruzada anterior funcional constitui-se num falso prognatismo mandibular causado pelo deslocamento mandibular anterior, resultante da interferência dentária promovida pelo cruzamento dentário anterior⁷⁻⁹.

O diagnóstico diferencial deve ser realizado em função da relação dos molares e incisivos, manipulando o paciente em relação cêntrica e em máxima intercuspidação habitual. A Classe III esquelética apresenta os molares sempre em relação Classe III de Angle, com uma mordida cruzada anterior. Entretanto, na Classe III funcional, os molares adquirem relação de Classe I e os incisivos apresentam-se de topo, quando em relação cêntrica⁸⁻¹⁰.

Quando são eliminados os fatores etiológicos da pseudo-classe III, utilizam-se os aparelhos de tração reversa, mentoneira e regulador funcional de Frankel, nos casos de severidade mínima a moderada. Entretanto, no final do período de crescimento, a discrepância esquelética permanece não resolvida e o resultado está comprometido. O tratamento da Classe III consiste em compensações dentárias para as desarmonias esqueléticas por meio da vestibularização dos incisivos superiores e retração do segmento anterior inferior, além do uso de elásticos classe III em conjunto com a extração de primeiros pré-molares inferiores.⁸ No tratamento ortodôntico, sabe-se que a correção da mordida cruzada anterior pode ser realizada por aparelhos fixos ou removíveis⁹⁻¹¹.

Com base numa visão global do paciente, o conceito de multidisciplinaridade em saúde vem sendo colocado em prática, o indivíduo deve ser visto de forma integral. Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar através do caso clínico de um paciente com desgastes dentais e pseudo-classe III, as etapas clínicas que envolvem uma reabilitação oral, mostrando os

benefícios que a interdisciplinaridade traz para a reabilitação protética a fim de solucionar os casos e melhorar a efetividade do tratamento.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, com 55 anos, compareceu a Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Vassouras (HUV), reclamando da aparência desgastada dos seus dentes e desconforto durante a mastigação. Durante a anamnese o paciente relatou ranger os dentes enquanto dormia, mas referiu não apresentar sintomatologia dolorosa. O exame extra bucal evidenciou aprofundamento dos sulcos nasogenianos, invaginação dos lábios, ângulos nasolabiais reduzidos e anteriorização do mento. Apresenta perfil côncavo e padrão dolicofacial. No exame clínico intraoral observou-se excessivo desgaste dos elementos dentários anteriores superiores até o terço médio e ausência dos dentes 14, 15, 16, 18, 24, 26, 28, 37, 38, 48 (Figura 1).



Figura 1. Elementos superiores desgastados, ausência dos dentes posterosuperiores, sobressaliência negativa e sobremordida exagerada.

Foi verificado ainda, sobressaliência negativa, sobremordida moderada, linhas médias não coincidentes e mordida cruzada anterior funcional confirmada pelo diagnóstico diferencial com posicionamento em relação cêntrica, em que se detectou relação dos incisivos em topo evidenciando uma Pseudo-Classe III (Figura 1). A projeção mandibular, agregada ao desgaste dentário, ocasionou redução da DVO, a qual necessitava ser restabelecida para que as restaurações dos elementos desgastados pudessem ser realizadas. Concluiu-se que o mesmo não necessitava somente de tratamento restaurador e protético, mas sim, de uma abordagem multidisciplinar mais ampla, em consequência dos problemas que envolviam diferentes especialidades odontológicas.

Para a primeira fase do tratamento foram propostas restaurações com resina composta direta fotopolimerizável nos dentes posteriores superiores para ampliar a DVO (Figuras 2 e 3). Diante disso, o paciente recebeu instruções de higiene oral e da dieta, além de orientação a respeito da adequação e análise da modificação da oclusão com possibilidade de provocar sintomatologia dolorosa e desconforto muscular ou articular frente à alteração colocada, o mesmo foi liberado. Os caninos superiores também foram restaurados em resina composta direta. Os dentes

mencionados então, foram restaurados com resina composta fotopolimerizável obedecendo a forma dos dentes. A técnica utilizada para esta primeira fase foi a técnica incremental.



Figuras 2 e 3. Dente posteriores com resinas compostas aumentando a DVO.

