

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E MARKETING
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

GABRIELY JOANA DA SILVA

MARIA EDUARDA MAGALHÃES SENA TORRES

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE PARCIAL
REMOVÍVEL DO TIPO OVERLAY PARA
RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE
OCLUSÃO - RELATO DE CASO**

RECIFE/2023

GABRIELY JOANA DA SILVA

MARIA EDUARDA MAGALHÃES SENA TORRES

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE PARCIAL
REMOVÍVEL DO TIPO OVERLAY PARA
RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE
OCCLUSÃO - RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lara Marques Magalhães Moreno

RECIFE/2023

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S586r Silva, Gabriely Joana da.
Reabilitação oral com prótese parcial removível do tipo overlay para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão - relato de caso/ Gabriely Joana da Silva; Maria Eduarda Magalhães Sena Torres. - Recife: O Autor, 2023.
23 p.
Orientador(a): Dra. Lara Marques Magalhães Moreno.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Odontologia, 2023.
Inclui Referências.
1. Bruxismo. 2. Dimensão vertical. 3. Reabilitação bucal. 4. Prótese parcial removível. 5. Revestimento de prótese dentária. I. Torres, Maria Eduarda Magalhães Sena. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. III. Título.

CDU: 616.314

Primeiramente a Deus, pois é misericordioso e não nos desampará Deuteronômio 4:31. Aos Nossos pais pelo apoio durante toda nossa trajetória, nos momentos bons e ruins da graduação, contribuindo para realização deste sonho. Amamos vocês. Este trabalho é dedicado a vocês.

AGRADECIMENTOS

Eu, Gabriely Joana, agradeço primeiramente a Deus por todos os seus feitos na minha vida, por permitir realizar este grande sonho não apenas meu mas também da minha família. Por me proporcionar experiências incríveis e mesmo com muita dificuldade não me deixou desistir e me deu sustento em todos os momentos. Até aqui o Senhor nos ajudou. 1 Samuel 7:12.

Aos meus pais, José Wilson e Maria Andrade, por ser minha base de sustento durante toda trajetória da graduação. Me deram força, apoio e incentivo em todos os momentos. Obrigada por todo amor, sabedoria, ajuda nas horas felizes e difíceis da minha vida, obrigada por estarem comigo desde o início dessa jornada, Obrigada por não me deixarem desistir, eu amo vocês.

A minha avó Geruza Maria, por todos os dias orar por mim, dedicar versículos, por se alegrar e chorar junto, em resumo estava intercedendo pela minha vida desde o início. Vó, eu amo você.

Ao meu noivo Flávio Henrique, que esteve comigo acompanhando todas as fases, desde os estudos para o vestibular até minha formação. Por todo apoio e por estar presente participando de cada momento, me incentivando mesmo nos momentos mais difíceis, e se alegrando nos momentos bons. Eu te amo e sou muito grata a Deus pela sua vida.

A minha dupla durante toda graduação e também do TCC, Maria Eduarda, pela sua companhia durante os 5 anos de graduação, por toda ajuda e apoio durante o período que trabalhei e estudei que não foi fácil. Foi maravilhoso ter sua companhia durante a graduação, serei sempre grata pela sua vida, levarei você no meu coração para sempre.

Aos meus amigos em especial os estagiários dos laboratórios/ clínica escola de odontologia por tornar meus dias mais leves, eu levarei cada um no meu coração. Os laboratórios IBS/ clínica foi o lugar onde pude aprender muito, onde conheci e aprendi muito com pessoas incríveis que eu pude contar com o apoio em todos os momentos.

A professora Elyda Gonçalves, por cada ensinamento, pela paciência e todos os conselhos. Sem dúvida um espelho não só para mim, mas para todos que estão ao seu redor.

A coordenadora e também professora Dra. Fernanda Donida Ortigoza, que

me ajudou muito e confiou a mim o cargo de auxiliar em saúde bucal, por ter me dado muitas oportunidades, muito obrigada por cada ensinamento, cada conselho. Sou imensamente grata a você, obrigada por tudo.

A nossa orientadora, Dra Lara Marques, pelo apoio, ensinamento com clareza, compreensão e dedicação. Obrigada professora por aceitar ser nossa orientadora e por acreditar em nós nesse trabalho que é muito importante. Obrigada pelas oportunidades que a senhora já me proporcionou durante a graduação, Deus lhe abençoe sempre.

Por fim, agradeço a todos amigos que sempre torceram por mim, que de alguma forma fazem parte de toda trajetória até a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que tanto me ajudou e me fortaleceu para que meus objetivos fossem alcançados durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais e minha irmã, por todo apoio e pela ajuda, que muito contribuíram não apenas durante a elaboração deste trabalho, mas em todos os anos da graduação.

Aos meus amigos, com quem dividi minhas alegrias e angustias. Agradeço pelos conselhos, paciência e amizade.

A minha dupla que esteve comigo desde o início, aquela com quem durante 4 anos eu divido pacientes, materiais, risos, dores de cabeça e momentos de desespero.

Ao meu namorado, por ter contribuído direta e indiretamente na elaboração desse trabalho.

Aos meus professores, que passaram por minha trajetória acadêmica do início do primeiro período até os dias de hoje, em especial a minha orientadora Dr. Lara Marques que me auxiliou e sempre esteve presente quando necessitei, contribuindo com o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus preceptores Dr. Arthur Silva, Dr. Cláudio Lins e Dr. Kelly Monte pelos ensinamentos, apoio e por ter contribuído na elaboração deste trabalho. Obrigada por tudo.

A minha coordenadora, professora, chefe e amiga Dr. Fernanda Donida, por me ensinar e confiar em mim.

Por fim, agradeço a todos que sempre vibraram por mim, que contribuíram e foram fundamentais nessa minha conquista profissional.

“Sabemos que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito”. (ROMANOS, 8:28).

RESUMO

A dimensão vertical de oclusão (DVO) é a medida no plano vertical da relação entre mandíbula e maxila quando há oclusão dos dentes posteriores. A ausência parcial ou total dos dentes e o desgaste não são os únicos causadores da diminuição da DVO, mas também parafunções, incluindo o bruxismo. O restabelecimento da relação maxilomandibular é um modo imprescindível, pois irá devolver a função mastigatória e conseqüentemente o conforto na oclusão do paciente, com o intuito de desenvolver uma adequada reabilitação oral, não ocasionando problemas na articulação temporomandibular, disfunções na fonética, dores musculares, dificuldades na deglutição e também na postura da paciente, podendo possivelmente acometer o seu equilíbrio oclusal. Um dos métodos que possuem ligação com a demarcação da DVO, dentre os mais habitualmente utilizados são: métrico, fonético e o das proporções faciais. A utilizações de próteses terapêuticas antes do tratamento protético concludente é indicada para uma melhor adaptação do resultado do paciente a reabilitação da DVO. Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados: PUBMED, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO E BVS. O objetivo é relatar um caso clínico de restabelecimento da DVO perdida em uma paciente parcialmente edêntulo. Essa medida foi recuperada através de uma prótese terapêutica removível do tipo overlay, e além disto uma melhora na sintomatologia descrita pela paciente no início do procedimento também foi relatada. O resultado final desse caso clínico demonstrou a efetividade da prótese provisória como método para reabilitações oral em casos de grandes perdas da DVO.

