

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC2  
SABRINA BÜTTENBENDER

**GUIAS ANTERIORES DE DESOCLUSÃO: UMA REVISÃO DE  
LITERATURA**

LAGES, SC

2021

SABRINA BÜTTENBENDER

**GUIAS ANTERIORES DE DESOCLUSÃO: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro Universitário  
UNIFACVEST, como requisito obrigatório  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Orientadora: Profa. Me. Carla Cioato Piardi

LAGES, SC

2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, que me guiou e abençoou todos os dias, me amparando em cada dificuldade sendo um Pai generoso sempre.

Aos meus pais, Valdir e Erika, que nunca mediram esforços para que eu alcançasse meus objetivos, me apoiaram e fizeram dos meus sonhos, os deles. Obrigada por serem incríveis, pelo amor incondicional e por me criarem tão bem para o mundo. Vocês foram minhas maiores motivações.

Aos meus irmãos, Samantha e Samuel, vocês foram e são fundamentais na minha vida. Obrigada por tanto apoio, amor e companheirismo.

À minha companheira de casa, faculdade e grande amiga, Gabrieli Ropke. Você tornou minha graduação mais leve e gratificante. Obrigada por cada momento juntas.

À minha dupla da faculdade e amiga, Raquel Rodrigues, não conseguiria ter o mesmo desempenho sem você, aprendi muito contigo e foi um prazer enorme dividir a graduação com você. Obrigada por tudo.

À minha família, que sempre me apoiou e esteve presente, mesmo distante. Amo muito vocês.

Aos meus amigos e colegas, agradeço por estarem comigo e tornarem meus dias melhores.

# GUIAS ANTERIORES DE DESOCLUSÃO: REVISÃO DE LITERATURA

Sabrina Büttendender <sup>1</sup>

Carla Cioato Piardi <sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** As guias anteriores de desoclusão são importantes elementos para manutenção da saúde e harmonia do sistema estomatognático sendo compostas pela guia canino e a guia incisal. A definição de guia canino é a desoclusão dos dentes posteriores orientados pelos caninos na execução dos movimentos de lateralidade. Guia incisal é a desoclusão dos dentes posteriores por meio do contato da face palatina dos incisivos superiores e da borda incisal dos incisivos inferiores. **Objetivo:** o presente estudo objetiva revisar a literatura sobre as guias anteriores de desoclusão, sua relação com o sistema estomatognático, as consequências da sua perda e as opções de reconstrução. **Materiais e métodos:** a pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scielo e Google Acadêmico, publicados entre o período de 2000 a 2021. Os 15 artigos selecionados tratam-se de revisões de literatura, relatos de caso, estudos transversais e revisões sistemáticas. **Resultados:** um estudo transversal relatou associação dos pacientes com classe I com a guia canino. As revisões sistemáticas mostraram que não existe diferença entre guia canino e função em grupo em relação a conforto e longevidade da restauração, e que com o envelhecimento a oclusão de função em grupo acaba sendo mais prevalente. Nos cinco relatos de caso encontrados, 3 utilizaram resina composta para reconstituição das guias e 2 cerâmicas livres de metal. **Conclusão:** a guia canina e a guia incisal são importantes componentes da oclusão mutuamente protegida e de proteção do sistema estomatognático. A guia canina é fundamental, mas não é padrão ouro para todos os pacientes. Tanto restaurações com resina composta como com cerâmicas livre de metal são capazes de reestabelecer as guias anteriores de desoclusão.

**Palavras-chave:** Oclusão dentária. Ajuste oclusal. Orientação de canino. Oclusão dentária balanceada. Guia incisal.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia, 10ª fase, disciplina de TCC II, do Centro Universitário Unifacvest.

<sup>2</sup> Professora mestre em Clínica Odontológica- Periodontia.

# GUIAS ANTERIORES DE DESOCLUSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Sabrina Büttenbender<sup>1</sup>

Carla Cioato Piardi<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Introduction:** The anterior disocclusion guides are important elements to maintain the health and harmony of the stomatognathic system, being composed of the canine guide and the incisal guide. The definition of canine guidance is the disocclusion of posterior teeth guided by the canines when performing lateral movements. Incisal guidance is the disocclusion of the posterior teeth by contacting the palatal surface of the maxillary incisors and the incisal edge of the mandibular incisors. **Objective:** This study aims to review the literature on previous disocclusion guides, their relationship with the stomatognathic system, the consequences of their loss and reconstruction options. **Materials and methods:** the search was carried out in Pubmed, LILACS, Scielo and Google Academic databases, published between 2000 and 2021. The 15 selected articles are literature reviews, case reports, cross-sectional studies and systematic reviews. **Results:** a cross-sectional study reported an association of patients with class I with canine guidance. Systematic reviews have shown that there is no difference between canine guidance and group function in relation to restoration comfort and longevity, and that with aging, group function occlusion ends up being more prevalent. In the five case reports found, 3 used composite resin to reconstitute the guides and 2 metal-free ceramics. **Conclusion:** the canine guide and the incisal guide are important components of the mutually protected occlusion and protection of the stomatognathic system. Canine guidance is critical, but not the gold standard for all patients. Both composite resin and metal-free ceramic restorations are capable of re-establishing anterior disocclusion guides.

**Key words:** Dental occlusion. Occlusal adjustment. Canine Orientation. Balanced dental occlusion. Incisal guide.

---

<sup>1</sup> Academic of dentistry course, 10th phase, discipline of TCC II, Centro Universitário Unifacvest.

<sup>2</sup> Master Professor in Clinical Dentistry - Periodontics.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Fluxograma do estudo

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....                              | 8  |
| <b>2. METODOLOGIA</b> .....                             | 10 |
| <b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                   | 11 |
| 3.1 Sistema estomatognático.....                        | 11 |
| 3.2 Movimentos mandibulares.....                        | 12 |
| 3.3 Oclusão.....  | 13 |
| 3.3.1 Oclusão mutuamente protegida.....                 | 14 |
| 3.4 Guia canino.....                                    | 16 |
| 3.5 Guia incisal.....                                   | 17 |
| 3.6 Causas da perda das guias.....                      | 18 |
| 3.7 Consequências da ausência das guias anteriores..... | 19 |
| 3.8 Reestabelecimento das guias anteriores.....         | 21 |
| 3.8.1 Restaurações de resina composta.....              | 22 |
| 3.8.2 Restaurações com cerâmicas.....                   | 23 |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....                              | 24 |
| <b>5. DISCUSSÃO</b> .....                               | 25 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                    | 30 |
| <b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....              | 31 |
| <b>8. APÊNDICES</b> .....                               | 36 |

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é composto pelos ossos da face, arcadas dentárias, tecidos moles, articulação temporomandibular e músculos mastigatórios. Todos estes componentes atuam harmoniosamente, formando uma unidade funcional que desempenha as funções de fala, mastigação e deglutição (GEDRANGE *et al.*, 2017). Dois elementos principais para realização de tais funções são os dentes e a mandíbula. Uma divisão, importante de ser salientada, é entre dentes anteriores e posteriores: os incisivos e caninos fazem parte do grupo de dentes anteriores e os pré-molares e molares dos dentes posteriores. Em ambas as arcadas os dentes estão inseridos nos seus alvéolos e estes nos ossos: a arcada superior na maxila e a arcada inferior na mandíbula, único osso móvel da face. Por conta disso, a mandíbula realiza alguns movimentos fundamentais, juntamente com os demais componentes, sendo eles: protrusão, que é movimento no sentido posteroanterior; retrusão, movimento no sentido anteroposterior; abertura e fechamento de boca, lateralidade em ambos lados, gerando um lado de trabalho e um de balanceio (MADEIRA, 2012).