O paciente retornou à Clínica Odontológica do HUV, relatando conforto na musculatura e articulação e ausência de sintomatologia dolorosa. Dessa forma, iniciou-se o tratamento restaurador seguido pelo ortodôntico.

Após a devolução da DVO, foi realizado o tratamento endodôntico dos incisivos superiores anteriores com finalidade protética. Em seguida, foi realizado a desobstrução de 2/3 dos condutos, subsequente a modelagem dos mesmo com resina acrílica para posterior obtenção do núcleo metálico fundido (Figura 4).



Figura 4. Modelagem dos núcleos com resina acrílica.



Figura 5. Confeção do Núcleo Metálico Fundido.



Figura 6. Núcleo Metálico Fundido instalado.

O núcleo metálico fundido já apresenta as características do preparo necessárias para receber a coroa total (Figura 5 e 6). Posteriormente a confecção dos mesmos, eles foram cimentados com cimento de fosfato de zinco e imediatamente os dentes foram preparados para receberem coroas provisórias em resina acrílica autopolimerizável o que após ocorrer devolveu as funções oclusais aos pacientes (Figura 7).

Iniciou-se o tratamento ortodôntico por meio da montagem do aparelho fixo no arco superior para alinhamento e nivelamento realizados com fios redondos de 0.016 Niti termo ativado (Figura 8).



Figura 7. Núcleo Metálico Fundido com provisórios.



Figura 8. Início do tratamento Ortodôntico.



Figura 9. Arco superior alinhado.

Após o alinhamento no arco superior (Figura 9), foi utilizado um arco contínuo de expansão, com a finalidade de corrigir a mordida cruzada anterior pelo movimento para vestibular dos incisivos superiores, foi utilizado um arco de aço redondo de 0.016 afastado 2mm (Figura 10), aproximadamente, dos slots dos bráquetes inseridos nos incisivos superiores. Na face mesial dos molares bandados fez-se um par de ôegas (Figuras 11 e 12), os quais evitam que o arco deslize e, desta maneira, empurre os dentes anteriores.

Após 28 dias da instalação do arco 0.016 de aço nota-se a presença de overjet (Figuras 13, 14 e 15).

Posteriormente ao tratamento ortodôntico, serão confeccionadas coroas de zircônia para os incisivos

superiores.



Figura 10. Arco 0.016 de aço afastado 2mm dos incisivos.



Figuras 11 e 12. Ôegas amarrados.

Quando a reabilitação oral for completa, será instalada uma placa miorelaxante acrílica para a prevenção de problemas oclusais decorrentes da parafunção

O tratamento resultou na correção da pseudo-classe III e no nivelamento e alinhamento do arco superior, proporcionando um bom engrenamento entre os arcos. Assim como, na devolução da dimensão vertical.



Figuras 13 e 14. Vista lateral dir. e Esq. com presença de Overjet.



Figura 15. Vista frontal com presença de Overjet.

3. DISCUSSÃO

A perda dentária pode culminar em graves alterações no sistema estomatognático, que resulta em anomalias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis. Essas alterações transformam-se em verdadeiros desafios para o cirurgião dentista, em que os procedimentos propostos

envolvem muito critério, desde a fase de planejamento até a preservação³. Da mesma maneira, a reabilitação de pacientes com desgaste oclusal extenso é complexa e difícil de solucionar, tornando-se assim um dos maiores desafios na odontologia^{3-5,10-13}.

Há casos em que é difícil determinar se o indivíduo apresenta realmente perda de dimensão vertical por desgastes oclusais ou se estes foram compensados por uma extrusão dentária. O colapso oclusal devido à perda de dentes posteriores também pode levar a uma falsa impressão da diminuição da DVO. Da mesma maneira, mesmo em pacientes com bruxismo severo, não haverá alterações na DVO, isto é evidente pela observação consistente de que a erupção é concomitante ao desgaste. O organismo se adapta devido à erupção dentária contínua, em alguns casos, a quantidade de estrutura perdida pelo desgaste é compensada^{3-5,11,13,14}.

O relato acima não foi visualizado no paciente do presente estudo, visto que uma vez aumentada a altura do terço inferior da face, observou-se sim, uma melhora substancial na estética facial.

