



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Araçatuba

Departamento de Odontologia Infantil e Social

Rogério Fernando Vidal Junior

*A importância da guia anterior em tratamentos estéticos
na odontologia.*

ARAÇATUBA

2018

Rogério Fernando Vidal Junior

A Importância da guia anterior em tratamentos estéticos na odontologia.



Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Stefan Fiúza Dekon

Araçatuba

2018

Dedicatória

Aos meus pais, Rogério e Eliane

Aos meus pais, Rogério e Eliane, que mesmo nos momentos mais difíceis sempre estiveram do meu lado e nunca me deixaram sozinhos, eles foram minha inspiração e motivo de eu escolher cursar odontologia na UNESP Araçatuba eles que são meus maiores exemplos de pessoas e de profissionais e se eu conseguir ser apenas 10% dos profissionais que eles são eu tenho certeza que terei muito sucesso como cirurgião dentista.

A minha namorada, Bianca Machado Silva

Sem ela não chegaria aqui. Sempre me deu forças e teve paciência comigo todo esse tempo que eu estava na graduação. Eu te amo muito.

Agradecimientos Especiais

Aos meus pais, Rogério e Eliane

Por sempre me apoiarem e me incentivar. Por sempre fazerem de tudo para que pudesse realizar meus sonhos. Palavras não são suficientes para agradecer tudo que vocês significam para mim.

A minha namorada Bianca Machado Silva

Agradeço pelo companheirismo, por sempre estar comigo por acreditar em mim. Se eu estou conseguindo me formar e estar aqui hoje devo muito a ela, inclusive nesse TCC no qual ela me ajudou demais para escrever. Obrigado por me acompanhar nessa jornada que está se encerrando e tenho certeza que irá me acompanhar na próxima jornada que irá se iniciar até porque a próxima jornada viveremos juntos. Te amo muito!

A minha irmã Mariana Gomes Vidal

Obrigado por todo cuidado e apoio que tem por mim e por estar presente em todos os momentos da minha vida.

A minha família

Queria agradecer muito a minha família que sempre foi a minha base, que sempre esteve comigo. Todo mundo fala que sua família é a melhor e eu sou uma dessas pessoas. Acho minha família a melhor por tudo que já presenciei sobre eles, uma família sempre unida, alegre e determinada. Sei que pode aparecer o problema que for que eles estarão do meu lado. Obrigado aos meus avôs, avós, tios, tias, primos e primas.

Ao Pedro Henrique Ribeiro de Andrade (Pit)

Ao meu grande parceiro da faculdade, fizemos quase todas as clínicas juntos, aprendi muito com você nesse tempo, além de ter feito um amigo/irmão para o resto da vida.

A Afonso Castro, Heitor Cecilio e Matheus Gomes, Leonardo Raniel.

Mais que amigos, foram irmãos com quem pude viver muitos momentos que levarei para sempre comigo. Obrigado pela irmandade e por me acolherem. A república Full House sempre será minha segunda casa e ficará para sempre em minha memória.

Ao meu professor orientador Stefan Fiúza Dekon

Obrigado por confiar em mim, pelos ensinamentos que me foi passado, por sempre estar disponível e pronto para ajudar e pela oportunidade de poder trabalhar e aprender mais sobre a parte de pesquisa científica que nossa faculdade oferece.

A turma LIX e LX de Odontologia,

Obrigado pelo companheirismo nessa longa jornada acadêmica, a turma LIX que eu entrei e fiz grande amigos e dividi a agonia e a experiência de começar uma nova jornada e a turma LX que foi uma sala que eu caí de paraquedas e fui muito bem acolhido fazendo vários amigos. Vou levar comigo lembranças de todos vocês que foram como uma segunda família para mim. Vou sentir saudades.

Ao clube do bolinha

Grande amigos que eu fiz na faculdade que compartilham grande momentos e muitas cervejas, seja no bola 7 ou na república acasalar. Grande histórias que irei guardar para sempre comigo.

Aos Pacientes,

Agradeço por depositarem tanta confiança em meu trabalho mesmo sabendo de nossa inexperiência, sempre dispostos a colaborar e pacientes conosco, graças a vocês adquirimos experiências e sabedoria não só pela parte prática da odontologia, mas também a como lidar com o ser humano. A nossa maior satisfação está quando terminamos um trabalho e olhamos para o paciente e ele apresenta um sorriso aberto e feliz pelo resultado. Vocês foram fundamentais para que hoje tornássemos cirurgiões-dentistas. Muito obrigado.

A todos os professores

Pelos ensinamentos que foram ministrados e pela dedicação, contribuindo para minha formação profissional. Cada professor foi fundamental para meu desenvolvimento como pessoa e como profissional. Terei uma dívida eterna com todos.

A todos aqueles que, de alguma forma contribuíram para a minha formação.

Epígrafe

“Nunca jamais desaniméis,

Embora venham

Ventos contrários. ”

Santa paulina

Resumo

A importância da guia anterior em tratamentos estéticos na odontologia. [Trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 2018.

Resumo

Nos tratamentos em odontologia manter uma relação oclusal é de suma importância para se obter sucesso nos procedimentos realizados. Por isso esse trabalho visa esclarecer e explicar as relações oclusais dando maior enfoque nas guia anterior e guia canina nos tratamentos estéticos. Buscando mostrar as implicações clínicas do não uso desses fatores. Foi realizado uma revisão bibliográfica e estudos de casos clínicos mostrando que para se obter sucesso em tratamentos estéticos na odontologia as relações oclusais são de extrema importância e sem o conhecimento delas o tratamento terá complicações que podem ser irreversíveis levando a perda dos procedimentos realizados.

DESCRITORES: Guia anterior, guia canina, oclusão, relação central.

Abstract

The importance of anterior guide in esthetic treatments in dentistry. [Trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 2018.

