

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Maria Eduarda Aparecida Guimarães

**ALTERAÇÃO DE DVO EM PACIENTE COM AMELOGÊNESE
IMPERFEITA DO TIPO HIPOMATURADA: *RELATO DE CASO***

Belo Horizonte
2025

Maria Eduarda Aparecida Guimarães

ALTERAÇÃO DE DVO EM PACIENTE COM AMELOGÊNESE IMPERFEITA DO TIPO HIPOMATURADA: RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Dentística Restauradora

Orientador: Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza

Belo Horizonte
2025

Ficha Catalográfica

G963 Guimarães, Maria Eduarda Aparecida.
a Alteração de DVO em paciente com amelogênese imperfeita
2025 do tipo hipomaturada: relato de caso / Maria Eduarda
 Aparecida Guimarães. -- 2025.
MP

23 f. : il.

Orientador: Lincoln Dias Lanza.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Amelogênese imperfeita. 2. Dimensão vertical. 3.
Oclusão dentária. 4. Reabilitação bucal. 5. Esmalte
dentário. I. Lanza, Lincoln Dias. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D371



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ODONTO - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia da aluna **MARIA EDUARDA APARECIDA GUIMARÃES**, do Curso de Especialização em DENTÍSTICA, realizado no período de 07/08/2023 a 14/08/2025.

Aos 13 dias do mês de agosto, às 08:00 horas, na sala 3415 da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelo Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza (orientador), Prof. Dr. Luíz Thadeu de Abreu Poletto e Profa. Dra. Bruna Ferreira Lage. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à apresentação da Monografia intitulada “**Alteração da DVO em paciente com amelogênese imperfeita do tipo hipocalcificada: um relato de caso**”. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pela aluna foi 95 (noventa e cinco) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua **APROVAÇÃO**. Para constar, eu, Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de agosto de 2025.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza

Prof. Dr. Luíz Thadeu de Abreu Poletto

Profa. Dra. Bruna Ferreira Lage



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Ferreira Lage, Professor(a)**, em 23/09/2025, às 08:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Thadeu de Abreu Poletto, Usuário Externo**, em 23/09/2025, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lincoln Dias Lanza, Professor do Magistério Superior**, em 23/09/2025, às 18:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4574011 e o código CRC 7FBDFE82.

Referência: Processo nº 23072.230412/2025-91

SEI nº 4574011

RESUMO

A amelogênese imperfeita (AI) é uma anomalia hereditária que compromete a formação do esmalte dentário. A forma hipomaturada, em particular, caracteriza-se por esmalte frágil e propenso ao desgaste precoce, que pode lascas ou descascar com facilidade, o que pode resultar na diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO). Este trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com AI tipo hipomaturada, abordando a alteração de DVO para mais e o protocolo restaurador adotado provisoriamente. O plano de tratamento incluiu montagem em articulador, enceramento diagnóstico e restaurações provisórias por acréscimo com resina composta retida a pin e um ajuste oclusal foi realizado com a intenção de alterar a DVO. Para teste de DVO. Foi realizado o teste fonético com sons sibilantes com o objetivo de verificar se houve comprometimento do espaço funcional livre. Adicionalmente, conduziu-se uma avaliação longitudinal da função muscular e articular, considerando sinais de dor e fadiga muscular. Essa etapa teve como propósito verificar se a nova dimensão vertical de oclusão (DVO) permite a produção da fala de forma natural, sem prejuízos à fonação, articulação e conforto funcional. Os resultados demonstraram melhora funcional e estética, com boa adaptação do paciente à nova DVO. O presente estudo destaca a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar na reabilitação de pacientes com AI e redução de DVO.

Palavras-chave: amelogênese imperfeita; dimensão vertical de oclusão; reabilitação oral.

ABSTRACT

Alteration of vertical dimension of occlusion (VDO) in a patient with hypomaturation of amelogenesis imperfecta: a case report.

