

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE ODONTOLOGIA

ANNA THEREZA SANTOS PENHA FONTENELLE

GUIA CANINA COMO CHAVE DE OCLUSÃO:
revisão de literatura

São Luís
2021

ANNA THEREZA SANTOS PENHA FONTENELLE

GUIA CANINA COMO CHAVE DE OCLUSÃO:

revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Ma. Denise Fontenelle Cabral Coelho.

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Fontenelle, Anna Thereza Santos Penha

Guia canina como chave de oclusão: revisão de literatura. /
Anna Thereza Santos Penha Fontenelle. __ São Luís, 2021.
55f.

Orientador: Profª. Ms. Denise Fontenelle Cabral Coelho.
Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de
Odontologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior
Dom Bosco – UNDB, 2021.

1. Oclusão dentária. 2. Dente canino. 3. Resinas dentárias.
I. Título.

CDU 616.314.26

ANNA THEREZA SANTOS PENHA FONTENELLE

GUIA CANINA COMO CHAVE DE OCLUSÃO:

revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 16 / 06/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Denise Fontenelle Cabral Coelho (Orientadora)

Mestre em Odontologia

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Profa. Ma. Marcela Mayana Franco Cavassana

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Prof. Me. Mário Gilson Nina Gomes

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

À minha família e Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Maria por ter andando de mãos dadas comigo nessa caminhada árdua de muitas tristezas e alegrias que souberam me acalantar nos momentos que andei pelos vales, como um bom pai e uma boa mãe com seu infinito amor e misericórdia.

Agradeço ao apoio da família que não mediram esforços para a realização deste sonho. Aos meus amigos, que tiveram nessa trajetória de altos e baixos e que com certeza levarei ao longo da vida.

Aos meus colegas de faculdade que acompanharam meu caminho para chegar nessa reta final e a Cíntia Matos e Ítalo Oliveira que ajudaram a desenvolver este trabalho. E a minha dupla Nathalia Cosson Cortez, que juntas vivemos grandes desafios da graduação e que grande honra iremos nos formar no tempo do Deus.

Aos meus amigos, "Winx" (Ádila, Daniel de Aquino, Larissa, Fernanda, Leylaine, Marcos Paulo, Rodolfo e Vinnicius) que formamos uma família fora da faculdade e que sempre posso contar para alegrias e que essa vitória é nossa.

A professora Andria Milano San Martins Natividade, por ser uma pessoa na qual me inspiro para crescer profissionalmente, me ensinando e me mostrando os encantos da dentística restauradora. E claro, deixando sua marca fotográfica nesse trabalho.

A minha orientadora Profa. Ma. Denise Fontenelle Cabral Coelho, por aceitar a me orientar nesse lindo trabalho e por sua dedicação exemplar e sem medir esforços na orientação deste trabalho, não poderia escolher alguém melhor para desenvolver esse sonho junto comigo.

E por último, mas não menos importante, agradeço a Diogo que sou extremamente grata por não mensurar esforços para me incentivar a ser uma pessoa/profissional melhor e aguentar os momentos de altos e baixos que tive ao longo da graduação, essa vitória é nossa.

Ó Jesus, meu Amor... minha vocação,
enfim, eu a encontrei, minha vocação é o
Amor!

Santa Terezinha do Menino Jesus

RESUMO

A guia canina é importante para uma oclusão ideal e, assim, para o bom funcionamento do sistema estomatognático. A odontologia vem crescendo e se firmando na área da dentística restauradora, sendo um tratamento simples de ser executado e conservador, com boa indicação para casos de reestabelecimentos de guias. O objetivo deste trabalho é discutir a importância da guia canina e de seu restabelecimento através de restauração direta com resina composta. Foi feito um levantamento bibliográfico nas principais bases de dados utilizando-se as palavras-chave “oclusão dentária” (*dental occlusion*); “dente canino” (*cuspid*); e “resinas dentárias” (*resins, synthetic*). O dente canino anatomicamente se apresenta mais favorável para receber forças oclusais por possuir uma raiz longa e robusta e, quando realizado, dá-se o movimento de lateralidade da mandíbula; os caninos entram em contato proporcionando a desocclusão dos dentes posteriores, originando assim a guia canina. Esta oferece uma dissipação de forças adequada aos dentes posteriores e conseqüentemente diminui a ação de forças dos músculos da mastigação, quando a guia canina é ausente, ela pode ser restabelecida através da dentística restauradora. É necessário que o profissional tenha conhecimento correto sobre a oclusão dentária, incluindo as chaves de oclusão para poder diagnosticar e tratar as más oclusões no dia a dia em seu consultório.

Palavras-chaves: Oclusão dentária. Dente canino. Resinas dentárias.

ABSTRACT

The canine guide is important for an ideal occlusion and, thus, for the proper functioning of the stomatognathic system. Dentistry has been growing and establishing itself in the area of restorative dentistry, being a simple treatment to be performed and conservative, with good indication for cases of reestablishment of guides. The objective of this work is to discuss the importance of the canine guide and its restoration through direct restoration with composite resin. A bibliographic survey was made in the main databases using the keywords “dental occlusion” (dental occlusion); “Canine tooth” (cuspid); and “dental resins” (resins, synthetic). The canine tooth is anatomically more favorable to receive occlusal forces because it has a long and robust root and, when performed, the lateral movement of the mandible occurs; the canines come into contact, allowing the posterior teeth to be dislocated, thus giving rise to the canine guide. This provides adequate dissipation of forces to the posterior teeth and consequently reduces the force action of the masticatory muscles, when the canine guide is absent, it can be reestablished through restorative dentistry. It is necessary that the professional has correct knowledge about dental occlusion, including the occlusion keys to be able to diagnose and treat malocclusions on a daily basis in his office.

Keywords: Dental occlusion. Canine tooth. Self-curing of dental resins.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Imagem representando a guia anterior ou incisiva.....	19
Figura 2	- Imagem representando a guia canina, com oclusão dos caninos superior e inferior do lado direito (lado de trabalho).....	20
Figura 3	- Desocclusão dos elementos dentais devido a guia canina direita	20
Figura 4	- Função em grupo – oclusão de pré-molares do lado de trabalho (esquerdo), com desocclusão dos demais dentes	21
Figura 5	- A imagem mostra a ausência da guia canina do lado direito e a presença de contato dos dentes posteriores	26
Figura 6	- Presença da guia canina, após a sua reconstrução direta com resina composta. Observa-se a desocclusão dentes posteriores.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	Oclusão	14
3.2	Importância da oclusão.....	17
3.3	Guias de desocclusão	18
3.4	Guia canina	21
3.5	Reconstrução da guia canina	23
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE	31
	ANEXO	52

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento da oclusão dentária deve ser colocado em prática para um planejamento adequado, pois quando as relações oclusais são alteradas, o sistema mastigatório trabalha em desarmonia com aumento da atividade muscular, podendo ocorrer um desgaste fisiológico dos dentes vizinhos. Um dos princípios para reabilitar um paciente é o (re)estabelecimento da guia canina, onde apenas os caninos devem se tocar, por possuírem raízes mais extensas e volumosas, suportando assim as forças, e os demais dentes em desocclusão dentária (OKESON, 2013).

O canino é o elemento dental ideal para a realização dos movimentos de lateralidade. Durante o movimento lateral da mandíbula, o contato entre os caninos antagonistas deve possibilitar a desocclusão dos dentes posteriores. Esse deve ser realizado pela guia canina ou auxiliado pelos dentes posteriores (PEGORARO, 2004).

O conceito da guia canina se refere aos movimentos de desocclusão em movimentos laterais realizados pelo lado de trabalho que é, quando as cúspides dos caninos inferiores ocluem com as cúspides dos caninos superiores. E pelo lado de balanceio que é quando o lado oposto ao qual a mandíbula se deslocou desoclui, que irá atuar com a dissipação de forças, e minimizando assim as atividades dos músculos elevadores da mandíbula deste lado. A funcionalidade do trabalho mastigatório não depende só dos dentes, é um processo funcional que é estabelecido com ligamentos e músculos (OKESON, 2013).

Dentro desse contexto, a guia canina é o mais indicado quando se busca uma harmonia oclusal já que o canino apresenta raízes mais longas e largas com uma proporção de coroa/raiz favorável, sendo assim capaz de suportar forças oclusais elevadas. Apesar da guia canino ser o mais adequado, cada pessoa possui sua anatomia dental própria e, na ausência do guia canino, é necessário que se consiga uma oclusão menos traumática para se ter uma menor possibilidade de danos (PAIVA, 2008).

Durante o movimento mandibular na fase da mastigação, o dente canino atua na proteção de recebimento de impactos das forças musculares e orienta a mandíbula para que os dentes posteriores entrem em contato recebendo menor carga mastigatória dada pela força horizontal. Em pessoas que não possuem o guia canino, os segundos molares estão predispostos a movimentos laterais pela força da carga

mastigatória exposta, ocasionando assim fratura de cúspides e maiores desgastes (GARCIA *et al.*, 2009).

Ao realizar uma reabilitação oral, é necessário que os conceitos de oclusão sejam aplicados com o objetivo de reconstruir uma oclusão ideal. Um dos requisitos que se deve priorizar no sistema estomatognático para a estabilidade oclusal é ausência de patologias periodontais. Quando o paciente apresenta uma oclusão instável pode acarretar em um aumento de forças oclusais e intensificar tensões sobre os dentes e o osso alveolar, gerando um trauma oclusal. O dente é envolvido por uma estrutura chamado de ligamento periodontal, ricamente vascularizado que fica entre o cemento e o osso alveolar, e suas características são sustentação, transmissão e amortecimento de forças oclusais durante a função mastigatória (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

A modificação no funcionamento do sistema estomatognático pode alterar a funcionalidade dos dentes através de patologias, tais como: desconforto muscular e sensibilidade dentária. O reestabelecimento do equilíbrio fisiológico, obedecendo os princípios oclusais, pode devolver ao paciente conforto, estética e, principalmente, a função através de procedimentos que podem ser de baixa complexidade, desde que seja criteriosamente diagnosticado e executado (CARDOSO, 2010; MAIA *et al.*, 2020).