ABSTRACT

In dental treatments maintaining an occlusal relationship is of paramount importance in order to be successful in the procedures performed. Therefore, this work aims to clarify and explain the occlusal relationships giving greater focus on the anterior guide and canine guide in esthetic treatments. Search for show the clinical implications of not using these factors. A literature review and clinical case studies have been carried out showing that to achieve success in esthetic treatments in dentistry occlusal relationships are extremely important and without their knowledge the treatment will have complications that may be irreversible leading to the loss of the procedures performed.

KEYWORDS: Anterior guide, canine guide, occlusion, central relation.

Listas e Sumário

Lista de figuras

Figura 1	Caso clínico 1	32
Figura 2	Caso clínico 2	33
Figura 3	Caso clínico 3	34
Figura 4	Caso clínico 4	35
Figura 5	Caso clínico 5	36
Figura 6	Caso clínico 6	37

Lista de abreviaturas e sigla

% = Porcentagem

AE = Aparelho Estomatognático

EO = Estabilidade oclusal

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1. Princípios Oclusais	23
3.1.1. Oclusão Fisiológica.....	23
3.1.2. Mal Oclusão	24
3.1.3 Dez chaves da oclusão	24
3.2. Danos ao periodonto.....	25
3.3. Estabilidade Oclusal	26
3.4. Movimentos mandibulares	26
3.5 Oclusão mutuamente protegida	27
3.6. Guia anterior.....	27
3.6.1. Significado guia anterior	27
3.6.2 Funções da guia anterior.....	27
3.6.2 Tratamentos estéticos levando em conta a guia anterior	28
3.6.3. Personalização da guia anterior	28
3.6.4. Problemas causados por falta de uma guia anterior adequada	29
3.7. Falha em implantes.....	29
4. CASO CLÍNICO	32
4.1 Primeiro caso clínico	32
4.2 Segundo caso clínico	33
4.3 Terceiro caso clínico.....	34
4.4 Quarto caso clínico	35
4.5 Quinto caso clínico	36
4.6 Sexto caso clínico	37
5. CONCLUSÃO.....	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

A grande exigência por padrões estéticos e crescentes preocupações com a saúde e bem-estar do indivíduo, fez com que vários setores relacionados à saúde sofressem modificações e crescessem, como é o caso da odontologia. Atualmente existe uma grande demanda de pessoas em busca de tratamentos estéticos odontológicos e preocupados com a saúde bucal (PONTONS-MELO JC, 2007).

A busca por tratamentos que visem mudanças estéticas pode englobar vários aspectos relacionados à saúde, como patologias crônicas. Um exemplo desse tipo de patologia, pode ser o bruxismo, que causa um grande desgaste em dentes anteriores levando a uma desarmonia estética. Porém, mesmo que para estabelecer a estética agradável aos dentes, se faça necessário tratamentos relacionados à saúde bucal, o cirurgião dentista pode receber pacientes que apenas busquem tratamentos estéticos, como mudanças na cor e formato dos dentes. O dentista não pode levar em conta apenas as exigências do paciente, ele deve examinar a saúde bucal do paciente no geral, para então escolher o tratamento ideal, que vise uma solução completa do problema (estético/saúde), sem negligenciar etapas importantes do tratamento, como restabelecer uma oclusão ideal ou funcional para o paciente, levando em conta a dimensão vertical, relação centrada, lateralidade e a guia anterior (PONTONS-MELO JC, 2007).

A guia anterior, juntamente com a guia canina, relação Centrada e a dimensão vertical de oclusão constituem-se nos princípios oclusais básicos que orientam os procedimentos reabilitadores (MATSUMOTO et al., 1996). Uma guia anterior efetiva atua evitando e prevenindo as indesejáveis interferências posteriores, que contribuem para um estado de descoordenação e hipercontração muscular. A reconstituição e ou manutenção de uma guia anterior que funcione é fator determinante para o sucesso de uma reabilitação oral, já que mais do que restabelecer os dentes o objetivo final é reabilitar o sistema neuromuscular em sua totalidade. A guia anterior, a relação Centrada, a dimensão vertical de oclusão e a guia canina exercem um papel fundamental no restabelecimento da oclusão, sendo fatores críticos para o sucesso ou fracasso das reabilitações orais. Portanto, a guia anterior atua como uma determinante móvel da

morfologia oclusal, e tem extrema importância quando se pensa em restaurar uma oclusão (HENRIQUES, 2003).

O equilíbrio é a característica mais importante da harmonia anatômica e funcional. Todo sistema 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 que são os seus dentes antagonistas e dentes vizinhos (DAWSON, 2008).

Para se realizar um diagnóstico e um plano de tratamento é necessário entender que um equilíbrio em todos os aspectos do sistema mastigatório exige conhecimentos de anatomia e fisiologia do sistema (DAWSON, 2008).

A partir dessas informações, o presente estudo visa fundamentar a importância das relações oclusais com maior atenção a guia anterior para o sucesso de tratamentos estéticos odontológicos, através de uma ampla revisão em bases científicas que abordem o conceito e a importância da guia dos conceitos de oclusão e dos problemas causados por negligenciar esses quesitos, além da apresentação e estudo de casos clínicos.

2. Objetivos

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivos discutir as vantagens e a impotância das relações oclusais na odontologia, dando enfoque para guia anterior e guia canina em tratamentos estéticos em dentes anteriores. Mostrando as implicações vantajosas e desvantajosas em caso de uso ou não desses conceitos, através de revisão de literatura e apresentação de casos clínicos.

3. Revisão de Literatura

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Princípios Oclusais

Oclusão estuda as relações de intercuspidação dentária e movimentos mandibular entre as superfícies oclusais, e entre estas e todos os demais componentes do Aparelho Estomatognático - AE (DAWSON, 2008). O contato entre os dentes da maxila e da mandíbula em todas as posições e movimentos mandibulares é chamado de oclusão dentária. É o resultado do controle neuromuscular dos componentes do sistema mastigatório (SÁ FILHO, 2002).