Amelogenesis imperfecta (AI) is a hereditary condition that affects enamel formation. The hypomatured type is characterized by weak enamel prone to early wear, which may lead to a reduction in vertical dimension of occlusion (VDO). This study aims to report a clinical case of a patient with hypomatured AI, addressing the change in VDO to a larger one and the provisional restorative protocol adopted. The treatment plan included articulator mounting, diagnostic wax-up, and provisional composite resin restorations for VDO testing. A phonetic test with sibilant sounds was performed to determine whether functional free space was compromised. Additionally, a longitudinal assessment of muscle and joint function was conducted, considering signs of pain and muscle fatigue. This step aimed to verify whether the new vertical dimension of occlusion (VDO) allows natural speech production without compromising phonation, articulation, or functional comfort. The results showed functional and aesthetic improvement with good patient adaptation to the new VDO. This study emphasizes the importance of early diagnosis and a multidisciplinary approach in the rehabilitation of patients with AI and VDO loss.

Keywords: amelogenesis imperfecta; vertical dimension of occlusion; oral rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotos iniciais do paciente	16
Figura 2 - Fotos iniciais intrabucais vista oclusal	16
Figura 3 - Fotos iniciais pré-molares e molares superiores e inferiores vista oclusal	17
Figura 4 - Montagem em ASA e enceramento diagnóstico	17
Figura 5 - Restaurações em resina composta região dentes anteriores	18
Figura 6 - Restaurações em resina composta vista oclusal superior e inferior	18
Figura 7 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares superiores	18
Figura 8 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares superiores	19
Figura 9 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares inferiores lado direito	19

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivo específico.....	14
3 RELATO DE CASO.....	15
4 DISCUSSÃO.....	21
5 CONCLUSÕES.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 REVISÃO DE LITERATURA

A Amelogênese Imperfeita (AI) é uma condição hereditária que compromete a estrutura do esmalte dentário em decorrência de alterações na diferenciação ou função dos ameloblastos, sendo classificada como uma desordem ectodérmica. Tal anomalia pode decorrer de mutações genéticas específicas que afetam diretamente a formação do esmalte, sem associação com alterações metabólicas ou morfológicas sistêmicas. Clinicamente, as manifestações incluem três padrões distintos de defeito: hipoplasia (formação insuficiente da matriz), hipomineralização (deficiência na deposição mineral) e hipomaturação (formação incompleta dos cristais de hidroxiapatita) (Campos; Cruz; Mello, 2012). Essa condição pode afetar qualidade e/ou a quantidade de esmalte nas dentições primárias e permanentes.

O tipo hipomaturada, foco dente estudo, resume alterações do esmalte com espessura normal, mas consistência mais macia. O esmalte alterado apresenta uma aparência manchada e descolorida podendo ser facilmente lascado. Possui radiopacidade desse semelhante à da dentina (Sabandal e Schäfer, 2016).

Segundo Sabandal e Schäfer (2016), os defeitos hereditários de mineralização do esmalte, como a AI, podem resultar em um espectro amplo de manifestações clínicas, desde sensibilidade exagerada e alterações estéticas até prejuízo funcional severo. Isso se reflete, inclusive, na necessidade de tratamentos multidisciplinares e individualizados.

A formação do esmalte dentário é um processo geneticamente regulado e complexo, que envolve a ação coordenada de proteínas da matriz extracelular e enzimas proteolíticas. A AI é uma condição hereditária que afeta a formação do esmalte, pode apresentar diferentes formas clínicas e padrões de herança, dependendo do gene afetado e da mutação envolvida. Genes como amelogenina, enamelin, ameloblastina, enamelysin (MMP-20) e kallikrein-4 (KLK-4) estão entre os principais responsáveis por essa alteração (Santos; Line 2005)

A AI é comumente relacionada à redução da dimensão vertical de oclusão em função do desgaste acelerado dos dentes, especialmente nos casos do tipo hipomaturado, em que o esmalte se lasca com facilidade havendo uma perda

progressiva de estrutura dentária. A restauração de DVO e a melhoria estética são os objetivos mais importantes para a reabilitação protética (Santos; Line 2005).

A redução da dimensão vertical de oclusão pode estar associada à perda parcial ou total dos dentes posteriores, bem como ao desgaste dentário progressivo. Essas alterações promovem modificações nos planos oclusais, repercutindo negativamente nas funções mastigatória e fonatória, além de impactarem a autoestima dos indivíduos afetados. Tratando-se da DVO, sua avaliação é essencial no diagnóstico, planejamento e controle de reabilitações orais, especialmente em pacientes com desgaste dentário progressivo (Bisinella, *et al.*, 2024; Cavalcante e Ávila, 2021; Guerreiro, *et al.*, 2022).