Com o avanço dos materiais restauradores diretos, é possível reconstruir a estrutura dentária fielmente e funcionalmente no paciente sem que se tenha desgaste de tecido sadio, sendo um procedimento conservador. Reduzindo assim o tempo clínico e possibilitando ajuste no próprio consultório odontológico, proporcionando um resultando estético e funcional ao sistema estomatognático. As resinas compostas são materiais restauradores frequentemente utilizados em procedimentos estéticos em dentes anteriores, permitindo assim um resultado estético planejado pelo cirurgião-dentista (PONTONS-MELO *et al.*, 2012).

A escolha da resina composta como material restaurador para a confecção da guia canina é feita por critérios, onde se observa que o sucesso depende do manejo que o profissional tem ao trabalhar com resina composta, para que o resultado final seja satisfatório funcionalmente e esteticamente ao paciente. Além de ser a técnica mais conservadora e de baixo custo, dispensando o tempo de laboratório, sendo reversível e possível de ajustes quando necessário. Os pacientes devem ter acompanhamento regular para contornar quaisquer hábitos parafuncionais que possam vir a aparecer (PONTONS-MELO *et al.*, 2012; FERNANDES, 2014).

A ausência da guia canina dificulta o funcionamento adequado do sistema estomatognático impossibilitando o corte de alimentos, sobrecarregando o músculo masseter e o temporal, responsáveis pela mastigação, e ocasionando desordens da articulação temporomandibular (ATM) (LOUREIRO NETO, 2008).

É imprescindível que o cirurgião-dentista conheça o funcionamento e o impacto da guia canino como chave de oclusão para uma reabilitação favorável. O objetivo deste trabalho é discutir a importância da guia canina e de como ela pode ser restabelecida ao paciente pelo cirurgião-dentista através de uma restauração direta feita em consultório.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, com abordagem descritiva. Para a sua execução, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados PUBMED, SCIELO, LILACS e Google acadêmico utilizando-se as palavras-chave cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês “oclusão dentária” (*dental occlusion*); “dente canino” (*cuspid*); e “resinas dentárias” (*resins, synthetic*).

Os critérios de inclusão foram: publicações completas e originais publicadas nos últimos 15 anos, exceto trabalhos clássicos, nos idiomas inglês, português e espanhol, que abordavam sobre o assunto, em todos os tipos de delineamentos metodológicos. Entre os critérios de exclusão estão: artigos extemporâneos, que não contemplavam a temática, que não apresentavam nenhum dos descritores deste trabalho, e em idiomas diferentes dos supracitados.

Os artigos foram selecionados pelo título e resumo, e, após aplicar os critérios de inclusão/exclusão, foram lidos totalmente 33 trabalhos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Oclusão

O conceito de oclusão dentária refere-se a como os dentes das arcadas superior e inferior ocluem entre si durante os momentos movimentos mandibulares. Onde temos a presença de dentes, ligamentos periodontais, articulação temporomandibular (ATM), e músculos que trabalham em conjunto com a mastigação (PROFFIT; FIELDS JUNIOR; SARVER, 2013).

O estudo das funções do sistema estomatognático como fala, mastigação e a deglutição é de grande relevância para a realização das reabilitações dentárias no paciente, já que é possível determinar se há existência de patologias musculares ou articulares. Com ajuda de um profissional, a funcionalidade da oclusão irá assegurar uma menor atividade muscular, protegendo assim de disfunções e danos às estruturas dentárias e musculares. (CAMACHO; MULLER; MARTINEZ, 2014).

A primeira definição de oclusão ideal, descrito por Angle, é quando temos a chave de oclusão representada pela cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente, que irá ocluir no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente. Foi baseada na relação sagital do primeiro molar superior permanente, que ocupa uma posição mais favorável na arcada dentária e que com sua desarmonia poderia ocorrer alterações oclusais. Baseando nisso foi subdividido os tipos de má oclusão em 3 classes (ANGLE, 1907; PINTO, 2008).

- a) Classe I ou neutroclusão: O primeiro molar superior permanente, encontra-se em chave de oclusão ideal, se tem semelhança se comparada a oclusão normal. Porém se há uma desarmonia dentária e óssea, que poderá acarretar em apinhamentos dentários na região anterior (ANGLE, 1907).
- b) Classe II ou distocclusão: É presente uma distocclusão, onde a cúspide distovestibular do primeiro molar superior permanente, que irá ocluir no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente. Os dentes anteriores encontram-se fora de sua posição habitual, estando em desarmonia. Se subdividido em 1 e 2 (ANGLE, 1907).
 - Divisão 1: Inclinação vestibular dos incisivos superiores. Observa-se bom alinhamento dos dentes na arcada dentária, entretanto a sua curva

de Spee se apresenta mais acentuada e se tem aumento de over-jet, por conta da vestibularização dos dentes incisivos permanentes superiores, podendo apresentar ou não uma over-bite acentuada (ANGLE, 1907).

- Divisão 2: Presença de desarmonia anterosuperior, levando a verticalização ou lingualização dos incisivos superiores. Os incisivos centrais superiores permanentes, se apresentam lingualizados e os incisivos laterais superiores permanentes encontram-se vestibularizados. E com isso, se tem uma over-bite acentuada, apresentando ou não uma over-jet acentuada. Seu aspecto facial se mostra agradável. (ANGLE, 1907).

c) Classe III: Encontramos uma mesiocclusão, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente irá ocluir entre o primeiro molar e o segundo molar inferior permanente (ANGLE, 1907).

Dentro do sistema estomatognático o estabelecimento da oclusão tem a importância no ciclo mastigatório onde os dentes estarão trabalhando em harmonia com os músculos e articulações. A compreensão das relações normais da oclusão e das funções mastigatórias é essencial para poder entender e tratar o paciente. O ciclo mastigatório pode ser dividido em guia canino e função em grupo. Para se conseguir uma guia é necessário que se realize movimentos mandibulares, sendo eles os movimentos de protrusão, retrusão e lateralidade direta e esquerda, com ausência de interferência oclusal (OKESON, 2013).

Quando a guia anterior atua de forma correta, evita problemas nos dentes posteriores. A reconstrução das guias de desocclusão é de suma importância para que se tenha um sucesso no tratamento reabilitador. A oclusão mutuamente protegida, tem o seu conceito de desocclusão dos dentes posteriores no momento em que é realizado os movimentos mandibulares, sendo que eles são guiados pelos dentes anteriores, deixando assim o mínimo de carga oclusal nos dentes posteriores (FERNANDES NETO *et al.*, 2013).

a) Movimentos de lateralidade: É quando a guia canino e seu movimento os caninos se tocam somente no lado de trabalho e todos os outros dentes da arcada desocluem. E função em grupo, quando se há função oclusal de caninos, pré-molares e molares, no qual iram se tocar durante os movimentos de lateralidade. Sendo a guia canina

preconizada em pacientes que possuem a arcada dentária completa e já a função em grupo já é usadas para pacientes desdentados em caso de reabilitação com prótese (OKESON, 2013).

- b) Movimentos de protusão: Serão realizados pela guia anterior ou guia incisiva, que é quando os incisivos se tocam, desocluidos assim, todos os outros dentes da arcada (OKESON, 2013).
- c) Movimentos de fechamento de boca: Quando os dentes posteriores permanentes se ocluem, antes dos dentes anteriores durante o momento do fechamento de boca (OKESON, 2013).

O conceito de lado de trabalho, se baseia para o lado no qual a mandíbula está se deslocando no momento em que se há a movimentação lateral da mandíbula, ou seja, se a mandíbula estiver se descolando para a esquerda o seu lado de trabalho será o esquerdo. Já no lado de balanceio é quando o lado oposto no qual a mandíbula estará se deslocando no momento da movimentação lateral. Se a mandíbula se desloca para a esquerda o seu lado de balanceio é o oposto, será a direita (FERNANDES NETO *et al.*, 2013).

As seis chaves de oclusão descritas por Lawrence Andrews em 1972, é descrita com características essenciais para uma boa adequada oclusão. Podemos esclarecer que a oclusão normal é o arco superior e inferior com vinte e oito dentes, estando em harmonia com o sistema estomatognático. Sendo assim a oclusão normal é uma quando temos estabilidade oclusal e esteticamente agradável aos olhos do paciente (ANDREWS, 1972).

a) Chave I - relação molar: A cúspide mesio vestibular do 1 molar superior permanente, irá se ocluir no sulco entre as cúspides vestibulares mesial e mediana do 1 Molar inferior permanente; A cúspide palatina do 1 molar superior permanente oclui na fossa mediana do 1 molar inferior. A crista marginal distal do 1 molar superior irá ocluir na crista marginal mesial do 2 molar inferior permanente. A cúspide mesio palatina do 1 molar superior permanente oclui na fossa central do 1 molar superior permanente (ANDREWS, 1972).

b) Chave II - Angulação da coroa: A área cervical do longo eixo de cada coroa dentária, encontra-se mais para a distal em relação a oclusal deste longo eixo, variando assim de dente para dente (ANDREWS, 1972).

c) Chave III - Inclinação da coroa: Inclinação dos incisivos centrais superiores permanentes irá ser positiva; nos dentes caninos e os pré-molares

permanentes iram ser negativos e os primeiros e segundos molares permanentes iram ser negativos. Com a inclinação dos dentes inferiores se tende a ser negativa, sendo os molares mais negativos; e seu angulo incisal é menor que 180 (ANDREWS, 1972).

d) Chave IV - Rotações: É considerado uma oclusão normal, a ausência de rotações presentes nos arcos dentários, pois dentes girovertidos ocupa mais espaço (ANDREWS, 1972).

e) Chave V – Contatos Interproximais justos: As relações interproximais devem ter pontos de contatos se tocando, a menos que se tenha interferência no diâmetro méso-distal das coroas para que as forças se dissipem (ANDREWS, 1972).

f) Chave VI - Curva de Spee: É um plano de uma superfície levemente côncava, sendo assim uma chave essencial para se obtenha uma oclusão ideal, a profundidade média de até 2,5mm da curva de spee poderá ser considerada padrão normal (ANDREWS, 1972).

