



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG
ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO ORAL PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL
DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**

Maria Eduarda Andrade Januário

Manhuaçu / MG

2025

MARIA EDUARDA ANDRADE JANUÁRIO

**REABILITAÇÃO ORAL PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL
DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Odontologia do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Jaiane Bandoli Monteiro

Manhuaçu / MG

2025

MARIA EDUARDA ANDRADE JANUÁRIO

**REABILITAÇÃO ORAL PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL
DE OCLUSÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Odontologia do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Jaiane Bandoli Monteiro

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: 03/07/2025

Doutora Jaiane Bandoli Monteiro – Centro Universitário Unifacig (Orientador)

Mestre Cristiano Magalhães Moura Vilaça – Centro Universitário Unifacig

Especialista Kátia de Castro Ferreira de Oliveira - Centro Universitário Unifacig

RESUMO

A perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) é um problema funcional e estético que impacta diretamente a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico no qual foi realizado um tratamento odontológico de reabilitação bucal, envolvendo diferentes especialidades, para restabelecer a DVO de um paciente que apresentava múltiplas perdas dentárias e desgastes dentários severos. O planejamento incluiu tratamentos endodônticos, reconstruções com pinos de fibra de vidro em canais atrésicos, restaurações diretas em resina composta e restaurações do tipo *table tops* confeccionadas com auxílio de molde de silicone transparente, coroas em cerâmica do tipo dissilicato de lítio, por meio do sistema CAD/CAM, além da instalação de prótese parcial removível (PPR) superior associada a facetas diretas em resina composta. Conclui-se que o restabelecimento da DVO necessita de uma abordagem multidisciplinar e que o uso de técnicas convencionais para promover o equilíbrio funcional e a estabilidade oclusal, também melhora significativamente a estética facial e a autoestima do paciente, impactando positivamente em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Odontologia. Reabilitação Bucal. Dimensão Vertical. CAD/CAM. Prótese Parcial Removível.

SUMÁRIO

<u>1.</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	5
<u>2.</u>	<u>RELATO DE CASO</u>	6
<u>3.</u>	<u>DISCUSSÃO</u>	14
<u>4.</u>	<u>CONCLUSÃO</u>	18
<u>5.</u>	<u>REFERÊNCIAS</u>	18

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal está diretamente relacionada à qualidade de vida do indivíduo, influenciando funções básicas como mastigação, deglutição, fonação e estética, além de impactar a autoestima e o bem-estar psicológico (Cordeiro; Alves; Rodrigues, 2025). A integridade das estruturas do sistema estomatognático depende da manutenção funcional e anatômica dos dentes, tecidos da mucosa oral, tecidos periodontais, músculos de suporte da boca e das relações oclusais, sendo a dimensão vertical de oclusão (DVO) um dos componentes essenciais desse equilíbrio (Costa *et al.*, 2017).

A DVO corresponde à distância entre dois pontos anatômicos da face e o terço inferior é mensurado entre a asa do nariz e base do mento, quando o paciente está em uma posição de máxima intercuspidação habitual dos dentes (Trentin *et al.*, 2016). A perda ou redução dessa dimensão pode ocorrer devido à destruição dentária causada pela cárie, lesões não cariosas (como erosão, abrasão e atrição) e também à ausência de um único ou mais dentes posteriores, comprometendo a oclusão e gerando prejuízos funcionais e estéticos, resultando em um colapso em toda a boca (Cézar; Silva, 2019). A atrição, especificamente, é uma lesão causada pelo atrito entre as superfícies dentárias opostas, relacionada a hábitos parafuncionais, como por exemplo, o bruxismo, e pode provocar desgastes severos ao longo do tempo (Gonçalves, 2023).

Quando a DVO é significativamente reduzida, o paciente pode apresentar alterações faciais, como diminuição do terço inferior da face, projeção mandibular, rugas acentuadas ao redor da boca, além de comprometimento da função mastigatória, fonética e até mesmo da articulação temporomandibular (ATM) (Rezende, 2010). O restabelecimento da DVO deve ser conduzido com cautela e planejamento criterioso, já que envolve adaptação neuromuscular, alterações na dinâmica funcional da cavidade bucal e mudanças na estética do paciente (Veríssimo *et al.*, 2022).

Para esses casos, a abordagem multidisciplinar torna-se indispensável. A atuação conjunta de profissionais das áreas de prótese dentária, dentística restauradora, endodontia, periodontia, ortodontia, dentre outras especialidades, permite um planejamento global e personalizado, levando em consideração sempre as necessidades do paciente (Gonçalves *et al.*, 2024). Dessa forma, o presente

trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que foi realizada uma reabilitação bucal total superior e inferior, aonde a abordagem de diversas especialidades foi necessária para o restabelecimento da DVO, devolvendo saúde, estética e autoestima do paciente.

