

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**ABORDAGEM CLÍNICA DA TERAPIA REABILITADORA COM
PLACA DE RESTABELECIMENTO PROVISÓRIO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO**

Ac. JULIANA SANTOS ANDRADE

ARACAJU
JUNHO/2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**ABORDAGEM CLÍNICA DA TERAPIA REABILITADORA
COM PLACA DE RESTABELECIMENTO PROVISÓRIO DA
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em Odontologia.

Ac. Juliana Santos Andrade

Orientador: Profº. Dr. Antônio Alves de Almeida Júnior

ARACAJU/SE

JUNHO/2015

JULIANA SANTOS ANDRADE

**ABORDAGEM CLÍNICA DA TERAPIA REABILITADORA
COM PLACA DE RESTABELECIMENTO PROVIÓRIO DA
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em Odontologia.

APROVADO EM: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Alves de Almeida Junior

ORIENTADOR/PRESIDENTE DA BANCA

1º Examinador

2º Examinador

ATESTADO

Eu, Antônio Alves de Almeida Junior orientador da discente Juliana Santos Andrade atesto que o trabalho intitulado: “Abordagem clínica da terapia reabilitadora com Placa de Restabelecimento Provisório da Dimensão Vertical de Oclusão” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

Eu, Maria José da Silva, portador do C.I nº535.280, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

Aracaju

2015

*“ Bom mesmo é ir à luta com
determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com
classe e vencer com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se
atreve e a vida é "muito" para ser
insignificante”.*

[Augusto Branco](#)

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e tudo que nela existe, pelos momentos que nunca me deixou fracassar, sou muito abençoada e agradecida.

Ao meu orientador e mais do que professor Antônio Alves de Almeida Junior, obrigada por despertar em mim o desejo de querer ir além do que eu imaginava ser capaz.

Aos meus pais Gláucia e Genivaldo ,obrigado por tudo que vocês representam em minha vida.

Ao meu irmão e minha avó por cada momento juntos durante essa jornada em minha vida, vocês são peça fundamental para realização dessa etapa em minha vida.

Ao meu namorado Paulo Victor pelo carinho e dedicação em cada momento.

Deus no intuito de enviar seres humanos ao mundo, enviou anjos em forma de gente, que para minha felicidade, cruzaram meu caminho, sinto-me agradecida pela presença de todos que de forma direta ou indiretamente, contribuíram para a realização de toda essa trajetória.

Abordagem clínica da terapia reabilitadora com Placa de Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão

Juliana Santos Andrade^a, Antônio Alves de Almeida Junior^b

^aGraduando em odontologia – Universidade Tiradentes; ^bPhD. Professor Titular do curso de Odontologia-Universidade Tiradentes.

Resumo

O bruxismo tem sido considerado um dos males do século para a Odontologia. O bruxismo causa desde dores musculares até desgastes dentários severos. Estes desgastes podem levar à diminuição da dimensão vertical de oclusão, o que torna a reabilitação dos portadores dessa característica um grande desafio para o cirurgião-dentista. Sabendo que diversos fatores devem ser analisados e colocados em consideração, o tratamento ideal provisório deve restabelecer a dimensão vertical e devolver a estética desejada. O cirurgião-dentista pode optar por tratamento com prótese fixa ou prótese parcial removível do tipo overlay (Placa de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão). A depender do caso, esta última é utilizada de forma provisória para observar a adaptação do paciente com o restabelecimento de uma nova dimensão vertical, tentando proporcionar conforto e estabilidade muscular. O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de uma paciente bruxômana com grande perda de estrutura dentária e que foi reabilitada provisoriamente com uma placa de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão.

Palavra chaves: dimensão vertical; overdenture; prótese dentária

Abstract

Bruxism has been considered one of the evil of the century for dentistry. Bruxism causes from muscle aches to severe dental wear. These wear can lead to decreased vertical dimension of occlusion, which makes the rehabilitation of patients with this feature a great challenge for the surgeon dentist. Sabendo that several factors should be analyzed and placed into consideration, the ideal treatment should restore the vertical dimension and return the desired aesthetics. The dentist can choose by treatment with fixed prosthesis or removable partial denture overlay type (restoring plate of the vertical dimension of occlusion). Depending on the case, the latter is used on a provisional basis to observe the adaptation of the patient with the restoration of a new vertical dimension, trying to provide comfort and muscular stability. The aim of this study was to report a clinical case of a patient with bruxômana large losses of tooth structure that was rehabilitated with a provisional restoration plate of the vertical dimension of occlusion.