As guias anteriores de desocclusão são importantes elementos para manutenção da saúde e harmonia do sistema estomatognático sendo compostas pela guia canino e a guia incisal. A definição de guia canino é a desocclusão dos dentes posteriores orientados pelos caninos na execução dos movimentos de lateralidade, desocluidendo tanto o lado de trabalho como o lado de balanceio (BARROS *et al.*, 2017; BARROS, BARROS, MESQUITA, 2017). O canino foi designado como o dente mais favorável para desocclusão no movimento de lateralidade, por possuir características anatômicas como: raiz volumosa, boa quantidade de suporte ósseo e sua disposição no arco dentário (BOFFO *et al.*, 2021).

O conceito de guia incisal é a desocclusão dos dentes posteriores por meio do contato da face palatina dos incisivos superiores e da borda incisal dos incisivos inferiores, durante o movimento de protrusão (BARROS, BARROS, MESQUITA, 2017; BOFFO *et al.*, 2021). Com a presença das guias este tipo de oclusão é estabelecido pela proteção dos dentes posteriores pelos dentes anteriores, quando realizados os movimentos de lateralidade e protrusão, e a proteção dos dentes anteriores pelos dentes posteriores em máxima intercuspidação. Quando há a falta de uma oclusão funcional ideal pode ocorrer a destruição da estrutura dentária que a integra e é necessária para a estabilidade oclusal, proteção mútua, função, fonética e estética do paciente (BARROS, BARROS, MESQUITA, 2017). Com uma guia anterior funcional há a exigência que desde o momento em que a mandíbula sai da

máxima intercuspidação habitual os únicos dentes que tenham contato sejam os anteriores (BARROS, 2017).

Os tratamentos odontológicos objetivam e possuem um prognóstico ideal que seria a estabilidade em longo prazo de todos os componentes que integram o sistema estomatognático. A estabilidade requer que todos os componentes do sistema funcionem em equilíbrio sem a destruição de qualquer um deles, requerendo o mínimo de manutenção com o passar dos anos. Obter um diagnóstico preciso e o reparo de problemas oclusais é primordial para o tratamento ideal. Quando não realizado acaba impondo ao paciente a aceitação e hábito de uma oclusão não balanceada e até mesmo com patologias, comprometendo a qualidade do atendimento clínico e a saúde bucal (SOLOW, 2017).

As modificações na oclusão dentária são a principal causa de alterações adaptativas ou patológicas no sistema estomatognático, por conta da falta de função conjunta e adequada dos componentes. A má oclusão pode gerar patologias como: interferências oclusais, contatos prematuros, mobilidade dentária, hipertonicidade muscular e disfunção temporo-mandibular (BARROS, 2017). O paciente com esta condição pode não sentir desconforto, desde que as alterações não ultrapassem a capacidade fisiológica de adaptação, que pode ser influenciada por condições psíquicas e emocionais, ocasionando uma redução no seu limiar provocando uma atividade mandibular parafuncional como, por exemplo, apertamento ou bruxismo, acarretando em uma mudança de uma oclusão normal para uma oclusão patológica (BARROS, 2017).

Quando é necessário o restabelecimento das guias anteriores de desocclusão pode-se realizar um tratamento aditivo ou desgaste compensatório. Nas restaurações diretas e indiretas, que fazem parte de um tratamento aditivo, a literatura diverge quanto as opções de materiais a serem utilizados, sendo os principais a resina composta e as cerâmicas (BOFFO *et al.*, 2021).

Portanto, o presente estudo objetiva revisar a literatura sobre as guias anteriores de desocclusão, sua relação com o sistema estomatognático, as consequências da sua perda e as opções de reconstrução.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que objetiva ressaltar e discorrer os principais aspectos referentes ao tema. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scielo e Google Acadêmico. Utilizando as palavras-chave: oclusão dentária, ajuste oclusal, orientação de canino, oclusão dentária balanceada, guia incisal com os seguintes marcadores booleanos utilizados para a estratégia de busca: *and* e *or*.

### 2.1 Critérios de Elegibilidade:

#### 2.1.1 Critérios de inclusão:

No que se refere à metodologia da pesquisa foram selecionados artigos coerentes com o tema e objetivos propostos, além disso, foram utilizados capítulos de livros e trabalhos de conclusão de curso, redigidos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Os artigos selecionados tratam-se de revisões de literatura, relatos de caso, estudos transversais e revisões sistemáticas. Primeiramente, a seleção foi feita a partir da leitura do título e do resumo de cada trabalho, assim excluindo aqueles que discreparam do tema proposto.

#### 2.1.2 Critérios de exclusão:

O ano de publicação foi o fator de exclusão, sendo aceitos os trabalhos publicados entre o período de 2000 a 2021 e apenas um artigo do ano de 1972 foi aceito. Foram excluídos os trabalhos não disponíveis para leitura completa do conteúdo.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sistema estomatognático

A Odontologia é uma ciência da área da saúde que é responsável pelo sistema estomatognático, que objetiva a estabilidade e saúde a longo prazo de todos os componentes deste sistema. A estabilidade requer que todas as partes atuem em harmonia, sem a deterioração ou perda da integridade de nenhum componente, exigindo o mínimo de manutenção ao longo do tempo. O sistema estomatognático é composto por estruturas estáticas que são os ossos maxilares, mandíbula, hioide, a articulação temporomandibular e arcos dentários e, também, por estruturas dinâmicas que são os músculos da mastigação, supra e infra-hioides e da língua, além dos lábios e bochechas (SOLOW, 2017). Outros componentes que integram o sistema são: os ligamentos, sistema vascular e nervoso de cabeça e pescoço e glândulas salivares (KADRI, 2017). Ainda, existem quatro unidades fisiológicas básicas do sistema estomatognático: a oclusão dentária, o sistema neuromuscular, as articulações temporomandibulares e o periodonto. Ambos atuam em conjunto para realizarem as funções de fala, mastigação, sucção, respiração e deglutição. Outra definição para o sistema estomatognático é de uma entidade fisiológica e funcional, composta por diferentes órgãos e tecidos que funcionam em conjunto (ANDRADE; CUNHA; REIS, 2017).