O desgaste dentário é considerado patológico quando excessivo para a idade do paciente, passando a exigir tratamento por razões funcionais e ou cosméticas. Realizar o aumento da DVO é um procedimento comum nas reabilitações protéticas e nos tratamentos para DTM e na ortodontia^{2-5,14}.

Diferentes fatores etiológicos podem estar relacionados a desgastes dentais severos: entre elas estão hábitos parafuncionais (bruxismo ou interposição de objetos duros entre os dentes) e a perda dos dentes posteriores, levando ao deslizamento anterior da mandíbula, que pode provocar perda excessiva de estrutura dental dos elementos anteriores¹⁵. Neste relato deste caso, o paciente apresentava tanto bruxismo, quanto ausência de dentes posteriores.

Diversos são os métodos para a determinação da DVO que estão descritos na literatura. Contudo, deve-se levar em conta a avaliação da perda de suporte posterior, a história de desgaste dentário, a distância interoclusal e a aparência facial do paciente, que são fatores essenciais para o planejamento em prótese afim de determinar a manutenção, ou restabelecimento da DVO com o intuito de otimização do trabalho protético. Podemos exemplificar aqui alguns métodos: Método métrico de Willis diz respeito à obtenção da DVO através da distância interoclusal que é a medida da distância entre dois pontos (nariz e queixo), feitas na oclusão central e com a mandíbula em posição de descanso (repouso). Quando essas medidas são comparadas e a diferença (espaço funcional livre) for maior que 2 a 4mm, pode se considerar que a DVO esteja diminuída; Método Estético baseia-se na reconstrução facial satisfatória através da conformação do sulco nasolabial e da harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto e a plenitude facial condizente com a idade do paciente para a determinação da dimensão vertical de oclusão. Considerando os diferentes métodos disponíveis na literatura, escolhemos por associar o método métrico com o método estético, isso na

determinação da futura dimensão vertical^{3,10,11,16}.

O melhor método para obter a DVO seria uma associação entre no mínimo dois deles. No entanto, nenhum método é superior ao outro, e o recomendável é a associação de diversas técnicas^{3-5,10, 16,17}.

Um aumento na DVO deve ser determinado com base na necessidade de realizar restaurações satisfatórias e estéticas agradáveis. Os fatores que devem ser considerados como determinantes para aumentar o DVO são a estrutura dentária remanescente, o espaço disponível para a restauração, as variáveis oclusais e a estética. Minimizar o aumento do DVO é útil para reduzir a complexidade geral do tratamento protodôntico. O aumento de DVO em mais de 5 mm raramente é indicado. Em contraste, a restauração da morfologia oclusal é uma ação súbita que impede a avaliação cuidadosa da capacidade do paciente de se readaptar a condições orais alteradas^{1,2,18,19}. Ao final do tratamento, o paciente estava satisfeito com a estética de seus dentes e notou melhorias significativas na função mastigatória.

Em situações que necessitam de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, existem algumas alternativas indicadas para a reabilitação oral do paciente, entre elas a prótese parcial removível tipo overlay. Outra possibilidade terapêutica é a prótese fixa convencional assim como a confecção de restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável associada à confecção de restaurações indiretas e próteses unitárias. A literatura não é unânime sobre qual é o melhor material restaurador². Sempre que é indicado, o aumento da dimensão vertical deve ser conseguido com restaurações, em vez de um aparelho removível, devido à adaptação do paciente^{2,3,11-13}.

Três opções de tratamento podem ser executadas, sendo que a definição está diretamente relacionada à severidade da perda de tecido dental e tamanho das restaurações posteriores pré-existentes. Desta forma, a situação dos dentes posteriores orientará o clínico para a opção restauradora mais adequada. Os critérios são: (1) restaurações diretas de resina composta: presença de pequena perda de tecido e pequenas restaurações pré-existentes; (2) restaurações diretas associadas com restaurações indiretas: presença de perda tecidual moderada e restaurações de médio porte já existentes; (3) restaurações indiretas: presença de perda de tecido extensa e grandes restaurações^{2,3,12}. Considerando esse quesito, optamos por devolver a dimensão vertical do paciente com resina composta, visto que o material possibilita ajustes conforme necessidade, e, sobretudo por possibilitar avaliação da resposta do sistema estomatognático.