As alterações na dimensão vertical de oclusão podem ocasionar comprometimentos severos, como o colapso oclusal, frequentemente acompanhados por extrusões dentárias, desgastes acentuados e fraturas das estruturas dentárias. Tais condições geram complicações clínicas de difícil manejo e, em alguns casos, de caráter irreversível. (Cavalcanti, *et al.*, 2015; Lee, *et al.*, 2021; Guerreiro, *et al.*, 2022)

O restabelecimento inadequado da dimensão vertical de oclusão, seja por seu aumento ou redução, pode gerar consequências adversas significativas, comprometendo dentes, musculatura orofacial, articulação temporomandibular, funções de deglutição e fonação, além de interferir na postura corporal e no equilíbrio do paciente. (Dantas, 2012) Além disso, há uma associação entre alteração da DVO e sinais de disfunção temporomandibular (DTM), como dor orofacial, ruídos articulares e limitação de abertura bucal.

O articulador semi ajustável é um instrumento primordial para diagnóstico e planejamento reabilitador, embora possua limitações, é um excelente recurso para reprodução em laboratório da situação clínica do paciente (Rodrigues, *et al.*, 2010; Cartagena, *et al.*, 2012) A importância clínica do articulador semi-ajustável (ASA) na confecção de próteses parciais removíveis (PPRs) reside na premissa de que as relações interoclusais dos modelos montados representam com precisão a posição dos arcos dentários antagonistas. Essa montagem é realizada, em geral, em Relação Cêntrica (RC) ou, em casos específicos, em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), desde que haja pelo menos três contatos posteriores simultâneos e distantes entre

dentos antagonistas, e que essa seja a posição funcional eleita para o caso clínico. (Cartagena, *et al.*, 2012)

O diagnóstico precoce de AI é essencial para prevenir o colapso oclusal e a alteração precoce da DVO, sobretudo em pacientes jovens. Em crianças e adolescentes, recomenda-se o uso de materiais restauradores provisórios, controle da dor e manutenção da função mastigatória até que a dentição permanente esteja completamente erupcionada. (Pousette Lundgren; Dahllöf, 2024)

De acordo com Lundgren e Dahllöf (2024), em pacientes jovens com amelogênese imperfeita, observou-se redução dos sintomas de dor e hipersensibilidade, além de melhora estética, independentemente do tipo de abordagem restauradora utilizada. As restaurações com resina composta foram predominantemente indicadas para casos de AI do tipo hipoplásico e com sintomas menos severos. Já as coroas cerâmicas unitárias apresentaram elevada taxa de sucesso em todas as variantes clínicas da AI, sendo consideradas viáveis também para indivíduos jovens.

Diversas revisões sistemáticas e estudos clínicos indicam que a amelogênese imperfeita (AI) está frequentemente associada a más oclusões, como a mordida aberta anterior e o padrão esquelético de Classe III, sendo essas manifestações particularmente prevalentes nos casos de AI hipocalcificada. Essas alterações oclusais e esqueléticas exercem influência direta sobre o planejamento terapêutico, o que frequentemente requer intervenções ortodônticas e, em alguns casos, cirúrgicas para a adequada reabilitação funcional e estética dos pacientes acometidos (Alachioti *et al.*, 2014).

Na fase inicial do plano reabilitador, é fundamental a utilização de dispositivos provisórios que possibilitem a avaliação funcional e estética do novo padrão oclusal, especialmente quando há alteração na dimensão vertical de oclusão (DVO). Essa abordagem permite ajustes personalizados e seguros, reduzindo riscos clínicos e aumentando a previsibilidade dos resultados (Edelhoff *et al.*, 2016).

A reabilitação de pacientes com AI exige planejamento detalhado, com uso de mock-ups, restaurações provisórias para avaliação da nova DVO e restaurações definitivas com materiais de alta resistência. O uso de restaurações provisórias

adesivas permite observar a adaptação funcional e estética do paciente ao novo padrão oclusal antes da instalação definitiva (Chen *et al.*, 2024).

Conforme destacado por Abduo e Lyons (2012), o sucesso da reabilitação funcional está vinculado à preservação da dimensão vertical de oclusão restaurada, ao monitoramento oclusal regular, ao uso de dispositivos miorrelaxantes e à realização de controles periódicos. Somam-se a esses fatores a adesão do paciente ao tratamento proposto e o cuidado dispensado às restaurações, aspectos fundamentais para alcançar resultados clínicos estáveis e duradouros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar o caso clínico de um paciente com Amelogênese Imperfeita do tipo Hipomaturada enfatizando a alteração da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) para mais.

