

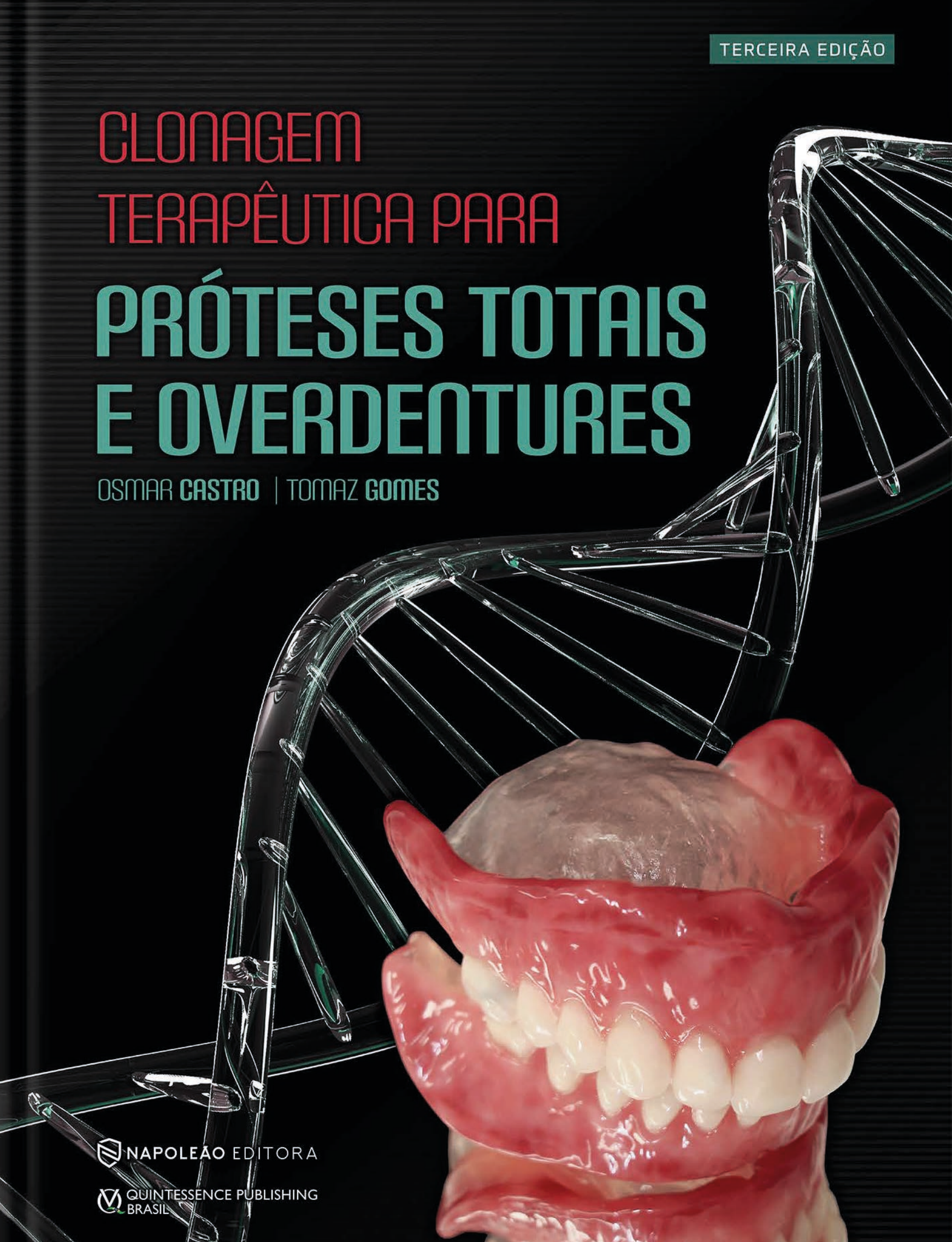
TERCEIRA EDIÇÃO

CLONAGEM TERAPÊUTICA PARA PRÓTESES TOTAIS E OVERDENTURES

OSMAR CASTRO | TOMAZ GOMES

 NAPOLEÃO EDITORA

 QUINTESSENCE PUBLISHING
BRASIL



SUMÁRIO

PLANEJAMENTO

pág. 018

01

AS 36 ETAPAS DA FASE 3: DA CLONAGEM À INSTALAÇÃO DA PRÓTESE

pág. 074

03

AJUSTE OCLUSAL EM PRÓTESE TOTAL

pág. 200

05

SELAMENTO PALATINO POSTERIOR DIRETO

pág. 220

07

ANATOMIA DO PACIENTE TOTALMENTE DESDENTADO

pág. 234

09

VISAGISMO EM PRÓTESE TOTAL

pág. 272

11

PRÓTESE TOTAL HÍBRIDA / *OVERDENTURE*

pág. 298

13

COMENTÁRIOS DOS AUTORES SOBRE TÉCNICAS DIVERSAS

pág. 346

15

02

FASE 2 - TERAPIAS PRÉVIAS

pág. 042

04

PRÓTESE UNIMAXILAR COM A TÉCNICA DA CLONAGEM TERAPÊUTICA

pág. 190

06

CLONE ESTÉTICO

pág. 212

08

FENÔMENOS FÍSICOS RELACIONADOS À RETENÇÃO DA PRÓTESE TOTAL

pág. 226

10

ESTÉTICA EM PRÓTESE TOTAL

pág. 246

12

ODONTOGERIATRIA PARA PORTADORES DE PRÓTESE TOTAL

pág. 284

14

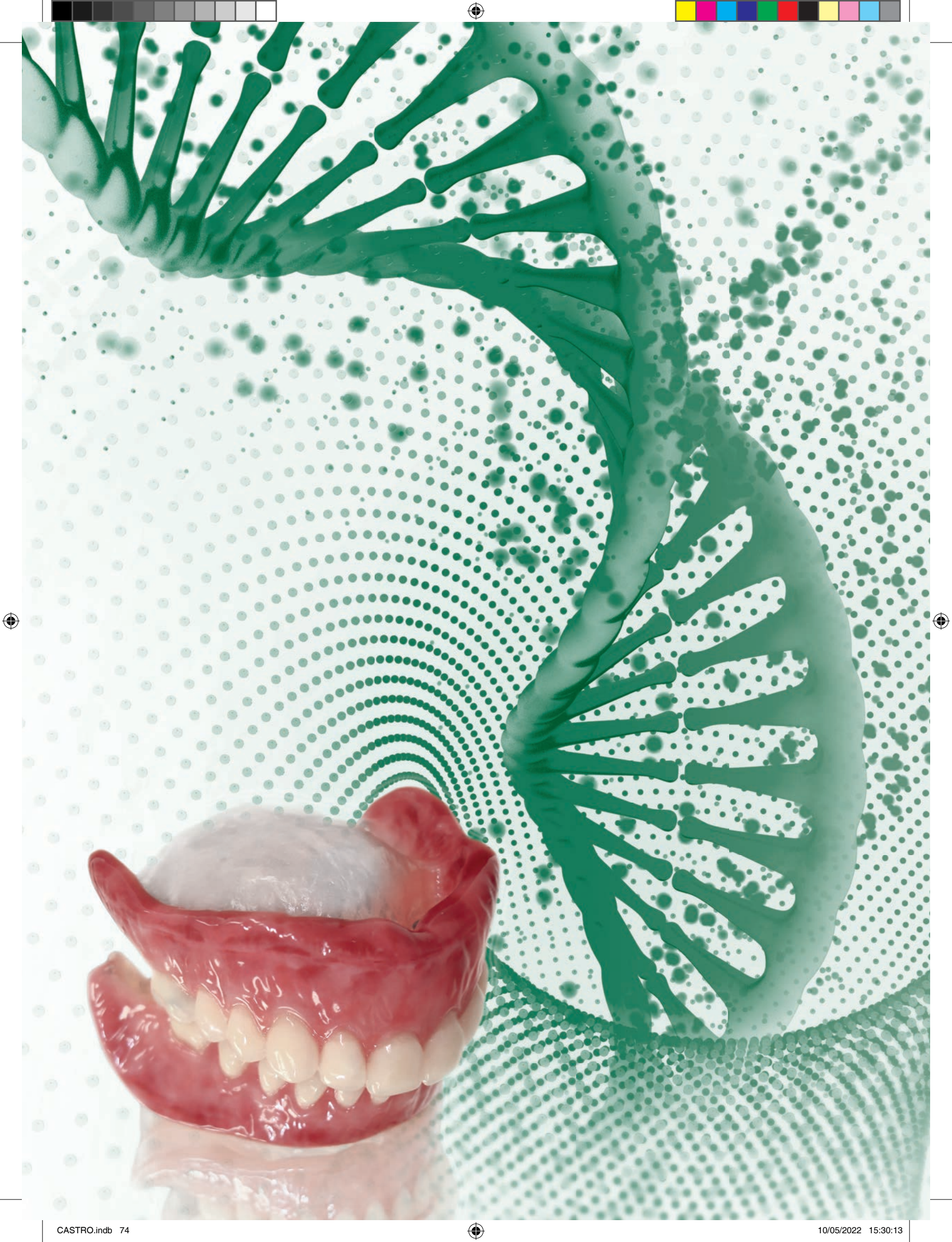
PRÓTESE TIPO PROTOCOLO DE BRÄNEMARK COM CARGA IMEDIATA

pág. 320

CONSIDERAÇÕES FINAIS

pág. 351

SUMÁRIO





FASE 3

AS 36 ETAPAS DA FASE 3: DA CLONAGEM À INSTALAÇÃO DA PRÓTESE

1. Confeção do clone.

2. Prova do clone na boca do paciente. Instalar o clone na boca do paciente e com um carbono marcar os contatos oclusais. Esse procedimento visa analisar algum contato que tenha se alterado em relação à prótese antiga conferindo se ocorrem contatos bilaterais simultâneos em oclusão.

3. Abertura de frênulos e bridas. Ampliar um pouco as aberturas dos frênulos labiais anteriores, dos frênulos laterais e das bridas. Embora os recortes dos frênulos já tenham sido ajustados na prótese antiga antes do reembasamento, seus recortes foram obtidos por um material reembasador; já o material de moldagem funcional tem uma reprodução de detalhes maior e um maior escoamento, por isso criar um pequeno aumento nesses recortes em torno de 1 mm possibilita uma moldagem dessas regiões sem interferência da resina na motricidade de frênulos e bridas.