Para poder realizar tais ajustes é imprescindível fundamentar conceitos sob ponto de visto odontológico. Primeiro, deve-se conceituar a guia, que é definida como o caminho pelos quais determinados elementos anatômicos deslizam harmonicamente sobre outros elementos anatômicos, então para se obter um guia, são necessários alguns movimentos que são eles na mandíbula: lateralidade, protrusão, retrusão. A guia anterior é quando os dentes inferiores anteriores deslizam pela concavidade palatina dos dentes anteriores superiores, desocluidando os posteriores. Relação central é a relação maxilo mandibular na qual os dois côndilos articulam-se com a porção avascular mais fina de seus discos respectivos com o complexo na posição mais posterior e superior, contra as eminências articulares. Guia canina é quando em movimento de lateralidade da mandíbula o canino inferior desliza na concavidade palatina do canino superior, desocluidando os demais dentes, tanto do lado de trabalho quanto do lado de balanceio. Lado de trabalho é o lado para onde a mandíbula está se deslocando durante um movimento lateral da mandíbula. Lado de balanceio é o lado oposto para onde a mandíbula está se deslocando durante um movimento lateral da mandíbula. Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) refere-se a uma medida no plano vertical; que estabelece a relação entre a maxila e mandíbula quando os dentes posteriores, tanto do arco superior quanto do inferior, estão ocluídos. A curva de Spee é um alinhamento dos dentes visto lateralmente. Sua importância está relacionada à estabilidade das arcadas e aos movimentos funcionais da mandíbula que poderão sofrer alterações. Já a curva de Wilson tem um sentido vestibulo-lingual e relaciona-se aos movimentos de lateralidade e à mastigação (OKESON 2008).

3.1.1. Oclusão Fisiológica

Uma oclusão é fisiológica quando apresenta equilíbrio entre os determinantes anatômicos e as unidades fisiológicas do AE, não gerando patologias aos tecidos.

Entretanto na presença de desarmonia a oclusão será patológica, podendo gerar patologias aos tecidos (DAWSON, 2008).

3.1.2. Mal Oclusão

É considerada mal oclusão os contatos oclusais antagônicos dos dentes em desarmonia, com os componentes anatômicos e unidades fisiológicas do AE. O termo mal oclusão significa dentes mal posicionados ou desalinhados. Muitas pessoas apresentam uma má oclusão, mas se adaptam a ela não apresentando sinais patológicos sendo assim uma oclusão fisiológica (FERNANDES NETO, 2006).

A má oclusão pode causar as seguintes condições: sensibilidade pulpar e periodontal, mobilidade dentária, falta de estabilidade (por ausência de contatos proximais, extrusão dentária, migrações.), alinhamento dentário deficiente (apinhamento ou giroversões), injúrias estruturais (fraturas, rachaduras, desgaste, reabsorção radicular, abfração), espessamento do ligamento, destruição periodontal relacionada, ausência de dentes, função deficiente (mastigação, deglutição, fonação), e estética desfavorável (OKESON, J.P, 2000).

Na classe I, há uma relação ântero-posterior normal, observada pela relação molar, sendo assim as anomalias encontradas são apenas de posição dentária, na qual os problemas oclusais são de apinhamentos, diastemas, más posições dentárias individuais, mordida aberta, mordida profunda, mordida cruzada.

A classe II de Angle é quando a cúspide disto-vestibular do primeiro molar permanente superior oclui com o sulco mesio-vestibular do primeiro molar inferior. Os inferiores estão em posição posterior em relação aos superiores.

Já a classe III de Angle ocorre uma relação anterior da mandíbula quanto a maxila (FERREIRA,1998).

3.1.3 Dez chaves da oclusão

A primeira das dez chaves de oclusão é a relação molar, em que a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui no sulco mesio-vestibular do primeiro molar inferior.

A chave dois é a angulação mesio-distal dos dentes, e significa que as porções gengivais dos longos eixos de todas as coroas ficam mais distais que as porções incisais.

Esta angulação é o resultado da atuação de forças provenientes da musculatura mastigatória.

A chave três é representada pela inclinação vestibulo-lingual.

A chave quatro consta que às áreas de contato interproximal tem que ser rígidas. Significa que não deve haver espaços entre os dentes e, se perdido esse contato, levará há uma quebra do equilíbrio entre os dentes, ocasionando traumas para o lado das estruturas de suporte dental.

A chave cinco representa conformação dos arcos dentais. Existem diferentes relatos entre os autores que o consideram elíptico, parabólico, em V, em U, circular, em elipse,

A chave seis é titulada como ausência de rotações dentais.

A chave sete refere-se à curva de Spee. Esta curva corresponde à linha que une o ápice das cúspides vestibulares dos dentes superiores.

A chave oito é relativa às guias de oclusão dinâmica. Para obter uma oclusão normal alguns quesitos têm que ser obedecidos como não haver interferência nos dentes posteriores no lado de trabalho nos movimentos de lateralidade (guia canino) e nos movimentos de protrusão (guia anterior). Além de precisar estabelecer que as resultantes das forças oclusais devem seguir uma direção axial; deve haver estabilidade mandibular.

A chave nove é o equilíbrio dental. Qualquer tratamento, mesmo o puramente estético, deve levar em consideração as forças funcionais provenientes dos dentes, ligamentos, músculos mastigadores e da mímica, da língua.

A chave dez é a harmonia facial. A harmonia das linhas faciais e o equilíbrio entre suas partes, incluindo os dentes, é determinante para se atingir uma oclusão normal (FERREIRA,1998).

3.2. Danos ao periodonto

A saúde periodontal está ligada a uma oclusão ideal ou funcional alguma deficiência na oclusão pode levar a patologias. Para que o periodonto permaneça saudável no que se refere ao seu metabolismo, fazem-se necessários estímulos mecânicos a partir das forças oclusais da atividade funcional. Desse modo, quando tais estímulos funcionais são insuficientes, há degeneração do periodonto, ocorrendo

mudanças como diminuição da largura do ligamento periodontal, aumento da espessura do cemento e perda óssea (DAWSON, 2008).