Uma das funções mais importantes que o sistema estomatognático realiza é a função de mastigação, pois é onde se dá início ao processo de alimentação, com a trituração do alimento e formação do bolo alimentar, favorecendo a deglutição e digestão e assim contribuindo para a nutrição indispensável ao ser humano. Preferencialmente, a mastigação deve iniciar após o corte dos alimentos pelos incisivos, os lábios devem estar fechados e não deve haver participação exagerada da musculatura perioral, deve ocorrer uma lateralização e mastigação bilateral alternada, com movimentos mandibulares rotatórios e com simetria de força entre a musculatura (DANDEKERI, 2013). Já outra função realizada pelo sistema é a fala, que requer a atuação dos dentes, ossos e grupo musculares para formação de padrões acústicos e articulatorios. Tanto a mastigação como a fala requerem um equilíbrio dos componentes para sua correta execução. Nestas funções os principais componentes possuem funções específicas, os dentes anteriores possuem função relacionadas a estética, fonética, apreensão e corte dos alimentos e fornecem proteção aos dentes posteriores e para a articulação temporomandibular nos movimentos excursivos da mandíbula (PALOMINO *et al.*, 2011). Os dentes posteriores servem como ponto de apoio mandibular durante a mastigação,

exercendo as funções de trituração dos alimentos, manutenção da dimensão vertical de oclusão e proteção dos dentes anteriores e articulação temporomandibular durante a máxima intercuspidação e relação cêntrica. O ligamento periodontal atua na transmissão de forças oclusais dos dentes para os ossos e realizam a conversão de uma força potencialmente destrutiva em uma força aceitável. (ANDRADE; CUNHA; REIS, 2017; KADRI, 2017).

### 3.2 Movimentos mandibulares

O fato da mandíbula não realizar apenas movimentos de abertura, fechamento e a articulação o movimento de rotação, é que dificulta a compreensão e resolução dos problemas oclusais. Os movimentos realizados pela mandíbula e a articulação temporomandibular são de rotação e translação em três planos: sagital, frontal e horizontal. A posição fisiológica e inicial, da mandíbula e da articulação, é a relação cêntrica, que é a mais estável e possível de se reproduzir. A partir desta posição ocorrem os movimentos mandibulares: lateralidade esquerda e direita, protrusão e retrusão. Protrusão é o movimento que a mandíbula realiza no sentido posteroanterior, onde sucede-se o deslizamento dos incisivos inferiores na fossa lingual dos incisivos superiores, formando a guia incisiva desocluidando os dentes posteriores, e juntamente ocorre o deslizamento dos côndilos sobre a eminência articular. Retrusão é o movimento que a mandíbula realiza no sentido anteroposterior (CAMACHO, WALDEMARIN, 2015; FURTADO *et al.*, 2018; KADRI, 2017).

Com o deslocamento da mandíbula para os lados, nos movimentos de lateralidade, os dentes inferiores deslizam sobre os superiores. O lado para onde a mandíbula é deslocada no movimento de lateralidade denomina-se lado de trabalho e o lado oposto denomina-se lado de não trabalho ou de balanceio. Em ambos os lados o movimento é de, aproximadamente, de dez milímetros. Quando há o movimento do lado de trabalho há uma rotação e translação do côndilo sobre as paredes da fossa mandibular do osso temporal. Os dentes posteriores, pré-molares e molares, devem mover-se pelos planos inclinados dos dentes antagonistas sem que ocorra nenhum toque ou interferência, apenas a face vestibular do canino inferior contata a porção palatina do canino superior deslizando sobre ela (DANDEKERI, 2013). No movimento mandibular de lateralidade esquerda e direita ocorre a contração dos músculos do lado de trabalho, com exceção do pterigóideo lateral oposto e o relaxamento dos músculos do lado de balanceio. Nestes movimentos ocorre a desocclusão pelo canino ou a desocclusão em grupo. A desocclusão em grupo ocorre quando dentes, desde o segundo molar ao canino, tocam-se, simultaneamente, a partir do início do movimento de lateralidade, desocluidando os

dentes do lado de balanceio a medida que ocorre o movimento mandibular. Pode ocorrer do paciente possuir um tipo de desocclusão pelo canino em um lado e no outro desocclusão em grupo (KADRI, 2017; CAMACHO; WALDEMARIN, 2015; FURTADO *et al.*, 2018).

Os movimentos bordejantes são os mais extremos que a mandíbula realiza sendo limitada pelas estruturas anatômicas adjacentes, formando o envelope de movimentos de Posselt, que, segundo Kadri (2017) se caracteriza pelo espaço tridimensional delimitado pela trajetória de um ponto na incisal de um incisivo inferior, onde o início ocorre com a mandíbula em relação cêntrica e segue em movimentos de máxima protrusão, abertura e fechamento, retornando para relação cêntrica. A posição dos côndilos e a relação oclusal dos dentes estão intimamente correlacionadas, pois formam as extremidades opostas da mandíbula rígida. O deslocamento do côndilo mandibular com o deslizamento dos dentes da posição de relação cêntrica para a máxima intercuspidação depende dos componentes horizontais e verticais da articulação temporomandibular, que é capaz de realizar translação e rotação para acomodar os dentes (PASINATO *et al.*, 2017; SOLOW, 2017).

### 3.3 Oclusão

A oclusão é o estudo das relações dinâmicas e estáticas da superfície oclusal dos dentes e a relação destas com os demais componentes do sistema estomatognático. Quando há um equilíbrio entre os componentes anatômicos e as unidades fisiológicas do sistema, a oclusão é considerada fisiológica, não acarretando no aparecimento de patologias. No entanto, quando este equilíbrio não existe, podem surgir fatores que favoreçam o aparecimento de patologias (SILVA, 2017). A oclusão passou a ter maior relevância e estudos por consequência da perda dos dentes naturais e a necessidade de substituí-los. Uma oclusão funcional deve apresentar estabilidade mandibular, mastigação satisfatória, estética e fonética adequadas, ausência de sinais e sintomas periodontais com carga funcional, inexistência de sinais e sintomas de problemas com a articulação temporomandibular e musculatura que compõe o sistema estomatognático (KADRI, 2017; FURTADO *et al.*, 2018).