Palavras-chaves: Bruxismo. Dimensão vertical. Reabilitação bucal. Prótese parcial removível. Revestimento de prótese dentária.

ABSTRACT

The vertical dimension of occlusion (VOD) is the measurement in the vertical plane of the relationship between the mandible and the maxilla when there is occlusion of the posterior teeth. Partial or total absence of teeth and wear are not the only causes of decreased VOD, but also parafunctions, including bruxism. The restoration of the maxillomandibular relationship is an essential way, as it will restore the masticatory function and consequently the comfort in the patient's occlusion, with the aim of developing an adequate oral rehabilitation, not causing problems in the temporomandibular joint, phonetic dysfunctions, muscle pain, difficulties in swallowing and also in the patient's posture, possibly affecting her occlusal balance. One of the methods that have a connection with the demarcation of the DVO, among the most commonly used are: metric, phonetic and facial proportions. The use of therapeutic prostheses before the conclusive prosthetic treatment is indicated for a better adaptation of the patient's outcome to the rehabilitation of the VOD. Articles were searched in the following databases: PUBMED, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO AND BVS. The objective is to report a clinical case of restoration of the lost VOD in a partially edentulous patient. This measurement was recovered through a removable overlay therapeutic prosthesis, and in addition an improvement in the symptoms described by the patient at the beginning of the procedure was also reported. The final result of this clinical case demonstrated the effectiveness of the provisional prosthesis as a method for oral rehabilitation in cases of large OVD losses.

Keywords: Bruxism. Vertical dimension. Mouth Rehabilitation. Denture, Partial, Removable. Denture, Overlay.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aspecto clínico inicial dento- facial.....	22
Figura 2 - Fotografia intrabucal inicial.....	22
Figura 3 - PPR antiga da paciente.....	23
Figura 4 - Radiografia panorâmica dos maxilares inicial	23
Figura 5 - Modelo de estudo inferior.....	24
Figura 6 - Ajuste do plano de orientação utilizando a associação do método métrico	24
Figura 7 - Enceramento.....	25
Figura 8 - Seleção da cor dos dentes e gengiva	25
Figura 9 - Modelo montado no articulador.....	25
Figura 10 - Reembasamento.....	26
Figura 11 - Vista da Prótese finalizada.....	26
Figura 12 - Prótese finalizadas e instaladas em boca	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	BRUXISMO	16
3.2	DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO (DVO).....	17
3.3	REABILITAÇÃO PPR OVERLAY	19
4	RELATO DE CASO	22
5	DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é considerado uma atividade parafuncional do sistema estomatognático que pode ser definido como distúrbio do sono e tornou-se uma preocupação nos últimos anos em detrimento do seu impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo afirmam os autores Lobo e Silva (2023). O bruxismo ainda não possui uma etiologia concreta, sendo dessa forma considerada multifatorial, e acredita-se que as causas principais que o determinam são: locais, psicológicas, sistêmicas e genéticas. Gera traumas, hábitos parafuncionais, tensões e iatrogenias, sobrepondo-se à tolerância fisiológica de cada indivíduo, que é influenciado por fatores locais, como estabilidade articular, determinados pela oclusão, relações articulares anormais ou ambas, e também por fatores genéticos, sexo e dieta (APARICIO, 2018).

O desgaste dentário atinge a população como um todo, porém sua incidência vem crescendo na faixa etária da população jovem, quando patológico possui uma etiologia multifatorial, como fatores emocionais, personalidade e o estresse, que como consequência podem gerar hábitos parafuncionais como o bruxismo. O qual é responsável por alterações no sistema estomatognático desencadeando destruição dos tecidos dentários como esmalte, dentina e cimento, bem como cefaleias, dores e alteração do terço inferior da face (LOAIZA, 2019).

Um dos fatores etiológicos mais relevante é aquele que relaciona pacientes bruxomeros com condições emocionais; durante muito tempo esta relação só era feita entre pacientes adultos. No entanto, atualmente já pode-se observar que o estresse e a ansiedade também têm relação com o bruxismo na infância (MESQUITA *et al.*, 2018; CABRAL *et al.*, 2018).

De acordo com Lima (2017) os desgastes e fraturas dentais ocasionados pelo bruxismo causam graves danos às estruturas, como a diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente. Este é um problema cada vez mais frequente nas clínicas odontológicas, e exige meios criteriosos de diagnóstico e, principalmente, de tratamento, como afirma Amoroso *et al.* (2013). Segundo Dantas (2012), a medida do terço inferior da face quando há contato dos dentes posteriores é denominada DVO, esta medida aumentada ou diminuída pode trazer danos permanentes ou passíveis de recuperação ao paciente, e sua alteração com relação à diminuição pode estar

associada principalmente com o desgaste ou ausência de elementos dentários.

A diminuição da DVO tem como consequência um desenvolvimento do espaço funcional livre (EFL), oclusão traumática e problemas posturais de cabeça e pescoço como explica Cézár e Silva (2019).

O restabelecimento da DVO é uma etapa importante e indispensável durante a realização de trabalhos protéticos (CESTO *et al.*, 2015), e deve ser realizada previamente ao tratamento reabilitador, a fim de restabelecer função e conforto na oclusão do paciente (AMOROSO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2001).

A prótese temporária do tipo overlay é uma opção de tratamento reabilitador com a finalidade de restaurar a DVO, ela consiste em recobrir a face oclusal (dentes posteriores) e/ou incisal (dentes anteriores) de um ou mais elemento dental (LOPES, 2022).

A opção da reabilitação com overlay removível satisfaz expectativas como custo reduzido, menor tempo clínico necessário e reversibilidade do tratamento, podendo o paciente escolher outra modalidade quando tiver melhores condições. Sendo assim, a overlay representa uma alternativa viável de tratamento para pacientes com desgaste oclusal excessivo e relativa limitação financeira, em comparação a procedimentos invasivos e de caráter irreversível (SOUZA, SILVA e LELES, 2009).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico para restabelecimento da DVO, utilizando-se para isso as próteses parciais removíveis (PPR) provisórias de recobrimento oclusal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar um caso clínico de reabilitação oral com prótese dentária do tipo overlay removível, em paciente com bruxismo severo e perda da dimensão vertical.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- a) Detalhar protocolos abordados no presente caso.
- b) Revisar a literatura referente a etiologia do bruxismo, DVO e reabilitação protética (PPR – Overlay).
- c) Discutir as opções terapêuticas que poderá se tornar resolutiva para o caso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BRUXISMO

O termo bruxismo vem do grego “bruchein”, que significa apertamento, rager/fricção ou atrito dos dentes sem finalidades funcionais (TEIXEIRA *et al.*, 1994). Foi utilizado pela primeira vez, em 1907, na literatura odontológica, como “Bruxomania”, sendo substituído posteriormente, em 1931, por “Bruxismo” (SILVA E CANTISANO, 2009; RODRIGUES E COSTA, 2013).