3.3. Estabilidade Oclusal

Estabilidade oclusal – EO é a estabilidade dada à mandíbula em relação à maxila pela intercuspidação simultânea das cúspides funcionais. É fundamental na preservação da saúde neuromuscular, ATMs, oclusão dentária e periodonto (FERNANDES NETO, 2006).

Existem cinco requisitos para o equilíbrio do sistema mastigatório. São eles: 1 - ATMs estáveis e confortáveis (mesmo quando carregadas); 2 - Guia anterior em harmonia com os movimentos funcionais mandibulares; 3 - Ausência de interferências nos dentes posteriores (contatos de mesma intensidade em relação cêntrica e desocclusão posterior quando o côndilo sai da relação cêntrica). 4 - Todos os dentes em harmonia vertical com o comprimento contraído repetitivo dos músculos de fechamento. 5 - Todos os dentes em harmonia horizontal com a zona neutra. Esses requisitos são a base do processo para tomar as decisões de todo tratamento oclusal (DAWSON 2008).

Hoje em dia, é definido equilíbrio oclusal como a obtenção de contatos oclusais em que prevaleçam as resultantes de forças no sentido axial. As resultantes horizontais da força de oclusão são problemáticas, pois geram movimento, comprometendo a estabilização dentária e mandibular, devendo então haver distribuição de contatos pelos planos inclinados dos dentes, em direções opostas, de forma que se anulem. Da mesma forma, há necessidade de que se distribua a oclusão sobre todos os dentes posteriores para que haja contatos bilaterais simultâneos não ocorrendo a sobrecarga em determinadas regiões ou desvios mandibulares que gerem forças sobre poucos dentes (OKESON, 2008).

3.4. Movimentos mandibulares

Os movimentos da mandíbula ocorrem em 3 dimensões: para cima e para baixo (abertura e fechamento), para frente e para trás (protrusão e retrusão) e, direita e esquerda (movimentos de lateralidade). Os côndilos giram ao redor de eixos: horizontal, vertical e sagital. (SANTOS JUNIOR, 1998).

A mandíbula tem quatro movimentos distintos:

-Rotação – rotação pura, abertura e fechamento.

- Laterotrusão – uma cabeça da mandíbula rotaciona enquanto a outra translada.
- Protrusão – ambas as cabeças da mandíbula vão para frente.
- Transdução – movimento exclusivamente lateral. (FERNANDES NETO, 2006).

3.5 Oclusão mutuamente protegida

A desocclusão dos dentes posteriores durante os movimentos mandibulares garante a preservação dos mesmos. Assim, quando a guia anterior não é efetiva ou é mal reconstituída pode se levar a destruição da oclusão. O relacionamento entre os dentes anteriores no desempenho de variadas funções deve ocorrer de forma equilibrada para obtenção da oclusão mutuamente protegida. Os dentes que compõem a guia anterior se comportam como “guardiões” para os dentes posteriores (MCHORRIS, 1989).

- **Nos movimentos de lateralidade:** É quando os caninos se tocam somente no lado de trabalho e todos os outros dentes da arcada desocluem.
- **Nos movimentos de protrusão:** É quando os incisivos se tocam, desocluidendo assim, todos os outros dentes da arcada.
- **Nos movimentos de fechamento de boca:** É quando os dentes posteriores se tocam antes dos anteriores (OKESON, 2008).

3.6. Guia anterior

3.6.1. Significado guia anterior

A guia anterior é quando os dentes inferiores anteriores deslizam pela concavidade palatina dos dentes anteriores superiores, desocluidendo os posteriores (OKESON 2008).

Fisiologicamente a guia anterior é produzida em função dos movimentos mandibulares, coordenados pelos músculos e por arcos reflexos condicionados. Uma vez perdida, só pode ser reconstituída a partir dos movimentos excêntricos determinados pelos arcos reflexos dos músculos que movimentam a mandíbula a partir da posição de relação cêntrica (HENRIQUES, 2003).

3.6.2 Funções da guia anterior

As funções básicas da guia anterior são a incisão dos alimentos, fonética, estética e proteção dos posteriores durante a mastigação, por meio da oclusão mutuamente protegida, sendo talvez um dos fatores de maior valor nas reabilitações orais (SPYRIDES et al, 2008).

3.6.2 Tratamentos estéticos levando em conta a guia anterior

Em tratamentos estéticos, o aspecto funcional deve ser considerado para que o sucesso seja alcançado. O profissional deve estar atento as expectativas do paciente e ao correto funcionamento do sistema estomatognático quando se pensa em reabilitação oral. Uma guia anterior efetiva deve ser capaz de evitar contatos nos dentes posteriores durante as excursões mandibulares. Com o correto estabelecimento da guia, busca-se o equilíbrio do sistema neuromuscular e da ATM, e conseqüentemente um tratamento mais duradouro e estável (MATSUMOTO et al., 1996). Devido ao fato de que uma guia anterior não estabelecida pode causar problemas como contatos prematuros que podem causar reabsorção óssea, dor e fraturas dos dentes.

Nas reabilitações orais, deve-se considerar que a força mastigatória de maior intensidade deve incidir nos dentes posteriores, deixando aos dentes anteriores a função de desocclusão. Isto porque nos anteriores a força não está direcionada ao longo eixo do dente, podendo levar a uma sobrecarga causando trauma aos elementos dentais e periodonto (MIRANDA, 1989).

A guia anterior, é um princípio básico para realizar reabilitações orais. A partir da afirmação de que nos casos onde a guia anterior está corretamente estabelecida existe um estado de normalidade da fisiologia do sistema neuromuscular e ATM, sem causar danos aos dentes e periodonto (HENRIQUES, 2003).