4. Preparação para a moldagem mioestabilizada maxilar. Com uma broca Maxicut® remover as áreas retentivas internas do clone maxilar, 1 mm de toda a área interna, e as áreas que deverão ser aliviadas ou perfuradas (moldagem com pressão seletiva), de acordo com o planejamento de cada caso.

5. Moldagem mioestabilizada maxilar. Proceder à moldagem funcional maxilar em duas etapas: primeiro comprimindo manualmente e removendo o extravasamento de material posterior, e depois pedindo para o paciente ocluir com o clone mandibular (técnica de moldagem de boca fechada). Após a moldagem, executar a moldagem complementar (selamento posterior) com resina fotopolimerizável ou pasta zinco-eugenólica em uma fase mais adiantada (fase plástica).

CAPÍTULO 03

6. Preparação para a moldagem mioestabilizada mandibular. Com uma broca Maxicut® remover as áreas retentivas internas do clone mandibular, 1 mm de toda a área interna e as áreas que deverão ser aliviadas ou perfuradas (moldagem com pressão seletiva) de acordo com o planejamento de cada caso.

7. Moldagem mioestabilizada mandibular. Proceder à moldagem da mandíbula inicialmente de boca aberta com pressão manual para extravasamento do excesso de material e depois de boca fechada em oclusão em DVO.

8. Registro oclusal. Fixar godiva de alta temperatura de plastificação (Godybar®) na oclusal dos dentes do clone mandibular, vaselinar levemente a oclusal dos dentes do clone maxilar e registrar a posição de oclusão.

9. Marcações estéticas no clone maxilar (quando não realizada a terapia estética anteriormente citada na Fase 2 da terapia). Com caneta de marcação permanente ou lápis de ponta fina proceder às marcações das modificações estéticas necessárias. Essas alterações estéticas também devem ser transcritas na ficha clínica do paciente.

10. Referência oclusal na forquilha. Preencher com godiva de alta temperatura de plastificação (Godybar®) ou silicone extraduro de laboratório toda a superfície da forquilha e registrar a oclusal dos dentes do clone maxilar (que agora contém o molde funcional maxilar).

11. Se estiver trabalhando com um articulador que permite regular a distância intercondilar média, determinar a distância intercondilar média e fazer o ajuste prévio do articulador. Com o uso do arco facial, determinar a distância intercondilar média do paciente (pequena, média ou grande) e realizar o ajuste prévio do articulador semi-ajustável (guias condilares a 30°, ângulos de Bennett a 0° e ajuste dos postes condilares e dos estojos condilares de acordo com a distância intercondilar média predeterminada).

12. Tomada do arco facial com o uso do clone maxilar (que contém o molde funcional maxilar) fixado no registro da forquilha.

13. Preparo do molde funcional maxilar e mandibular através da fixação de filetes de cera utilidade com 6 a 8 mm de espessura, colocados a cerca de 3 mm abaixo da borda externa do molde funcional em toda a sua periferia, a fim de evidenciar e proteger a futura canaleta do modelo que corresponderá à espessura da borda da futura prótese.

14. Confecção dos modelos de trabalho. Manipular gesso-pedra melhorado (tipo IV), verter no interior dos moldes funcionais maxilar e mandibular com o auxílio de um vibrador para gesso e fazer simulações de “suspiros”, que posteriormente irão auxiliar na união com o gesso utilizado na montagem dos modelos no articulador.

15. Montagem do modelo de trabalho maxilar no ramo superior do articulador. Fixar o clone maxilar com cera 7 (que contém o modelo de trabalho maxilar) no registro oclusal da forquilha se a godiva tiver sido usada; se foi feito com silicone, não é necessário.

Encaixar os estiletos metálicos do ramo superior do articulador nos orifícios das olivas plásticas do arco facial. Umidificar a parte do modelo maxilar que ficará em contato com o gesso da montagem, espatular gesso-pedra (tipo III) ou de preferência um gesso sem expansão (Zeroarti®), colocar entre a placa de montagem e o ramo superior do articulador e fechar até que o ramo superior do articulador toque o arco facial. Fixar, então, a morsa que unirá o arco facial ao ramo superior do articulador. Após a cristalização, remover a morsa de fixação e o arco facial do ramo superior do articulador.

16. Montagem do modelo de trabalho mandibular no ramo inferior do articulador.

Encaixar o registro oclusal do clone mandibular nos dentes do clone maxilar e fixar com cera utilidade e cera 7. Umidificar a parte do modelo mandibular que entrará em contato com o gesso da montagem, espatular gesso-pedra (tipo III) ou de preferência um gesso sem expansão (Zeroarti®), colocar entre a placa de montagem e o modelo, fechar o articulador até que o pino guia incisal toque a mesa incisal e esperar a cristalização do gesso. Utiliza-se um peso em torno de 2 kg sobre o ramo superior do articulador para evitar a expansão do gesso se o gesso sem expansão não foi utilizado.