O artigo “As seis chaves da oclusão normal” que consta um estudo de 120 casos de oclusão normal que nunca foram submetidos ao tratamento ortodôntico, descreve as características comuns encontradas e seus achados passaram a ser considerados como objetivo “ideal” ao finalizar um tratamento ortodôntico. As seis chaves são: chave 1: relações interarcos; chave 2: angulação das coroas; chave 3: inclinação das coroas; chave 4: ausência de rotações; chave 5: pontos de contatos justos e chave 6: curva de spee (ANDREWS, 1972).

De acordo com os princípios gnatólogicos, o ideal seria a presença das seis chaves de oclusão presentes no paciente e também a estabilização da mandíbula em relação cêntrica, gerando assim uma oclusão funcionalmente “ideal” (CLARCK; EVANS, 2001; FURTADO *et al.*, 2018).

A relação cêntrica é a posição inicial de todos os movimentos mandibulares. É uma posição estável, possível de ser reproduzida e imutável. Nesta posição, os côndilos estão em sua posição mais anterosuperior nas fossas mandibulares do osso temporal, os discos estão interpostos e assim há uma harmonia entre ambos. É considerado o equilíbrio fisiológico dos músculos que se relacionam com a mandíbula e independe da relação interdentária. Pode ocorrer uma coincidência entre a relação cêntrica e a máxima intercuspidação habitual, gerando a oclusão de relação cêntrica (KADRI, 2017).

A estabilidade gerada entre mandíbula e maxila ocorre através da intercuspidação simultânea das cúspides funcionais dos dentes antagonistas, chamada de estabilidade oclusal (SINGH, 2013). Há cinco sinais que facilitam o reconhecimento de uma oclusão estável. O primeiro seria as articulações temporomandibulares saudáveis e estáveis; o segundo, são dentes firmes; terceiro é a ausência de desgaste excessivo; quarto, são dentes que se mantem na posição e o quinto é a saúde das estruturas de suporte. Uma oclusão patológica pode ser descrita como aquela onde a capacidade adaptativa do sistema mastigatório foi superada por alterações estruturais, assim limitando ou impedindo o funcionamento normal do sistema, ocorrendo o colapso do mesmo (KADRI, 2017; FURTADO *et al.*, 2018).

### 3.3.1 Oclusão mutuamente protegida

Na oclusão mutuamente protegida os dentes posteriores recebem toda a carga gerada pelas forças mastigatórias no sentido vertical e, na máxima intercuspidação habitual, evitam que os dentes anteriores tenham contato. Por sua vez, os dentes anteriores protegem os dentes posteriores nos movimentos excursivos da mandíbula, desocluidos-os, assim as forças geradas no plano horizontal são dissipadas pelos incisivos e caninos. A oclusão anteriormente protegida é um componente da oclusão mutuamente protegida, onde o trespasse vertical e horizontal dos dentes anteriores desocludem os dentes posteriores em todos os movimentos excursivos da mandíbula. O que favorece para que isso ocorra é a inclinação mesial dos dentes naturais, onde o componente anterior da força resulta na dissipação delas em direção ao longo eixo e contatos proximais dos dentes posteriores, assim as forças acabam se anulando entre os incisivos centrais. Os dentes anteriores, que estão posicionados com maior

proximidade dos eixos onde a mandíbula se eleva durante seu fechamento, estão sujeitos a carga mais intensas. Em razão disso, possuem um volume radicular maior e possuem um entorno ósseo mais robusto. Diferentemente disso, os dentes anteriores que possuem volume radicular menor e estão implantados em locais onde o osso é mais restrito e exibe angulações vestibulares, recebem cargas mais suaves. Portanto, seguindo o conceito de oclusão mutuamente protegida, os dentes posteriores devem proteger os anteriores na máxima intercuspidação habitual. Os dentes anteriores protegem os dentes posteriores das forças horizontais derivadas dos movimentos excursivos e essa proteção se dá pelas guias anteriores de desocclusão (FURTADO *et al.*, 2018; KADRI, 2017). Para obter uma guia de desocclusão imediata por parte dos caninos, o canino superior deve ocluir entre o primeiro pré-molar inferior e o canino inferior, fornecendo uma função ideal aos dentes e mastigação (MARIANO; SANTOS, 2017). Da mesma forma, para obtermos uma guia anterior de desocclusão, os incisivos superiores devem cobrir levemente os incisivos inferiores, cerca de 2 a 3 mm em média, contribuindo para o corte dos alimentos e a estética do sorriso. Por sua vez, os dentes posteriores se contatam na oclusal em suas pontas de cúspides funcionais ou de trabalho, que são as cúspides vestibulares dos dentes inferiores e palatinas dos dentes superiores, com as cristas marginais e fossas centrais dos sulcos dos dentes antagonistas. Estes contatos promovem e formam a máxima intercuspidação habitual, que é ideal quando coincide com o posicionamento dos côndilos em relação cêntrica (KADRI, 2017; MELO *et al.*, 2018). A oclusão se caracteriza pela relação dos contatos oclusais estáveis e de intensidade igual, onde as forças são dirigidas no sentido axial dos dentes, os conjuntos de côndilo e disco na posição de relação cêntrica e a distribuição de cargas axiais auxiliam na estabilidade do sistema estomatognático, pois há a dissipação e forças por todo periodonto de forma homogênea, evitando a concentração de esforços em pequenas áreas do periodonto e assim garantindo estabilidade individual. Quando isso não ocorre, constituindo uma má oclusão, a superfície oclusal dos dentes é afetada e também o periodonto, o sistema neuromuscular e a articulação temporomandibular (PRASAD; SHETTY; SOLOMON, 2012).

O ângulo onde ocorrem os contatos oclusais dentários influencia diretamente nas forças que atuam em oclusão, afetando não somente a distribuição de força, como também a capacidade de contração do músculo (FURTADO *et al.*, 2018). O toque entre as superfícies oclusais de dentes antagonistas no fechamento mandibular é definido como contato oclusal. Este pode ser dividido em cêntrico, prematuro ou prematuro deflectivo. O contato cêntrico é um toque fisiológico que gera estabilidade no fechamento mandibular na relação de oclusão

cêntrica, principalmente durante a deglutição. O contato prematuro impede ou dificulta o fechamento completo da mandíbula em relação de oclusão cêntrica, mas não gera desvios e geralmente ocorre na ponta de cúspide fossa antagonista. O contato prematuro deflectivo não é fisiológico e dificulta ou até impede o fechamento mandibular completo, gera desvios de trajetória da mandíbula para anterior, em direção a linha média. Já a interferência oclusal é um contato não fisiológico entre as superfícies oclusais antagonistas que dificulta ou impede os movimentos de protrusão e lateralidade da mandíbula, tanto no lado de trabalho como no de balanceio (SILVA *et al.*, 2006). O dentista possui a capacidade de intervir em quais dentes entrarão em contato e quando esse contato ocorrerá em um movimento de fechamento cêntrico, onde os dentes posteriores e anteriores entram em contato ao mesmo tempo. A oclusão mutuamente protegida respeita os princípios da oclusão ideal e, por conta disso, tem sido considerado o esquema mais conveniente para reabilitações protéticas (KADRI, 2017; FURTADO *et al.*, 2018).