2. RELATO DE CASO

Paciente V. F. O., sexo masculino, com 60 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário Unifacig, localizado no município de Manhuaçu-MG, após encaminhamento do dentista da Estratégia da Saúde da Família (ESF), para realização de exodontia dos dentes 31, 32, 41 e 42. O paciente queixou-se que seu sorriso era “banguelo, e que faltavam os dentes”. Nessa mesma consulta, a anamnese e o exame físico intraoral foram realizados e constatou-se a presença somente dos dentes superiores 11, 13 e 16 e dos inferiores, exceto os dentes 38, 37, 47 e 48. Os demais dentes superiores já tinham sido extraídos por outro profissional na ESF, como pode-se observar a partir da radiografia panorâmica (Figura 1).

Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial antes da exodontia dos dentes superiores



Fonte: Clínica radiológica Odontoradio, Manhuaçu-MG, 2023.

Também pode-se observar que o paciente apresentava lesão de atrição severa em todos os dentes inferiores e perda acentuada de estrutura coronária nos dentes 31, 32, 41 e 42 (Figura 2).

Figura 2- Imagens iniciais da cavidade bucal do paciente



Legenda: Imagens Vista (A) oclusal inferior; (B) oclusal superior; e em Máxima Intercuspidação Habitual (C) lateral esquerda; (D) frontal e (E) lateral direita.
Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Durante essa primeira consulta também foi realizada profilaxia e raspagem supragengival em todos os dentes e raspagem subgengival nos dentes 16 e 18 com auxílio de ultrassom e curetas periodontais.

O plano de tratamento do paciente foi elaborado e foi necessário abranger diversas especialidades odontológicas, dentre elas: Endodontia, Dentística, Periodontia, Prótese Parcial Fixa e Prótese Parcial Removível. Como planejamento, foi decidido manter os dentes 31, 32, 41 e 42 que anteriormente havia indicação de exodontia. Nesses dentes, foi realizado o teste de vitalidade pulpar ao frio e proposta a realização de biopulpectomia, por se tratarem de dentes vitais, porém com pouco remanescente dentário, sem suporte para realização de coroas dentárias.

O paciente retornou para a segunda consulta e foi realizado o tratamento endodôntico do dente 42. Na terceira consulta foi realizado o periograma, protocolo fotográfico e medicação intrabolsa com iodo no dente 16 (face distal) e no dente 18 (face mesial). Realizou-se o início do tratamento endodôntico no dente 41 também. Na quarta e na quinta consulta foram realizados os tratamentos endodônticos dos

dentes 31 e finalização do dente 41. Para a finalização dos tratamentos endodônticos, o dente 32 foi tratado e selado provisoriamente com cimento de ionômero de vidro restaurador (Riva Light Cure - SDI) e uma radiografia periapical final foi feita nos dentes anteriores inferiores (Figura 3).

Figura 3 – Radiografia periapical dentes 31, 41, 42 e 43 tratados endodonticamente



Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Na sexta consulta, uma nova profilaxia foi feita em todos os dentes, pois o paciente, mesmo após instruções de higiene oral, retornou com muito acúmulo de placa bacteriana. Restaurações classe V (cervicais) foram feitas nos dentes 11 e 13 utilizando resina composta nanoparticulada (Filtek Z250 XT- 3M, cor A3,5) (Figura 4).

Figura 4 - Restaurações Classe V nos dentes 11 e 13

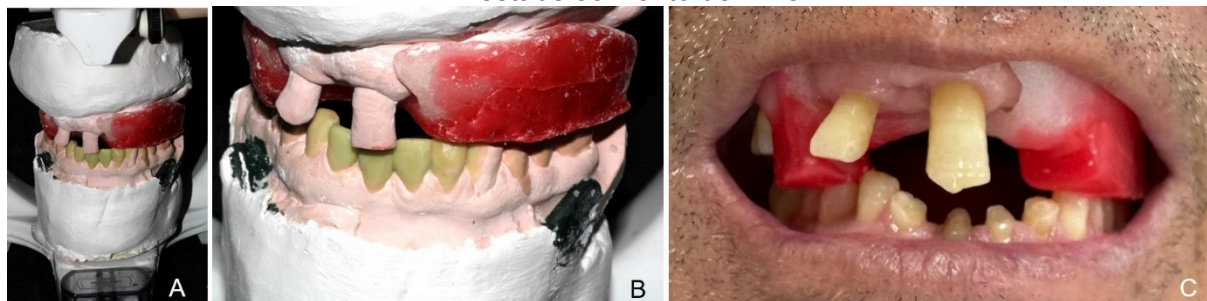


Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Procedeu-se com a moldagem de estudo superior e inferior com alginato (Tipo I- Jeltrate Plus) e vazamento dos moldes com gesso tipo IV (Herostone Tipo IV- Vigodent). Nas consultas seguintes, o plano de orientação com a base de prova em resina acrílica autopolimerizável transparente e rodete em cera 7 foi confeccionado, provado no modelo superior e ajustado em boca, restabelecendo a DVO do

paciente. Os modelos superior e inferior foram montados em Articulador Semi-Ajustável (ASA) (Figura 5).