3.2 Importância da oclusão

A ausência da oclusão é responsável pelas interferências no sistema estomatognático, as forças excessivas que não são dissipadas corretamente, e geram problemas no periodonto de sustentação e podem provocar reabsorções radiculares. Quando o reestabelecimento da oclusão é mais complexo, temos a disposição o planejamento ortodôntico, que é um tratamento viável para que seja reestabelecida a oclusão ideal. É considerável que se tenha a distribuição força dissipada pela carga mastigatória sobre os dentes posteriores (pré-molares e molares), para que assim possamos conseguir contatos bilaterais sincrônicos, evitando qualquer possível sobrecarga em movimentos mandibulares que possam gerar traumas em consequência de esforços em poucos dentes. Em pacientes jovens atua reduzindo problemas periodontais e futuras reabsorções radiculares e propiciando uma melhora mastigatória (MAGEET, 2016; PROFFIT; FIELDS JUNIOR; SARVER, 2013).

O profissional deve ter o conhecimento clínico e ser capacitado para realizar um diagnóstico e tratamento do seu paciente em relação a sua oclusão, pois é o relacionamento funcional entre os dentes em conjunto com os componentes do sistema estomatognático. O conceito de oclusão se baseia na relação dos dentes superiores com os inferiores, quando ambos se aproximam, ou seja, são os contatos oclusais da arcada superior e inferior durante a função mastigatória, onde se tem uma

transmissão de forças oclusais ao longo do eixo dos dentes. Com os conhecimentos da oclusão dentária, o cirurgião-dentista poderá realizar um tratamento restaurador adequado, de acordo com o sistema estomatognático do paciente, sendo assim possível tratar e prevenir futuros desarranjos da oclusão. (LOUREIRO NETO, 2008).

Os princípios da oclusão definem que o guia mais desejável seja estabelecido pelos caninos. Fisiologicamente, a guia canina é considerada importante por suportar e dissipar forças oclusais recebidas, diminuindo assim atividades dos músculos elevadores da mandíbula por conta de sua anatomia dentária possuir raízes mais longas e volumosas as quais são capazes de dissipar as forças recebidas. A desocclusão pelo canino ocorre quando no movimento de lateralidade o canino inferior desliza na concavidade palatina do canino superior podendo ocorrer dos incisivos também se tocarem e se espera a desocclusão dos dentes posteriores. Por fim, quando no movimento de lateralidade for promovida por guia canina e em conjunto com os dentes posteriores temos a função em grupo (PEGORARO, 2004).

Os princípios básicos a serem observados numa oclusão harmônica e funcional são a existência de uma guia anterior com desocclusão dos dentes posteriores ao realizar o movimento de protrusão e a presença de guias laterais no lado de trabalho durante o movimento de lateralidade com ausência de interferência oclusal. Qualquer outro tipo de toque dentário poderá ocasionar uma interferência oclusal. Com isso, ocasionará desajustes nos dentes diretamente envolvidos, como em dentes com distanciamento, além da possibilidade de afetar a articulação temporomandibular que pode ser de origem muscular ou articular (PECK, 2016).

3.3 Guias de desocclusão

O que são essas guias?

As guias de desocclusão são definidas como movimentos que iram gerar uma oclusão ideal, na qual iremos observar o lado de trabalho para aonde a mandíbula se movimenta, sendo o lado funcional e o lado de balanceio, que é o lado oposto onde a mandíbula se movimenta. Os movimentos realizados pela mandíbula, serão de protrusão, lateralidade e retrusão e teremos a desocclusão definida em guia incisiva, guia canina e desocclusão em função em grupo (BARROS, 2017).

- a) Guia anterior ou Guia incisiva: só os incisivos se devem tocar durante o todo o percurso de desocclusão (figura 1). Os caninos e os posteriores não devem se tocar. Movimento de protusão quando a borda incisal dos incisivos inferiores deslizam na cavidade palatina dos incisivos superiores, gerando uma desocclusão dos dentes posteriores. Deve-se ter o cuidado para evitar interferências nesta função, quando é realizado procedimentos de restaurações com resina composta (OKESON, 2013).

Figura 1 - Imagem representando a guia anterior ou incisiva.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

- b) Guia lateral ou guia canina: acontece quando há uma desocclusão dos dentes em lateralidade, só o canino do lado de trabalho se toca durante o momento da desocclusão (figura 2) e no lado de balanceio não há contato (figura 3). Somente o canino inferior desliza na cavidade palatina do canino superior, até a posição de topo-a-topo (OKESON, 2013).

A guia canina é usada em pacientes dentados, nessa guia somente os caninos se tocam no lado de trabalho (OKESON, 2013).

É uma desocclusão efetiva, já que os dentes caninos possuem suporte periodontal adequado para esta função.

Figura 2 - Imagem representando a guia canina, com oclusão dos caninos superior e inferior do lado direito (lado de trabalho).



Fonte: Elaboração do autor (2021).

Figura 3 - Desocclusão dos elementos dentais devido aguia canina direita.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

- c) Função em grupo: nesse tipo de função acontece quando há deslocamento lateral mandibular, ocorrendo a desocclusão em grupo dos dentes anteriores, pré-molares e 1º molar (cúspides mésio -vestibular) (figura 4). A função em grupo pode ser parcial (se tocam caninos e pré-molares) ou total (se tocam caninos, pré-molares e molares) (OKESON, 2013).

Figura 4 - Função em grupo – oclusão de pré-molares do lado de trabalho (esquerdo), com desocclusão dos demais dentes.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

3.4 Guia canina

Os caninos superiores possuem sua face vestibular em formato de pentágono, por conta de sua cúspide na região incisal, sendo que se alinha ao longo eixo do dente e é considerado o dente mais longo e robusto da arcada dentária. Na palatina se há a presença do cingulo. Já nos caninos inferiores se apresenta com uma coroa longa, com sua face vestibular convexa e os sulcos são discretamente sutis e com suas bordas vestibulares mesial e distal mais retilíneas. Com essas características o canino superior atua protegendo e recebendo os impactos das forças musculares durante o momento da mastigação (MADEIRA; RIZZOLO, 2016).

O conhecimento sobre a ideal oclusão dentária é fundamental para restabelecer uma oclusão estética e funcional para que o trabalho tenha qualidade. Ter o conhecimento de conceitos que regem uma oclusão adequada em dentes naturais. Durante a reabilitação oral, as superfícies oclusais e palatinas sofrem modificações, e para reestabelecer as mesmas é necessário seguir princípios básicos como: Dissipação de forças para o longo eixo dos dentes posteriores; domínio e conhecimento sobre a técnica restauradora que será trabalhada, prezando cada planejamento individual, e com o resultado mais estético e funcional possível (CORRÊA NETTO; WERNECK, 2011).

Estudos realizados sobre da oclusão dentária, definiram que o dente canino é o mais ideal para a realização dos movimentos de lateralidade, por conta que suas características funcionais e anatômicas proporcionam um desempenho nas funções do sistema estomatognático. A perda dessa guia canina é mais comum em pacientes

idosos por conta do desgaste fisiológico natural, mesmo com a oclusão ideal a cúspide do dente canino sofre modificações, mas isso não isenta os pacientes mais jovens de terem a ausência dessa guia por conta da abrasão, abfração ou por outro fator. A guia de desocclusão no dente canino é considerada ideal pois atua rompendo forças e diminuindo as ações musculares dos músculos elevadores da mandíbula (Masseter, temporal e pterigoideo medial) que evita por consequência desordens, parafunções e dores, o motivo é por conta da posição dos dentes caninos no arco e por sua anatomia possuir raízes mais volumosas e possuir um reforço ósseo. Absorvendo os impactos de cargas musculares, e gradativamente os dentes posteriores entram em fechamento com a mínima carga. A reconstrução da guia canina oferece ao paciente uma melhor estética e habilidade mastigatória, promovendo o reestabelecimento das guias de proteção mútua, oferecendo assim a durabilidade das estruturas dentárias devolvidas, com resina composta evitando assim um desgaste da estrutura dentária sadia, Ainda é visto um certo receio de muitos profissionais por acreditarem ser um estudo complexo da oclusão e por desconhecem técnicas restauradoras. Se tem como vantagem por ser um procedimento clínico de curto prazo com o objetivo de eliminar interferências (KOYANO; TSUKIYAMA; KUWATSURU, 2015).

A guia canina é capaz de diminuir a tensão dos músculos da mastigação por dissipar as forças oclusais recebidas. Se esse canino estivesse com sua saúde periodontal comprometida, ele não se tornaria ideal, sendo o mais favorável seria a desocclusão em grupo. Como já dito anteriormente, na sua ausência a guia em função em grupo é preconizada e se mostra favorável já que também consegue a dissipação das cargas oclusais recebida. Podemos concluir que a resina composta é indicada como material restaurador de escolha onde há casos de ausência da guia canina por ser relativamente simples a ser trabalhada em consultório e com um custo benefício baixo comparado aos trabalhos laboratoriais. Sua limitação é por ser um material restaurador que é desgastado pelo tempo, sendo assim necessário um acompanhamento periódico e caso seja necessários reparos (CONCEIÇÃO, 2007; OKESON, 2013).

3.5 Reconstrução da guia canina

A perda da guia canina tem se tornado um problema de pacientes jovens que sofrem com abrasão, abfração e em pacientes idosos com o desgaste fisiológico. Ainda é visto um certo receio de muitos profissionais por acreditarem ser um estudo complexo da oclusão e por desconhecerem técnicas restauradoras. Em verdade, são restaurações diretas simples, de curto prazo e conservadoras que podem ser realizadas em consultório a fim de descartar interferências oclusais e laterais. (ELLWANGER *et al.*, 2011).

O baixo custo, rapidez nos resultados, fácil manipulação e por ser uma técnica minimamente invasiva, faz com que as resinas compostas sejam eleitas como o tratamento de escolha em quadros da perda de estrutura dental. Em áreas onde há perdas dentárias como o terço incisal do guia canino, as restaurações com resina composta podem ser confeccionadas para restabelecer a função e estética deve ser restabelecida e juntamente com os ajustes oclusais para sucesso do tratamento restaurador direto, reduzindo os riscos de possíveis futuras fraturas da guia reestabelecida (KEGLER *et al.*, 2009).

As restaurações diretas realizadas com resina composta podem ser efetivas no tratamento de restabelecimento da estética e função da guia canina (figura 5 e 6). Para realizar tal procedimento é preciso planejar criteriosamente, principalmente em relação aos movimentos de lateralidade direita e esquerda para que a quantidade de material restaurador possa ser acrescentada adequadamente na superfície palatina a fim de que se reproduza fielmente a estrutura dental, com a estética e função mais fiel possível além de ser de baixo custo, resultado imediato, menor tempo de trabalho e com uma técnica minimamente invasiva ao tecido biológico (RODRIGUE; ARGOLO; CAVALCANTI, 2014).