As mudanças adaptativas deveriam sempre ser avaliadas como respostas ao desequilíbrio. As tentativas do corpo para corrigir o desequilíbrio do corpo serão benéficas ou destrutivas dependendo da resistência ou da resposta dos tecidos e partes do sistema alterados. E isso levando em conta tratamentos estéticos pode levar a perda total dos procedimentos realizados (DAWSON, 2008).

3.6.3. Personalização da guia anterior

Para personalizar uma guia anterior, o procedimento em questão deverá ser feito diretamente na boca do paciente, uma vez que a guia anterior é determinada por ação muscular e movimentos mandibulares, sempre a partir da posição de relação cêntrica. Até mesmo os articuladores não são capazes de reproduzir uma guia anterior. Isso mostra perfeitamente que as determinantes posteriores não determinam parâmetros para reconstituição da guia anterior. Dessa forma, as determinantes posteriores e a guia anterior são coisa diferentes uma da outra, porém as duas devem sempre estar em equilíbrio (HENRIQUES, 2003).

Para realizar a confecção da guia anterior, o paciente deverá fazer movimentos de protrusão com a mandíbula raspando um papel carbono entre os dentes anteriores superiores e inferiores. Para verificar contatos prematuros que impeçam ou interfiram o movimento de ser realizado. Se existir alguma interferência será necessário realizar desgaste nesses pontos até obter movimentos sem interferência para assim ter uma guia anterior adequada.

A personalização da guia anterior facilita a comunicação entre o laboratório e o profissional, de modo que o trabalho confeccionado adquira as mesmas características das restaurações provisórias já ajustadas, facilitando assim as etapas de ajuste oclusal das próteses definitivas. A guia anterior é fundamental para a harmonia da desocclusão durante os movimentos protusivos e retrusivos, evitando danos através de uma oclusão mutuamente protegida (HENRIQUES, 2003).

3.6.4. Problemas causados por falta de uma guia anterior adequada

Não realizar uma guia anterior pode levar as seguintes condições: sensibilidade pulpar e periodontal, mobilidade dentária, falta de estabilidade, alinhamento dentário deficiente (apinhamento ou giroversões), injúrias estruturais (fraturas, rachaduras, desgaste, reabsorção radicular, abfração), espessamento do ligamento, destruição periodontal, ausência de dentes, função deficiente (mastigação, deglutição, fonação) e considerações estéticas (OKESON, J.P, 2000).

3.7. Falha em implantes

Os implantes osseointegrados, diferentemente dos dentes naturais, por não possuírem ligamento periodontal reagem biomecanicamente de forma diferente à força oclusal. Quando submetidos à carga oclusal, a compressão e a deformação do ligamento periodontal podem fazer a diferença na dissipação de forças quando comparados aos implantes osseointegrados. Dessa forma, acredita-se que os implantes sejam mais propensos à sobrecarga oclusal, o que pode resultar em perda óssea periimplantar e falha do conjunto implante prótese e fratura da prótese. A sobrecarga pode influenciar a uma menor longevidade do implante. Por isso, é importante estabelecer a oclusão levando em conta os limites fisiológicos para obter o sucesso do implante em longo prazo (KIM., 2005).

4. CASO CLÍNICO

4. CASO CLÍNICO

4.1 Primeiro caso clínico

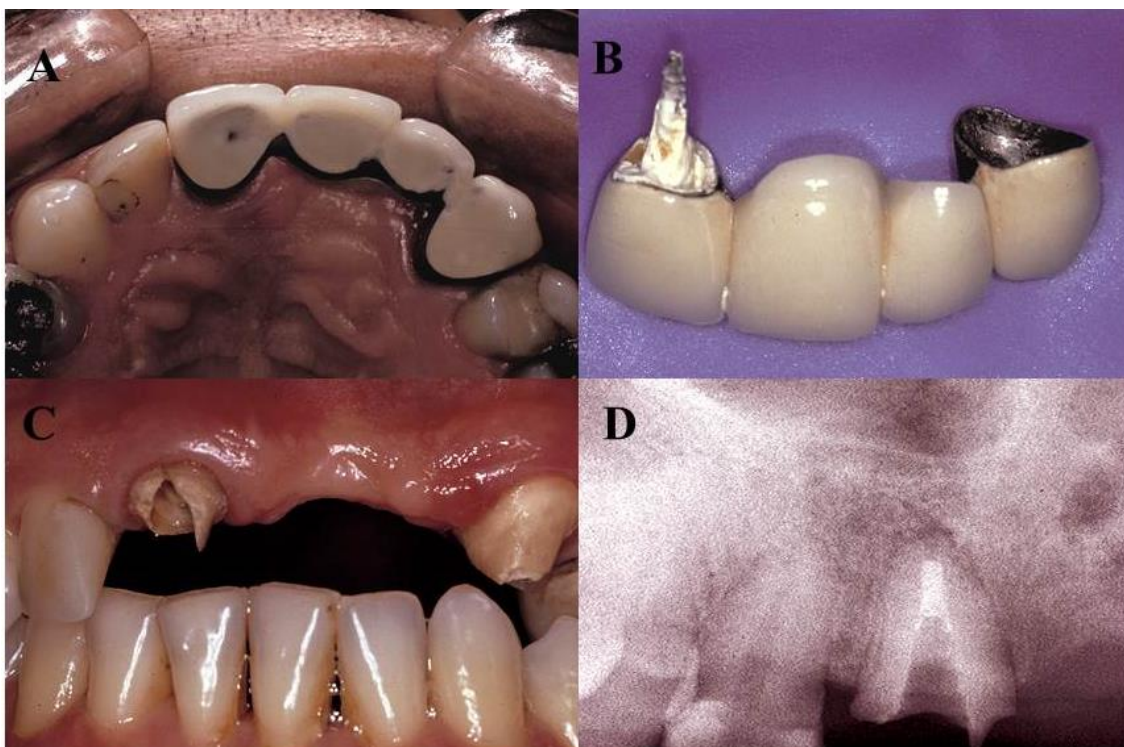


Figura 1 – Caso clínico 1, mostra fratura de uma prótese de quatro elementos.