Key word: vertical dimension,; overdenture.; dental prosthesis

1- Introdução:

A dimensão vertical de oclusão é a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato. Sabendo-se que a DVO é estabelecida com o aparecimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos dezesseis meses e, a partir daí, sofre a ação de alterações neuromusculares, morfológicos e funcionais. O conceito geral por sua vez se estabelece quando não somente a posição dentária, mas também a posição em que os músculos elevadores e abaixadores da mandíbula se encontram no estado de equilíbrio. (TEIXEIRA et.al. , 1994).

A Academia de Prótese Dentária, em 1989, definiu a dimensão vertical como altura do perfil facial do paciente medida através de dois pontos selecionados um na maxila e outro na mandíbula; ainda observou que a diminuição vertical de oclusão pode apresentar-se em:

- Dimensão vertical em repouso: Quando a altura do perfil facial do paciente é

medida através de dois pontos, estes pontos definidos quando a mandíbula estiver em posição fisiológica de repouso em relação à maxila;

- Dimensão fisiológica de repouso: Observa-se quando a cabeça está em posição ereta e os músculos depressores e elevadores da mandíbula estão em um estado de equilíbrio tônico; e a
- Dimensão vertical de oclusão: como a altura do perfil facial do paciente, também apresentado por dois pontos e os dentes em oclusão.

Segundo Todescan, 1959, a dimensão vertical de oclusão pode apresentar-se diminuída ou aumentada. Quando diminuída: resulta na quantidade excessiva de espaço interoclusal, obrigando a mandíbula projetar-se anteriormente para encontrar a maxila, trazendo fadiga aos músculos e promovendo um envelhecimento facial. Quando encontra-se aumentada, a DVO logo é notada pois provoca o alongamento do rosto e a separação dos lábios, pondo facilmente a mostra dos dentes, dando a

sensação de “boca cheia”. Ao falar o paciente bate constantemente os dentes provocando ruídos e a emissão de sons prejudicada. (AMOROSO et.al., 2013).

Alguns fatores contribuem para a perda da dimensão vertical de oclusão. Sendo um deles a perda de elementos dentários que pode ocorrer devido a presença de cárie, doença periodontal, trauma ou parafunções (bruxismo ou interposição de objetos entre os dentes). Em situações em que o paciente apresenta perda de elementos dentais ou ainda desgaste excessivo dos mesmos, ou uma associação de ambos, a dimensão vertical de oclusão (DVO) precisa ser restabelecida antes que qualquer procedimento restaurador definitivo seja executado.(MUKAI et.al., 2010).

A excessiva diminuição da dimensão vertical do paciente ocorre quase sempre pela prevalência do bruxismo intenso, associado principalmente ao estresse emocional, alterações do sistema nervoso central e distúrbios do sono (BARBOSA et.al 2000). Por outro lado, situações de extremo desgaste dentário nem sempre são acompanhadas de perda da DVO, uma vez que o organismo se adapta devido a erupção dentária contínua, que em alguns casos a quantidade de estrutura perdida pelo desgaste é compensada (FELTRIN et al., 2008). Segundo DANTAS, 2012, não há alterações da DVO mesmo em pacientes com bruxismo severo. Isto é evidente pela observação consistente de que erupção é concomitante ao desgaste. Os pacientes podem desgastar seus dentes até a gengiva e não perderem a dimensão vertical porque a força eruptiva compensam o desgaste para manter a dimensão vertical original. O processo de erupção e desenvolvimento alveolar pode continuar por toda vida à medida que os dentes são desgastados em função da adição incremental das camadas de cemento radicular e no alongamento concomitante do processo alveolar.

A anamnese, os exames clínico e radiográfico devem auxiliar para um correto diagnóstico e um bom plano de tratamento. A determinação correta da dimensão vertical representa um fator de sucesso no tratamento reabilitador. Se ela for definida erroneamente, poderá trazer sérios problemas dentais, musculares e articulares ao paciente. Quando isso acontece, as características na proporção facial dos pacientes cuja dimensão vertical esteja reduzida é visivelmente perceptível, observando-se uma variação na altura do terço inferior da face, com redução da visibilidade dos lábios, pois esses tendem a se dobrar internamente, e um aprofundamento da concavidade do mento, abaixo da parte inferior do lábio. (FREITAS et.al., 2006).