Em casos onde se há perdas dentárias no terço incisal dos dentes anteriores é almejado o trabalho dos materiais restauradores diretos. As resinas compostas podem ser trabalhadas em áreas com grande esforço mastigatório, como em casos de guias caninas quando se há perda da estrutura dental. A resina composta é adequada para restaurações estéticas e para o reestabelecimento de guias, com adequado ajuste oclusal para o sucesso e a manutenção das restaurações diretas a longo prazo, devolvendo assim a função e estética (MIRALLES, 2016).

Às resinas compostas, tem a características de serem materiais estéticos e que possuem um preenchimento direto na superfície dentinária. As vantagens do tipo de restaurações diretas, é que são confeccionadas pelo cirurgião-dentista na clínica odontológico, com a utilização de resinas compostas fotopolimerizável, sobre a superfície do dente em questão, sendo vantajoso que todos os ajustes são realizado pelo dentista no consultório e é um material restaurador que tem propriedades físicas de suportar a estrutura dentária e podem ser confeccionadas em uma sessão, custo menor se for comparados com a cerâmica e dispensando assim os trabalhos laboratoriais, sendo uma opção mais viável e que suprem as necessidades funcionais e estéticas do paciente. A sua desvantagem se é por conta de mudanças de cor que podem ocorrer com essa restauração, e uma possibilidade de fratura por conta de contato prematuro, por isso o conhecimento da oclusão durante o trabalho clinico, essencial o acompanhando com o cirurgião-dentista semestralmente, caso tenha a necessidade de reparo ou até mesmo a troca da restauração (CUNHA *et al.*, 2016).

Na reconstrução da guia canina, consiste em uma remodelação do material restaurador, sobre a superfície dentária, considerando assim um procedimento menos invasivo, e sem desgaste da estrutura dental sadia. É necessário que seja realizada uma avaliação correta e conversado com o paciente sobre o tratamento adequado, para restabelecer características funcionais e estéticas. As vantagens da resina composta como material restaurador é que seja possível criar fielmente uma aparência similar a estrutura dental, reestabelecendo assim a função morfológica e características como cor, translucidez, matiz, croma e valor (SILVA; LUND, 2016).

A etapa principal para a confecção de restaurações em dentes anteriores é o planejamento prévio, evitando assim possíveis erros durante o tratamento. Para a realização da anatomização de estruturas dentárias o cirurgião-dentista algumas técnicas ao seu dispor, como enceramentos diagnósticos, imagens computadorizadas para até que o mesmo possa explicar para o paciente como será realizado e uma prévia do possível resultado final. Para facilitar o trabalho do operador é possível realizar as guias de silicone ou guia palatina, feitas através de ensaio restaurador que poderão facilitar durante a reconstrução e devolver a anatomia com a resina composta de forma satisfatória (BARATIERI, 2010).

A técnica conhecida como "mão livre" é realizada com as matrizes de poliéster, sendo colocadas na face palatina ou lingual do dente em questão, como anteparo para receber incrementos da resina composta, essa técnica precisa que o

cirurgião-dentista tenha bastante habilidade para se conseguir reconstruir uma anatomia fiel ao dente e que evitando que se tenha um contato prematuro. É realizada desta forma: é escolhido um tamanho exato da matriz de poliéster que consiga envolver a face palatina ou lingual do dente canino em questão, fixando essa matriz nas regiões interproximais com auxílio da cunha de madeira para se tenha estabilidade, realizando um pressão digital na região da matriz para que se tenha uma boa adaptação e inserções de resina composta enquanto se realiza a fotopolimerização, após a fotoativação é removido a tira de poliéster para continuar a reconstrução anatômica, prosseguindo assim a técnica restauradora realizando assim os acabamentos, ajustes oclusais e o polimento para se obter uma longevidade da restauração (BARATIERI, 2010).

Com o enceramento diagnóstico no modelo de gesso, é necessário confeccionar uma guia de silicone de condensação na qual irá servir de orientação para a restauração definitiva. Sendo confeccionada a face palatina bem-feita e ajustada de acordo com a oclusão do paciente com o objetivo de devolver a função, forma e estética. Nessa técnica, é reproduzido a dentição do paciente no modelo vazado em gesso, realizando manualmente a confecção da restauração sobre esse modelo de estudo, que será devolvido a forma e estrutura anatômica no próprio modelo de estudo e em seguida é realizada a guia de silicone para copiar fielmente a face palatina ou lingual. Essa guia de silicone será utilizada como referência da face palatina ou lingual para ser confeccionado a restauração final planejada. Essa técnica possui a vantagem por proporcionar um adequado posicionamento das bordas incisais e proximais, realizando assim um fino incremento de resina composta para confeccionar a face palatina do dente a ser restaurado, oferecendo um resultado funcional e estético satisfatório (QUAGLIATTO; SOARES; CALIXTO, 2012; FARIAS NETO; BANDEIRA; MIRANDA; SÁNCHEZ-AYALA, 2015).

Figura 5 - A imagem mostra a ausência da guia canina do lado direito e a presença de contato dos dentes posteriores.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

Figura 6 - Presença da guia canina, após a sua reconstrução direta com resina composta. Observa-se a desocclusão dentes posteriores.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da função efetiva da guia canina na dissipação de forças se torna essencial para que se tenha um equilíbrio no sistema estomatognático, recebendo a carga mastigatória e dissipando forças sobre os dentes posteriores, protegendo assim os mesmos de forças oclusais intensas, evitando contatos traumáticos.

É imprescindível que o Cirurgião-Dentista possua um bom conhecimento teórico e prático sobre oclusão dentária e de quais materiais poderá lançar mão para o tratamento de restabelecimento da oclusão, sendo de máxima importância que o mesmo tenha habilidades com o tipo de reabilitação escolhido ao seu paciente.

REFERÊNCIAS

- ANDREWS, Lawrence F. The six keys to normal occlusion. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, v. 62, n. 3, p. 296-309, sep. 1972.
- ANGLE, Edward. H. **Treatment of malocclusion of the teeth**. 7. ed. Philadelphia: S.S. White, 1907.
- BARATIERI, Luiz Narciso. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnica**. Santos, SP, v. 1, 2010.
- BARROS, Vinicius Coronado; BARROS, Igor Coronado; MESQUITA NETO, Joaquim. Reabilitação do guia canino complementar ao tratamento harmônico e estético com prótese parcial fixa livre de metal. **Odonto**, v. 25, n. 50, p. 19-27, 2017.
- CAMACHO, Guilherme; MULLER, Ida; MARTINEZ, Lisandra. **Relações dinâmicas dos maxilares**. 2014.
- CARDOSO, Antônio Carlos. **Oclusão: para você e para mim**. 1.ed. São Paulo : Santos, 2. imp., 2010, 233 p., il.
- CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi. **Dentística: saúde e estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CORRÊA NETTO, L.; WERNECK, D. Resolução estética de dentes anteriores em única sessão com uso da matriz de silicone: relato de caso clínico. **Rev Dent**, n. 22, p. 5-8, 2011.
- CUNHA, Leonardo Fernandes da. *et al.* Replacement of anterior composite resin restorations using conservative ceramics for occlusal and periodontal rehabilitation: an 18-month clinical follow-up. **Case Reports in Dentistry**, v. 2016, p. 1-7, 2016.
- ELLWANGER, Maristela *et al.* Integração ortodontia/dentística na complementação estético funcional de tratamento ortodôntico: relato de caso clínico. **Full Dent. Sci.**, São José do Pinhais, v. 2, n.8, 2011
- FARIAS NETO, Arcelino; BANDEIRA, Aline Silva; MIRANDA, Bruna Freire Salem de; SÁNCHEZ-AYALA, Afonso. O emprego do mock-up na Odontologia: trabalhando com previsibilidade. **Full Dent. Sci.**, v. 6, n. 22, p. 256-260, 2015.
- FERNANDES NETO, Alfredo Julio; NEVES, F. D. das; SIMAMOTO JUNIOR, P. **Oclusão**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 160p.
- FERNANDES, Hayanne Kimura, *et al.* Evolução da resina composta: revisão da literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 401-4011, 2014.

GARCIA, A. R.; SUNDFELD, R. H.; ALEXANDRE, R. S. de. Reestablishment of occlusion with prosthesis and composite resin restorations. **Bull Tokyo Coll**, v. 50, n. 2, p. 91-6, may. 2009.

KEGLER, Eugenio *et al.* Tratamento estético em dentes anteriores: rapidez e simplicidade com procedimentos diretos. **Rev. dental press estét.**, v. 6, n. 2, p. 64-76, 2009.

KOYANO, K.; TSUKIYAMA, Y.; KUWATSURU, R. Review Article: Rehabilitation of occlusion – science or art? **J. Oral Rehab.**, v. 1, n. 39, p. 513-521, 2015.

LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; LANG, Niklaus P. **Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., p. 3-48; 342-355; 787-798; 2005

LOUREIRO NETO, Carlos. Restabelecimento de guia canina com resina composta. **R Dental Press Estét**, v.5, n.2, abr./maio/jun, p. 9, 2008.

MADEIRA, Miguel Carlos; RIZZOLO, Roelf J. Cruz. Anatomia individual dos dentes. *In: Anatomia do Dente*. 8. ed. São Paulo: Editora Sarvier, cap. 2, p. 35- 62, 2016.

MAGEET, A. O. Classification of skeletal and dental malocclusion: revisited. **Stomatology Edu Journal**, v. 3, n. 2, p. 205–211, 2016.

MAIA, Jennefer Saturnino *et al.* Restaurando a guia canina com resina composta: relato de caso. **Revista Científica Multidisciplinar da UniSãoJosé**, v. 15, n. 1, p. 82-89, 2020.

MIRALLES, R. Canine-guided occlusion and group function occlusion are equally acceptable when restoring the dentition. **J Evid Based Dent Pract.**, v. 16, n. 1, p. 41-43, 2016.

OKESON, Jeffrey. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PAIVA, Helson José de. **Noções e conceitos básicos em oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial**. 1. ed. São Paulo: Santos, p. 1-8, 2008.