Figura 5 - Plano de orientação montado em ASA e com prova em boca para restabelecimento de DVO

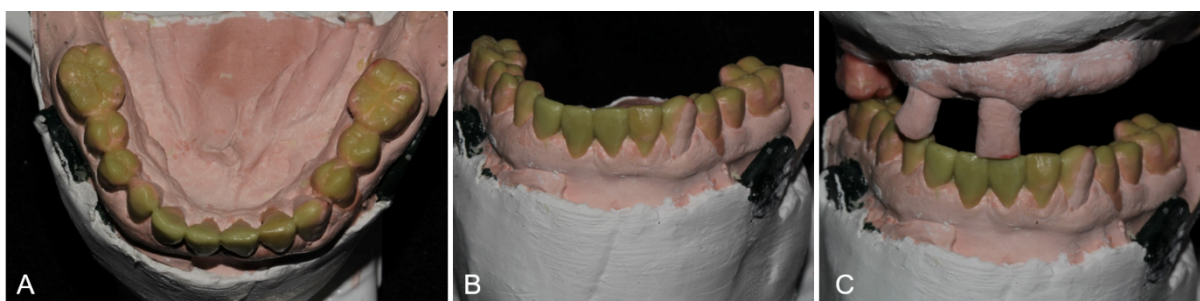


Legenda: (A) Plano de orientação montado em ASA e (B) numa vista mais aproximada; (C) prova em boca.

Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Com a montagem dos modelos em ASA, foi possível realizar o enceramento diagnóstico da arcada inferior (Figura 6).

Figura 6 - Enceramento diagnóstico dos modelos montados em ASA



Legenda: (A) foto oclusal inferior; (B) foto frontal inferior; (C) foto frontal superior e inferior.

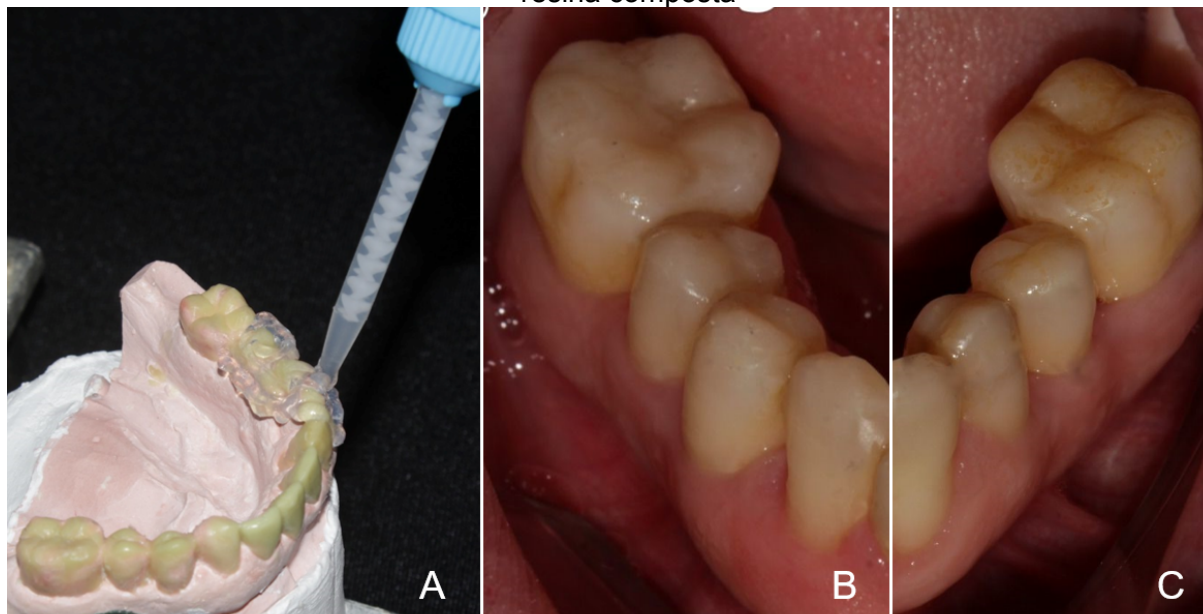
Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

O paciente retornou e realizou-se a desobturação com broca largo nº 2 de 8mm do conduto radicular e fechamento com cimento de ionômero de vidro restaurador autopolimerizável (Riva Self Cure – SDI) nos dentes 31 e 41. Seria realizada a cimentação dos pinos de fibra de vidro, porém o pino com menor diâmetro disponível (0,5mm) não encaixou no conduto radicular, sendo necessário obter pinos de fibra de vidro (Rebilda Post GT – VOCO), optamos pelo uso desses pinos por se tratarem de pinos finos e maleáveis

Antes de realizar a reconstrução coronária dos dentes 31 e 41, realizou-se o aumento da DVO do paciente. Então foram realizadas *table tops* usando a técnica do molde de silicone transparente (Silic.one Clear Body, FGM), com resina composta

(Filtek Z250 XT- 3M, cor A3) na face oclusal dos dentes 34, 35, 36, 44, 45 e 46 (Figura 7).