Quando ocorre algum comprometimento na dimensão vertical de oclusão, é necessário realizar alterações oclusais durante a reabilitação oral para melhorar a estética, fonética, função e obter o conforto desejado pelo paciente.(ZANELLA,2007).

Para realizar um diagnóstico correto pode-se usar o método métrico, ou de WILLIS (1930), que consiste em observar igualdade das distâncias, utilizando o compasso de Willis, entre a base do nariz ao mento e a comissura bucal ao canto do olho. Este é o método mais empregado nas escolas de odontologia latino americano. Ele estabelece inicialmente a dimensão vertical de repouso. Ao obter o relaxamento muscular do paciente, toma-se a medida da base do nariz ao mento, que deve ser subtraída em 3 mm, referente ao espaço funcional livre, encontrando assim a DVO.

Para pacientes que possuem disfunção severa e necessitam restabelecer a dimensão vertical de oclusão, faz-se necessário um tratamento reabilitador que mantenha a nova DVO determinada. Existe uma gama de tratamentos para esses casos, os mais indicados são: Instalação provisória de overlays (placa de restabelecimento da dimensão vertical), restaurações diretas em resina composta ou próteses fixas.(AMOROSO et.al.,2013)

A prótese overlay costuma ser definida como uma prótese parcial removível atípica que recobre as superfícies oclusais dos dentes suportes sem necessidade de desgaste adicionais para apoio ou sustentação. Este tratamento objetiva restabelecer as superfícies oclusais dos dentes e a função mastigatória, devolvendo a estética e estabelecendo um período de adaptação entre a prótese provisória e a definitiva (SOUZA;SILVA;LELES, 2009). As PPRs convencionais, assim como as overdentures, que recobrem dentes de suporte ou remanescentes radiculares, também são amplamente estudadas e documentadas para essas situações (SILVA et.al., 2011).

A depender do caso em questão também se pode indicar a finalização da reabilitação com próteses fixas. No entanto, estas necessitam de um período provisório de adaptação. O clínico também pode optar pelo recurso da prótese overlay, a qual é uma boa opção levando em consideração tempo, custo e benefício para o paciente.(RODRIGUES et.al., 2010).

Assim, o objetivo deste trabalho é demonstrar, através de um caso clínico, a utilização da placa de restabelecimento temporário da dimensão vertical como meio de recuperação da DVO, devolvendo função e

estética, numa paciente edêntula parcial, como início de tratamento provisório.

2- Relato de Caso

Paciente R.S.B. gênero feminino, 56 anos de idade, residente na cidade de N. Sra Socorro/SE, foi encaminhada à Clínica Odontológica da Universidade, com o objetivo de reabilitação oral. Para iniciar o tratamento foram feitos anamnese, exame clínico, exames físicos, intra oral e extra oral, e exame radiográfico panorâmico.



Figura 1. Vista oclusal da arcada superior, denotando o desgaste dos dentes e ausências de elementos dentários.



Figura 2. Vista oclusal da arcada inferior, denotando o desgaste dos dentes e ausência de elementos dentários.



Figura 3. Sorriso inicial demonstrando um prejuízo estético nas regiões dental e labial.

Na Anamnese, a paciente queixou-se de dores de cabeça, dificuldade de mastigação e

sensibilidade dentária. A história da doença atual relata presença de sintomatologia dolorosa muscular na região de masseteres e dental durante o ato da mastigação, dor na região da ATM, sensibilidade ao ingerir alimentos gelados, cefaleia constante e hábito de ranger os dentes (diagnóstico de bruxismo). A paciente relatou na história de saúde atual que é diabética, hipertensa e faz uso de medicação para ambos Metformina 850mg ; glibendamina 5mg; Losartana Potássica 50mg . No exame clínico extra-oral observou-se estalidos na ATM confirmando a dificuldade na mastigação e dores na abertura e fechamento da boca. No exame clínico intra-oral, foi observado ausência das unidades dentárias superiores 18, 17, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28 (Fig. 1) e inferiores 38, 37, 36, 34, 46, 47, 48 (Fig.2). Desgaste excessivo, até o terço médio da coroa, nos dentes anteriores superiores e inferiores também foi observado (Fig.3). Pigmentação melânica foi observada na região gengival. Na radiografia panorâmica não foi observada alterações importantes de normalidade (Fig.4).