17. Promover as alterações estéticas planejadas no clone maxilar. Se alterações estéticas foram planejadas, mas não realizadas na fase da terapia, elas deverão ser realizadas nesta fase. Por exemplo: aumento ou diminuição de altura da posição incisal dos dentes anteriores superiores, correção da inclinação anterior ou posterior e vestibularização ou palatinização dos dentes anteriores. As alterações são realizadas com fresas, se forem necessários desgastes, ou com cera, se forem necessários acréscimos.

18. Separação do modelo de trabalho mandibular do clone mandibular. Desparafusar a placa de montagem inferior do ramo inferior do articulador e deixar o clone mandibular em um gral com água fria durante 20 minutos. Levar para um recipiente com água quente e, após o amolecimento da pasta de óxido de zinco e eugenol, com o auxílio de uma espátula separar o clone mandibular do modelo de trabalho mandibular.

19. Confecção do plano de orientação mandibular. Fazer uma base de prova mandibular com um rolete de cera 7, seguindo o formato do arco dental vestibular do clone maxilar. Manter a dimensão vertical de oclusão (DVO) através do toque do pino guia incisal na mesa incisal.

20. Transferências das linhas de orientações do clone maxilar para o plano de orientação mandibular. Transferir as linhas (e preenchê-las com cera azul escura ou preta) das marcações planejadas no clone maxilar para o plano de orientação mandibular.

21. Separação do modelo de trabalho maxilar do clone maxilar. Desparafusar a placa de montagem do ramo superior do articulador e deixar o clone maxilar em um gral com água fria durante 20 minutos. Levar para um recipiente com água quente e, após o amolecimento da pasta de óxido de zinco e eugenol, com o auxílio de uma espátula separar o clone maxilar do modelo de trabalho maxilar.

- 22. Confecção do plano de orientação maxilar.** Fazer uma base de prova maxilar e um rolete de cera 7, seguindo o formato do arco dental vestibular do plano de orientação mandibular. Manter a DVO através do toque do pino guia incisal na mesa incisal.
- 23. Transferência das linhas de orientação** (linha dos caninos e linha mediana) do plano de orientação mandibular para o plano de orientação maxilar, preenchendo-as com cera azul ou preta. Marcação da linha da altura do incisivo central no plano de orientação maxilar através da mensuração da linha que foi delimitada no clone maxilar.
- 24. Prova dos planos de orientação na boca do paciente.** Instalação dos planos de orientação na boca do paciente e confirmação da estética, oclusão e DVO.
- 25. Seleção de marca, cor, tamanho e forma dos dentes artificiais.**
- 26. Seleção da cor da gengiva artificial** inserida e mucosa alveolar do paciente utilizando o kit de escalas de gengivas do sistema STG.
- 27. Individualização da curva de compensação** do paciente através da técnica de amassamento da cera com parada anterior.
- 28. Individualização do articulador.** Ajustes individuais das guias condilares e ângulos de Bennett do articulador através da curva individual de compensação.
- 29. Duplicação em silicone extraduro de laboratório da curva individual de compensação.** Retirar o plano de orientação inferior e vaselinar discretamente a oclusal do plano de orientação superior. Adaptar silicone extraduro de laboratório em excesso sobre o modelo inferior e fechar o articulador até que o pino incisal toque a plataforma incisal copiando a curva individual de compensação do plano de orientação superior. Após a cura do silicone, recortar os excessos e transferir as linhas de referência do plano de orientação maxilar para o plano duplicado em silicone.
- 30. Montagem dos dentes artificiais** pela Técnica da Montagem Regressiva e encebamento utilizando o sistema STG de caracterização em cera, de acordo com a cor da gengiva artificial selecionada.
- 31. Prova dos dentes em cera na boca do paciente.** Confirmação da cor da gengiva artificial selecionada, oclusão, estética e DVO e análise da exposição dos dentes na escultura gengival. Aprovação do paciente para a conclusão do trabalho.
- 32. Vedamento e inclusão** das próteses totais em muflas para micro-ondas (Vipi-STG®).
- 33. Demuflagem e preparo para acrilização.**
- 34. Acrilização das próteses totais através do sistema STG.**
- 35. Demuflagem e elaboração final das próteses.**
- 36. Instalação das próteses totais, ajuste oclusal e entrega do protocolo de cuidados posteriores e controles periódicos.**

ETAPA 1. CONFECÇÃO DO CLONE

O início da Fase 3, ou da Execução, se dá pela clonagem das próteses.