Estudos epidemiológicos revelam que a maior parte dos sintomas de DTM (disfunção temporomandibular) é relatada pela faixa etária entre 20 e 40 anos e sua etiologia é complexa e multifatorial. Considera-se que quase 90% da população range os dentes em algum grau no decorrer da vida e uma pequena parcela desses pacientes, apresentam o bruxismo como condição clínica (MORAIS *et al.*, 2015).

O hábito de apertar e/ou ranger os dentes correspondente ao bruxismo, que quando realizado de forma intensa é responsável por desgastes dentários devido a atrição severa entre os elementos dentários, tendo então como algumas consequências o desenvolvimento de disfunção temporomandibular (DTM) e a perda de DVO (AMOROSO *et al.*, 2013). Esta parafunção pode ser classificada como: bruxismo do sono, que ocorre quando paciente está dormindo, podendo ser rítmico (fásico) e não rítmico (tônico) e como bruxismo em vigília, que ocorre durante o dia, quando o paciente está acordado, ocorrendo o contato dos dentes de forma repetida e contínua (LOBBEZOO *et al.*, 2018).

O Bruxismo também pode ser classificado como cêntrico, excêntrico primário e excêntrico secundário. No bruxismo cêntrico ocorre o apertamento dental em máxima intercuspidação habitual e/ou em posição de relação cêntrica. O bruxismo excêntrico primário é o ranger e apertar dos dentes que não apresenta causa aparente, podendo se manifestar durante o dia e também durante o sono, mas os pacientes não apresentam problemas médicos. Já o bruxismo excêntrico secundário, está associado a problemas neurológicos, distúrbios do sono, problemas psiquiátricos e utilização de medicamentos (ROBALINO; BRAVO; DELGADO, 2020; BRIGUENTE, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2010).

De acordo com a ICSD-2 (Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, segunda edição) o bruxismo do sono é considerado um distúrbio estereotipado que consiste na trituração e/ou aperto dos elementos dentários, já o bruxismo acordado é

uma atividade semi voluntária e que na maioria das vezes não emite sons (AMORIM *et al.*, 2014).

De acordo com Britto e Santos (2020), anteriormente acreditava-se que a causa do bruxismo era restringido a fatores oclusais, no qual dava origem ao desgaste dentário levando assim ao diagnóstico desta patologia. Porém, com o passar dos anos, observou-se que a sua etiologia era mais complexa, pois quando realizava somente a correção dos problemas oclusais, o hábito de apertar e ranger os dentes ainda persistia (VEIGA *et al.*, 2015).

Grande parte da sociedade atual apresenta níveis consideráveis de estresse, sendo uma das causas de adoecimento físico e mental. O estresse excessivo acarreta consequências psicológicas e físicas, como cansaço mental, tensão, doenças e dores generalizadas. Estas respostas psicofisiológicas ocorrem, pois, existe uma ligação dos sistemas neurológico, imunológico e endócrino para a realização das funções que regulam o organismo e controlam estímulos externos e internos (COSTA *et al.*, 2017).

Sendo assim, o tratamento requer uma abordagem multiprofissional. A escolha do plano de tratamento adequado pode envolver mais de uma modalidade terapêutica (CARVALHO, 2020). A prótese parcial removível tipo overlay é utilizada em reabilitações orais onde há desgaste dentário excessivo e necessidade de restabelecimento da DVO. Essa diminuição da DVO pode ser gerada por diversas causas dentre elas, os hábitos parafuncionais (SOUZA; SILVA; LELES, 2009).

3.2 DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO (DVO)

DVO é a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato (HARPER, MISH, 2000). Sabe-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, morfológicas e funcionais (FELTRIN *et al.*, 2008).

O equilíbrio é a essência da harmonia anatômica e funcional. Todo sistema no corpo é baseado numa relação centrada entre forças iguais e opostas. Cada função do corpo responde às forças antagônicas até que as forças opostas se igualem. Por exemplo, para qualquer posição dentária ser estável, ela deve estar equilibrada com todas as forças verticais e horizontais. A posição de repouso da mandíbula é resultante do equilíbrio entre os músculos elevadores e depressores. Esses exemplos

mostram que para alcançar uma estabilidade do sistema a longo prazo, é preciso existir um equilíbrio entre todos os componentes funcionais do sistema mastigatório como um todo (DAWSON, 2008).

Portanto, uma DVO aumentada ou diminuída pode trazer danos permanentes ou passíveis de recuperação ao paciente, e sua alteração com relação à diminuição pode estar associada principalmente com o desgaste ou ausência de elementos dentários (DANTAS, 2012). A diminuição da DVO tem como consequência um aumento do espaço funcional livre (EFL), oclusão traumática e problemas posturais de cabeça e pescoço (CÉZAR e SILVA, 2019).

Em consequência da perda da DVO pode ocorrer diversas alterações estética e funcional no paciente, como envelhecimento, pois se correlaciona diretamente com a face, tanto do ponto de vista muscular, quanto relacionado às articulações temporomandibulares (ATM's) (RODRIGUES *et al.*, 2010). A estética facial é afetada, pois a harmonia do sorriso fica comprometida, devido ao aumento dos sulcos nasogenianos, por exemplo, assim como alterações na fonética e mastigação que são complicações bem relevantes (CÉZAR e SILVA, 2019).

Além da perda dentária prematura, podemos apontar os hábitos parafuncionais como o bruxismo, que resulta no desgaste excessivo dos elementos dentários, provoca fraturas dentárias, sensibilidade dentária e até mesmo patologias pulpares. Parafunções desta natureza tem como etiologia um processo fisiológico complexo que envolve diferentes vias funcionais relacionadas ao sono, resposta ao estresse, atividade cerebral, atividade muscular, função cardíaca e respiratória (MENGATTO; COELHO; DE SOUZA, 2016).

Diversos autores citam métodos e técnicas para restabelecer DVO em pacientes parcialmente desdentados e desdentados totais. Muitos relatam que os métodos clássicos, de mais utilização são os: métrico, estético e fonético. O método estético determina a DVO através da aparência da face e de determinados pontos referenciais. O método fonético relaciona a posição das bordas incisais dos dentes anteriores, onde necessitam uma média de 1 mm, durante algumas pronúncias e por meio do compasso de Willis por meio da medida da distância interoclusal entre dois pontos do instrumental (DA SILVA e AMSTUTZ, 2022).