2.2 Objetivo Específico

Apresentar uma proposta de alteração de DVO com resina composta direta usando macro retenções adicionais (PINS)

3 RELATO DE CASO

Paciente F.P.S do sexo masculino, 34 anos de idade, procurou atendimento odontológico na clínica de especialização em Dentística da FAO-UFMG, queixando-se de insatisfação estética com o sorriso.

Na anamnese não foi registrada história progressiva de AI na família. O paciente não relatou histórico de internações, tratamentos médicos regulares, uso de medicações contínuas, comorbidades sistêmicas ou reações alérgicas conhecidas. Refere ausência de hábitos prejudiciais à saúde geral, mas relata hábito parafuncional de bruxismo. Informa também que, devido a episódios de dor intensa, devido a presença de grande perda de estrutura dental, foi realizada anteriormente exodontia de alguns elementos dentários.

Ao exame clínico, foi observado que todos os dentes apresentavam alteração de cor (amarelada acastanhado) e textura friável, com desgaste acentuado das superfícies oclusais e incisais. A exposição da dentina era evidente em vários dentes, porém o paciente não relatava sensibilidade, era possível observar uma dentina mais vítrea. (FIGURA 1 E FIGURA 2)

Constatou-se a diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO), evidenciada por sinais clínicos como desgaste acentuado das superfícies oclusais dos dentes posteriores, exposição dentinária, redução significativa da altura das coroas clínicas, comprometimento da guia anterior e alterações nos contatos oclusais posteriores. Além disso, observou-se a presença de elementos dentários fraturados, achatados ou com coloração escurecida.

Radiografias panorâmicas, periapicais e tomografia computadorizada foram realizadas, revelando integridade dos tecidos periodontais, mas confirmando perda significativa de estrutura coronária. Modelos de estudo e fotografias clínicas foram obtidos para planejamento reabilitador.

O tratamento proposto incluiu a reabilitação oral para recuperação da DVO alterada. Inicialmente foi realizada a montagem em ASA em RC e enceramento diagnóstico. Foi observada a ausência dos elementos 16, 17 e 27, havendo necessidade de instalação de implantes, porém, ao exame radiográfico panorâmico observou-se espessura insuficiente de tecido ósseo. Foi realizada então a cirurgia de o

levantamento de seio maxilar na região de molares superiores para posterior instalação de implantes. Posteriormente foi realizada uma fase de condicionamento com restaurações provisórias em resina composta em aumento de DVO, para adaptação muscular e articular. Essa sequência teve como objetivo principal o restabelecimento de DATO; ou seja, Desocclusão, Alinhamento Tridimensional do plano oclusal e a oclusão bilateral em equilíbrio.

O processo restaurador foi iniciado pelos dentes posteriores, sendo tratados primeiramente os hemiarcos superior e inferior do lado direito e, em seguida, do lado esquerdo, utilizando o enceramento diagnóstico como referência. Posteriormente, foram realizadas as restaurações nos dentes anteriores superiores e, por fim, nos anteriores inferiores, com o auxílio de uma muralha palatina confeccionada a partir do enceramento diagnóstico. Essa sequência teve como objetivo principal a estabilização da mordida.

Todos os procedimentos foram realizados sob isolamento absoluto do campo operatório. Por se tratar de dentes vitais, foi necessária anestesia local com lidocaína 2% associada à epinefrina 1:100.000. Devido à alteração do substrato, que comprometia a adesão, optou-se pela execução de retenções mecânicas adicionais como Pins e ou Canaletas com brocas 329. Também foi realizado uma asperização do esmalte remanescente com pontas adiamantadas, a fim de expor as cabeças dos prismas de esmalte e otimizar o condicionamento.

O condicionamento ácido foi realizado com ácido fosfórico a 37% (Condac, FGM) 30 segundos no esmalte, lavagem abundante e remoção do excesso de água com papel absorvente. Em seguida, aplicou-se o sistema adesivo 3M Single Bond Universal (Solventum) em esmalte e dentina com movimentos de fricção ativa (microbrush), favorecendo a penetração do adesivo. Após leve jato de ar por 10 segundos, procedeu-se à segunda aplicação da mesma forma, seguida de fotoativação por 20 segundos.