Figura 7 – Molde de silicone transparente para confecção das table tops diretas em resina composta



Legenda: (A) Uso de silicone transparente para confecção do molde a partir do modelo com o enceramento diagnóstico; imagem oclusal das table tops (B) dos dentes 44, 45 e 46 e (C) 34, 35 e 36.

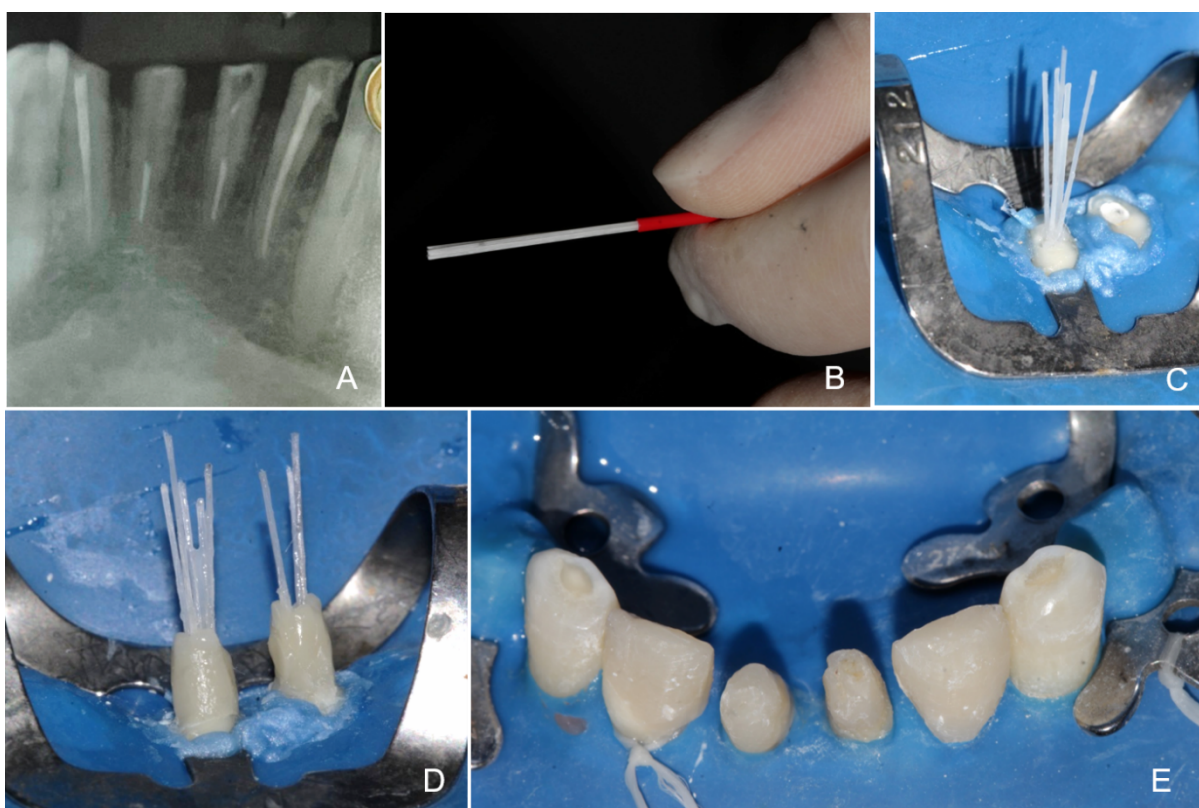
Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Em outra consulta, realizou-se a reconstrução dentária nos dentes 32 e 42 com a técnica do molde de silicone transparente, aonde foram utilizadas resinas compostas (Forma – Ultradent, cor A3B; Filtek Z250 XT - 3M, cor A3).

O paciente retornou sem a reconstrução do dente 42, devido a carga mastigatória e contato prematuro do dente 11 a reconstrução quebrou, foi planejado então a realização de pino de fibra de vidro para uma futura reconstrução. As consultas seguintes basearam-se em realizar a desobturação do dente 42 em 9,5mm, cimentação de pino de fibra de vidro 0,5mm com cimento resinoso de dupla polimerização (RelyX ARC-3M) e reconstrução coronária com resina composta (Filtek Z250 XT- 3M cor A3), acabamento e polimento. Depois foi realizada a reconstrução coronária do dente 16 utilizando a técnica do molde de silicone transparente com resina composta (Filtek Z250 XT - 3M, cor A3), acabamento e polimento, bem como a reconstrução de ponta de cúspide dos dentes 33 e 43 também com resina composta (Filtek Z250 XT- 3M, cor A3).

Para os dentes 31 e 41, foi planejado reabilitá-los com pino intrarradicular específico para dentes com canais atrésicos. Por esse motivo, ocorreu a cimentação dos pinos de fibra de vidro (Rebilda Post – Voco) e reconstrução dos núcleos de preenchimento coronários com resina composta (Filtek Z250 XT - 3M, cor A3) (Figura 8), seguidos de preparo para coroa total e coroas provisórias totais utilizando dentes de estoque e resina acrílica autopolimerizável (Jet- Clássico, pó cor A2 e líquido), cimentados com cimento provisório (Temp-Bond NE- Kerr).