A reabilitação oral do paciente feita com Prótese Fixa é recomendada por vários estudos em relação ao método de aumentar DVO quando comparada com aparelhos removíveis^{1,3,13}. Isto é atribuído ao fato da prótese fixa possuir a vantagem de ser fixada na boca, imitando a morfologia do dente natural, com menor interferência na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional¹³. Em contraste, restaurações diretas

compostas representam uma opção de tratamento de baixo custo com resultados estéticos e funcionais bem sucedidos. Sabe-se que pacientes com bruxismo geralmente apresentam cargas oclusais pesadas, o que pode comprometer o desempenho clínico desse tratamento restaurador. Por esse motivo, várias estratégias têm sido propostas para superar o risco de fraturas de resina. Como os compósitos híbridos apresentam maior fratura e resistência ao desgaste, esses materiais podem ser mais adequados para pacientes com desgaste severo do que as resinas compostas com micro-resfriamento¹.

O tratamento aplicado para os pacientes com desgastes acentuados na guia anterior provocado pelo bruxismo era idealmente realizado através de reabilitação oral por intermédio de procedimentos protéticos indiretos para restabelecimento das guias de desoclusão e a estética². No planejamento de uma coroa total em dentes anteriores, quando a largura cervical do remanescente for maior do que a altura perdida, devemos dispor de retentores intra-radulares¹⁴.

Os pinos metálicos fundidos são os mais tradicionalmente utilizados no processo de restauração de dentes tratados endodonticamente com ampla destruição coronal. Sua vantagem é que não há necessidade de preenchimento posterior. No entanto, apresentam a desvantagem de sua cor ser prateada e o número de sessões necessárias para sua confecção é maior, quando comparado com um pino pré-fabricado¹⁵. O dente tratado endodonticamente vai estar submetido na dinâmica mastigatória, logo, dentes pilares de próteses fixas são candidatos a núcleos fundidos¹⁴⁻¹⁵. No presente estudo, optou-se por pinos metálicos fundidos, já que remanesceu apenas a raiz, onde o material de reconstrução ficaria exclusivamente dependente da ancoragem intra-radicular.

Dúvidas têm sido levantadas quanto à quantidade de fraturas radiculares quando os núcleos fundidos são comparados a pinos pré-fabricados, tendo-se uma margem de fratura dos primeiros em até duas vezes e meia, em relação aos pinos. Um dos problemas comumente associados aos núcleos metálicos é a possibilidade de induzirem à concentração de tensões no ápice radicular, por apresentarem módulo de elasticidade superior ao da dentina, quando da incidência de forças laterais no dente, podendo levar à fratura. O maior problema clínico longitudinal sobre raízes de dentes gravemente comprometidos tratados com núcleos metálicos de retenção foi o elevado percentual de fraturas radiculares em curto e médio prazo. Uma camada de cimento entre o pino e a dentina intrarradicular ameniza tal problema, pois o cimento é capaz de absorver e dissipar as cargas funcionais transmitidas da coroa clínica à raiz. Quando o valor da tensão supera o limite elástico e sucessivamente a força de coesão do tecido, a raiz pode fraturar^{14,15}. Foi optado, por utilizar o cimento fosfato de zinco.

Sem dúvida nenhuma perda de dentes provoca inúmeras alterações oclusais que prejudicam não somente o tratamento, mas o prognóstico, que passa a

ser duvidoso quanto à sua longevidade. Diante disso, torna-se imprescindível que o profissional saiba diagnosticar e indicar o melhor tratamento com o intuito de alcançar uma excelente reabilitação funcional. Nesse sentido, a ortodontia aparece como uma ferramenta importante, precedendo o tratamento reabilitador quando a posição dos dentes é desfavorável, desde que o tratamento protético seja planejado antes do início da terapia ortodôntica, principalmente para um melhor controle dos espaços protéticos e angulação de coroa e raiz⁶. Este estudo de caso corrobora com esta afirmação pois na elaboração de nosso plano de tratamento foi incluído a Ortodontia.