A oclusão é importante, porém mais importantes são a função e o conforto oclusal do paciente, pois além do relacionamento das superfícies oclusais de dentes superiores e inferiores quando estão em contato, o cirurgião dentista deve saber realizar a identificação e classificação de oclusões normais e má oclusões ou reconstrução da anatomia oclusal. Saber sobre oclusão é entender e aceitar princípios da oclusão normal ou artificial e reabilitar esta mesma oclusão, devolvendo as características da oclusão do paciente que permitem o restabelecimento natural das funções do sistema estomatognático (KADRI, 2017; FURTADO *et al.*, 2018).

### 3.4 Guia canino

A guia canino forma, juntamente com a guia incisiva, a guia anterior. Durante o movimento de lateralidade o canino inferior desliza na concavidade palatina do canino superior, desocluidando todos os outros dentes, do lado de trabalho e do lado de balanceio. Cerca de 70% dos indivíduos possuem este tipo de desocclusão. É considerada normal a relação oclusal excursiva anterior onde os dentes anteriores, juntamente com o conjunto côndilo e disco, suportam e guiam o movimento excursivo, e, nos dentes posteriores, ocorre uma desocclusão imediata, sendo protegidos e permanecendo em repouso (DALLAZEN *et al.*, 2015). Com a descolusão, os dentes posteriores geram um espaço ou fenômeno denominado de Christensen, que evita toques ou contatos nos dentes posteriores, que não possuem componentes horizontais fisiologicamente compatíveis para receber este movimento. No

movimento mandibular laterotrusivo há guias dentárias de contato no lado laterotrusivo, que corresponde ao lado de trabalho, que desocluem o lado mediotrusivo, que corresponde ao lado de não trabalho. Sendo a guia mais desejável a guia canina. Nos movimentos de lateralidade mandibular, o ideal é que ocorra apenas contatos dos caninos no lado de trabalho, protegendo os dentes posteriores das forças horizontais (KADRI, 2017; FURTADO *et al.*, 2018; CAMACHO, WALDEMARIN, 2015).

No lado de trabalho o paciente pode apresentar dois tipos de guias de desoclusão: pelo canino e desoclusão em grupo. A desoclusão pelo canino ocorre quando o canino inferior desliza pela concavidade palatina do canino superior, o que acaba desocludindo todos os outros dentes, no lado de trabalho e no lado de balanceio. Sempre é desejável que a desoclusão ocorra pelo canino e serve como ponto inicial para oclusão mutuamente protegida. Os caninos apresentam uma melhor proporção de raiz e coroa que é capaz de tolerar forças oclusais, além de que a superfície da raiz é maior, em comparação com os demais dentes, gerando uma maior propriocepção. Ele está envolvido em um osso denso e compacto e, por conta disso, absorvem de melhor forma as forças mastigatórias (CLARCK; EVANS, 2001; KADRI, 2017). A desoclusão pelo canino diminui a atividade dos músculos por liberar os dentes posteriores de contato, isso não ocorre significativamente durante a mastigação, mas sim durante o apertamento parafuncional. O movimento de Bennett é o deslocamento do côndilo do lado de trabalho durante o movimento mandibular de lateralidade, já o ângulo de Bennett é formado pela trajetória de avanço do côndilo do lado de balanceio com o plano sagital (KADRI, 2017; CLARCK; EVANS, 2001; FURTADO *et al.*, 2018).

A guia canina é conceituada como a desoclusão guiada pelo dente canino de todos os dentes nos movimentos laterais. Outro tipo de padrão de desoclusão que pode ser visto é a função em grupo. Com o envelhecimento, a prevalência de oclusão guiada por caninos tende a ser reduzida e a prevalência de oclusão de função de grupo aumenta. Indivíduos com oclusão Classe II exibem principalmente oclusão guiada por canino, enquanto indivíduos com oclusão de Classe III, a função de grupo é mais prevalente. Estudos de longo prazo afirmam que não há diferença entre os dois esquemas de desoclusão no conforto do paciente e na longevidade da restauração (ABDUO; TENNANT; MCGEACHIE; 2013; BARROS; BARROS; MESQUITA, 2018; MIRALLES, 2016).

### 3.5 Guia incisal

No movimento mandibular no sentido anterior, os incisivos inferiores deslizam pela face palatina dos incisivos superiores, sem haver interferências nos dentes posteriores desocludindo-os e contatando os dentes anteriores, formando a guia anterior ou incisiva de desocclusão nos movimentos de protrusão e retrusão mandibular. Quando isso ocorre há uma estabilidade, juntamente com as articulações temporomandibulares. A desocclusão gerada é definida pela proteção dos dentes posteriores pelos dentes anteriores nos movimentos excursivos realizados pela mandíbula e a proteção dos dentes anteriores pelos dentes posteriores em máxima intercuspidação (BARROS, BARROS, MESQUITA, 2018; KADRI, 2017).

Para uma correta relação e guia anterior é necessário que os dentes anteriores inferiores estejam em contato simultâneo com anteparos cêntricos estáveis e que auxiliem e estejam em uma correta dimensão vertical e, para isso, o paciente deve possuir um comprimento normal dos dentes, com suas superfícies incisais sem desgastes e um correto trespasse vertical entre os dentes superiores em relação aos inferiores, que deve ocorrer a partir do terço médio da região palatina dos anteriores superiores (KADRI 2017). Com o movimento mandibular para posição mais protrusiva os contatos dentários são dirigidos aos dentes anteriores, para que os posteriores sejam desocluídos imediatamente (FURTADO *et al.*, 2018).

### 3.6 Causas da ausência das guias anteriores de desocclusão

Quando há a presença de uma força oclusal excessiva do contato dentário, vários tecidos são afetados e cada um gera uma expressão individual e seus sinais e sintomas decorrentes (BURKE, LUCAROTTI, WILSON, 2021). Cabe ao cirurgião dentista identificar a localização, intensidade e efeito dessas forças, levando em conta uma visão futura do que poderá acarretar tal sinal ou sintoma. O diagnóstico correto e preciso aliado a adequada correção dos problemas oclusais são essenciais para o tratamento e melhor prognóstico do paciente. A falta do diagnóstico de problemas oclusais força o paciente a se habituar e aceitar as condições existentes, o que compromete sua saúde e tratamento (SOLOW, 2017).