Figura 8 – Cimentação de pino Rebilda Post GT (Voco) nos dentes 31 e 41



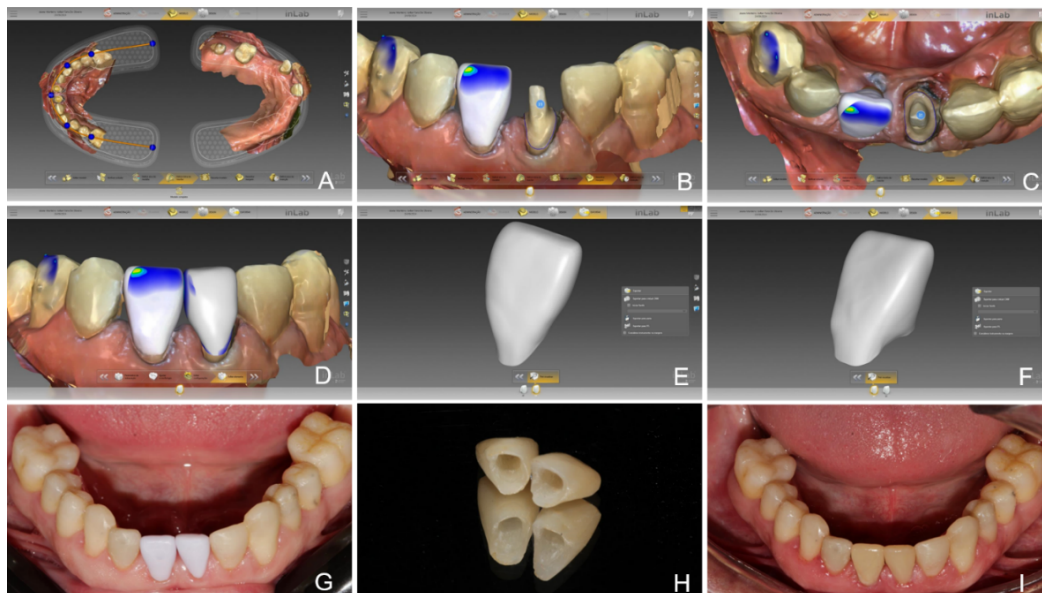
Legenda: (A) Dentes 31 e 41 desobturados; (B) pino de fibra de vidro Rebilda Post GT (Voco); (C) cimentação do pino no dente 41; (D) pinos cimentados nos dentes 31 e 41 e confecção de núcleo de preenchimento; (E) pinos cortados e núcleos de preenchimento ainda não preparados.

Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Os provisórios foram removidos, os preparos dentários foram limpos para realizar o escaneamento com o scanner Primescan (Cerec – Dentsply Sirona), desenho e moagem dos blocos de cerâmica de dissilicato de lítio utilizando o sistema In lab e a fresadora (MC XL, Cerec – Dentsply Sirona). Após fresadas, as duas coroas foram provadas em boca, sobre os preparos dentários, a adaptação

marginal também foi checada e foram cristalizadas, maquiadas e glazeadas. Por fim, ocorreu a cimentação com cimento resinoso de dupla polimerização (RelyX ARC-3M) sob isolamento absoluto (Figura 9).

Figura 9 – Coroas totais de dissilicato de lítio dos dentes 31 e 41 feitas pelo sistema CAD/CAM

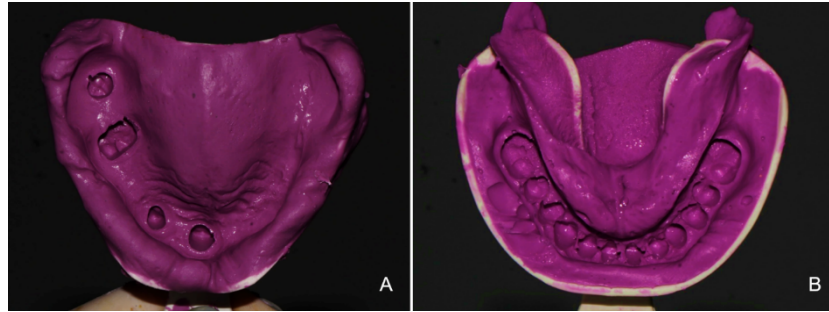


Legenda: (A) Arcada superior e inferior escaneadas pelo *scanner* Primescan; desenho das imagens da coroa do dente 41 sendo editada e do preparo do dente 31 com a margem do término cervical delimitada numa vista (B) frontal e (C) oclusal; (D) coroas desenhadas e (E, F) prontas para fresagem; (G) fresadas e provadas em boca; (H) maquiadas e (I) cimentadas.

Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Realizou-se o planejamento da prótese parcial removível (PPR) superior, aonde os planos guias foram determinados nas faces mesial e distal dos dentes 11 e 16; distal e incisal do dente 13 e mesial do dente 18 com acréscimo de resina em sua face vestibular. A confecção dos nichos procedeu-se acima do cingulo do dente 13, e nas faces oclusais dos dentes 16 e 18. E, por fim, foi realizada a moldagem de trabalho superior e inferior com alginato (Hydrogum 5 Tipo I – Zhermack) para obtenção dos moldes (Figura 10), os quais foram vazados com gesso tipo IV (Herodent).