Logo, o restabelecimento da DVO em pacientes dentados tem como opções os tratamentos provisórios, que podem ser realizados por meio de placas oclusais do tipo overlay como uma alternativa de ter esse restabelecimento da DVO e a estabilidade

oclusal. Posteriormente, o tratamento definitivo se dá a partir de restaurações diretas através de resina composta, ou de forma indireta, mediante próteses fixas, as quais contam com etapas laboratoriais para confecção de coroas, onlays, overlays, facetas e lentes de contato (RODRIGUES *et al.*, 2010).

A PPR tipo overlay tem como apoio alguns dentes pilares remanescente com o objetivo de restaurar a DVO do paciente, sem a necessidade de desgastes ou preparo sobre esses pilares, portanto sendo reversível (LIRA *et al.*, 2020). Além disso, através do uso das próteses removíveis é possível determinar a cor, forma e tamanho adequado dos dentes e realizar todos os ajustes necessários tanto estéticos, de oclusão e funcionalidade relacionada ao trabalho protético, claro que é uma etapa a qual demanda um tempo ainda maior na reabilitação oral, porém determinará o sucesso final do tratamento (CORDEIRO, 2021). A questão periodontal é outro ponto que deve ganhar uma atenção especial, pois é de extrema importância a análise da condição periodontal e da manutenção da higiene bucal antes da instalação das próteses definitivas (RIOS *et al.*, 2016).

O uso de placas oclusais no tratamento da DTM tem sido proposto em vários estudos, pois se trata de um tratamento não invasivo, totalmente reversível, de baixo custo, de relativa facilidade de execução e, principalmente, por apresentar resultados satisfatórios, promovendo melhora do quadro de dor e bem-estar aos pacientes (GARBELOTTI *et al.*, 2016).

Acredita-se que tais dispositivos promovam reposicionamento do côndilo ou disco, diminuição da atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios, modificação de hábitos orais deletérios e abertura do espaço intra-articular com conseqüente redução da sobrecarga na ATM (DE LIMA *et al.*, 2016; RIBONDI *et al.*, 2016).

O uso da placa oclusal pode ainda ser associado à Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), reduzindo significativamente a atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios durante o repouso, evoluindo em direção ao equilíbrio e melhorando o quadro de dor (MARQUES *et al.*, 2016; BEZERRA; SILVA; HADDAD, 2017).

3.3 REABILITAÇÃO PPR OVERLAY

Em pacientes parcialmente edentulos, a prótese parcial removível (PPR) ainda

é uma alternativa bastante viável de reabilitação, visto que nem sempre o indivíduo goza de condições fisiológicas adequadas, ou mesmo financeiras, para que outro tipo de trabalho seja executado (GALHARDO *et al.*, 2008).

A utilização de vários métodos para determinação da DVO é uma opção para amenizar as deficiências de cada método e é proposta pela maioria dos autores, e o uso temporário de uma placa de acrílico após as avaliações iniciais, para que seja feita uma nova reavaliação dos testes fonético, métrico e das proporções faciais, após certo tempo de uso, pode ser indicado para a determinação final da DVO (BATAGLION *et al.*, 2012).

De acordo com Dantas (2022), a PPR tipo overlay são utilizadas em reabilitações orais onde existem desgastes dentários excessivos e necessidade de restabelecimento da DVO. A PPR tipo overlay também pode ser utilizada no tratamento de pacientes com defeitos congênitos, e no condicionamento do músculo, servindo como orientação para uma posterior reabilitação, entre outras causas como hábitos parafuncionais. Souza, Silva e Leles (2009), relatam que pode até mesmo recobrir as oclusais de todos os dentes posteriores e as incisais dos dentes anteriores para apoio ou sustentação.

As próteses parciais tipo overlay são classificadas de acordo com o material usado para envolver a oclusal, como também de acordo com a função. Quanto à sua estrutura podem ser classificadas como metálicas, de resina, de porcelana, ou mista que é a combinação de metálico com resina ou porcelana. (DANTAS, 2022; SOUZA; SILVA; LELES, 2009). As próteses de estrutura metálica possuem a desvantagem de não suportar os impactos prejudicando assim o periodonto. Quando confeccionada de resina é maior a chance de descolamento, fratura, descoloração e desgaste do material que recobre a incisal ou oclusal. Quanto à função podem ser divididas em provisória e definitiva (PACHECO *et al.*, 2012).

Dentre as vantagens relacionadas à alternativa de tratamento temos: a facilidade de reparo, facilidade de higienização, baixo custo, dentes remanescentes não necessitam de desgastes, além da reversibilidade. Dentre as desvantagens estão: dificuldade de fala e possível desconforto devido à dificuldade de adaptação da prótese, técnica laboratorial complexa, (FREITAS *et al.*, 2005). Essa modalidade de prótese pode ainda ser considerada provisoriamente de forma positiva, nas situações em que um equilíbrio precisa ser recuperado antes

da reabilitação propriamente dita, fase prevista dentro de um planejamento minucioso, etapa imprescindível em qualquer procedimento terapêutico (MUKAI *et al.*, 2009 apud MUKAI 2010).

4 RELATO DE CASO

Paciente A.M.C., leucoderma, 59 anos, sexo feminino, com arco superior classe IV de acordo com a classificação de Kennedy e arco inferior classe I de acordo com a classificação de Kennedy, compareceu a Clínica de Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), se queixando de insatisfação do sorriso, e funcionalidade da prótese (Figura 1).

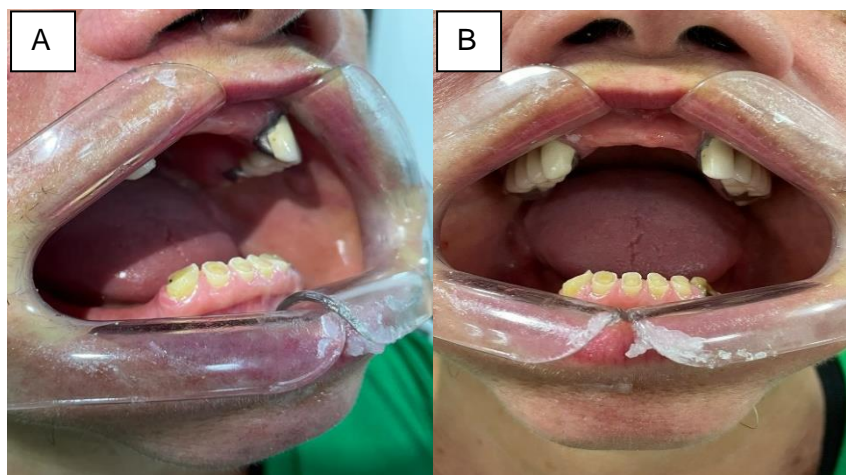
Figura 1- Aspecto clínico inicial dento- facial



Fonte: Do autor

Após exames clínicos e radiográficos observou-se que a paciente fazia uso de prótese fixa no arco superior e uma prótese parcial removível classe IV de Kennedy no mesmo arco. No arco inferior utilizava uma prótese removível inferior que evidentemente não cumpria com os requisitos básicos de uma prótese bem elaborada. Além disso, foi visto um desgaste severo em todos os elementos dentais (Figura 2, 3 e 4).