PECK, CC. Biomecânicas ocluso – implicações for oral rehabilitation. **J Oral Rehabil.**, v. 43, n. 3, p. 205-214, 2016.

PEGORARO, Luiz Fernando. **Prótese fixa**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

PINTO, Edvaldo de Melo. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das máis oclusões. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n.1, p. 82-91, jan./fev. 2008.

PONTONS-MELO, J. C *et al.* A conservative approach for restoring anterior guidance: a case report. **J Esthet Restor Dent.**, v. 24, n. 3 p. 171-182, 2012.

PROFFIT, William R.; FIELDS JUNIOR, Henry W.; SARVER, David M. **Ortodontia contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2013.

QUAGLIATTO, Paulo Sergio; SOARES Paulo Vinicius; CALIXTO, Luiz Rafael. Restaurações estéticas diretas em dentes anteriores: protocolos clínicos e propriedades dos compósitos. *In*: VIEIRA, L.F.T., SILVA, C.H.V., FILHO P.F.M., VIEIRA, C.E. (edits.). **Estética odontológica**: soluções clínicas, [S.l:s.n], 2012.

RODRIGUE, Stephanie dias Rivera; ARGOLO, Saryta; CAVALCANTI, Andrea Nóbrega. Reanatomização dental com resina composta: relato de caso clínico. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 3, p. 182-192, dez. 2014.

SILVA, Adriana Fernandes da; LUND, Rafael Guerra. **Dentística restauradora**: do planejamento à execução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Santos; 2016.

APÊNDICE A – Artigo Científico

GUIA CANINA COMO CHAVE DE OCLUSÃO:

revisão de literatura.

CANINE GUIDE AS OCCLUSION KEY:

Literature review.

Anna Thereza Santos Penha Fontenelle¹

Denise Fontenelle Cabral Coelho²

RESUMO

A guia canina é importante para uma oclusão ideal e, assim, para o bom funcionamento do sistema estomatognático. A odontologia vem crescendo e se firmando na área da dentística restauradora, sendo um tratamento simples de ser executado e conservador, com boa indicação para casos de reestabelecimentos de guias. O objetivo deste trabalho é discutir a importância da guia canina e de seu restabelecimento através de restauração direta com resina composta. Foi feito um levantamento bibliográfico nas principais bases de dados utilizando-se as palavras-chave “oclusão dentária” (*dental occlusion*); “dente canino” (*cuspid*); e “resinas dentárias” (*resins, synthetic*). O dente canino anatomicamente se apresenta mais favorável para receber forças oclusais por possuir uma raiz longa e robusta e, quando realizado, dá-se o movimento de lateralidade da mandíbula; os caninos entram em contato proporcionando a desocclusão dos dentes posteriores, originando assim a guia canina. Esta oferece uma dissipação de forças adequada aos dentes posteriores e conseqüentemente diminui a ação de forças dos músculos da mastigação, quando a guia canina é ausente, ela pode ser restabelecida através da dentística restauradora. É necessário que o profissional tenha conhecimento correto sobre a oclusão dentária, incluindo as chaves de oclusão para poder diagnosticar e tratar as más oclusões no dia a dia em seu consultório.

¹ Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário Dom Bosco, São Luís – MA, Brasil.

² Orientadora e Professora do Centro Universitário Unidade de Ensino Dom Bosco. Mestre em Odontologia.

Palavras-chave: Oclusão dentária. Dente canino. Resinas dentárias.

ABSTRACT

The canine guide is important for an ideal occlusion and, thus, for the proper functioning of the stomatognathic system. Dentistry has been growing and establishing itself in the area of restorative dentistry, being a simple treatment to be performed and conservative, with good indication for cases of reestablishment of guides. The objective of this work is to discuss the importance of the canine guide and its restoration through direct restoration with composite resin. A bibliographic survey was made in the main databases using the keywords “dental occlusion” (dental occlusion); “Canine tooth” (cuspid); and “dental resins” (resins, synthetic). The canine tooth is anatomically more favorable to receive occlusal forces because it has a long and robust root and, when performed, the lateral movement of the mandible occurs; the canines come into contact, allowing the posterior teeth to be dislocated, thus giving rise to the canine guide. This provides adequate dissipation of forces to the posterior teeth and consequently reduces the force action of the masticatory muscles, when the canine guide is absent, it can be reestablished through restorative dentistry. It is necessary that the professional has correct knowledge about dental occlusion, including the occlusion keys to be able to diagnose and treat malocclusions on a daily basis in his office.

Keywords: Dental occlusion. Canine tooth. Self-curing of dental resins.

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento da oclusão dentária deve ser colocado em prática para um planejamento adequado pois quando as relações oclusais são alteradas, o sistema mastigatório trabalha em desarmonia com aumento da atividade muscular, podendo ocorrer um desgaste fisiológico dos dentes vizinhos. Um dos princípios para reabilitar um paciente é o (re)estabelecimento da guia canina, onde apenas os caninos devem se tocar, por possuírem raízes mais extensas e volumosas, suportando assim as forças, e os demais dentes em desocclusão dentária (OKESON, 2013).

O canino é o elemento dental ideal para a realização dos movimentos de lateralidade. Durante o movimento lateral da mandíbula, o contato entre os caninos

antagonistas deve possibilitar a desocclusão dos dentes posteriores. Esse deve ser realizado pela guia canina ou auxiliado pelos dentes posteriores (PEGORARO, 2004).

O conceito da guia canina se refere aos movimentos de desocclusão em movimentos laterais realizados pelo lado de trabalho que é, quando as cúspides dos caninos inferiores ocluem com as cúspides dos caninos superiores. E pelo lado de balanceio que é quando o lado oposto ao qual a mandíbula se deslocou desoclui, que irá atuar com a dissipação de forças, e minimizando assim as atividades dos músculos elevadores da mandíbula deste lado. A funcionalidade do trabalho mastigatório não depende só dos dentes, é um processo funcional que é estabelecido com ligamentos e músculos (OKESON, 2013).

Dentro desse contexto, a guia canina é o mais indicado quando se busca uma harmonia oclusal já que o canino apresenta raízes mais longas e largas com uma proporção de coroa/raiz favorável, sendo assim capaz de suportar forças oclusais elevadas. Apesar da guia canina ser a mais adequada, cada pessoa possui sua anatomia dental própria e, na ausência da guia canina, é necessário que se consiga uma oclusão menos traumática para se ter uma menor possibilidade de danos (PAIVA, 2008).

Durante o movimento mandibular na fase da mastigação, o dente canino atua na proteção de recebimento de impactos das forças musculares e orienta a mandíbula para que os dentes posteriores entrem em contato recebendo menor carga mastigatória dada pela força horizontal. Em pessoas que não possuem a guia canina, os segundos molares estão predispostos a movimentos laterais pela força da carga mastigatória exposta, ocasionando assim fratura de cúspides e maiores desgastes (GARCIA *et al.*, 2009).

Ao realizar uma reabilitação oral, é necessário que os conceitos de oclusão sejam aplicados com o objetivo de reconstruir uma oclusão ideal. Um dos requisitos que se deve priorizar no sistema estomatognático para a estabilidade oclusal é ausência de patologias periodontais. Quando o paciente apresenta uma oclusão instável pode acarretar em um aumento de forças oclusais e intensificar tensões sobre os dentes e o osso alveolar, gerando um trauma oclusal. O dente é envolvido por uma estrutura chamado de ligamento periodontal, ricamente vascularizado que fica entre o cimento e o osso alveolar, e suas características são sustentação, transmissão e amortecimento de forças oclusais durante a função mastigatória (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

A modificação no funcionamento do sistema estomatognático pode alterar a funcionalidade dos dentes através de patologias, tais como: desconforto muscular e sensibilidade dentária. O reestabelecimento do equilíbrio fisiológico, obedecendo os princípios oclusais, pode devolver ao paciente conforto, estética e, principalmente, a função através de procedimentos que podem ser de baixa complexidade, desde que seja criteriosamente diagnosticado e executado (CARDOSO, 2010; MAIA *et al.*, 2020).

Com o avanço dos materiais restauradores diretos, é possível reconstruir a estrutura dentária fielmente e funcionalmente no paciente sem que se tenha desgaste de tecido sadio, sendo um procedimento conservador. Reduzindo assim o tempo clínico e possibilitando ajuste no próprio consultório odontológico, proporcionado um resultando estético e funcional ao sistema estomatognático. As resinas compostas são materiais restauradores frequentemente utilizados em procedimentos estéticos em dentes anteriores, permitindo assim um resultado estético planejado pelo cirurgião-dentista (PONTONS-MELO *et al.*, 2012).

A escolha da resina composta como material restaurador para a confecção da guia canina é feita por critérios, onde se observa que o sucesso depende do manejo que o profissional tem ao trabalhar com resina composta, para que o resultado final seja satisfatório funcionalmente e esteticamente ao paciente. Além de ser a técnica mais conservadora e de baixo custo, dispensando o tempo de laboratório, sendo reversível e possível de ajustes quando necessário. Os pacientes devem ter acompanhamento regular para contornar quaisquer hábitos parafuncionais que possam vir a aparecer (PONTONS-MELO *et al.*, 2012; FERNANDES, 2014).

A ausência da guia canina dificulta o funcionamento adequado do sistema estomatognático impossibilitando o corte de alimentos, sobrecarregando o músculo masseter e o temporal, responsáveis pela mastigação, e ocasionando desordens da articulação temporomandibular (ATM) (LOUREIRO NETO, 2008).

É imprescindível que o cirurgião-dentista conheça o funcionamento e o impacto da guia canina como chave de oclusão para uma reabilitação favorável. O objetivo deste trabalho é expor a importância da guia canina e de como ela pode ser restabelecida ao paciente pelo cirurgião-dentista através de uma restauração direta feita em consultório.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Oclusão

O conceito de oclusão dentária refere-se a como os dentes das arcadas superior e inferior ocluem entre si durante os movimentos mandibulares. Onde temos a presença de dentes, ligamentos periodontais, articulação temporomandibular (ATM), e músculos que trabalham em conjunto com a mastigação (PROFFIT; FIELDS JUNIOR; SARVER, 2013).

O estudo das funções do sistema estomatognático como fala, mastigação e a deglutição é de grande relevância para a realização das reabilitações dentárias no paciente, já que é possível determinar se há existência de patologias musculares ou articulares. Com ajuda de um profissional, a funcionalidade da oclusão irá assegurar uma menor atividade muscular, protegendo assim de disfunções e danos às estruturas dentárias e musculares. (CAMACHO; MULLER; MARTINEZ, 2014).