Para um melhor prognóstico das reabilitações, quando o tratamento protético é planejado antes da iniciação da terapia ortodôntica, o cirurgião dentista tem a oportunidade de controlar os espaços protéticos e a angulação da coroa e raiz possibilitando um melhor controle das forças que incidem sobre os dentes remanescentes⁶.

A mordida cruzada anterior foi associada com variadas complicações, como recessão gengival dos incisivos inferiores, desgaste dos incisivos e piora do padrão de crescimento; corrigir uma mordida cruzada anterior, conseqüentemente, aumenta o perímetro do arco maxilar, oferecendo espaço para as caninos e os pré-molares para serem atualizados, por isso, melhorou a resposta ortopedica. O diagnóstico correto de uma má oclusão de pseudo-classe III faz diferença no plano de tratamento ortodôntico^{7,9,16}.

O tratamento de uma má oclusão de pseudo-Classe III deve ser realizado assim que detectado^{9,16}. O tratamento em idade precoce elimina ou minimiza os danos de um crescimento anormal das bases ósseas e dento-alveolares, evitando problemas periodontais futuros principalmente no segmento anterior do arco dentário, prevenindo o surgimento de hábitos deletérios como o bruxismo e o desenvolvimento de mordidas cruzadas esqueléticas⁷. Porém, devido à falta de sucesso em certos casos de tratamentos precoces, alguns Ortodontistas não iniciam o tratamento até que o crescimento tenha terminado. Este procedimento normalmente envolve uma combinação entre cirurgia ortognática e tratamento ortodôntico. Devido a isto, temos que considerar como outra forma de tratamento a compensação dentária, através da protrusão dos incisivos superiores, ajustando-se aos incisivos inferiores⁸.

Foram sugeridos vários aparelhos correção da mordida cruzada anterior dentária, são aparelhos fixos ou removíveis. Os aparelhos mais populares foram os aparelhos fixos 2X4 em dentição mista ou aparelhos fixos superiores completos em adultos com uso de arcos superiores expandidos, ou com aparelho removível com mola helicoidal Z ou jackscrew atrás dos incisivos superiores. A ideia de todos esses aparelhos era empurrar ou projetar os incisivos superiores labialmente⁹. Nesta reabilitação utilizou-se arco afastado na arcada superior para descruzar a mordida, já que a má-oclusão estará circunscrita ao setor anterossuperior pela retro

inclinação do mesmo.

O arco afastado é uma maneira muito simples para descruzar as mordidas dento alveolares anteriores. Produz a vestibularização de todo o setor anterossuperior, como também, uma ligeira distalização dos molares superiores. Além disso, é econômico e de fácil confecção. Porém, o paciente pode sentir dor momentânea ao nível dos incisivos superiores^{6-9,16,17}.

A obtenção de melhores resultados justifica a interação entre a ortodontia e a odontologia restauradora. A oclusão funcional está relacionada com a disposição estática dos dentes, em uma harmonia entre os arcos dentais e uma anatomia adequada de cada grupo de dentes⁶⁻⁹.

É importante ressaltar que não existe um método simples para tratar o bruxismo e as avaliações subjetivas e normativas da necessidade de tratamento podem ser diferentes. Um acompanhamento regular desempenha um papel crucial para os resultados de sucesso a longo prazo no tratamento de desgaste dentário grave, especialmente em pacientes com bruxismo. Durante cada consulta clínica, os médicos devem estar cientes para avaliar clinicamente as condições da restauração e monitorar constantemente o uso da placa de estabilização¹.