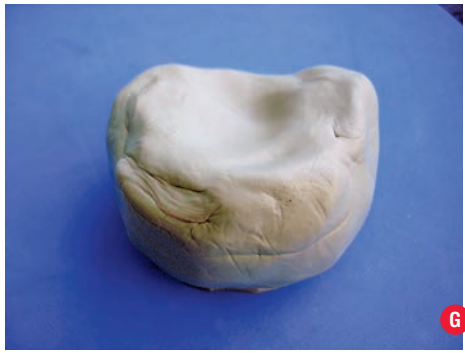
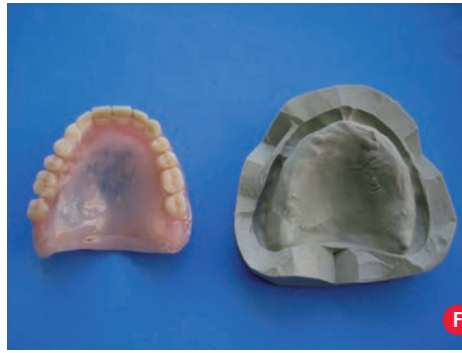
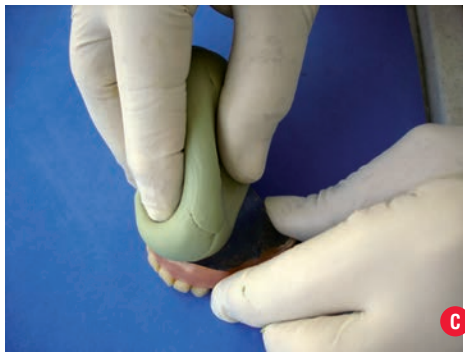
No início de nossas pesquisas clonávamos as próteses e corrigíamos no clone a borda e área basal¹, tanto que em nossa primeira apresentação da técnica em 2003 chamávamos apenas de Técnica da Clonagem. Depois percebemos que quanto mais corrigíamos a prótese antiga, com as terapias prévias comprovando clinicamente o planejamento, menos ajustes pós-instalação e uma adaptação mais rápida ocorriam. Por isso, somente após realizadas as terapias prévias indicadas para cada caso, e obtendo-se as comprovações clínicas, é que deveremos clonar (duplicar as próteses).

Diversas técnicas e materiais foram propostos para duplicar próteses. A técnica indicada pelos autores, apesar de ser um pouco mais trabalhosa, reproduz a prótese com maior fidelidade e menor alteração dimensional do que outras mais simples e rápidas. Os autores acreditam que todas as referências que estão contidas na prótese total antiga transformada devam ser reproduzidas fielmente para que o clone possa funcionar como uma moldeira individual dentada precisa, e servir como um gabarito da área basal, DVO, posição centralizada horizontal da mandíbula e das referências estéticas. Uma técnica de duplicação mais elaborada propicia maior facilidade no encaminhamento das etapas posteriores. O que se busca é que os clones apresentem a mesma retenção e estabilidade que as próteses antigas transformadas, certificando a fidelidade da reprodução. Foram testadas várias técnicas e optou-se por aquela em que inicialmente é feita uma matriz em silicone extraduro de laboratório, e depois a sua inclusão em uma mufla STG. Esse procedimento permite que o profissional possa fazer as caixas de silicone rapidamente, diminuindo o tempo clínico. Além disso, o dentista não necessita possuir as muflas, já que essas caixas podem ser incluídas no laboratório e os clones entregues já prontos. Assim, o profissional é capaz de fazer vários casos, necessitando ter apenas o silicone extraduro de laboratório em seu consultório.