A primeira definição de oclusão ideal, descrito por Angle, é quando temos a chave de oclusão representada pela cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente, que irá ocluir no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente. Foi baseada na relação sagital do primeiro molar superior permanente, que ocupa uma posição mais favorável na arcada dentária e que com sua desarmonia poderia ocorrer alterações oclusais. Baseando nisso foi subdividido os tipos de má oclusão em 3 classes (ANGLE, 1907; PINTO, 2008).

- a) Classe I ou neutroclusão: O primeiro molar superior permanente, encontra-se em chave de oclusão ideal, se tem semelhança se comparada a oclusão normal. Porém se há uma desarmonia dentária e óssea, que poderá acarretar em apinhamentos dentários na região anterior (ANGLE, 1907).
- b) Classe II ou distocclusão: É presente uma distocclusão, onde a cúspide distovestibular do primeiro molar superior permanente, que irá ocluir no sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente. Os dentes anteriores encontram-se fora de sua posição habitual, estando em desarmonia. Se subdividido em 1 e 2 (ANGLE, 1907).
 - Divisão 1: Inclinação vestibular dos incisivos superiores. Observa-se bom alinhamento dos dentes na arcada dentária, entretanto a sua curva de Spee se apresenta mais acentuada e se tem aumento de over-jet, por conta da vestibularização dos dentes incisivos permanentes

superiores, podendo apresenta ou não uma over-bite acentuada (ANGLE, 1907).

- Divisão 2: Presença de desarmonia anterosuperior, levando a verticalização ou lingualização dos incisivos superiores. Os incisivos centrais superiores permanentes, se apresentam lingualizados e os incisivos laterais superiores permanentes encontram-se vestibularizados. E com isso, se tem uma over-bite acentuada, apresentando ou não uma over-jet acentuada. Seu aspecto facial se mostra agradável. (ANGLE, 1907).

- c) Classe III: Encontramos uma mesioclusão, a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente irá ocluir entre o primeiro molar e o segundo molar inferior permanente (ANGLE, 1907).

Dentro do sistema estomatognático o estabelecimento da oclusão tem a importância no ciclo mastigatório onde os dentes estarão trabalhando em harmonia com os músculos e articulações. A compreensão das relações normais da oclusão e das funções mastigatórias é essencial para poder entender e tratar o paciente. O ciclo mastigatório pode ser dividido em guia canino e função em grupo. Para se conseguir uma guia é necessário que se realize movimentos mandibulares, sendo eles os movimentos de protrusão, retrusão e lateralidade direta e esquerda, com ausência de interferência oclusal (OKESON, 2013).

Quando a guia anterior atua de forma correta, evita problemas nos dentes posteriores. A reconstrução das guias de desocclusão é de suma importância para que se tenha um sucesso no tratamento reabilitador. A oclusão mutuamente protegida, tem o seu conceito de desocclusão dos dentes posteriores no momento em que é realizado os movimentos mandibulares, sendo que eles são guiados pelos dentes anteriores, deixando assim o mínimo de carga oclusal nos dentes posteriores (FERNANDES NETO *et al.*, 2013).

- a) Movimentos de lateralidade: É quando a guia canino e seu movimento os caninos se tocam somente no lado de trabalho e todos os outros dentes da arcada desocluem. E função em grupo, quando se há função oclusal de caninos, pré-molares e molares, no qual iram se tocar durante os movimentos de lateralidade. Sendo a guia canina preconizada em pacientes que possuem a arcada dentária completa e já a função em grupo já é usadas para pacientes desdentados em caso

de reabilitação com prótese (OKESON, 2013).

- b) Movimentos de protusão: Serão realizados pela guia anterior ou guia incisiva, que é quando os incisivos se tocam, desoclindo assim, todos os outros dentes da arcada (OKESON, 2013).
- c) Movimentos de fechamento de boca: Quando os dentes posteriores permanentes se ocluem, antes dos dentes anteriores durante o momento do fechamento de boca (OKESON, 2013).

O conceito de lado de trabalho, se baseia para o lado no qual a mandíbula está se deslocando no momento em que se há a movimentação lateral da mandíbula, ou seja, se a mandíbula estiver se descolando para a esquerda o seu lado de trabalho será o esquerdo. Já no lado de balanceio é quando o lado oposto no qual a mandíbula estará se deslocando no momento da movimentação lateral. Se a mandíbula se desloca para a esquerda o seu lado de balanceio é o oposto, será a direita (FERNANDES NETO *et al.*, 2013).

As seis chaves de oclusão descritas por Lawrence Andrews em 1972, é descrita com características essenciais para uma boa adequada oclusão. Podemos esclarecer que a oclusão normal é o arco superior e inferior com vinte e oito dentes, estando em harmonia com o sistema estomatognático. Sendo assim a oclusão normal é uma quando temos estabilidade oclusal e esteticamente agradável aos olhos do paciente (ANDREWS, 1972).

a) Chave I - relação molar: A cúspide mesio vestibular do 1 molar superior permanente, irá se ocluir no sulco entre as cúspides vestibulares mesial e mediana do 1 Molar inferior permanente; A cúspide palatina do 1 molar superior permanente oclui na fossa mediana do 1 molar inferior. A crista marginal distal do 1 molar superior irá ocluir na crista marginal mesial do 2 molar inferior permanente. A cúspide mesio palatina do 1 molar superior permanente oclui na fossa central do 1 molar superior permanente (ANDREWS, 1972).

b) Chave II - Angulação da coroa: A área cervical do longo eixo de cada coroa dentária, encontra-se mais para a distal em relação a oclusal deste longo eixo, variando assim de dente para dente (ANDREWS, 1972).

c) Chave III - Inclinação da coroa: Inclinação dos incisivos centrais superiores permanentes irá ser positiva; nos dentes caninos e os pré-molares permanentes iram ser negativos e os primeiros e segundos molares permanentes iram

ser negativos. Com a inclinação dos dentes inferiores se tende a ser negativa, sendo os molares mais negativos; e seu ângulo incisal é menor que 180 (ANDREWS, 1972).

d) Chave IV - Rotações: É considerado uma oclusão normal, a ausência de rotações presentes nos arcos dentários, pois dentes girovertidos ocupa mais espaço (ANDREWS, 1972).

e) Chave V – Contatos Interproximais justos: As relações interproximais devem ter pontos de contatos se tocando, a menos que se tenha interferência no diâmetro méso-distal das coroas para que as forças se dissipem (ANDREWS, 1972).

f) Chave VI - Curva de Spee: É um plano de uma superfície levemente côncava, sendo assim uma chave essencial para se obtenha uma oclusão ideal, a profundidade média de até 2,5mm da curva de spee poderá ser considerada padrão normal (ANDREWS, 1972).

2.2 Importância da oclusão

A ausência da oclusão é responsável pelas interferências no sistema estomatognático, as forças excessivas que não são dissipadas corretamente, e geram problemas no periodonto de sustentação e podem provocar reabsorções radiculares. Quando o reestabelecimento da oclusão é mais complexo, temos a disposição o planejamento ortodôntico, que é um tratamento viável para que seja reestabelecida a oclusão ideal. É considerável que se tenha a distribuição força dissipada pela carga mastigatória sobre os dentes posteriores (pré-molares e molares), para que assim possamos conseguir contatos bilaterais sincrônicos, evitando qualquer possível sobrecarga em movimentos mandibulares que possam gerar traumas em consequência de esforços em poucos dentes. Em pacientes jovens atua reduzindo problemas periodontais e futuras reabsorções radiculares e propiciando uma melhora mastigatória (MAGEET, 2016; PROFFIT; FIELDS JUNIOR; SARVER, 2013).

O profissional deve ter o conhecimento clínico e ser capacitado para realizar um diagnóstico e tratamento do seu paciente em relação a sua oclusão, pois é o relacionamento funcional entre os dentes em conjunto com os componentes do sistema estomatognático. O conceito de oclusão se baseia na relação dos dentes superiores com os inferiores, quando ambos se aproximam, ou seja, são os contatos oclusais da arcada superior e inferior durante a função mastigatória, onde se tem uma transmissão de forças oclusais ao longo do eixo dos dentes. Com os conhecimentos

da oclusão dentária, o cirurgião-dentista poderá realizar um tratamento restaurador adequado, de acordo com o sistema estomatognático do paciente, sendo assim possível tratar e prevenir futuros desarranjos da oclusão. (LOUREIRO NETO, 2008).

Os princípios da oclusão definem que o guia mais desejável seja estabelecido pelos caninos. Fisiologicamente, a guia canina é considerada importante por suportar e dissipar forças oclusais recebidas, diminuindo assim atividades dos músculos elevadores da mandíbula por conta de sua anatomia dentária possuir raízes mais longas e volumosas as quais são capazes de dissipar as forças recebidas. A desocclusão pelo canino ocorre quando no movimento de lateralidade o canino inferior desliza na concavidade palatina do canino superior podendo ocorrer dos incisivos também se tocarem e se espera a desocclusão dos dentes posteriores. Por fim, quando no movimento de lateralidade for promovida por guia canina e em conjunto com os dentes posteriores temos a função em grupo (PEGORARO, 2004).

Os princípios básicos a serem observados numa oclusão harmônica e funcional são a existência de uma guia anterior com desocclusão dos dentes posteriores ao realizar o movimento de protrusão e a presença de guias laterais no lado de trabalho durante o movimento de lateralidade com ausência de interferência oclusal. Qualquer outro tipo de toque dentário poderá ocasionar uma interferência oclusal. Com isso, ocasionará desajustes nos dentes diretamente envolvidos, como em dentes com distanciamento, além da possibilidade de afetar a articulação temporomandibular que pode ser de origem muscular ou articular (PECK, 2016).

2.3 Guias de desocclusão

O que são essas guias?

As guias de desocclusão são definidas como movimentos que iram gerar uma oclusão ideal, na qual iremos observar o lado de trabalho para aonde a mandíbula se movimenta, sendo o lado funcional e o lado de balanceio, que é o lado oposto onde a mandíbula se movimenta. Os movimentos realizados pela mandíbula, serão de protusão, lateralidade e retrusão e teremos a desocclusão definida em guia incisiva, guia canina e desocclusão em função em grupo (BARROS, 2017).