Figura 4. Radiografia panorâmica na qual não foi observada alterações de normalidade.

O planejamento inicial para o caso foi restabelecer a DVO perdida devido ao desgaste dentário acentuado. Sugeriu-se, então, a confecção de uma prótese parcial removível do tipo overlay também denominado como Placa de Restabelecimento da Dimensão Vertical ou PRDV.

Iniciou-se com a confecção dos modelos de estudo superior e inferior com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply. Ind. e Com. Ltda., Petrópolis, RJ, Brasil) e gesso tipo IV (Durone IV, Dentsply Ind. e Com. Ltda., Petrópolis, RJ, Brasil) (Figs. 5, 6). Sobre esses modelos foram confeccionadas chapas de prova e roletes de cera 07 para o registro intermaxilar. Obteve-se a dimensão vertical de repouso com o compasso de Willis medindo o limite entre a base do nariz e a base do mento (Willis,1930). Respeitando a distância interoclusal de 3,0 mm correspondente

ao espaço funcional livre, chegou-se à dimensão vertical que necessitaria ser restabelecida. A relação horizontal da mandíbula foi determinada pela relação de oclusão cêntrica, feito ainda na mesma seção a desprogramação muscular com rolete de algodão. (Fig 7).



Figura 5. Modelo de trabalho da arcada superior.



Figura 6. Modelo de trabalho da arcada inferior.



Figura 7. Desprogramação Muscular

Esses modelos foram montados no articulador semi ajustável com o auxílio do arco facial, bem como do registro intermaxilar (Fig.8). O desgaste dentário pode ser analisado nos modelos montados após a remoção dos registros intermaxilar (Fig. 9). Após a montagem, foi realizado enceramento diagnóstico, com o objetivo de obter o quanto de estrutura dental precisava ser restabelecida e montagem de dentes de estoque (Artiplus, Dentsply Indústria e Comércio Ltda., Petrópolis, RJ, Brazil) nos espaços edêntulos.(Fig.10).

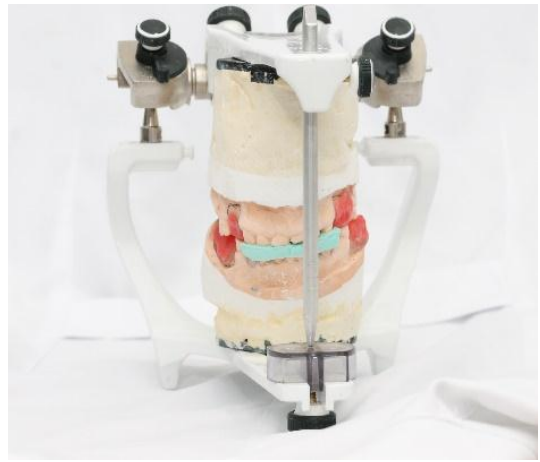


Figura 8. Modelos montados em articulador com registros intermaxilares interpostos.



Figura 9. Modelos no articulador semi-ajustável. Observar espaço interoclusal referente ao desgaste dentário severo da paciente

Tabela 1. Medições de dimensão vertical da paciente.

DVR	DVO DENTAL	DVO RESTABELECIDADA
64 mm	55 mm	61 mm



Figura 10. Enceramento diagnóstico

Para confirmar o enceramento diagnóstico, este foi transferido à boca utilizando a técnica de mock-up, na qual foi confeccionada uma muralha em silicone de condensação, preenchendo-a com resina bis-acrílica autopolimerizável (Structur 2, VOCO GmbH, Cux-haven, Alemanha.) e levado a boca

da paciente protegida com vaselina. Obteve-se, assim o recobrimento dos dentes desgastados tanto superior quanto inferior juntamente com os dentes artificiais montados na chapa de prova. Foram confirmados junto à paciente, os aspectos estéticos, fonéticos, oclusais e de conforto (Fig. 11, 12).