Figura 2 - Fotografia intrabucal inicial



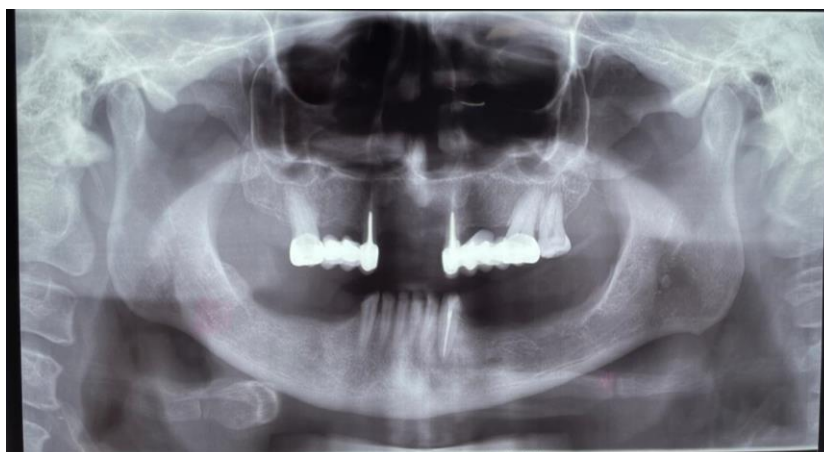
Fonte: Do autor

Figura 3 - PPR antiga da paciente



Fonte: Do autor

Figura 4 - Radiografia panorâmica dos maxilares inicial



Fonte: Do autor

Após a avaliação foi proposto: orientação a higiene oral, tratamento periodontal, substituições das restaurações dos elementos 33 e 43, e prótese terapêutica do tipo overlay. Após consentimento da paciente por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o tratamento seguiu em etapas. Foi feita a moldagem anatômica com silicone (kit silicone de condensação perfil da vigodent coltene) e adquiridos o modelo de estudo, estes foram montados no articulador semi ajustável com a finalidade de verificar as discrepâncias oclusais e a perda severa da DVO (Figura 5).

Figura 5 - Modelo de estudo inferior



Fonte: Do autor

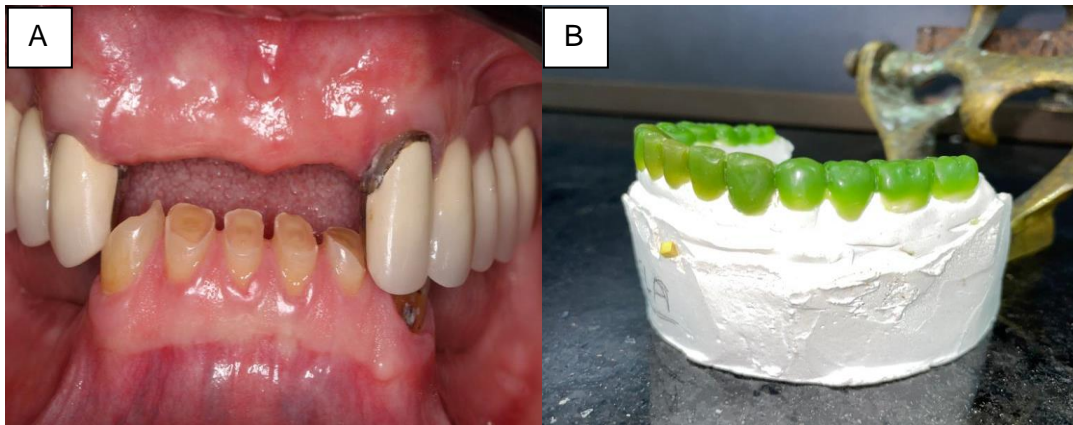
Na avaliação da DVO, foi feito um registro da medida equivalente a altura a ser recuperada (9 mm) para reestabelecer a harmonia facial, utilizando a técnica do método métrico que se dá através da distância interoclusal, que corresponde a medida da distância entre a base do nariz e o mento, realizadas na oclusão central, com a mandíbula obtendo um relaxamento muscular, a distância é marcada por meio do compasso de Willis (Figura 6).

Figura 6 - Ajuste do plano de orientação utilizando a associação do método métrico



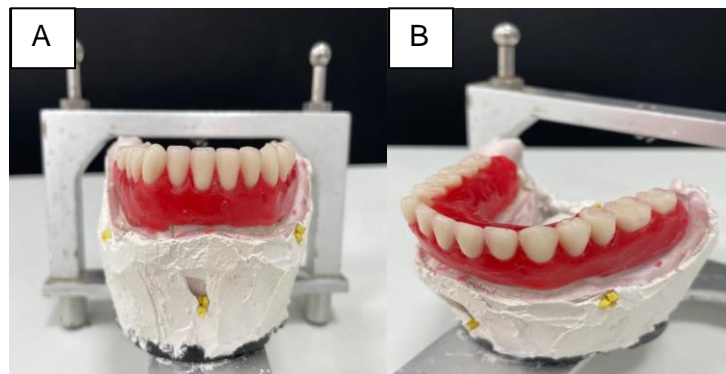
Fonte: Do autor

Após registro da medida para restabelecer a DVO perdida, foi realizado o enceramento dos dentes da arcada inferior restabelecendo a medida da DVO (Figura 7).

Figura 7 - Enceramento

Fonte: Do autor

Na sequência foi realizada a seleção de cor dos dentes (B2 da escala Classical-Vita) para montagem dos dentes em plano de cera para posterior prova. Seguiu-se com a prova dos dentes em boca, conferindo a medida da DVO e cor dos dentes. Além disso, foi feito a seleção de cor da gengiva no qual (cor de numeração 4 da escala STG), para posterior acrilização da prótese. (Figuras 8 e 9).