As interferências oclusais são um dos mais frequentes desequilíbrios que acometem os pacientes, sendo responsáveis por diversas patologias dentárias, distúrbios neuromusculares e temporomandibulares. Podem apresentar-se como contato oclusal prematuro, trauma oclusal, ausência das guias de desocclusão, interferência oclusal ou alterações na dimensão vertical e estes podem acarretar em alterações neuromusculares, alterações na articulação

temporomandibular, abrasão do dentes e bruxismo (CAPOTE, ORRICO, VIEIRA, 2002). O trauma oclusal é formado quando as forças oclusais excedem a capacidade de adaptação dos componentes do sistema estomatognático ou o periodonto de sustentação. É definido como trauma primário quando a forças excessivas sucedem-se em um periodonto que não esteja comprometido por doença periodontal inflamatória, o que não gera perda de inserção e pode ser reversível quando eliminado o fator causal. O trauma secundário diferencia-se por forças excessivas que são destinadas a um local que possui comprometimento por doença periodontal. Na protrusão as interferências oclusais ocorrem nas vertentes oclusais mesiais das cúspides dos dentes inferiores e nas vertentes oclusais distais das cúspides dos dentes superiores. No movimento excursivo no lado de trabalho a interferência oclusal ocorre entre a vertente lisa de uma cúspide funcional, palatina nos superiores e vestibular nos inferiores, e a vertente triturante de uma cúspide não funcional, vestibular dos dentes superiores e lingual dos dentes inferiores. Já no movimento excursivo no lado de balanceio a interferência é verificada entre as duas vertentes triturantes de cúspides funcionais. Normalmente estas interferências estão relacionadas a instabilidade condilar e hiperatividade muscular (CAMACHO; WALDEMARIN, 2015; GRASSI, 2016).

Atualmente, a perda das guias anteriores se deve, principalmente, pelo desgaste de cúspides e incisais, pelas maloclusões e mordida aberta decorrente de hábitos deletérios (CINELLI *et al.*, 2018). Durante toda a vida os dentes estão sujeitos a um desgaste fisiológico constante, que podem ser acentuados e agravados por fatores extrínsecos e/ou intrínsecos, como: abrasão, que se refere ao desgaste dos dentes por outros materiais, atrição, que é o desgaste de dentes por dentes e também erosão, a dissolução do tecido dentário por substâncias ácidas (KUMAR *et al.*, 2018). Raramente um mecanismo de desgaste atua sozinho, é mais prevalente a presença de mais de um. Alguns pacientes possuem hábitos parafuncionais que, normalmente, estão associados ao desgaste excessivo, com destaque ao bruxismo, que está cada vez mais prevalente, levando a perdas significativas de tecido dentário e gerando um comprometimento estético e funcional (ALVES *et al.*, 2012).

### 3.7 Consequências da ausência das guias anteriores

Primeiramente, deve-se realizar uma avaliação da oclusão do paciente e verificar se ela é patológica ou não, não interferindo na oclusão do paciente em busca da oclusão ideal padrão. O que pode se considerar normal, em uma população, é o que se mantém em equilíbrio relativo, por conta da capacidade de adaptação humana. Porém, cada indivíduo

possui seu limiar de adaptação e quando superado podem-se instalar diversos tipos e graus de condições patológicas do sistema estomatognático. Levando em consideração que é impossível prever a capacidade de adaptação de cada paciente, quando for realizada uma reabilitação oral e verificar-se uma perda da estabilidade ou uma oclusão patológica, se faz uso dos princípios de oclusão ideal (FURTADO *et al.*, 2018; GRASSI, 2016).

Os responsáveis pela detecção das forças oclusais são os mecanorreceptores no ligamento periodontal, capazes de detectar a carga e fornecerem *feedback*, por meio de conexão monossináptica do nervo trigêmeo ao núcleo sensorial trigeminal, sendo um importante mecanismo de defesa do sistema mastigatório. Quando há a presença de uma força excessiva ou de um contato traumático os músculos mastigatórios são programados para reposicionar a mandíbula longe. Essa resposta inconsciente tem como objetivo proteger o dente do contato inicial, mas pode ocasionar um posicionamento mandibular com contato deletério em outros dentes. (SOLOW, 2017). Os dentes anteriores, em comparação com os posteriores, possuem mais terminações proprioceptivas neurológicas, assim, qualquer agressão ou sobrecarga nesta região é imediatamente detectada. As interferências oclusais não diagnosticadas geram estresse ao dente, acarretando em abfrações, microfissuras, desgaste oclusal e fratura de cúspides. A força excessiva destinada ao dente é absorvida pelos tecidos gengivais, conjuntivo e ósseo de suporte, desencadeando mobilidade dentária, migração e perda de inserção (CAMACHO, WALDEMARIN, 2015).

A oclusão é um fator clínico de suma importância para o prognóstico do paciente, quando incorreta ou não ajustada pode desencadear pericementite traumática, sensibilidade a percussão vertical durante a mastigação ou sob estímulo térmico. A falta das guias anteriores de desocclusão pode acarretar na perda dos níveis de oclusão, perda da dimensão vertical e também das curvaturas que auxiliam na desocclusão (VACA, 2018). Quando a oclusão já está alterada, como, por exemplo, uma dentição com desgaste, acaba acarretando em outros problemas como: redução da capacidade mastigatória, sensibilidade dentária, perda de espaço interoclusal, comprometimento estético e perda das guias anteriores, que por sua vez pode desencadear problemas ao periodonto de sustentação e acelerar o processo de perda de tecido dentário (FURTADO *et al.*, 2018; HEISE *et al.*, 2019; PRASAD; SHETTY; SOLOMON, 2012). As guias anteriores de desocclusão são mecanismos ordenados genética e funcionalmente com o intuito de proteger as articulações temporomandibulares durante a dinâmica mastigatória. A ausência desta proteção pode desencadear deslocamentos anteriores dos côndilos e disco articular (CINELLI *et al.*; 2018).