Figura 11. Confecção de Mock-up para avaliação em boca do resultado estéticos e fonéticos do enceramento.



Figura 12. Mock-up e prova da montagem dos dentes artificiais.

Na próxima etapa, o modelo encerado montado no articulador foi incluído em mufla. Resinas acrílicas da cor 69 (Dencor Lay, Artigos Odontológicos Clássico Ltda, São Paulo, SP, Brasil) e da cor Rosa Escuro (Dental VIPI, Pirassununga, São Paulo, Brasil) foram prensadas e acrilizadas termicamente na parte dos dentes e gengiva da prótese, respectivamente junto com os dentes de estoque. Foi dado acabamento e polimento da prótese parcial removível provisória do tipo overlay antes da instalação da mesma na boca (Fig.13, 14).



Figura 13. Vista frontal das placas de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão superior e inferior.



Figura 14. Sorriso. Placa de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão instalada.

Na sessão seguinte, foi feita instalação da prótese, instrução de higiene e conduta em relação a prótese, uma vez que ela nunca havia feito uso de nenhuma prótese. Solicitou à paciente que retornasse com 24 h para uma nova consulta de acompanhamento.

No retorno da paciente observou-se queixa de dores no lado esquerdo do rebordo alveolar e foi observada região ulcerada. (Fig.15) Colocou-se a pasta branca da pasta zincoeugenólica e registrou-se onde havia o contato. Realizou-se desgaste com fresa maxicut e polimento. (Fig.16) Na consulta de retorno com 1 semana, a paciente relatou diminuir a sensibilidade muscular e ausência de cefaleia.



Figura 15. Região ulcerada



Figura 16. Desgaste realizado no local da região ulcerada.

3- Discussão

Para realizar um tratamento reabilitador devemos levar em consideração as necessidades gerais do paciente e não apenas as aparentes, ou seja, conjuntos de fatores não relacionados somente com ausência dos dentes, mas na odontologia moderna devem-se optar pelo bem estar e conforto dos pacientes que por muitas vezes, apresentam somente em vista fator estético.

Um dos maiores desafios para o profissional tanto no planejamento quanto na restauração estética e funcional da dentição desgastada é como restabelecer a DVO alterada. No caso restaurações indiretas poderiam retornar a posição original da DVO restabelecida quando realizado o recobrimento com restaurações indiretas devido o processo de desgaste (MADEIRA, 2011).

Diante da complexidade para reabilitação de dentes com severo desgaste, torna-se fundamental a determinação de um protocolo reabilitador. Iniciando-se o tratamento com o enceramento diagnóstico, seguido pelo ensaio clínico com o mock-up, pode-se observar as discrepâncias, planejar restaurações, prever clinicamente o resultado do tratamento para a avaliação por parte tanto do profissional quanto do paciente, ainda em fase reversível. (MARQUES et.al., 2010).

Além disso, a reabilitação em pacientes que possuem desgaste dental e perda de dentes posteriores caracterizando em paciente portador de colapso oclusal, resulta em traçar um plano de tratamento complexo, minucioso. Pacientes que possuem desgaste excessivo, a placa de restabelecimento da dimensão vertical (PRDV) serve como um aparelho de diagnóstico. Esta placa, também chamada de prótese parcial removível do tipo overlay, apresenta a função de restabelecer a dimensão vertical perdida transferindo conforto, estética e fonética ao

paciente. Esse foi o tratamento de escolha para o caso clínico relatado. Outras alternativas para o caso seriam ainda a prótese fixa convencional, assim como a confecção de restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável, podendo ser associada à confecção de restaurações indiretas, tais como facetas, onlays e próteses unitárias (MARQUES et.al.2010).

De acordo com CURA et al (2002), a alteração na dimensão vertical de oclusão deve ser realizada minimamente possível, uma vez que a adaptação das ATMs, quando restabelecida a dimensão vertical, requer um certo período de tempo. Relatos mostram que essa adaptação é mais fácil com prótese removível provisória do que com fixas. Quando o caso apresenta a DVO a ser aumentada maior que 2 a 3mm, o tratamento deve ser feito de forma gradual, caso contrário os paciente vão apresentar tensão, dor, espasmos da musculatura e desarmonia em todo o sistema mastigatório (DITTERICH et.al., 2005). A adaptação do paciente à nova dimensão vertical estabelecida deve ocorrer sem nenhuma sintomatologia e o paciente deve relatar conforto com a nova dimensão, ainda que a preocupação seja em devolver a estética e a fonética à paciente. O uso e uma boa adaptação da prótese temporária fornece um bom prognóstico para a realização da confecção de um tratamento definitivo (GAMA et.al.,2013).