- a) Guia anterior ou Guia incisiva: só os incisivos se devem tocar durante o todo o percurso de desocclusão (figura 1). Os caninos e os posteriores não devem se tocar. Movimento de protusão quando a borda incisal dos incisivos inferiores deslizam na cavidade palatina dos incisivos superiores, gerando uma desocclusão dos dentes posteriores. Deve-se ter o cuidado para evitar interferências nesta função, quando é realizado procedimentos de restaurações com resina composta (OKESON, 2013).

Figura 1 - Imagem representando a guia anterior ou incisiva.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

- b) Guia lateral ou guia canina: acontece quando há uma desocclusão dos dentes em lateralidade, só o canino do lado de trabalho se toca durante o momento da desocclusão (figura 2) e no lado de balanceio não há

contato (figura 3). Somente o canino inferior desliza na cavidade palatina do canino superior, até a posição de topo-a-topo (OKESON, 2013).

A guia canina é usada em pacientes dentados, nessa guia somente os caninos se tocam no lado de trabalho (OKESON, 2013).

É uma desoclusão efetiva, já que os dentes caninos possuem suporte periodontal adequado para esta função.

Figura 2 - Imagem representando a guia canina, com oclusão dos caninos superior e inferior do lado direito (lado de trabalho).



Fonte: Elaboração do autor (2021).

Figura 3 - Desoclusão dos elementos dentais devido a guia canina direita.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

- c) Função em grupo: nesse tipo de função acontece quando há deslocamento lateral mandibular, ocorrendo a desocclusão em grupo dos dentes anteriores, pré-molares e 1º molar (cúspides méso -vestibular) (figura 4). A função em grupo pode ser parcial (se tocam caninos e pré-molares) ou total (se tocam caninos, pré-molares e molares) (OKESON, 2013).

Figura 4 - Função em grupo – oclusão de pré-molares do lado de trabalho (esquerdo), com desocclusão dos demais dentes.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

2.4 Guia canina

Os caninos superiores possuem sua face vestibular em formato de pentágono, por conta de sua cúspide na região incisal, sendo que se alinha ao longo eixo do dente e é considerado o dente mais longo e robusto da arcada dentária. Na palatina se há a presença do cingulo. Já nos caninos inferiores se apresenta com uma coroa longa, com sua face vestibular convexa e os sulcos são discretamente sutis e com suas bordas vestibulares mesial e distal mais retilíneas. Com essas características o canino superior atua protegendo e recebendo os impactos das forças musculares durante o momento da mastigação (MADEIRA; RIZZOLO, 2016).

O conhecimento sobre a ideal oclusão dentária é fundamental para restabelecer uma oclusão estética e funcional para que o trabalho tenha qualidade. Ter o conhecimento de conceitos que regem uma oclusão adequada em dentes naturais. Durante a reabilitação oral, as superfícies oclusais e palatinas sofrem

modificações, e para reestabelecer as mesmas é necessário seguir princípios básicos como: Dissipação de forças para o longo eixo dos dentes posteriores; domínio e conhecimento sobre a técnica restauradora que será trabalhada, prezando cada planejamento individual, e com o resultado mais estético e funcional possível (CORRÊA NETTO; WERNECK, 2011).

Estudos realizados sobre a oclusão dentária, definiram que o dente canino é o mais ideal para a realização dos movimentos de lateralidade, por conta que suas características funcionais e anatômicas proporcionam um desempenho nas funções do sistema estomatognático. A perda dessa guia canina é mais comum em pacientes idosos por conta do desgaste fisiológico natural, mesmo com a oclusão ideal a cúspide do dente canino sofre modificações, mas isso não isenta os pacientes mais jovens de terem a ausência dessa guia por conta da abrasão, abfração ou por outro fator. A guia de desocclusão no dente canino é considerada ideal pois atua rompendo forças e diminuindo as ações musculares dos músculos elevadores da mandíbula (Masseter, temporal e pterigoideo medial) que evita por consequência desordens, parafunções e dores, o motivo é por conta da posição dos dentes caninos no arco e por sua anatomia possuir raízes mais volumosas e possuir um reforço ósseo. Absorvendo os impactos de cargas musculares, e gradativamente os dentes posteriores entram em fechamento com a mínima carga. A reconstrução da guia canina oferece ao paciente uma melhor estética e habilidade mastigatória, promovendo o reestabelecimento das guias de proteção mútua, oferecendo assim a durabilidade das estruturas dentárias devolvidas, com resina composta evitando assim um desgaste da estrutura dentária sadia, Ainda é visto um certo receio de muitos profissionais por acreditarem ser um estudo complexo da oclusão e por desconhecerem técnicas restauradoras. Se tem como vantagem por ser um procedimento clínico de curto prazo com o objetivo de eliminar interferências (KOYANO; TSUKIYAMA; KUWATSURU, 2015).

A guia canina é capaz de diminuir a tensão dos músculos da mastigação por dissipar as forças oclusais recebidas. Se esse canino estivesse com sua saúde periodontal comprometida, ele não se tornaria ideal, sendo o mais favorável seria a desocclusão em grupo. Como já dito anteriormente, na sua ausência a guia em função em grupo é preconizada e se mostra favorável já que também consegue a dissipação das cargas oclusais recebida. Podemos concluir que a resina composta é indicada como material restaurador de escolha onde há casos de ausência da guia canina por ser relativamente simples a ser trabalhada em consultório e com um custo benefício

baixo comparado aos trabalhos laboratoriais. Sua limitação é por ser um material restaurador que é desgastado pelo tempo, sendo assim necessário um acompanhamento periódico e caso seja necessários reparos (CONCEIÇÃO, 2007; OKESON, 2013).

2.5 Reconstrução da guia canina

A perda da guia canina tem se tornado um problema de pacientes jovens que sofrem com abrasão, abfração e em pacientes idosos com o desgaste fisiológico. Ainda é visto um certo receio de muitos profissionais por acreditarem ser um estudo complexo da oclusão e por desconhecerem técnicas restauradoras. Em verdade, são restaurações diretas simples, de curto prazo e conservadoras que podem ser realizadas em consultório a fim de descartar interferências oclusais e laterais. (ELLWANGER *et al.*, 2011).

O baixo custo, rapidez nos resultados, fácil manipulação e por ser uma técnica minimamente invasiva, faz com que as resinas compostas sejam eleitas como o tratamento de escolha em quadros da perda de estrutura dental. Em áreas onde há perdas dentárias como o terço incisal do guia canino, as restaurações com resina composta podem ser confeccionadas para restabelecer a função e estética deve ser restabelecida e juntamente com os ajustes oclusais para sucesso do tratamento restaurador direto, reduzindo os riscos de possíveis futuras fraturas da guia reestabelecida (KEGLER *et al.*, 2009).

As restaurações diretas realizadas com resina composta podem ser efetivas no tratamento de restabelecimento da estética e função da guia canina (figura 5 e 6). Para realizar tal procedimento é preciso planejar criteriosamente, principalmente em relação aos movimentos de lateralidade direita e esquerda para que a quantidade de material restaurador possa ser acrescentada adequadamente na superfície palatina a fim de que se reproduza fielmente a estrutura dental, com a estética e função mais fiel possível além de ser de baixo custo, resultado imediato, menor tempo de trabalho e com uma técnica minimamente invasiva ao tecido biológico (RODRIGUE; ARGOLO; CAVALCANTI, 2014).

Em casos onde se há perdas dentárias no terço incisal dos dentes anteriores é almejado o trabalho dos materiais restauradores diretos. As resinas compostas podem ser trabalhadas em áreas com grande esforço mastigatório, como

em casos de guias caninas quando se há perda da estrutura dental. A resina composta é adequada para restaurações estéticas e para o reestabelecimento de guias, com adequado ajuste oclusal para o sucesso e a manutenção das restaurações diretas a longo prazo, devolvendo assim a função e estética (MIRALLES, 2016).

Às resinas compostas, tem a características de serem materiais estéticos e que possuem um preenchimento direto na superfície dentinária. As vantagens do tipo de restaurações diretas, é que são confeccionadas pelo cirurgião-dentista na clínica odontológico, com a utilização de resinas compostas fotopolimerizável, sobre a superfície do dente em questão, sendo vantajoso que todos os ajustes são realizado pelo dentista no consultório e é um material restaurador que tem propriedades físicas de suportar a estrutura dentária e podem ser confeccionadas em uma sessão, custo menor se for comparados com a cerâmica e dispensando assim os trabalhos laboratoriais, sendo uma opção mais viável e que suprem as necessidades funcionais e estéticas do paciente. A sua desvantagem se é por conta de mudanças de cor que podem ocorrer com essa restauração, e uma possibilidade de fratura por conta de contato prematuro, por isso o conhecimento da oclusão durante o trabalho clínico, essencial o acompanhando com o cirurgião-dentista semestralmente, caso tenha a necessidade de reparo ou até mesmo a troca da restauração (CUNHA *et al.*, 2016).

Na reconstrução da guia canina, consiste em uma remodelação do material restaurador, sobre a superfície dentária, considerando assim um procedimento menos invasivo, e sem desgaste da estrutura dental sadia. É necessário que seja realizada uma avaliação correta e conversado com o paciente sobre o tratamento adequado, para restabelecer características funcionais e estéticas. As vantagens da resina composta como material restaurador é que seja possível criar fielmente uma aparência similar a estrutura dental, reestabelecendo assim a função morfológica e características como cor, translucidez, matiz, croma e valor (SILVA; LUND, 2016).

A etapa principal para a confecção de restaurações em dentes anteriores é o planejamento prévio, evitando assim possíveis erros durante o tratamento. Para a realização da anatomização de estruturas dentárias o cirurgião-dentista algumas técnicas ao seu dispor, como enceramentos diagnósticos, imagens computadorizadas para até que o mesmo possa explicar para o paciente como será realizado e uma prévia do possível resultado final. Para facilitar o trabalho do operador é possível realizar as guias de silicone ou guia palatina, feitas através de ensaio restaurador que

poderão facilitar durante a reconstrução e devolver a anatomia com a resina composta de forma satisfatória (BARATIERI, 2010).