### 3.8 Reestabelecimento das guias anteriores

A Odontologia engloba e é responsável por diversas áreas e modalidades de tratamento, onde o cirurgião dentista deve realizar procedimentos com objetivos estéticos e funcionais, tendo a aprovação do paciente, representando, assim, o sucesso do tratamento (DEKON *et al.*, 2003). Os tratamentos reabilitadores, dos mais simples aos mais complexos, devem objetivar a reconstrução da anatomia oclusal destruída e propiciar uma harmonia mastigatória, da fala, deglutição e a proteção de todo sistema estomatognático. A estabilidade oclusal é o que se deseja atingir em qualquer tratamento odontológico. Alguns requisitos para atingí-la são: paradas cêntricas estáveis em todos os dentes, guia anterior em harmonia com os movimentos bordejantes, desocclusão posterior nos movimentos excursivos e ausência de interferências em todos os dentes posteriores no lado de trabalho e a presença da guia canina (FURTADO *et al.*, 2018). Portanto, todo o tratamento de reabilitação deve objetivar a desocclusão lateral sempre que possível (SILVEIRA; MUCHA, 2016). O ajuste oclusal é a modificação aditiva ou subtrativa da coroa dos dentes a fim de criar um contato programado onde ocorra a distribuição uniforme e otimizada sobre os dentes e suas estruturas de suporte, durante a mastigação (BARBOSA, 2004). Os objetivos do ajuste oclusal são: gerar estabilidade no fechamento da mandíbula com um número de dentes em contato simultâneos quando os côndilos estão na posição de relação cêntrica; orientação pelo dentes mais anteriores e periodontalmente estáveis, deslizando suavemente e separando os dentes posteriores em todos os movimentos excursivos; os dentes anteriores não podem entrar em contato com maior intensidade do que o dentes posteriores ou interferirem no envelope da função mandibular; o paciente deve observar uma mordida considerada confortável para ele, uniforme e sem a necessidade de proteger nenhum local, além de conseguir realizar todos os movimentos excursivos sem deslocamento dos dentes anteriores (SOLOW, 2017; GOYATÁ *et al.*, 2018).

A classe de oclusão que o paciente possui, de acordo com a classificação de Angle, é fator decisivo para realizar o ajuste oclusal. Pacientes que possuem classe I, onde a cúspide mesiovestibular dos primeiros molares superiores ocluem no sulco mesiovestibular dos primeiros molares inferiores, e, classe II, que ocorre quando a cúspide mesiovestibular dos primeiros molares superiores oclui para mesial do sulco mesiovestibular dos primeiros molares inferiores, podem receber o ajuste oclusal por acréscimo. Porém, no paciente classe III, onde a cúspide mesiovestibular dos primeiros molares superiores oclui para distal do sulco

mesiovestibular dos primeiros molares inferiores, ocorre que os molares, os pré-molares e caninos não estão aptos a ter um encaixe ideal e não há um trespasse vertical e horizontal ideal dos incisivos, sendo totalmente desfavorável para os movimentos mandibulares e não sendo possível ter uma guia canina, pois o canino inferior está mais mesializado que o superior. O tratamento para estes casos é ortodôntico (ALKAYYAL *et al*; 2020; KADRI, 2017).

A finalidade do reestabelecimento da guia anterior é o equilíbrio do sistema neuromuscular e da articulação temporomandibular, além de realizar o tratamento mais duradouro e estável. Quando o paciente apresenta a necessidade de desoclusão anterior, deve-se iniciar planejando o contorno, posição, inclinação e trespasse dos dentes anteriores e sua relação com a restauração (BARROS; BARROS; MESQUITA, 2018; GRASSI, 2016).

### 3.8.1 Reestabelecimento com resina composta

A restauração direta com resinas compostas é uma alternativa para reconstituição das guias de desoclusão, como um ajuste oclusal aditivo e pode gerar um tratamento menos invasivo, tornando-o mais conservador. Como opção para casos em que a resina não cumpra efetivamente seu papel, há as coroas cerâmicas, que possuem potencialidade estética superior e mecânica também. Deve-se alinhar as expectativas, necessidades e condições do paciente para realizar a escolha de qual material restaurador utilizar. Em ambos os casos o profissional deve ter um domínio da técnica para realizar um tratamento adequado e deve levar isso em consideração (BARROS; BARROS; MESQUITA, 2018; GOYATÁ *et al.*, 2018).

Preconizada pela maioria dos artigos (CINELLI *et al*; 2018; HEISE *et al.*, 2019; SOLOW, 2017), a sequência clínica de restauração para reestabelecer a guia anterior com resina composta seria: (1) confecção de uma guia de silicone; (2) profilaxia dos dentes; (3) seleção de cor; (4) isolamento absoluto do campo operatório; (5) condicionamento com ácido fosfórico 37% por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina; (6) lavagem com jato de água por no mínimo 60 segundos; (7) secagem; (8) aplicação do sistema adesivo de escolha; (9) fotoativação do mesmo conforme instruções do fabricante; (10) início da restauração por palatina, quando necessário; (11) restauração relativa a dentina, quando necessário; (12) restauração relativa ao esmalte. Deve-se utilizar a técnica incremental, onde cada incremento deve apresentar cerca de 2mm e deve ser seguido de fotopolimerização conforme as instruções do fabricante da resina de escolha; (13) remoção do isolamento; (14) checagem dos pontos de contato e, se necessário, ajuste oclusal; (15) acabamento inicial com

pontas de borracha abrasivas. O acabamento e polimento final devem ser realizados após 7 dias (CINELLI *et al.*; 2018; HEISE *et al.*, 2019; GOYATÁ *et al.*, 2018). A degradação da restauração normalmente ocorre devido ao desgaste, rugosidade superficial, manchamento e desintegridade da margem, o sucesso e longevidade da restauração depende da marca da resina e das etapas bem executadas (ABDUO; TENNANT; 2015).

### 3.8.2 Reestabelecimentos com cerâmicas

Restaurações do tipo indiretas de facetas laminadas cerâmicas estão indicadas para o reestabelecimento das guias anteriores de desoclusão. Devido ao avanço desta modalidade de restauração o resultado estético e funcional pode ser excelente. Há a possibilidade de realizar um planejamento digital, onde tanto o profissional como o paciente e o técnico podem visualizar o possível resultado final e avaliá-lo. O protocolo utilizado para reestabelecer as guias anteriores com laminados cerâmicos foi: inicialmente realizadas as moldagens e respectivos modelos de estudo; fotografias iniciais; seleção de cor; desenvolvimento do planejamento; *mockup* de resina bisacrílica; preparo dentário minimamente invasivo; moldagem; confecção dos laminados pelo protético; condicionamento interno dos laminados; isolamento relativo; condicionamento do dente; cimentação; checagem da oclusão. As opções cerâmicas têm suas indicações em cada caso, os materiais com propriedades mecânicas melhores pecam na estética e os mais estéticos, por sua vez, tendem a fraturar com maior facilidade. (BARROS; BARROS; MESQUITA, 2018; CUNHA *et al.*, 2019).