No caso clínico 1, é observado fratura de uma prótese de quatro elementos devido a falta de ajuste oclusal e da não realização de uma guia anterior. Na figura 1A nota-se deslocamento da prótese além de pontos de contatos oclusais excessivos causando danos a estrutura. Na figura 1B é mostrado a prótese fora da boca do paciente.

Na figura 1C mostra a boca do paciente sem a prótese, na qual pode ser visto fratura de um dos pilares devido a força excessiva que incidiu sobre ele, força essa causada por deficiência na realização de uma guia anterior.

Radiograficamente, na figura 1D, é notado a fratura de um dos pilares, que ocorre por falta de ajustes oclusais que levaram ao insucesso do tratamento.

4.2 Segundo caso clínico

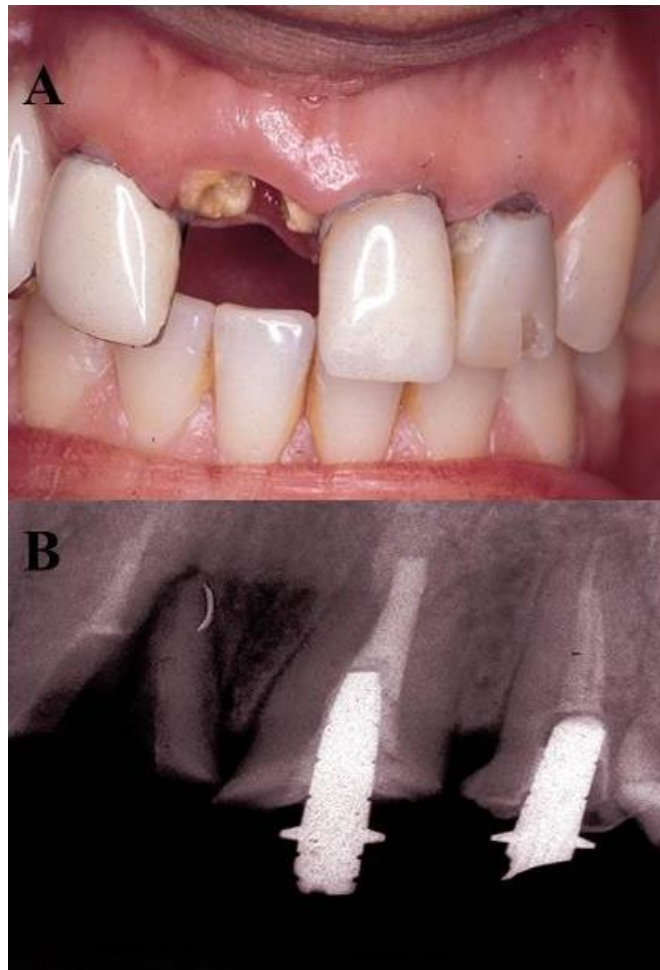


Figura 2 – Caso clínico 2, mostra a fratura de uma prótese de um elemento.

No caso clínico 2, é notado uma fratura de uma prótese de um elemento, mostrando que essa falha ocorre em prótese com múltiplos elementos e de um elemento. Esta prótese (figura 2A), teve insucesso devido a falta da realização da guia anterior levando a contatos prematuros em movimentos de protusão, abertura e fechamento da boca. Pode ser observado na radiografia a área de fratura (Figura 2B).

4.3 Terceiro caso clínico

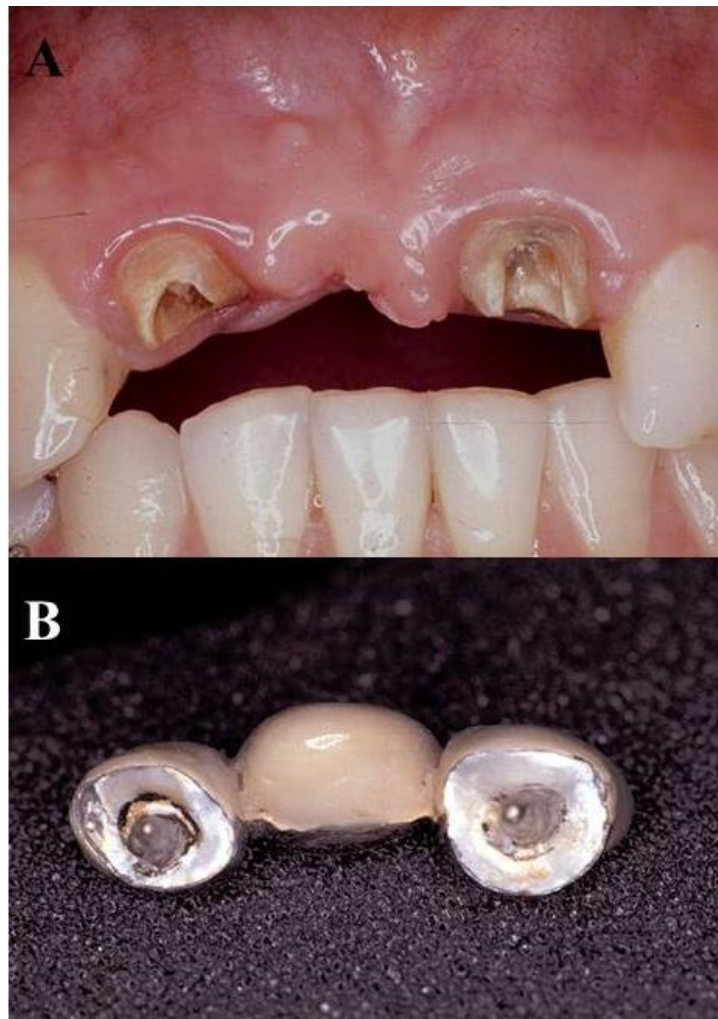


Figura 3 – Caso clínico 3, mostra a fratura de uma prótese de três elementos.