Figura 8 - Seleção da cor dos dentes e gengiva

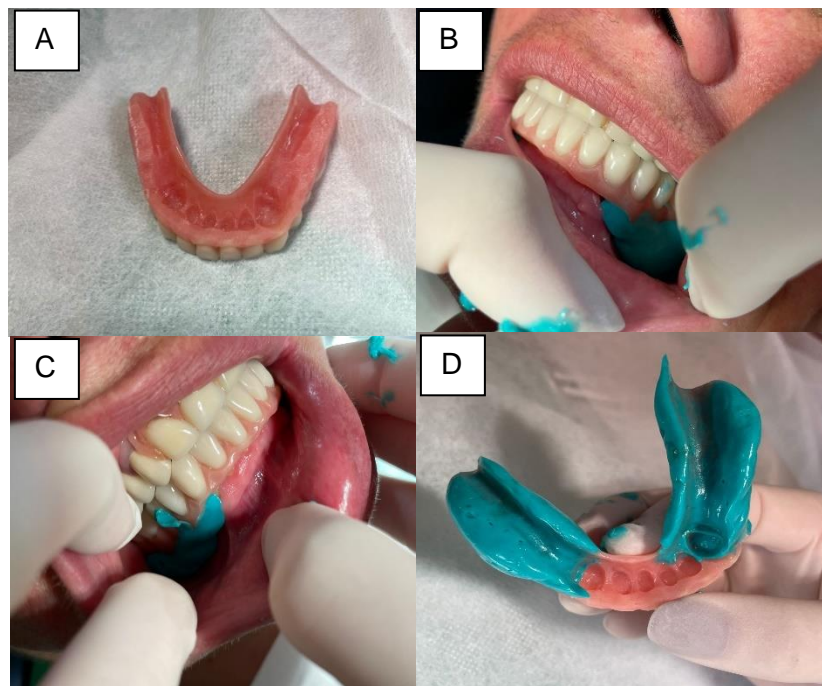
Fonte: Do autor

Figura 9 - Modelo montado no articulador

Fonte: Do autor

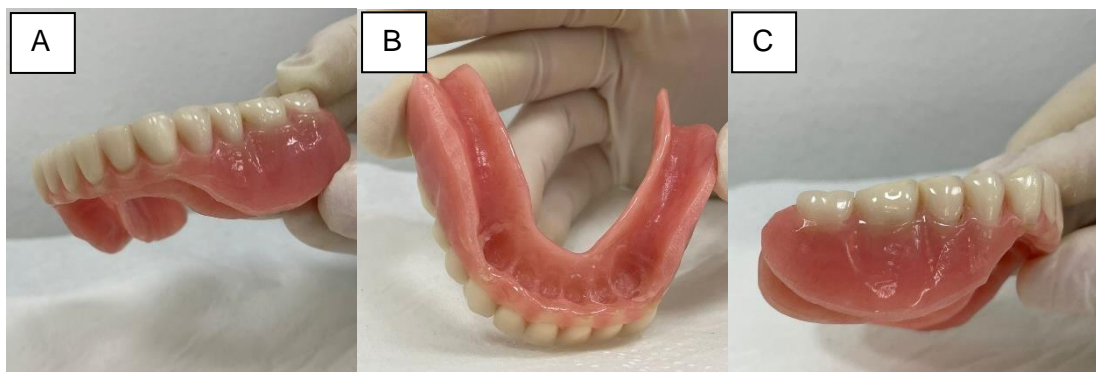
Realizada a acrilização da prótese e mais uma nova prova para a adequação, evidenciou a necessidade do reembasamento, necessitou realizar uma nova moldagem que foi feita com o silicone de adição (silicone de adição Vario-Time kit - Kulzer), enviou-se ao laboratório e depois de concluído, foram realizados os ajustes oclusais com uso de carbono AccuFilm II – Parkell em boca e entregamos a prótese, que restabeleceu a DVO (Figura 10 e 11).

Figura 10 - Reembasamento



Fonte: Do autor

Figura 11 - Vista da Prótese finalizada



Fonte: Do autor

Figura 12 - Prótese finalizadas e instaladas em boca



Fonte: Do autor

O resultado final foi bastante satisfatório não somente para questão estética, mas também pelo fato de ter restabelecido o equilíbrio do sistema mastigatório que estava em colapso, o que sem dúvidas era uma situação indispensável para que a reabilitação definitiva pudesse ser alcançada com sucesso (Figura 12).

5 DISCUSSÃO

No presente relato de caso foi observado mediante anamnese, exames clínicos intra e extra oral, radiografia panorâmica, a perda da DVO em consequência da atividade parafuncional definida como bruxismo. Para Rodrigues *et al.*, (2006) o bruxismo é definido como o contato estático ou dinâmico da oclusão dos dentes em momentos outros, que não aqueles que ocorrem durante as funções normais da mastigação ou deglutição. Já para Mota *et al* (2021), pode ser definida como uma condição prevalente e pode ser destrutivo à cavidade bucal, sendo amplamente abordado na Odontologia, especialmente por sua etiologia multifatorial e prevalência.

Diniz, Da Silva e Zuanon, (2009) e De Lima *et al.*, (2020) concordam que existem vários sinais e sintomas que podem ser desenvolvidos em pacientes bruxomeros. Tais como: desgastes oclusais, hipersensibilidade pulpar, mobilidade dentária, periodontites, fraturas dentárias e de restaurações, sintomatologia dolorosa, distúrbios temporomandibulares (DTM), hipertrofia muscular, ruídos musculares e limitações dos movimentos realizados pelo aparelho estomatognático.

O tratamento para essa desordem deve ser discutido priorizando individualmente cada paciente de forma conservadora (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020). Como os autores afirmam em seus estudos científicos, Ribeiro e Freitas (2019); Diniz, Da Silva e Zuanon, (2009) o cirurgião-dentista deve oferecer tratamentos que protejam os dentes do bruxismo e que devem ser sempre reversíveis e conservadores. No presente caso, optou-se pelo tratamento PPR- OVERLAY de caráter provisório com objetivo de inicialmente devolver o conforto e restabelecer a DVO.

Em decorrência desses hábitos parafuncionais, a DVO tende a diminuir com o passar do tempo e trazer consigo várias consequências que são apontadas em estudos de autores como Amoroso *et al.* (2013) e Rodrigues *et al.* (2010) que ressaltam a origem do aparecimento da DTM's, aspectos faciais similares ao envelhecimento devido ao aprofundamento dos sulcos nasogenianos, intrusão dos lábios e projeção do mento, alteração fonética, sensibilidade dentária e doença periodontal ligada a ausência de estabilidade oclusal. Na figura 01 é possível observar tais características.

O tratamento para o restabelecimento da DVO consiste em etapas diferentes dependendo do grau de destruição da estrutura dentária e perda da DVO

(CORDEIRO, 2021). Dantas (2012), De Freitas e Hamblin (2016) e Lira *et al.* (2020) indicam o uso de prótese parcial removível tipo overlay como etapa inicial do tratamento, etapa provisória, pois a mesma irá promover um aumento progressivo da DVO, além de permitir a realização de ajustes, sem necessidade de desgastes dentário, reversibilidade e baixo custo. Diante das limitações financeiras e inviabilidade de realizar implantes, optou-se por esta modalidade terapêutica.