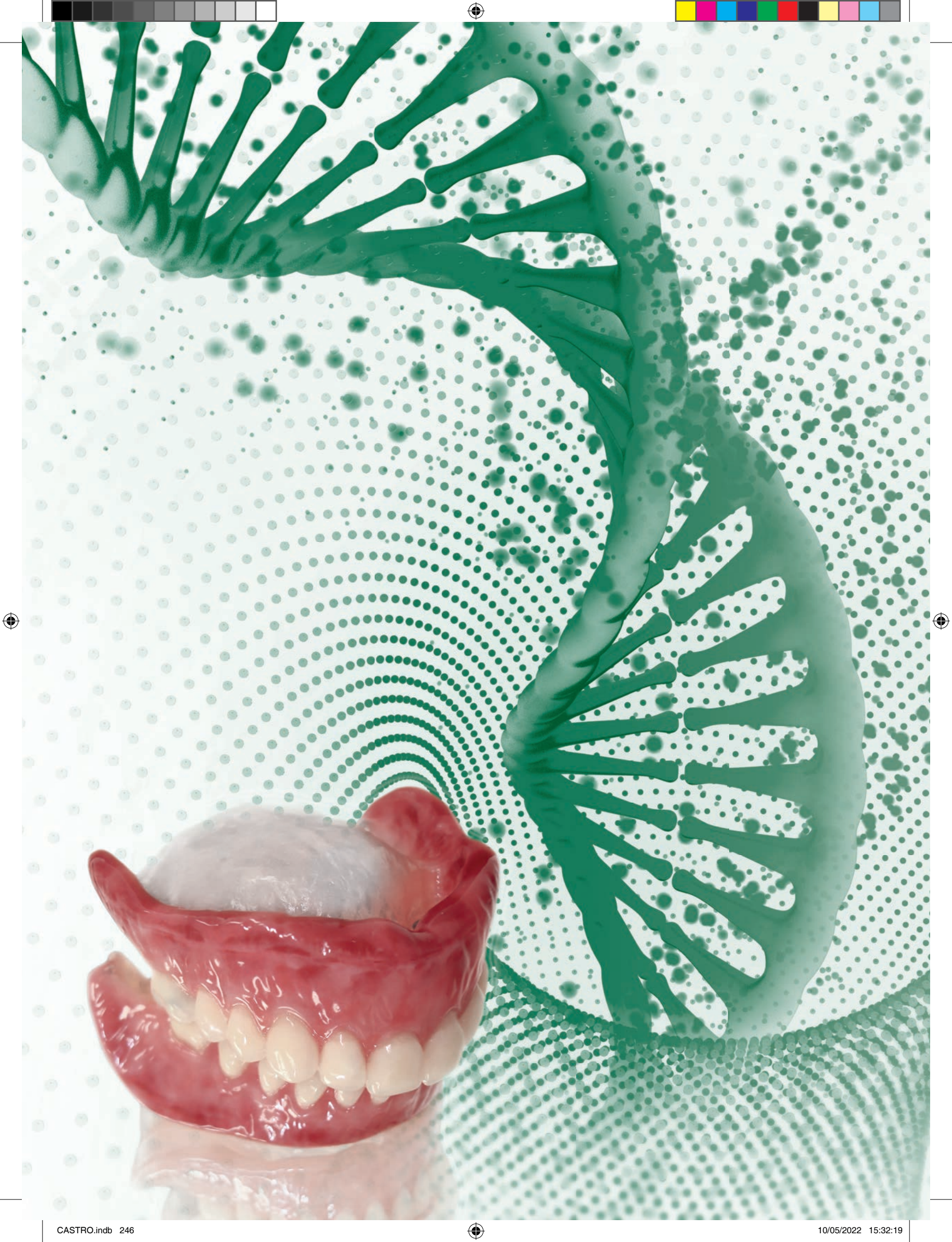
PROTOCOLO DE EXECUÇÃO DO CLONE

1. Misturar 3 a 4 conchas de silicone extraduro de laboratório com catalisador (**Figura 01A**) ou proporções iguais de silicone, no caso da marca Certo, que é pasta-pasta (**Figura 01B**) e modelar a parte interna da prótese, recobrando em torno de 2 mm da borda externa (**Figuras 01C,D**). Após a cura do silicone, recortar os excessos com um estilete e fazer guias referenciais em “V” ou losangos expulsivos (**Figuras 01E,F**).
2. Após a cura do silicone, aplicar uma camada de vaselina em pasta sobre o silicone e modelar a parte externa da prótese com o silicone extraduro recobrando as guias em “V” (**Figura 01G**).
3. Após a cura do silicone, remover os excessos com estilete, retirar as irregularidades com uma tira de lixa, separar as duas partes e retirar a prótese (**Figura 01H**).
4. Incluir na base da mufla STG a primeira parte da caixa de silicone, que corresponde à parte interna da prótese com cerca de 120 g de gesso comum, verificando antes da cristalização do gesso o correto encaixe da segunda parte da caixa (**Figura 02A**).
5. Após a cristalização do gesso, isolá-lo com isolante adequado.
6. Encaixar a segunda parte da caixa que corresponde à parte externa da prótese na primeira parte que já está incluída. Se necessário, fixar com um pouco de cola instantânea (**Figura 02B**).
7. Fechar a base com a contramufla, colocar e apertar os quatro parafusos.
8. Verter cerca de 180 g de gesso comum (o gesso deve estar bem cremoso para ter bom escoamento) pelo orifício da contramufla, evitando falhas na inclusão (**Figura 02C**).
9. Após a cristalização do gesso, desapertar os quatro parafusos e separar a base da contramufla. Isolar todo o gesso visível na base da mufla e contramufla (**Figura 02D**).
10. Entulhar resina rosa de rápida polimerização na fase plástica (em média 40 g para a maxila e 35 g para a mandíbula), prensar a 1.000 kl/f na prensa hidráulica e aguardar por mais ou menos 15 minutos (**Figura 02E**).
11. Abre-se as muflas e retira-se os clones (**Figuras 03A-F**).

Obs.: É possível fazer um “clone estético” se primeiro colocar resina da cor do dente e depois a rosa (**Figuras 04A-F**).



01A-H • Catalisador sendo colocado nas marcações do dosador sobre o silicone extrudado de laboratório (A). No caso de ser o silicone Certo, proporções iguais de cada pote devem ser manipuladas (B). Após a homogeneização do material, realiza-se a modelagem da parte interna da prótese (C). Primeira “caixa” de silicone que corresponde à duplicação da parte interna (D). Guias de referência em “V” são realizadas na plataforma horizontal (E). Primeira “caixa” finalizada e observação da fidelidade da reprodução (F). Após a manipulação do material modela-se a parte externa da prótese (G). Remove-se a prótese e analisa-se a fidelidade da duplicação da parte externa (“tampa da caixa”) (H).





ESTÉTICA EM PRÓTESE TOTAL

Muitos são os fatores que influenciam na estética de uma prótese total. Devido à complexidade do assunto, os autores dedicaram um capítulo à parte sobre a estética com uma abordagem multifatorial.