A técnica conhecida como "mão livre" é realizada com as matrizes de poliéster, sendo colocadas na face palatina ou lingual do dente em questão, como anteparo para receber incrementos da resina composta, essa técnica precisa que o cirurgião-dentista tenha bastante habilidade para se conseguir reconstruir uma anatomia fiel ao dente e que evitando que se tenha um contato prematuro. É realizada desta forma: é escolhido um tamanho exato da matriz de poliéster que consiga envolver a face palatina ou lingual do dente canino em questão, fixando essa matriz nas regiões interproximais com auxílio da cunha de madeira para se tenha estabilidade, realizando um pressão digital na região da matriz para que se tenha uma boa adaptação e inserções de resina composta enquanto se realiza a fotopolimerização, após a fotoativação é removido a tira de poliéster para continuar a reconstrução anatômica, prosseguindo assim a técnica restauradora realizando assim os acabamentos, ajustes oclusais e o polimento para se obter uma longevidade da restauração (BARATIERI, 2010).

Com o enceramento diagnóstico no modelo de gesso, é necessário confeccionar uma guia de silicone de condensação na qual irá servir de orientação para a restauração definitiva. Sendo confeccionada a face palatina bem-feita e ajustada de acordo com a oclusão do paciente com o objetivo de devolver a função, forma e estética. Nessa técnica, é reproduzido a dentição do paciente no modelo vazado em gesso, realizando manualmente a confecção da restauração sobre esse modelo de estudo, que será devolvido a forma e estrutura anatômica no próprio modelo de estudo e em seguida é realizada a guia de silicone para copiar fielmente a face palatina ou lingual. Essa guia de silicone será utilizada como referência da face palatina ou lingual para ser confeccionado a restauração final planejada. Essa técnica possui a vantagem por proporcionar um adequado posicionamento das bordas incisais e proximais, realizando assim um fino incremento de resina composta para confeccionar a face palatina do dente a ser restaurado, oferecendo um resultado funcional e estético satisfatório (QUAGLIATTO; SOARES; CALIXTO, 2012; FARIAS NETO; BANDEIRA; MIRANDA; SÁNCHEZ-AYALA, 2015).

Figura 5 - A imagem mostra a ausência da guia canina do lado direito e a presença de contato dos dentes posteriores.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

Figura 6 - Presença da guia canina, após a sua reconstrução direta com resina composta. Observa-se a desocclusão dentes posteriores.



Fonte: Elaboração do autor (2021).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da função efetiva da guia canina na dissipação de forças se torna essencial para que se tenha um equilíbrio no sistema estomatognático, recebendo a carga mastigatória e dissipando forças sobre os dentes posteriores, protegendo assim os mesmos de forças oclusais intensas, evitando contatos traumáticos.

É imprescindível que o Cirurgião-Dentista possua um bom conhecimento teórico e prático sobre oclusão dentária e de quais materiais poderá lançar mão para o tratamento de restabelecimento da oclusão, sendo de máxima importância que o mesmo tenha habilidades com o tipo de reabilitação escolhido ao seu paciente.

REFERÊNCIAS

- ANDREWS, Lawrence F. The six keys to normal occlusion. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, v. 62, n. 3, p. 296-309, sep. 1972.
- ANGLE, Edward. H. **Treatment of malocclusion of the teeth**. 7. ed. Philadelphia: S.S. White, 1907.
- BARATIERI, Luiz Narciso. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnica**. Santos, SP, v. 1, 2010.
- BARROS, Vinicius Coronado; BARROS, Igor Coronado; MESQUITA NETO, Joaquim. Reabilitação do guia canino complementar ao tratamento harmônico e estético com prótese parcial fixa livre de metal. **Odonto**, v. 25, n. 50, p. 19-27, 2017.
- CAMACHO, Guilherme; MULLER, Ida; MARTINEZ, Lisandra. **Relações dinâmicas dos maxilares**. 2014.
- CARDOSO, Antônio Carlos. **Oclusão: para você e para mim**. 1.ed. São Paulo : Santos, 2. imp., 2010, 233 p., il.
- CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi. **Dentística: saúde e estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CORRÊA NETTO, L.; WERNECK, D. Resolução estética de dentes anteriores em única sessão com uso da matriz de silicone: relato de caso clínico. **Rev Dent**, n. 22, p. 5-8, 2011.
- CUNHA, Leonardo Fernandes da. *et al.* Replacement of anterior composite resin restorations using conservative ceramics for occlusal and periodontal rehabilitation: an 18-month clinical follow-up. **Case Reports in Dentistry**, v. 2016, p. 1-7, 2016.
- ELLWANGER, Maristela *et al.* Integração ortodontia/dentística na complementação estético funcional de tratamento ortodôntico: relato de caso clínico. **Full Dent. Sci.**, São José do Pinhais, v. 2, n.8, 2011
- FARIAS NETO, Arcelino; BANDEIRA, Aline Silva; MIRANDA, Bruna Freire Salem de; SÁNCHEZ-AYALA, Afonso. O emprego do mock-up na Odontologia: trabalhando com previsibilidade. **Full Dent. Sci.**, v. 6, n. 22, p. 256-260, 2015.
- FERNANDES NETO, Alfredo Julio; NEVES, F. D. das; SIMAMOTO JUNIOR, P. **Oclusão**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 160p.
- FERNANDES, Hayanne Kimura, *et al.* Evolução da resina composta: revisão da literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 401-4011, 2014.

GARCIA, A. R.; SUNDFELD, R. H.; ALEXANDRE, R. S. de. Reestablishment of occlusion with prosthesis and composite resin restorations. **Bull Tokyo Coll**, v. 50, n. 2, p. 91-6, may. 2009.

KEGLER, Eugenio *et al.* Tratamento estético em dentes anteriores: rapidez e simplicidade com procedimentos diretos. **Rev. dental press estét.**, v. 6, n. 2, p. 64-76, 2009.

KOYANO, K.; TSUKIYAMA, Y.; KUWATSURU, R. Review Article: Rehabilitation of occlusion – science or art? **J. Oral Rehab.**, v. 1, n. 39, p. 513-521, 2015.

LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; LANG, Niklaus P. **Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., p. 3-48, 342-355, 787-798, 2005.

LOUREIRO NETO, Carlos. Restabelecimento de guia canina com resina composta. **R Dental Press Estét**, v.5, n.2, abr./maio/jun, p. 9, 2008.

MADEIRA, Miguel Carlos; RIZZOLO, Roelf J. Cruz. Anatomia individual dos dentes. *In: Anatomia do Dente*. 8. ed. São Paulo: Editora Sarvier, cap. 2, p. 35- 62, 2016.

MAGEET, A. O. Classification of skeletal and dental malocclusion: revisited. **Stomatology Edu Journal**, v. 3, n. 2, p. 205–211, 2016.

MAIA, Jennefer Saturnino *et al.* Restaurando a guia canina com resina composta: relato de caso. **Revista Científica Multidisciplinar da UniSãoJosé**, v. 15, n. 1, p. 82-89, 2020.

MIRALLES, R. Canine-guided occlusion and group function occlusion are equally acceptable when restoring the dentition. **J Evid Based Dent Pract.**, v. 16, n. 1, p. 41-43, 2016.

OKESON, Jeffrey. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PAIVA, Helson José de. **Noções e conceitos básicos em oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial**. 1. ed. São Paulo: Santos, p. 1-8, 2008.

PECK, CC. Biomecânicas ocluso – implicações for oral rehabilitation. **J Oral Rehabil.**, v. 43, n. 3, p. 205-214, 2016.

PEGORARO, Luiz Fernando. **Prótese fixa**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

PINTO, Edvaldo de Melo. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das máis oclusões. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n.1, p. 82-91, jan./fev. 2008.

PONTONS-MELO, J. C *et al.* A conservative approach for restoring anterior guidance: a case report. **J Esthet Restor Dent.**, v. 24, n. 3 p. 171-182, 2012.

PROFFIT, William R.; FIELDS JUNIOR, Henry W.; SARVER, David M. **Ortodontia contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2013.

QUAGLIATTO, Paulo Sergio; SOARES Paulo Vinicius; CALIXTO, Luiz Rafael. Restaurações estéticas diretas em dentes anteriores: protocolos clínicos e propriedades dos compósitos. *In*: VIEIRA, L.F.T., SILVA, C.H.V., FILHO P.F.M., VIEIRA, C.E. (edits.). **Estética odontológica**: soluções clínicas, [S.l:s.n], 2012.

RODRIGUE, Stephanie dias Rivera; ARGOLO, Saryta; CAVALCANTI, Andrea Nóbrega. Reanatomização dental com resina composta: relato de caso clínico. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 3, p. 182-192, dez. 2014.

SILVA, Adriana Fernandes da; LUND, Rafael Guerra. **Dentística restauradora**: do planejamento à execução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Santos; 2016.

ANEXO A – Termo de Ciência e Consentimento informado para utilização de fotos nesse trabalho.

Assinatura do paciente ou responsável legal.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Graduação em Odontologia da UNDB e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, e tratamento em mim executado e que constituem propriedade exclusiva deste Curso. Portanto, dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética. Além disso, quando haja indicação de extração dentária autorizo a doação desses dentes para a Clínica escola de odontologia Prof. Luíz Pinho Rodrigues.

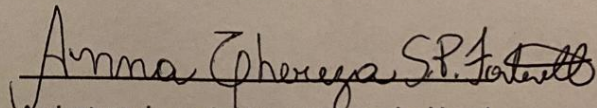
São Luís, 06 de abril de 2021.

Christyan Cesar Ribeiro Silva
Assinatura do paciente ou responsável legal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Graduação em Odontologia da UNDB e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, e tratamento em mim executado e que constituem propriedade exclusiva deste Curso. Portanto, dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética. Além disso, quando haja indicação de extração dentária autorizo a doação desses dentes para a Clínica escola de odontologia Prof. Luíz Pinho Rodrigues.

São Luís, 31 de maio de 2021.


Assinatura do paciente ou responsável legal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Graduação em Odontologia da UNDB e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, e tratamento em mim executado e que constituem propriedade exclusiva deste Curso. Portanto, dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética. Além disso, quando haja indicação de extração dentária autorizo a doação desses dentes para a Clínica escola de odontologia Prof. Luíz Pinho Rodrigues.

São Luís, 05 de novembro de 2020.

Rosaneia da Reis

Assinatura do paciente ou responsável legal