Figura 10 - Moldes superior e inferior



Legenda: Moldes com alginato Hydrogum das arcadas (A) superior e (B) inferior.
Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Foi realizada a prova da armação metálica para prótese parcial removível (PPR) superior e ajuste da armação metálica, prova do plano de cera, ajuste do plano de cera, registro de mordida do paciente e escolha da cor dos dentes. Após a montagem dos dentes foi realizada a prova dos dentes e ajuste. Assim, após a acrilização da PPR, foi realizada a prova, ajuste, polimento e a entrega da mesma e para maior harmonia oclusal, optou-se em realizar também facetas diretas em resina composta (Filtek Z250 XT- 3M cor A3,5) nos dentes 11 e 13 (Figuras 11 e 12).

Figura 11 - Prova final e entrega da PPR



Legenda: PPR instalada com tomadas intrabucais vista (A) frontal e (B) oclusal e (C) extrabucal.

Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

Figura 12 – Imagens comparativas antes de iniciar o tratamento e após a prova final e entrega da PPR



Fonte: Acervo dos Autores, 2024.

3. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico no qual foi realizado uma reabilitação oral, envolvendo diferentes especialidades, com foco no restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente. A condução do caso exigiu uma abordagem multidisciplinar integrada, incluindo procedimentos restauradores, protéticos, endodônticos e periodontais.

De acordo com Rezende (2010), a manutenção da DVO é essencial para garantir o equilíbrio funcional entre os dentes, músculos mastigatórios e articulações temporomandibulares, sendo um parâmetro crucial para a estabilidade oclusal, estética facial e fonação. O autor ressalta que a diminuição da DVO, quando não corrigida, pode levar a consequências significativas, sejam sistêmicas e locais, como sobrecarga muscular, alterações posturais, envelhecimento precoce do terço inferior da face e falhas terapêuticas em reabilitações protéticas. Nesse sentido, o relato de caso clínico apresentado busca demonstrar, por meio da prática, a importância da avaliação criteriosa e do restabelecimento preciso da DVO como um dos pilares fundamentais da odontologia restauradora e reabilitadora.

No Brasil, os principais problemas bucais enfrentados pela população ainda estão fortemente relacionados à cárie dentária, às perdas dentárias precoces, à doença periodontal e às lesões por desgaste, muitas vezes agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis e acesso limitado à assistência odontológica (Crescente *et al.*, 2022). A perda de dentes, em especial de dentes posteriores, representa um fator de grande impacto na dinâmica oclusal e pode acarretar a diminuição da DVO, como observado no presente caso clínico (Figura 2).

O paciente apresentava um histórico odontológico marcado por múltiplas extrações dentárias não reabilitadas, o que contribuiu para alterações funcionais e estéticas relevantes, como fala e mastigação. Esse tipo de quadro é bastante comum na população adulta brasileira, onde a ausência de reabilitação oral adequada pode levar a colapsos oclusais progressivos, comprometendo também a articulação temporomandibular, a fonética e a harmonia facial. Além disso, a ausência de planejamento multidisciplinar e de terapias restauradoras provisórias agrava o risco de insucesso clínico, uma vez que adaptações neuromusculares e articulares exigem tempo e acompanhamento individualizado (Rezende, 2010; Dantas, 2012).

Para uma reabilitação oral, como a realizada neste caso, o tratamento endodôntico realizado nos dentes 31, 32, 41 e 42 se tornou indispensável para garantir a longevidade da reabilitação protética. Dentes com comprometimento pulpar ou que precisam de grandes reconstruções coronárias, muitas vezes precisam passar por tratamento radical, como o endodôntico, para permitir que esses dentes possam servir de suporte para as futuras próteses. De acordo com Canto e Silva (2020), a longevidade de reabilitações em dentes tratados endodonticamente depende diretamente da correta associação entre o tratamento endodôntico, o planejamento restaurador e a escolha dos materiais, sendo o uso de pinos de fibra de vidro e núcleos de preenchimento estratégias fundamentais, especialmente em casos com canais atrésicos ou anatomias radiculares desafiadoras. Dessa forma, o protocolo adotado neste caso não apenas encontra respaldo na literatura atual, como também reflete a importância da abordagem integrada e multidisciplinar na busca por um tratamento conservador, previsível e funcional a longo prazo.

Nos casos em que há necessidade de reconstrução de dentes tratados endodonticamente com canais atrésicos ou anatomicamente comprometidos, a

escolha do pino intrarradicular torna-se um fator crítico para o sucesso restaurador. No presente caso clínico, foi optado pelo uso do pino Rebilda Post GT (VOCO) nos dentes 31 e 41, justamente por sua composição em múltiplas fibras finas e maleáveis, o que favorece a adaptação em canais atrésicos, minimizando a espessura da camada de cimento e, conseqüentemente, o risco de falhas adesivas (Figura 8B-D).