A restauração foi confeccionada com resina composta 3M Filtek Z350 XT (Solventum), utilizando-se as cores A2D e A3E para dentes posteriores, e A2D, A3E e translúcida para dentes anteriores. Nos posteriores, o preenchimento inicial foi realizado nos pins e canaletas com resina A2D, seguido da aplicação incremental da camada de

dentina e, por último, da camada de esmalte com resina A3E, devolvendo a anatomia original.

Para os dentes anteriores, utilizou-se muralha palatina confeccionada em silicone de condensação (Perfil – Vigodent). Inicialmente, foi aplicada a resina translúcida na matriz de silicone e adaptada aos incisivos centrais superiores, seguida de fotoativação. Após a remoção da muralha, procedeu-se à aplicação da camada de dentina com resina A2D e da camada de esmalte com resina A3E.

Os ajustes oclusais foram realizados imediatamente após cada restauração, buscando o maior número de contatos oclusais possíveis. Após 91 dias (3 meses) de acompanhamento, os testes fonéticos com sons sibilantes confirmaram a manutenção do espaço funcional livre, sem relato de sintomas articulares ou desconforto muscular por parte do paciente.

O paciente apresentou boa adaptação às alterações na DVO, com melhora significativa na função mastigatória e satisfação estética.

Figura 1 - Fotos iniciais do paciente



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 2 - Fotos iniciais intrabucais vista oclusal



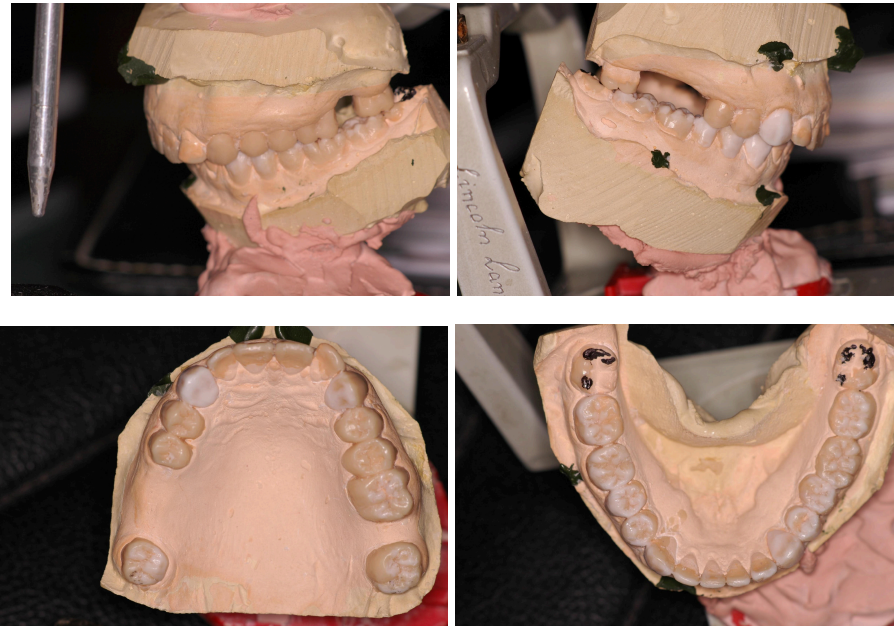
Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 3 - Fotos iniciais pré-molares e molares superiores e inferiores vista oclusal



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 4 - Montagem em ASA e enceramento diagnóstico



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 5 - Restaurações em resina composta região dentes anteriores



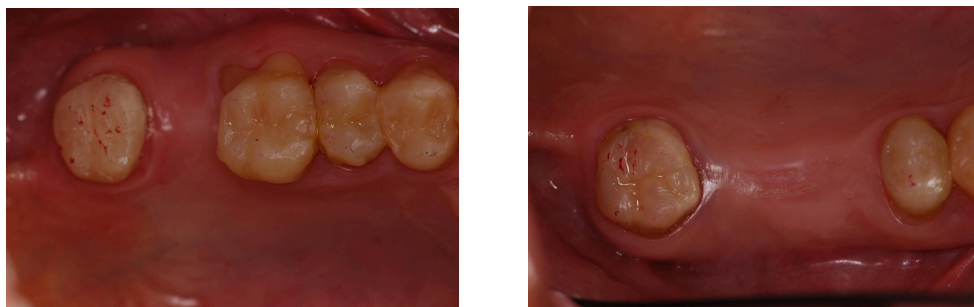
Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 6 - Restaurações em resina composta vista oclusal superior e inferior



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 7 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares superiores



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 8 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares superiores



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

Figura 9 - Restaurações em resina composta pré-molares e molares inferiores lado direito



Fonte: Prof. Dr. Dias Lanza (2025).