FATORES QUE INFLUENCIAM A ESTÉTICA DA PRÓTESE TOTAL

APROVAÇÃO DO PACIENTE

O conceito do belo é subjetivo, pois a noção de estética é pessoal e sofre influência da sociedade. Antigamente era comum a indicação e a utilização de incrustações metálicas fundidas nos dentes e o aparecimento do metal era aceito pela maioria dos pacientes. Hoje, a exigência da maioria das pessoas são trabalhos com materiais estéticos que simulem as cores dos dentes naturais. É preciso avaliar a cultura e o meio que a pessoa está inserida, por exemplo, para os ciganos é motivo de orgulho mostrar suas incrustações de ouro e, ainda hoje, alguns pacientes pedem um “filete” de ouro em sua prótese total superior. Devido à subjetividade do conceito do belo é interessante iniciar este capítulo realçando que a opinião do paciente não deve ser renegada durante o trabalho, pois se corre o risco dele não usar a prótese e, consequentemente, levar ao fracasso do trabalho. Todos os esforços devem ser direcionados no sentido de compreender os anseios e as expectativas estéticas de cada paciente, e é obrigação do profissional explicar

CAPÍTULO 10



as possibilidades existentes. O resultado estético deve nascer de um entrosamento entre dentista, protético e paciente. A prova em cera dos dentes deve ser para o paciente uma “proposta estética”, cuja aprovação final caberá a ele decidir. Quando o paciente aprova a estética de sua prótese, automaticamente estará aumentando sua autoestima e aceitando os dentes artificiais como parte integrante de seu corpo.

DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO (DVO)

Indiscutivelmente, o aumento ou a diminuição da DVO interferem na estética e na função. Algumas das alterações provocadas pelo aumento da DVO (não confundir com restabelecimento da DVO): dificuldade de deglutição, cansaço muscular e DTM. Uma diminuição da DVO provoca várias alterações estéticas faciais levando a um aspecto envelhecido. Na análise do perfil, verifica-se que o mento adquiriu uma posição mais anteriorizada, aproximando-se da ponta do nariz, resultando em um aspecto de Classe III. Na análise frontal observa-se que a musculatura do terço inferior da face apresenta-se encurtada, provocando um aspecto de boca espriada (maior no sentido horizontal e menor no sentido vertical), aumento de rugas, pronunciamento do sulco labiogeniano e, quase sempre, assimetria facial. Além disso, devido à mastigação em uma posição mandibular mais anteriorizada, o músculo mental pode apresentar-se hipertrofiado. Por isso indicamos o restabelecimento da DVO antes da confecção das próteses novas quando existe grande perda de DVO na prótese antiga; corrigir e testar uma DVO clínica visa um correto restabelecimento da DVO melhorando a estética e a função das próteses totais.

RELACIONAMENTO DA MANDÍBULA COM A MAXILA NO SENTIDO HORIZONTAL

Oclusões excêntricas da mandíbula alteram a estética facial. Há estiramento muscular de um lado e “sobra” do outro. Muitas vezes, o paciente com uma oclusão habitual excêntrica está tão condicionado a essa posição adaptada que é difícil levá-lo à relação cêntrica através da manipulação. Nesses casos, a terapia de restabelecimento da DVO, associada à planificação das cúspides, resultará em um reposicionamento da mandíbula e, conseqüentemente, os músculos de fechamento mandibular trabalharão nos seus vetores de ação muscular ideal, resultando em correção da assimetria, conforto e melhora na função mastigatória. Ou seja, restabelecendo a posição centralizada da mandíbula no sentido horizontal, além dos benefícios funcionais de conforto na deglutição, iremos obter um benefício estético deixando a face mais simétrica.

PLANO DE ORIENTAÇÃO SUPERIOR

A confecção correta do plano de orientação superior e a seleção dos dentes são os maiores responsáveis pela estética de uma prótese total. O dentista tem que conhecer os pré-requisitos para a elaboração de um plano de orientação superior, para que saiba como proceder às alterações que forem necessárias. Para isso alguns pontos devem ser analisados:

CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE ORIENTAÇÃO SUPERIOR

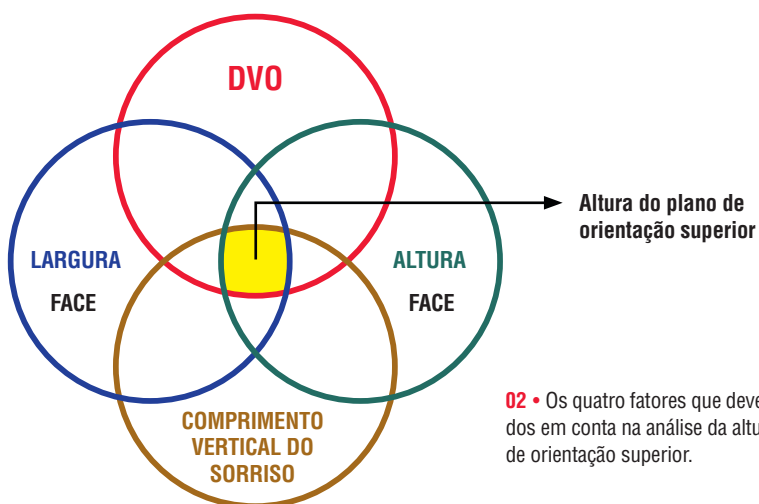
Na confecção de próteses totais, as referências contidas no plano de orientação superior são as maiores responsáveis para a obtenção de um bom resultado estético. Por isso, este deve conter todas as referências para a seleção e montagem dos dentes superiores. Deve ser confeccionado com cera dura (7 ou 9), sendo que a utilização da cera utilidade é condenável, pois impossibilita a confecção de ângulos vivos estáveis, um dos requisitos finais do plano de orientação. Mesmo se utilizando uma cera 7 ou 9, a cera ainda é um material instável e sujeito a alterações e amassamento durante o transporte para o laboratório, por isso os autores indicam sempre a confecção de guias de silicone que irão evitar que informações importantes do plano se percam. Outras características do plano de orientação superior são: reproduzir a forma do arco, ser paralelo na região anterior à linha bipupilar, a curva anteroposterior deve ser ascendente para distal, a vestibularização anterior do plano deverá dar suporte adequado para o lábio superior, a linha do sorriso deve acompanhar a forma do lábio inferior (**Figura 11C**) deve conter a linha mediana, a linha da altura dos incisivos centrais superiores, as linhas que determinam o espaço compreendido para a montagem dos seis dentes anteriores superiores e, para quem segue o padrão da oclusão balanceada bilateral, a oclusal do plano deve conter a curva individual de compensação. Na técnica convencional, normalmente, inicia-se a confecção do plano de orientação superior determinando sua altura anterior. A seguir os autores sugerem uma nova abordagem para a determinação dessa altura.