No terceiro caso clínico ocorreu uma falha no tratamento que levou ao descolamento e fratura da prótese de três elementos devido a contatos prematuros em movimentos de protusão causado por uma falta de ajuste oclusal e da realização de uma guia anterior. Na figura 3A é mostrado a fratura dos pilares que sustentavam a prótese enquanto na figura 3B mostra a prótese fora da boca do paciente na qual pode observar pedaços do dente que fraturaram e ficaram presos a prótese.

4.4 Quarto caso clínico



Figura 4 – Caso clínico 4, mostra o fracasso de uma prótese, devido a força existir somente sob um elemento.

O caso 4, diferencia-se dos demais casos pois nele ocorre contato da prótese em apenas um dente. Não ocorrendo uma distribuição normal das forças. O contato ocorre somente entre os dentes 21 e 31 (figura 4B 4C) o que leva a um deslocamento da prótese criando uma ameia entre os dentes 21 e 22 (figura 4C), quando o ideal é que em movimentos de protusão ocorra contatos entre todos dentes anteriores sem interferências e força excessiva. Radiograficamente na figura 4D, observa-se fratura de um dos pilares da prótese. O insucesso deste tratamento ocorreu devido a falta da realização de ajustes oclusais como a guia anterior que fez ocorrer contatos mal distribuídos, levando ao deslocamento e fratura da prótese.

4.5 Quinto caso clínico

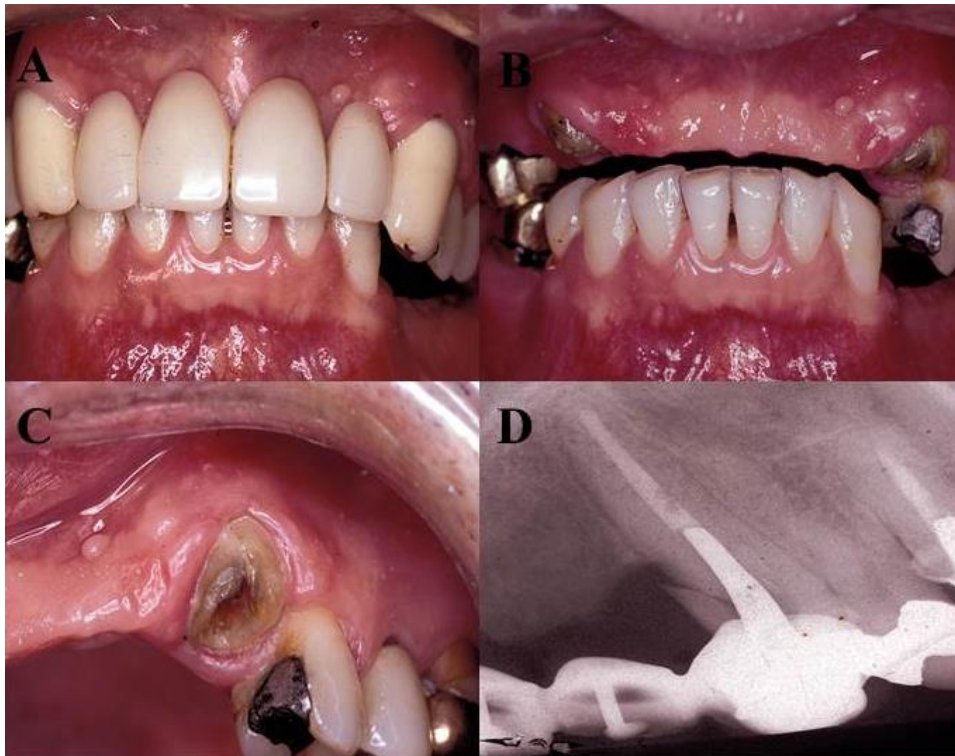


Figura 5 – Caso clínico 5, representa o insucesso de uma prótese devido à fratura de um dos pilares.

No quinto caso clínico mostra uma prótese muito extensa (seis elementos) sobre apenas dois pilares de sustentação (figura 5A). O insucesso deste tratamento teve dois motivos, o excesso de força sobre poucos pilares e a falta da realização de uma guia anterior adequada. Nas figura 5C pode-se ver fratura de uns dos pilares que é melhor ilustrado na radiografia (figura 5D).