Sabe-se que a reabilitação com próteses fixas é um tratamento clássico para restabelecer a dimensão vertical em pacientes dentados. Através do caso apresentado, objetivou-se devolver o conforto à paciente, realizando um tratamento inicial para a questão de adaptação da mesma, protegendo seus remanescentes dentais contra novos desgastes devido ao bruxismo, diminuir a dor muscular, devolver estética ao restabelecer as proporções de largura e altura dental, e retornar ao cirurgião-dentista respostas positivas ou negativas mediante a instalação da prótese provisória removível sem a necessidade momentânea de preparos dentais. (RODRIGUES et.al.,2010).

Para realizar a reabilitação do paciente deve-se reestabelecer estética, fonética e função de forma harmoniosa com o sistema estomatognático. No caso de pacientes em que é realizado prótese fixa como tratamento reabilitador, recomenda-se planejar previamente

o método de restabelecer a DVO (PACHECO et.al.,2012). As restaurações fixas são as mais indicadas como tratamento final devido à gravidade dos sintomas de DTM quando comparada com aparelhos removíveis. As vantagens deste tratamento são que as coroas estão cimentadas, apresentam morfologia do dente natural, com menor interferência na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional (PIGOZZO et.al., 2009). No entanto, em casos de pacientes com bruxismo, o risco de fratura em raízes, solturas e desadaptações em coroas e pinos podem ser inevitáveis (SILVA et.al., 2010). Nesses casos, existe a necessidade de instalar uma placa miorrelaxante acrílica após a reabilitação oral completada para que não ocorresse interrupção do tratamento da DTM e para a prevenção de problemas oclusais decorrente da parafunção (AMOROSO et.al. 2013).

De acordo com o caso apresentado e principalmente referente à resposta positiva da paciente, observa-se que a overlay está, portanto, indicada no tratamento de pacientes que possuem desgaste dentário acentuado com alteração na dimensão vertical, no restabelecimento do plano oclusal e em restaurações do equilíbrio oclusal, pacientes com mau formação dental, assim como no auxílio de diagnósticos e prognóstico anteriormente às reabilitações orais extensas, permitindo assim uma prévia análise da resposta do sistema neuromuscular (SOUZA, et.al 2009).

4- Conclusão

No caso relatado, o recobrimento oclusal com uso de placa de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão foi um tratamento inicial que restabeleceu padrões oclusais aceitáveis, devolvendo função, estética e fonética de modo satisfatório ao restabelecer a DVO perdida devido à ausência de alguns dentes e ao desgaste dos elementos dentários presentes causado pelo bruxismo.