Guaita e Hogl (2016) orientam que a escolha inicialmente para o tratamento é o uso da placa miorrelaxante durante 40 dias, para retorno e avaliação do ganho de DVO, bem como o conforto e função reparado. Já Pacheco *et al.* (2012) abordam em seu estudo uma outra estratégia, de confecção de mini-jig construído a partir de um mock-up em resina acrílica propondo maior estética e com funcionalidade compatível com as demais opções de tratamento durante o período provisório.

Quando a prótese não é suficiente para sanar os problemas que afligem o paciente, um tratamento reabilitador se torna mais invasivo, complexo, a longo prazo e com custos relativamente mais altos que o convencional (PATEL e BENCHARIT, 2009). Por isso para os pacientes que exibem uma condição financeira limitada e que tem uma baixa exigência estética, o tratamento com a PPR Overlay é a melhor alternativa reabilitadora (MATOS *et al.*, 2017).

As próteses parciais do tipo overlays, de um modo geral, podem ser classificadas quanto à estrutura, material utilizado no revestimento oclusal e quanto à função (MATOS *et al.*, 2017). As overlays são portanto, recomendadas para pacientes com dentes severamente desgastados e alterações na dimensão vertical de oclusão (DVO), com o intuito de reconstruir o plano oclusal, restabelecer o equilíbrio oclusal auxiliando para melhor diagnóstico e prognóstico, permitindo o ajuste muscular e conseqüentemente a assentamento oclusal (KLIEMANN *et al.*, 2000).

Todas as características favoráveis associadas a um bom planejamento foi evidenciado neste relato de caso clínico, comprovando ser um procedimento bastante viável para intervenções que buscam como principal objetivo a reabilitação oral, com a satisfação da paciente através da instalação da prótese. Mesmo provisoriamente, foram restabelecidas as condições funcionais e estéticas da paciente.

6 CONCLUSÃO

Foi possível restabelecer adequadamente a DVO perdida, ausência e desgastes dos elementos dentais por meio da confecção da prótese parcial removível do tipo overlay. Sem essa recomposição, possivelmente a reabilitação não alcançaria êxito, visto que o desequilíbrio biomecânico era evidente. O resultado adquirido foi extremamente satisfatório, motivando a paciente, visto que o equilíbrio, funcionalidade e estética foram alcançados.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, C. S. M. et al. Effectiveness of two physical therapy interventions, relative to dental treatment in individuals with bruxism: study protocol of a randomized clinical trial. **BioMed Central**, São Paulo, 15:8, p. 1-8, 2014.
- AMOROSO, A. P. et al. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.34 n.2, p. 09-13, 2013.
- APARICIO, M. C. R. Disfunción temporomandibular: causas y tratamientos. **Revista del Nacional (Itaiguá)**, v.10 n.1, p. 068-091, 2018.
- A fisioterapia e a terapia ocupacional e seus recursos terapêuticos /** Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, p. 1-304, 2022.
- BATAGLION, C. et al. Reestablishment of Occlusion through Overlay Removable Partial Dentures: A Case Report. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v.23 n.2, p. 172-174, 2012.
- BEZERRA, J. R.; SILVA, A. M.; HADDAD, M. F. Avaliação da eficácia do tratamento de bruxismo com placa miorreaxante e aplicação de tens por meio de análise eletromiográfica. **Archives Of Health Investigation**, Alfenas [S. l.], v. 6 n. 8, 2017.
- BONIFÁCIO, T. A. F.; FERREIRA, R. B. VIEIRA, L. D. S. Bruxismo na infância e adolescência: Revisão de literatura. **R Odontol Planal Cent**, Distrito Federal, p. 1-16, 2020.
- BRIGUENTE, G. L. **Placa oclusal como opção de controle para o bruxismo do sono: revisão de literatura**. Programa de graduação em odontologia (bacharelado), Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.
- BRITO, A. C. S.; SANTOS, D. B. F. A importância do Diagnóstico Precoce para o tratamento efetivo do bruxismo: Revisão de literatura. Id do Line. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.14 n. 53, p. 369-380, 2020.
- CABRAL, L. C. et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v.28, n.1, p.41-41, 2018.
- CARVALHO, G. A. O. et al. **Ansiedade como fator etiológico do bruxismo - revisão de literatura**. Research, Society and Development, v. 9 n. 7, p. 1-29, 2020.

CESTO, F. M. et al. Overlay removível como tratamento provisório para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão de paciente bruxista. **RGO, Rev. gaúch. odontol**, vol.63 n.1, p. 95-102, 2015.

CÉZAR, H. F.; SILVA, F. B. Recuperação da dimensão vertical de oclusão com prótese temporária overlay: relato de caso. **Arch Health Invest**, v. 8 n. 6, p. 290-295, 2019.

COELHO, N. C. A. **Restabelecimento de dimensão vertical de oclusão (dvo) através de prótese parcial removível provisória – overlay – relato de caso clínico**. Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas Facsete, Recife, 2018.

CORDEIRO, D. C. F. **Restabelecimento de dvo em pacientes dentados com hábitos parafuncionais: revisão de literatura**. Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, 2021.

COSTA, A. R. O. et al. Prevalência e fatores associados ao bruxismo em universitários: um estudo transversal piloto. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v.74 n.2, p. 120-125, 2017.

DANTAS, E. M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Odonto (São Bernardo do Campo)**, Júlio de Castilhos, v. 20 n.40, p. 41-48, 2012.

DANTAS, C. M. A. **prótese provisória overlay na recuperação da dimensão vertical de oclusão: relato de caso**. Faculdade Sete Lagoas, Mossoró, 2022.

DA SILVA, A. M. S. J.; AMSTUTZ, L. N. **Restabelecimento Da Dimensão Vertical De Oclusão Com Prótese Provisória: Relato De Caso**. Programa de graduação em odontologia (bacharelado), Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife, 2022.

DA SILVA, N. R.; CANTISANO, M. H. Bruxismo: etiologia e tratamento. **Revista brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v. 66 n. 2, p.223-7, 2009.

DAWSON, P. E. **Oclusão funcional: da ATM ao desenho do sorriso**. São Paulo: Santos, 2008.

DE FREITAS, L. C.; Hamblin M. R. Proposed Mechanisms of Photobiomodulation or Low-Level Light Therapy. **IEEE journal of selected topics in quantum electronics**, v. 22 n. 6, 2016.

DE LIMA, D. G. et al. Placas estabilizadoras em pacientes portadores de DTM: relato de dois casos. **Rev Bras Odontol**, v.73 n. 3, p. 261-264, 2016.

DE LIMA, M. C. G. et al. A parafuncionalidade do bruxismo: da intervenção terapêutica multiprofissional ao uso da placa miorrelaxante. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v.3 n.4 p. 8910-8918, 2020.