4.6 Sexto caso clínico

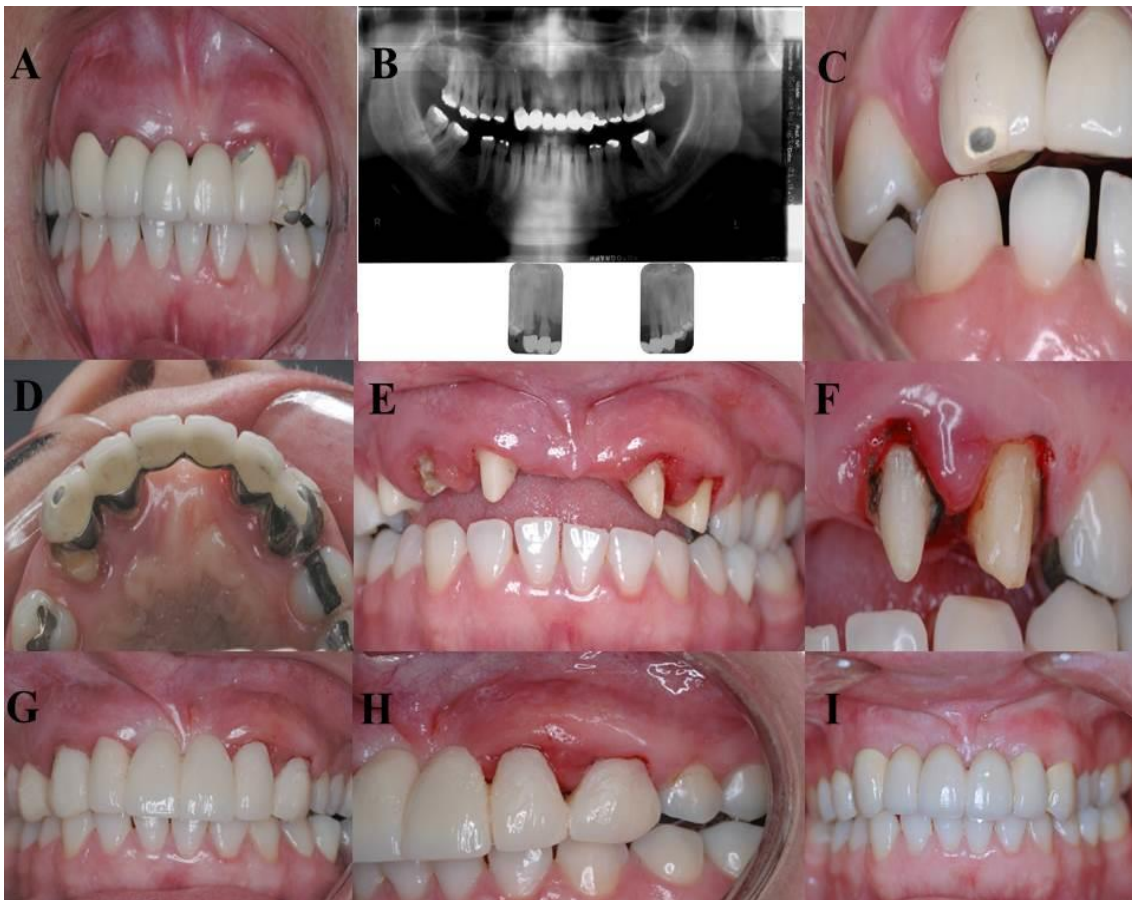


Figura 6 – Caso clínico 6, mostra as etapas de um tratamento odontológico, no qual foi refeita a prótese, por haver danificações (contatos prematuros).

As figuras 6A, 6C, 6D mostram o estado inicial da prótese, com fortes desgates, levando a perda da cerâmica e exposição do metal. Isso ocorreu por uma falha no ajuste oclusal e na realização da guia anterior, o que levaram ao insucesso do tratamento. Além destes erros na figura 6F é observado ameia inflamada por falta de espaço para higienização. Então para realizar este tratamento foi necessário refazer os preparos (figura 6E) e confecção de provisórios (figura 6G).

Na figura 6H é mostrado que para confecção dos provisórios foi deixado espaço para o paciente realizar a higiene e recuperar o tecido periodontal.

O final deste caso é ilustrado na figura 6I, na qual mostra sucesso do tratamento, uma vez que foi levado em consideração os fatores oclusais, em especial a guia anterior.

6. Conclusão

5. CONCLUSÃO

O estabelecimento de uma oclusão mutuamente protegida favorece o sistema de alavancas, a atividade muscular e o funcionamento articular. Portanto a reconstituição de uma oclusão ideal levando em conta a guia anterior e canina que funcione é fator decisivo para o sucesso de uma reabilitação oral, seja ela sobre dentes naturais ou sobre implantes, principalmente se entendermos que não estamos apenas reabilitando dentes, mas sim um complexo sistema neuromuscular. Levando tudo isso em conta pode ser evitado fraturas dentais ou protéticas em tratamentos estéticos além de danos ao periodonto, migração dental, lesão pulpares e sensibilidade. A oclusão é um dos principais fatores a serem avaliados em tratamentos odontológicos sendo a base para o sucesso de qualquer procedimento realizado.

6. Referências bibliográficas

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Henriques SEF. Reabilitação oral. Filosofia: planejamento e oclusão. São Paulo: Santos, 2003.
- (2) Kim Y, Oh T, Carl EM, Wang H. Occlusal considerations in implant therapy: clinical guidelines with biomechanical rationale . Clin Oral Impl Res, 2005, 16(1):26-35.
- (3) Matos D, Girundi FMS. A importância da guia anterior em prótese fixa convencional e sobre implantes. Forma de obtenção e transferência ao trabalho definitivo. Disponível em:
http://www.iesposgraduacao.com.br/_downloads/%7BC1DFED94-3257-4EA7-906A-EA546BB34424%7D_artigo_daniele.pdf. Acesso em: 04 de Maio de 2018.
- (4) Matsumoto W, Santos LPR, Novais PMR. O papel funcional da guia anterior na reabilitação oral. Rev Bras Odont, 1996, 53(4):2-5.
- (5) Mchorris WH. Focus on anterior guidance. J Gnathol, 1989, 8(1):3-13.
- (6) Miranda ME. A importância da guia anterior na reabilitação oral. Rev Gaucha Odontol, 1989, 37(5):376-383.
- (7) Pontons-Melo JC, Furuse AY, Freitas CA, Mondelli J: Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma sequência lógica e conservadora. Rev dental press estét. 2007, 4: 39-49.
- (8) Spyrides GM, Spyrides SM, Chávarry, NGM. A guia anterior no estudo da oclusão. J Bras Odontol Clín, 1998, 2(11):47-55.
- (9) DAWSON, Peter E. Oclusão funcional: da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo: Santos, 2008.
- (10) FERNANDES NETO, A.J. Roteiro de estudo para iniciantes em oclusão. Universidade Federal de Uberlândia, 2006. 151p.
- (11) OKESON, J.P. Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- (12) OKESON, J.P. Tratamento das distúrbios temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- (13) FERREIRA, F. V. Ortodontia; diagnóstico e planejamento terapêutico. São Paulo, Artes Médicas, 1998.
- (14) SÁ FILHO, Floriano Peixoto Gomes. Fisiologia oral. São Paulo: Santos, 2004.

(15) SANTOS JUNIOR, Jose dos. Oclusão: princípios e conceitos. 5. ed. São Paulo: Santos, 1998.