DETERMINAÇÃO DA ALTURA ANTERIOR DO PLANO DE ORIENTAÇÃO SUPERIOR

Inicialmente após estudar profundamente esse assunto entendemos o porquê de tantos erros na altura do plano de orientação superior, que está intimamente ligada à seleção da largura e altura dos dentes artificiais. Porque existem fatores que devem ser analisados para a correta determinação da altura anterior do plano superior: o comprimento vertical do sorriso (distância entre a linha alta do sorriso e a parte mais inferior da linha do lábio inferior), a DVO e a largura e altura da face (**Figuras 01 e 02**).



01 • Nova proposta para a análise estética: observar o comprimento horizontal e vertical durante o sorriso.



02 • Os quatro fatores que devem ser levados em conta na análise da altura do plano de orientação superior.

Para melhor entendimento os autores classificaram didaticamente três tipos de situações quanto à visibilidade dos dentes na estética bucal: estética do repouso, estética da fala estética do sorriso. O dentista deve ter isso em mente ao determinar a altura anterior do plano de orientação superior. A primeira situação, a **Estética do repouso**, diz respeito à visibilidade dos dentes anteriores quando o indivíduo está com os lábios em repouso. O não aparecimento dos dentes denota uma estética mais envelhecida, o indivíduo parece não ter dentes. Por outro lado, a exposição dos dentes denota um ar mais jovem, embora uma exposição exagerada possa resultar em aparência artificial e ser prejudicial à estética. Os indivíduos jovens geralmente expõem mais dos dentes em repouso; já os indivíduos idosos muitas

vezes não expõem os dentes em repouso. Frush & Fischer¹⁰ comentaram: “Quanto maior a exposição dos incisivos anteriores com os lábios em repouso, maior a sensação de jovialidade e até sensualidade.” Mas é lógico que exposições muito grandes poderão levar a verdadeiros desastres estéticos. Essa exposição dos dentes em repouso é influenciada pela posição dos dentes anteriores, que corresponde à vestibularização anterior do plano superior sendo que, quanto maior o suporte determinado pela vestibularização anterior, maior será a exposição dos dentes e vice-versa. A exposição dos dentes inferiores em repouso geralmente prejudica a estética, principalmente nas mulheres, e pode ser causada por uma DVO aumentada, altura do plano superior pequena e excesso no inferior em uma DVO correta, ou hipotonia do músculo orbicular do lábio inferior.

A segunda situação é a **Estética da fala**, que corresponde à visibilidade dos dentes durante a pronúncia das palavras e, conseqüentemente, a observação do espaço funcional de pronúncia. Procura-se sempre a exposição dos dentes durante a fala e essa condição dificilmente não é alcançada.

A terceira situação é a **Estética do sorriso**, que corresponde à exposição dos dentes durante o sorriso. Em todos os casos se deve buscar uma boa visibilidade dos dentes superiores no sorriso, pois uma exposição pequena dos dentes resulta em um ar envelhecido, mas uma exposição excessiva da gengiva artificial pode prejudicar a estética. É bom lembrar que na dentição natural a exposição dos dentes no sorriso pode ser classificada em três tipos: o primeiro tipo é a linha de lábio alta, quando no sorriso ocorre a exposição da gengiva acima do colo dos dentes (**Figuras 03A,B**). Para esses casos a gengiva caracterizada é indicada, mas a textura superficial da gengiva natural é difícil de ser obtida, já que o “pontilhamento” na gengiva artificial simulando o aspecto “casca de laranja” é condenável, pois inviabiliza um polimento adequado, favorecendo o acúmulo de placa bacteriana e cálculos salivares, por isso o clínico, sempre que lidar com um paciente de linha de lábio alta (grande exposição do plano superior durante o sorriso), deverá tentar minimizar a visibilidade da gengiva, sempre que possível. O segundo tipo é a linha de lábio média, quando no sorriso aparecem apenas as papilas gengivais interdentais coincidentes com os colos dos dentes (**Figura 04A,B**). E, finalmente, a linha de lábio baixa quando durante o sorriso aparecem apenas parcialmente as coroas dentárias dos dentes anteriores (**Figuras 05A,B**). O planejamento estético de qual das três situações o paciente se enquadrará vai ser o resultado da determinação da altura anterior do plano de orientação superior e da seleção da altura dos dentes anteriores superiores, portanto de responsabilidade do dentista.