Referência

- 1- ;MAZARO,J.V.Q;ZAVANELLI,A.C. Recuperação da dimensão vertical em pacientes com parafunção severa AMOROSO,A.P;FILHO,H.G;ZUIM,P.R .J.**Revista Odontológica de Araçatuba**,v.34,n.2,p.09-13,junho/dezembro,2013.
- 2- BARBOSA,C.M.R;ARANA,A.R.S;BOURREAU,M.L.S .Reabilitação oral de pacientes bruxômona com alteração de dimensão vertical. **Iniciação científica cesumar,Maringá**,v.2,n.1,p.23-25,2000.
- 3- DANTAS, E.M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética.**rev.Odonto**,v.20,n.40,p.41-48,2012.
- 4- DITTERICH,R.G;BOMANELLI,M.V;JÚNIOR,T.A.S,Dimensão vertical e Relação central em prótese Removível. Análise e discussão dos métodos de obtenção.**rev.ci.Biol.Saúde,Ponta Grossa**,v.11n.3/4,p.79-87,Set/Dez 2005.
- 5- FELTRIN,P.P;PHILIPPI,A.G;JUNIOR,J.M;MACHADO,C.C;ASTOLF,J.A.Dimensões verticais, uma abordagem clínica:revisão de literatura.**revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo**,v.20,n.3,p.274-279,2008.
- 6- FREITAS,R;KAIZER,O.B;PIGOZO,M.N;CAVALLARI,P;RESENDE,D.R.B.Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída.**rgo,P.Alegre**,v.54,n.2,p.161-164,abr/jun,2006.
- 7- GAMA,E;ANDRADE,A.G;CAMPOS,R.M.Bruxismo :Uma revisão da literatura.**rev.científica multidisciplinar das faculdades de São José**,v.1,n.1,p.16-97,2013.
- 8- LARA,R.A;GOIATO,M.C;FAJARDO,R.S;SANTOS,D.M;MORENO,A;TAMAE,A.C;SAAVEDRA,G;RODE,S.M.Parafunção severa:Reabilitação com prótese total Mandibular x overlay maxilar:relato de caso.**revista odontológica de Araçatuba**,v.33,n.1,p.37-40,jan/junh,2012.
- 9- MADEIRA,M.C.R.**Reconstrução oclusal em dentística dimensão vertical de oclusão**. Monografia. Faculdade de Odontologia-UFMG,Belo Horizonte,2011.
- 10- MARQUES,J.L.S;FERNANDES,C.M.O ;CARDOSO,P.C;TORRES,E.M;ROCHA,S.S.Reabilitação estética-funcional com ajuste prévio da colusão em relação cêntrica.**rev.odontol Bras central**.v.19,n.51,p.356-361,2010.
- 11- MUKAI,M.K;GIL,C;COSTA.B;STEGUN,R.C;PUCCI,A;GALHARDO,M;CHACUR,D.C;FUKUDA,A.C.C.S;KAMMERER,B.A.Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível.**rev pós grad**,v.13,n.3,p.167-172,2010.
- 12- PACHECO,A.F.R;CARDOSO,P.C;SANTOS,B.M.M;FERREIRA,M.G;MONTEIRO,L.J.E.Estratégia para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão com Mini-jig Estético. Relato de Caso.**rev odontol. Bras central v.21,n.56,p.3540-350,2012**.
- 13- PIGOZZO,M.N;LAGANÁ,D.C;MORI,M;GIL,C;M,A.G. Preparos Dentais com finalidade protética:uma revisão da literatura.**rev.odontologia da Universidade de São Paulo**,v.21,n.1,p.48-55,jan/abr,2009.
- 14- RODRIGUES,L.C.A. **Recuperação da dimensão vertical de oclusão:A**

- importância** **reabilitação.**
monografia(programa de especialização em prótese) do ICS-FUNORTE, núcleo São Luis,2010.
- 15- RODRIGUES,R.A;BEZERRA,P.M;SANTOS,D.F.S;FILHO,E.S.D.D.Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional-relato de caso. **Int Dent, Recife.** v.9,n.2,p.96-101,abr/junh,2010.
- 16- SILVA,M.C.V.S,CARREIRO,A.F.P;BONAN,R.F;CARLO,H.L;BATISTA,A.U. D.Reabilitação oclusal com prótese parcial removível provisório tipo "Overlay" Relato de caso.**Revista Brasileira de ciências da saúde** v.15,n.4,p.455-460,2011.
- 17- SILVA.,M.P.C;GIRUNDI,F.M.G.
Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: Relato de caso. Belo Horizonte.MG.2010.16p. Monografia(curso de especialização em prótese dentária)Instituto de Estudos da Saúde/Belo Horizonte-MG.
- 18- SOUZA,J.E.A;SILVA,E.T;LELES,C.R.
Prótese parcial removível overlay: Fundamentos clínicos e relatos de casos. Faculdade de odontologia-UFG,prevenção e reabilitação oral ,Goiânia-Góias,v.18,p.41-47,2009.
- 19- TEIXEIRA,M;RIBEIRO,C.P;QUEIROZ ,A;PERDOMO,G.W. Restabelecimento da dimensão vertical perdida devido ao bruxismo-caso clínico.**revista odontológica do Brasil central**,v.4,n.11,p.20,1994.
- 20- ZANELLA,M.R. **Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão-Aspectos funcionais e estéticos.**Passo Fundo.RS.2007.29p.Monografia(curso de especialização em Dentística)Faculdade Ingá.