DINIZ, M. B.; DA SILVA, R. C.; ZUANON, A. C. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**. Sociedade de Pediatria de São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.

FELTRIN, P. P. et al. 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.

FREITAS, R. et al. Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída: utilização de prótese parcial removível atípica (PPR tipo "overlay"). **RGO - Revista Gaucha de Odontologia**, v. 54 n. 2, p. 161-164, 2005.

GALHARDO, A.P.M. et al. Reabilitação oral por meio de prótese parcial removível associada à Barra de Dolder: uma visão interdisciplinar. **RPG - Revista da Pós-Graduação**, v. 15 n. 1, p. 71-6, 2008.

GARBELOTTI, T. O. et al. Effectiveness of acupuncture for temporomandibular disorders and associated symptoms. **Revista Dor**, São Paulo, v.17 n.3, p. 223-227, 2016.

GONÇALVES, L. P. V.; DE TOLEDO, O. A; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15 n. 2, p. 97-104, 2010.

GUAITA, M.; HOGI, B. Current Treatments of Bruxism. **Curr Treat Options Neurol**, v.18 n.10, 2016.

HARPER, R. P.; MISCH, C. E. Clinical Indications for Altering Vertical Dimension of Occlusion. **Quintessence Int.** v. 31 n.4, 2000.

KLIEMANN, C. et. al. Restabelecimento do plano oclusal e da oclusão dos dentes posteriores com macroapoios em Prótese Parcial Removível. **Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial PCL**, v.2 n. 6, p. 56-64, 2000.

LEITE, J. M. D. S. **Uso de placa miorrelaxante no tratamento de DTM - relato de caso**. Faculdade Sete Lagoas, João Pessoa, 2019.

LIMA, M. A. **Reabilitação oral em paciente com bruxismo**. Faculdade Sete Lagoas, Curitiba, 2017.

LIRA, J. V. S. et al. **Uso de macroapoio para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: relato de caso**. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*, p. 1-6, 2020.

LOAIZA, G. A. L. **Diagnóstico e tratamento do bruxismo em pacientes jovens revisão bibliográfica**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU, Gandra, Portugal, 2019.

LOBBEZOO, F. et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **Journal of Oral Rehabilitation**, n.40 v.11, p. 837-844, 2018.

LOBO, A. C. V.; SILVA, A. L. R. D. S. D. **Eficácia da toxina botulínica no tratamento do bruxismo: revisão de literatura**. Universidade Estadual Paulista – UNESP, São José dos Campos, 2023.

LOPES, M. **Uso de prótese provisória do tipo overlay para restabelecimento de dvo: revisão da literatura**. Programa de graduação em odontologia (bacharelado), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

MARQUES, A. C. et al. Avaliação da eficácia do tratamento de bruxismo com placa mio-relaxante e aplicação de TENS. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37 n. 1, p. 09-16, 2016.

MATOS, J. D. M. D. et al. **Utilização de prótese parcial removível overlay na reabilitação oral: revisão narrativa**. *Journal of Dentistry & Public Health (inactive / Archive Only)*, v. 8 n.2, p. 51–57, 2017.

MENGATTO, C.M.; COELHO-DE-SOUZA F.H.; DE SOUZA JUNIOR O.B. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 22 n.8, p. 71-77, 2016.

MESQUITA, C. L. Et al. Bruxismo Na Dentição Decídua: Uma Revisão De Literatura. **Revista da Mostra de Iniciação Científica e Extensão**, v.4 n.1, 2018.

MORAIS, D. C. et al. Bruxismo e sua relação com o sistema nervoso central: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 72 n. 1/2, p. 62-65, 2015.

MOTA, I. G. et al. Estudo transversal do autorrelato de bruxismo e sua associação com estresse e ansiedade. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 50, p. 1-10, 2021.

MUKAI, M. K. et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **RPG Revista pós-grad**, v.17 n.3, São Paulo, p. 167-172, 2010.

NAHÁS-SCOCATE, A. C. R. Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas**, São Paulo, v. 66 n. 1, p. 18-22, 2012.

PACHECO, A. F. R. et al. Estratégia para Restabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão com Mini-Jig Estético - Relato de Caso Clínico. **ROBRAC Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 21 n.56, p. 340-350, 2012.

PATEL, M. B.; BENCHARIT S. A Treatment Protocol for Restoring Occlusal Vertical Dimension Using an Overlay Removable Partial Denture as an Alternative to Extensive Fixed Restorations: A Clinical Report. **The Open Dentistry Journal**, v. 30 n. 3, p. 213-218, 2009.

REDDY, S.V. et al. Bruxism: a literature review. **Journal of International Oral Health**, v. 6 n. 6, p. 105-109, 2014.

RIBEIRO, S. D. O. et al. Relação entre desordens temporomandibulares (DTM) e pacientes portadores de próteses parciais removíveis. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.14 n.1, p. 565-570, 2015.

RIBEIRO, T. A.; DE FREITAS, F. C. N. Bruxismo do sono na infância. **Cadernos De Odontologia Do Unifeso**, v. 01 n. 01, p. 101-109, 2019.

RIBONDI, C. R. et al. **Avaliação do espaço articular com o uso de placa estabilizadora através de tomografia computadorizada**. Faculdade Sete Lagoas FACSETE, Belo Horizonte, 2016.

RIOS, A. C. F. C. et al. Uso de prótese provisória tipo overlay como recurso de avaliação funcional em indivíduos com alteração da dimensão vertical de oclusão. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 15 n. 2, p. 135-140, 2016.

ROBALINO, P. J. P.; BRAVO, E. M. G.; DELGADO, M. J. C. El bruxismo conocimientos actuales. Una revisión de la literatura. **RECIAMUC**, v. 4 n. 1, p. 49-58, 2020.

RODRIGUES, C. K. et al. **Bruxismo: uma revisão da literatura**. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, v. 12 n.3, p. 13-21, 2006.

RODRIGUES, R. A. et al. Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional – relato de caso. **IJD International Journal of Dentistry**, Recife, v. 9 n. 2, p. 96-101, 2010.

SHETTY, S. et al. Bruxism: A Literature Review. **The Journal of Indian Prosthodontic Society**, v. 10 n.3, p. 141-148, 2010.

SOUZA, J. E. D. A.; SILVA, E. T. D.; LELES, C. R. Prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 18 n.47, p. 41-48, 2009.

SILVA, K. V. M. D. **Placas de bruxismo: revisão de literatura**. Faculdade Sete Lagoas, Campo Grande, 2022.

SILVA, M. C. V. S. et al. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 455-460, 2001.

TEIXEIRA, M. et al. Bruxismo: O desgaste dental em resposta à interferência Oclusal e ao stress. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.5 n.13, p. 8-3, 1994.

VEIGA, N. et al. Bruxism – Literature review. **International Journal of Dentistry and Oral Health**, v.1 n.5, p. 1-5, 2015.