4 DISCUSSÃO

O presente relato de caso evidencia os desafios clínicos e restauradores enfrentados em pacientes com amelogenese imperfeita, especialmente na forma hipocalcificada, em que o esmalte apresenta-se poroso, friável e com baixa resistência ao desgaste mastigatório. Essa condição exige não apenas um diagnóstico preciso, mas também uma abordagem sistemática e multidisciplinar, capaz de restabelecer função e estética de maneira previsível e duradoura.

A alteração da dimensão vertical de oclusão (DVO) observada neste paciente é consequência direta do desgaste acelerado dos dentes e da fragilidade estrutural do esmalte, frequentemente relatada na literatura como complicador adicional em casos de AI. A estratégia de utilizar restaurações provisórias em resina composta para testagem da nova DVO mostrou-se fundamental para a adaptação neuromuscular, prevenindo complicações articulares e permitindo ajustes progressivos. Além do controle clínico, realizou-se o teste fonético com sons sibilantes, que auxiliou na análise do espaço funcional livre, e uma avaliação longitudinal da função muscular e articular, considerando sinais de dor, fadiga e limitações funcionais.

O planejamento restaurador baseado em enceramento diagnóstico e montagem em articulador forneceu previsibilidade ao tratamento e está em concordância com protocolos relatados na literatura para casos semelhantes. Em outros relatos de AI, diferentes abordagens foram propostas: alguns autores descrevem a utilização de compósitos CAD/CAM ou overlays adesivos como opção conservadora para reabilitar a DVO em pacientes jovens; outros priorizam coroas totais em cerâmica ou metalocerâmica, buscando maior resistência mecânica e estabilidade a longo prazo, especialmente em cenários de desgaste severo. Independentemente da escolha, a literatura enfatiza a importância da fase provisória como etapa de validação funcional antes da instalação das restaurações definitivas.

No presente caso, a opção por resina composta provisória seguida de restaurações definitivas em cerâmica pura mostrou-se eficaz tanto do ponto de vista funcional quanto estético. Os resultados corroboram estudos que defendem o uso de materiais restauradores de alta resistência em reabilitações complexas, ressaltando a necessidade de individualização da conduta. Além disso, a adoção de medidas

complementares, como a confecção de placa mio-relaxante e o acompanhamento periódico, asseguram a manutenção da estabilidade oclusal e a longevidade das restaurações.

Assim, este trabalho reforça que o tratamento de pacientes com AI hipomaturada e perda de DVO requer um planejamento cuidadoso, integração interdisciplinar e acompanhamento contínuo, sendo possível alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios por meio de protocolos restauradores bem estabelecidos e validados clinicamente.

5 CONCLUSÕES

A reabilitação de pacientes com amelogênese imperfeita do tipo hipomaturada exige planejamento criterioso, uso de materiais restauradores adequados e abordagem multidisciplinar. O caso apresentado demonstrou que é possível restaurar a função oclusal e a estética de forma eficaz, promovendo melhora na qualidade de vida do paciente. A avaliação clínica da DVO e restaurações provisórias em resina composta foram etapas determinantes para o sucesso do tratamento. Portanto, a atuação integrada entre especialidades, associada ao acompanhamento contínuo, representa a chave para o sucesso reabilitador nesses casos complexos.