4. CONCLUSÃO

A reabilitação oral em pacientes com grande perda dental além de desgastes dentários deve ser precisamente planejada. A correção da pseudo-classe III, assim como restabelecer a dimensão vertical, é primordial para o tratamento restaurador e protético quanto ao prognóstico longitudinal, aspecto estético e funcional. Existem vários métodos para o diagnóstico da DVO, todos possuem limitações e podem ser utilizados associados, para diminuir a possibilidade de erros. O uso de resina composta direta restaurou a DVO, possibilitando conforto e satisfação estética para o paciente. A utilização núcleo metálico fundido para recuperação funcional e estética do dente submetido ao tratamento endodôntico é baseada na quantidade de estrutura dental remanescente. Os movimentos ortodônticos possibilitaram novas modalidades para os tratamentos antes inatingíveis. Assim, a intervenção multidisciplinar entre ortodontia-endodontia-prótese tem se comprovado primordial na elaboração de um tratamento que preserve qualidade e durabilidade para as reabilitações e satisfação do paciente com grande perda dental e destruição coronária.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade CL, Gonçalves TMSV, Santos IL, Barros MS, Araújo NRR, Cury AADB. Direct Adhesive Pin-Retained Restorations for Severely Worn Dentition Treatment: A 1.5-Year Follow-Up Report. *Brazilian Dental Journal*. 2014; 25(4):357-362.
- [2] Pacheco AFR, Cardoso PC, Santos BMM, Ferreira MG, Monteiro LJE, Decurcio RA. Estratégia para Restabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão com

- Mini-Jig Estético - Relato de Caso Clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2012; 21(56): 340-350.
- [3] Bugiga FB, Colpo FL, Anzolin D, Krev S. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico. *J Oral Invest*. 2016; 5(2): 45-52.
- [4] Mukai MK *et al.* Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *RPG Rev Pós Grad*. 2010; 17(3):167-72.
- [5] Silva MPC, Girundi FMS. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: Relato de caso. *Instituto da saúde e gestão Sérgio Feitosa*. [acesso 15 mai. 2018]. Disponível em <http://www.iesposgraduacao.com.br/>.
- [6] Pelizzari D, Dallanora LJ, Rebelato C, Varela RF, Luthi LF. Reabilitação protética auxiliada por técnicas de movimentação ortodôntica – revisão de literatura. *Unesc & Ciência – ACBS*. 2012; 3(1):95-104.
- [7] Pinto CCMS, Pinto PRS, Pugliesi E, Rodrigues JF, Pinto AS. Correção precoce da pseudo classe III com aparelho ortodôntico removível e alça vestibular do Bionator Reverso de Balters. *ResrachGate*. [acesso 15 mai. 2018]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication>.
- [8] Raveli DB, Chiavini PCR, Paulin RF, Jacob HB, Pinto AS, Sampaio LP. Tratamento de um Caso de Pseudo-classe III por Meio de Aparelho Fixo. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2004; 9(52):356-62.
- [9] Al-Hummayani FM. Pseudo Class III malocclusion. *Saudi Med J*. 2016; 37 (4): 450-456.
- [10] Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*. 2012; 20(40): 41-48.
- [11] Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges MTR, Spazzin AO, Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. *J Oral Invest*. 2016; 5(1):50-60.
- [12] Gargari M, Lorè B, Ceruso FM. Esthetic and function rehabilitation of severely worn dentition with prosthetic-restorative approach and VDO increase. *Casereport. Oral & Implantology*. 2014; 1(2):40-45.
- [13] Amoroso AP, Gennari Filho H, Zuim PRJ, Mazaro JVQ, Zavanelli AC. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. *Rev Odontol Araçatuba*. 2013; 34(2):09-13.
- [14] Bispo LB. Reconstrução de dentes tratados endodônticamente: retentores intra-radulares. *RGO*. 2008; 56(1):81-84.
- [15] Louro RL, Viera IM, Firme CT. Uso do núcleo metálico fundido na reconstrução de dentes tratados endodônticamente: relato de caso clínico. *Rev Odontol*. 2008; 10(2):69-75.
- [16] Reyes A, Serret L, Peguero M, Tanaka O. Diagnosis and Treatment of Pseudo-Class III Malocclusion. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry*. 2014; 1(1):1-6. DOI <http://dx.doi.org/10.1155/2014/652936>.
- [17] Yañes EER, Araujo RG. 1001 Tips em Ortodontia y sus secretos. 1º ed. Caracas: Almoca; 2007.
- [18] Kano AA, Barbosa CCN, Barbosa, OLC. Tratamento Multidisciplinar para uma pseudoclasse III. *Ortodontia*. 2015; 48(4):423-430.
- [19] Renzetti PF, Mantovani MB, Corrêa GO, Michida SMA, Oliveria E Silva C, Marson FC. Reabilitação estética anterior com coroas Metal Free: relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2013; 4(3):16-20.