Segundo Abreu *et al.* (2020), esse tipo de pino demonstrou desempenho superior na região de reabsorção interna simulada em comparação com os pinos convencionais, apresentando maior resistência de união ao longo do canal. Isso se deve ao fato de que o pino Rebilda Post GT permite maior dispersão e contato com as paredes internas, promove uma distribuição mais homogênea das tensões, além de reduzir a formação de bolhas no cimento resinoso, que são frequentemente associadas a falhas adesivas. A escolha criteriosa deste sistema foi essencial para garantir um bom desempenho mecânico em um dente com grande perda estrutural e com limitações anatômicas, reforçando a importância da personalização do planejamento restaurador com base nas condições clínicas de cada paciente.

De acordo com Camargo *et al.* (2018), a incorporação do sistema CAD/CAM na prática odontológica tem revolucionado os processos clínicos, proporcionando maior precisão e eficiência na confecção de restaurações indiretas, além de reduzir significativamente o tempo de atendimento. No caso em questão, a produção de coroas unitárias em dissilicato de lítio para os dentes 31 e 41 foi realizada em fluxo digital, desde o escaneamento intraoral até a usinagem das peças, assegurando adaptabilidade marginal ideal e estética personalizada (Figura 9). Essa escolha foi respaldada na literatura, que indica uma taxa média de sucesso de 90,2 % e sobrevida de 87,5 % para coroas monolíticas em dissilicato de lítio produzidas por CAD/CAM entre 2010 e 2022 (Prudente, 2023). A aplicação desses conceitos no presente trabalho não apenas atendeu às exigências estéticas e funcionais do paciente, mas também simplificou o protocolo clínico e otimizou o atendimento, alinhando-se às demandas da odontologia contemporânea por soluções seguras, rápidas e de alta qualidade.

Entre as soluções conservadoras, as restaurações do tipo *table tops* se destacam e elas podem ser feitas de forma direta, semi-direta ou indireta, confeccionadas em resina composta ou cerâmica e são feitas sobre as superfícies oclusais dos dentes posteriores desgastados, permitindo o restabelecimento da DVO

com mínima intervenção na estrutura dentária saudável e sua principal vantagem é o caráter minimamente invasivo, além de apresentarem bons resultados funcionais e estéticos (Gonçalves, 2023). A técnica direta em resina composta, guiada por molde de silicone transparente fabricado a partir de enceramento diagnóstico, tem demonstrado elevada eficácia, previsibilidade e caráter conservador em reabilitações estéticas. Este método reforça a reprodução fidedigna da anatomia planejada, promovendo o restabelecimento da DVO e de contatos oclusais (Detogni *et al.*, 2020).

Ainda segundo Detogni *et al.* (2020), a aplicação de guias vestibular e palatina para colocação direta da resina em dentes anteriores, ressalta resultados estéticos satisfatórios, fidelidade à forma desejada e economia de tempo clínico, além de simplificar o processo clínico sem necessidade da fase laboratorial, proporciona excelente adaptação oclusal e vantagens essenciais para reabilitações rápidas, seguras e minimamente invasivas. Além disso, esse método apresenta a vantagem de reduzir significativamente o tempo clínico, minimizar desgastes desnecessários e diminuir a dependência da habilidade manual do operador, já que o molde atua como guia para posicionamento e escultura da resina (Trushkowsky, 1997).

Uma alternativa amplamente utilizada para restabelecimento da DVO em pacientes desdentados parciais é a PPR. Essa modalidade protética é indicada em casos de perdas dentárias extensas, podendo estar associada ao colapso oclusal e tem como vantagens a reversibilidade, menor custo e fácil adaptação (Costa *et al.*, 2017; Veríssimo *et al.*, 2022).

A confecção de facetas diretas em resina composta associada à instalação de PPR integra uma abordagem conservadora e funcional em reabilitações mistas, pois a resina composta permite ajustes estéticos e anatômicos precisos nas superfícies dentárias remanescentes, enquanto a PPR repõe elementos perdidos com mínima invasão, como mostrado nesse caso clínico relatado. Estudos clínicos retrospectivos sobre facetas diretas relatam uma elevada taxa de sucesso (> 90 %) e boa estabilidade em dentes vitais e não vitais após até 6,5 anos de acompanhamento, com manutenção satisfatória de brilho, cor e integridade marginal (Martins *et al.*, 2024). Além disso, revisões narrativas destacam que a técnica direta promove mínima remoção de estrutura dental, favorecendo a adaptação estável da PPR, pois as superfícies vestibulares preservadas e polidas reduzem pontos de retenção de

biofilme e melhoram o suporte funcional durante a mastigação (Sardinha, 2024). Dessa forma, quando executadas de forma integrada, facetas de resina composta e PPR resultam em reabilitações estéticas, funcionais e duráveis, com benefícios adicionais como maior economia de tempo, custo reduzido e preservação da estrutura dental.