REFERÊNCIAS

- ABDUO, J.; LYONS, K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. **Australian Dental Journal**, v. 57, n. 1, p. 2–10, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22369551/>
- ALACHIOTI, X. S.; DIMOPOULOU, E.; VLASAKIDOU, A.; ATHANASIOU, A. E. Amelogenesis imperfecta and anterior open bite: etiological, classification, clinical and management interrelationships. **Journal of Orthodontic Science**, v. 3, p. 1-6, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24987656/>
- BISINELLA, X'E. A. P., SILVA, V. M. G., MICHARKI, A. L., NAUFEL, F. S., PEZZINI, R. P., PEZZINI, M. M. G., QUEIROZ, K. F. A., & BOHNEBERGER, G. (2024). Reabilitação oral com próteses fixas e implantossuportadas para restabelecimento da função, estética e bem-estar psicológico: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7 n. 9. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/75466>
- CARTAGENA A. F., SILVA FIGUERÔA R. M., JORGE J. H., URBANA V. M., & CAMPANHA N. H. (2012). Montagem de modelos de próteses removíveis em articulador sem ajustável. **Revista de Odontologia da UNESP**. UNESP, v. 41 n. 3, 215-220. Disponível em: <https://host-article-assets.s3.amazonaws.com/rou/588018fe7f8c9d0a098b4f04/fulltext.pdf>
- CAVALCANTI, Y. W., OLIVEIRA, L. M. C., & BATISTA, A. U. D. (2015). Prótese parcial removível provisória tipo overlay na reabilitação oral de paciente com colapso oclusal posterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19 n. 2, 143-150. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24700>.
- CAVALCANTE, J. B. S., & ÁVILA, M. DE F. S. (2021) Protocolo de exames clínicos e complementares básicos para tratamentos reabilitadores em caso de pacientes em colapso oclusal severo: relato de caso clínico. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/lil-783263>
- CAMPOS, V.; CRUZ, R. A.; **Diagnóstico e tratamento das anomalias da odontogênese**. São Paulo: Santos, 2012. cap. 3. Disponível em: https://www.portaldoslivreiros.com.br/livro.asp?codigo=7185572&titulo=Diagnostico_e_Tratamento_das_Anomalias_da_Odontogenese
- CHEN, R. *et al.* Full-mouth rehabilitation with lithium disilicate ceramic crowns in hypoplastic amelogenesis imperfecta: a case report and review of literature. **BMC Oral Health**, v. 24, n. 1, p. 149, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39334018/>
- DANTAS, E. M. (2012). A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Portal Metodista de periódicos científicos e**

acadêmicos, v. 20 n. 40, 41-48. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790178>

EDELHOFF, D.; SCHWEIGER, J.; PRANDTNER, O.; TRIMPL, J.; STIMMELMAYR, M.; GÜTH, J.-F. CAD/CAM splints for the functional and esthetic evaluation of newly defined occlusal dimensions. **Quintessence International**, v. 67, n. 10, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28232961/>

GUERREIRO, M. DE S., SILVA, S. S. DA, MENDONÇA, L. F. A., SILVA, L. F. C. DA, LIMA, M. S. S. DE, MEIRA, G. DE F., & LIMA, T. M. DE. (2022). Tratamentos para a recuperação da dimensão vertical de oclusão – revisão de literatura Treatments for the recovery of the vertical dimension of occlusion – literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 8 n. 10, 65864–65876. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52825>

LABIDI, Amel *et al.* Amelogenesis imperfecta with Class III malocclusion, reduced crown size and decreased OVD: **A multi-disciplinary management and a 5-year follow-up. Clinical Case Reports**, [S. I.], v. 12, n. 2, e08070, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32884771/>

LEE, H. J., SHIM, J. S., MOON, H. S., & KIM, J. E. (2021). **Alteration of the occlusal vertical dimension for prosthetic restoration using a target tracking system. Applied Sciences (Switzerland)**, v. 11 n. 13, Article 6196. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3417/11/13/6196>

POUSETTE LUNDGREN, Gunilla; DAHLLÖF, Göran. Advances in clinical diagnosis and management of amelogenesis imperfecta in children and adolescents. **Journal of Dentistry**, v. 147, p. 105149, Aug. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38909645/>

RODRIGUES, R.A., BEZERRA, P.M., SANTOS, D.F., & FILHO, E.S. (2010). Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional: relato de caso. **International Journal of Dentistry**, v. 9 n. 2, p. 96-101. Disponível em: https://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-146X201000020009

SABANDAL, M. M.; SCHÄFER, E. Amelogenesis imperfecta: Review of diagnostic findings and treatment concepts. **Quintessence International**, v. 47, n. 3, p. 211–220, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27550338/>

SANTOS, Maria Cristina Leme Godoy dos; LINE, Sergio Roberto Peres. The genetics of amelogenesis imperfecta: a review of the literature = Genética da amelogênese imperfeita – uma revisão da literatura. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 13, n. 2, p. 93–98, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jaos/a/76Ycmzzh3pj9NGjFWK8VHdK/abstract/?lang=pt>