Outra alternativa para o caso seria a realização de implantes dentários, porém este procedimento não é oferecido no âmbito da graduação e direcionou o plano de tratamento para uma abordagem exclusivamente protética, utilizando os recursos disponíveis na instituição de ensino. Apesar dos resultados estéticos e funcionais alcançados, algumas limitações foram observadas no desenvolvimento deste trabalho. A primeira delas está relacionada ao comportamento do paciente, que apresentou baixa colaboração durante o tratamento, especialmente no que se refere aos cuidados com a higiene bucal, uma vez que, mesmo após repetidas orientações e reforços motivacionais, manteve acúmulo de biofilme, fator que pode comprometer a longevidade das reabilitações. Além disso, houve uma limitação quanto aos materiais utilizados nas reconstruções dentárias, que, embora não fossem os ideais segundo as recomendações da literatura atual, foram empregados por serem os recursos disponíveis no contexto da clínica odontológica estudantil, sem comprometer os princípios biológicos e funcionais do tratamento. Dessa forma, as limitações enfrentadas refletem os desafios comuns na prática clínica acadêmica, que, apesar de restrições, prioriza soluções viáveis, conservadoras e que atendam às necessidades funcionais e estéticas do paciente.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho reforça a importância do correto restabelecimento da DVO na reabilitação oral, especialmente em casos de perda dentária associada a desgastes severos. O restabelecimento da DVO não está apenas ligado à estética facial, mas é fundamental para garantir equilíbrio oclusal, funcionalidade mastigatória, saúde muscular e estabilidade das articulações. O tratamento realizado, pautado em uma abordagem multidisciplinar e conservadora, demonstrou que, mesmo frente a limitações clínicas e de recursos, é possível devolver ao paciente função, estética, conforto e principalmente, qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Ricardo Toledo, *et al.* Bond strength of cemented fiber posts to teeth with simulated internal root resorption. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 12, n. 3, p. e277-e284, 2020.
- CAMARGO, Isabella Figueiredo, *et al.* Sistemas CAD/CAM e suas aplicações na odontologia: revisão da literatura. **Revista Uningá**, v. 55, n. S3, p. 211-228, 2018.
- CANTO, Giovana Gabriela Carlos, SILVA, Marcelo Filadelfo. Reabilitação funcional em dente extensamente destruído, uma análise sobre os fatores críticos. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, v. 50, n. 3, p. 101-110, 2020.
- CÉZAR, Halysson Ferreira, SILVA, Franklin Barbosa. Recuperação da dimensão vertical de oclusão com prótese temporária overlay: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 6, p. 290-295, 2019.
- CRESCENTE, Luiza Gasparotto. *et al.* Mudanças da prevalência de dentes permanentes cariados no Brasil e em países de renda média-alta nos anos de 1990 e 2017. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1181-1190, 2022.
- CORDEIRO, Alyce Ferreira, ALVES, Thaynná Stephane Campos, RODRIGUES, Murilo Rocha Rodrigues. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 9, p. 1-10, 2025.
- COSTA, Marcio Magno, *et. al.* Reabilitação oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 26, n. 77, p. 66–70, 2017.
- DANTAS, Euler Maciel. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Revista Odonto**, v. 20, n. 40, p. 41-48, 2012.
- DETOGNI, Anna Caroliny. *et al.* Aesthetic dental restoration using direct technique with silicone guides: clinical case report. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, p. 1-20, 2020.
- GONÇALVES, Gláucia Beatriz. **Restabelecimento de DVO com table top em resina composta: relato de caso**. 2023. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) — Universidade Paulista, São Paulo, 2023.
- GONÇALVES, Lisandro, *et al.* Reabilitação protética em paciente com colapso oclusal posterior: abordagem multidisciplinar e estudo de caso com prótese parcial removível. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 6, p. 1-21, 2024.
- MARTINS, Luiza Abreu, *et al.* Avaliação clínica retrospectiva de facetas diretas de resina composta. 2024 **Revista DELOS**, Curitiba, v. 17, n. 59, p. 1-19, 2024.

PRUDENTE, Nathália Moura. **Sucesso clínico de coroas totais cerâmicas obtidas em dissilicato de lítio pelo sistema CAD/CAM: revisão de literatura.** 2023. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Uberlândia, 2023.

REZENDE, Fernanda Carvalho. **Alterações da dimensão vertical de oclusão: quando e por quê?** 2010. 28 f. Monografia (Especialização) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SARDINHA, Lorena Caroline. **Facetas diretas em resina composta para dentes anteriores e a relação com o periodonto: revisão de literatura.** 2024. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso, UNESP – Araraquara.

TRENTIN, Larissha Mafacioli, *et. al.* Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Journal of Oral Investigations**, v. 5, n. 1, p. 50-60, 2016.

TRUSHKOWSKY, Richard. Use of a clear matrix to minimize finishing of a posterior resin composite. **American Journal of Dentistry**, v. 10, n. 2, p. 111–112, abr. 1997.

VERÍSSIMO, Aretha Heitor. *et al.* Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão com JIG estético modificado e prótese parcial removível overlay: relato de caso. **Salusvita**, v. 41, n. 1, p. 168-182, 2022.