## 5. RESULTADOS

Foram encontrados 15 estudos clínicos sobre as guias anteriores de desocclusão. Destes, 5 eram estudos transversais, 5 eram relatos de caso, 3 eram revisões sistemáticas e 2 eram revisões de literatura (figura 1) de 6 países: Brasil, Austrália, Índia, Estados Unidos, Chile e Bolívia. Como fonte principal, a base de dados Pubmed foi a mais utilizada. Dos estudos transversais encontrados, um deles relatou associação dos pacientes com classe I com a guia canino. Quanto a função em grupo, um estudo associou este tipo de desocclusão lateral com recessão gengival, outro com desgaste oclusal e outro relatou que há maior prevalência em comparação com a guia canina. Nos cinco relatos de caso encontrados, 3 utilizaram resina composta para reconstituição das guias e 2 utilizaram cerâmicas livres de metal. As revisões sistemáticas mostraram que não existe diferença entre guia canino e função em grupo em relação a conforto e longevidade da restauração e que, com o envelhecimento, a oclusão de função em grupo acaba sendo mais prevalente. Um estudo de revisão de literatura apontou que a guia canina é mais prevalente, apresenta menos sinais e sintomas de disfunção temporomandibular e comprometimento periodontal. Já a outra revisão afirmou a necessidade de uma oclusão mutuamente protegida para o equilíbrio do sistema estomatognático.

## 6. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica dos estudos realizados sobre as guias anteriores de desoclusão e sua relação com o sistema estomatognático, além de apresentar duas opções de reconstituição da mesma. Foram encontrados 15 estudos de 6 países, dentre eles, 3 revisões sistemáticas, 5 estudos transversais, 2 revisões de literatura e 5 relatos de caso. Destes, a maioria mostrou relação entre as guias anteriores de desoclusão e manutenção do equilíbrio do sistema estomatognático, mas que não se pode estabelecer como padrão para todos os pacientes.

As guias anteriores de desoclusão são importantes componentes de proteção do sistema estomatognático, pois impedem que forças sejam destinadas aos componentes que não estão aptos para recebê-las (VALENZUELA, 2020). Isso ocorre nos movimentos excêntricos da mandíbula, no movimento de lateralidade há a intervenção da guia canina e no movimento de protrusão, da guia incisal. Em ambas as guias as forças oblíquas são destinadas apenas aos dentes anteriores, desocludindo os dentes posteriores, que devem receber, principalmente, as forças no sentido vertical (PASINATO *et al.* 2017).

Abduo; Tennant; Mcgeachie; (2013) realizaram uma revisão sistemática onde chegaram aos resultados de que, com o aumento da idade o indivíduo tende a perder a guia canina, que costuma ser o esquema oclusal dominante para adolescentes e adultos jovens. Isso se deve, principalmente, devido ao desgaste dental que é comumente um fenômeno fisiológico. O estudo aponta que 13,8% dos indivíduos que possuem guia canina possuíam desgaste dental enquanto 52,8% dos indivíduos com função em grupo possuíam desgaste dental. Sendo os dentes que guiam o movimento de lateralidade os mais suscetíveis ao desgaste dentário. Quanto a classificação de Angle, os indivíduos com oclusão classe II possuem maior prevalência de guia canina em comparação com classe I, já a oclusão classe III possui, principalmente, função em grupo. O artigo abordou a necessidade de se trabalhar com a guia de desoclusão equilibrada e avaliações de lateralidade parcial e completa com diferentes níveis de excursão. Também relataram que não há relação do esquema de oclusão lateral com a ocorrência de disfunção temporomandibular. Nos pacientes que possuem função em grupo há um maior desgaste no dente canino e um maior número de contatos dentários no lado de trabalho, o que evidencia a função protetora que o canino tem sob o restante da dentição. Os autores concluíram que a inclinação do dente anterior determinará a quantidade de contatos dos dentes posteriores em movimentos excursivos e que não há um esquema de

desocclusão lateral que pode ser considerado padrão ouro para todos os pacientes pois ambas são biologicamente aceitáveis. No estudo transversal de Alkayal *et al* (2020) que avaliou o tempo de oclusão, o equilíbrio oclusal e o esquema oclusal lateral foi avaliado em 132 indivíduos com diversas características dentárias e esqueléticas que desejavam o tratamento ortodôntico. Os pacientes com oclusão Classe I apresentaram o menor tempo de oclusão, a oclusão mais equilibrada e maior frequência de orientação canina. No entanto, a oclusão potencialmente equilibrada e a função em grupo foram altamente prevalentes em todos os grupos. Assim os autores concluíram que a oclusão ideal deve ser considerada um ideal para se inspirar e almejar, mas não pode ser considerada um requisito essencial de todo tratamento odontológico.

Corroborando com os achados da revisão sistemática de Abduo; Tennant; Mcgeachie; (2013), a revisão sistemática de Mirales (2016) concluiu que o esquema de desocclusão lateral influencia, minimamente, na aceitação e função fisiológica do paciente. Também afirma que não há relação das guias com a longevidade da restauração, que ela está mais relacionada à complicações mecânicas. Esclarece que não há associação dos esquemas de desocclusão lateral com a disfunção temporomandibular. Afirma que tanto a guia canina quanto a função em grupo geram resultados satisfatórios em restaurações de resina composta e próteses fixas por até 5 anos. Já Abduo e Tennant (2015) realizaram uma revisão sistemática com enfoque na mastigação e atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios, onde afirmaram não haver diferença entre guia canina e função em grupo na atividade eletromiográfica durante a mastigação. Ambos geram conforto e longevidade na restauração. Associaram a guia canina com uma mastigação mais estreita e menos atividade eletromiográfica dos músculos, além de enfatizar que ela possui a vantagem de ser mais fácil de ser reproduzida e com ela os dentes posteriores são submetidos a menos forças oblíquas e tensões de tração, que são mais traumáticas para a estrutura dentária.

Furtado *et al* (2018) afirmam que a guia canina é a guia desejável na lateralidade e ela é ponto de partida para oclusão mutuamente protegida. Afirmam também que a guia é desejável nos casos de confecção de prótese adesiva anteriores e posteriores, pois o canino possui melhores características anatômicas para resistir as forças mastigatórias. Com isso há diminuição da atividade muscular com a liberação dos dentes posteriores e os riscos de deslocamento são minimizados nos movimentos de lateralidade da mandíbula. Diferentemente da revisão de literatura de Furtado *et al* (2018), a revisão de Silveira e Mucha (2016) acerca da reabilitação de pacientes com agenesia de incisivos laterais indica que nem

sempre é necessário estabelecer a guia canina para desoclusão em lateralidade para o tratamento de agenesia, podendo ser substituída pela desoclusão de função em grupo.

Um caso de reabilitação de canino a canino superiores com cerâmicas livres de metal foi relatado por Barros, Barros e Mesquita (2018) que obtiveram um resultado com uma estética natural e funcional com ótimas propriedades ópticas, integrando as restaurações ao sorriso do paciente. Enfatizaram que o plano de tratamento deve englobar todas as partes envolvidas e o cirurgião dentista deve ter conhecimento e habilidade com a técnica operatória. Outro relato de caso que utilizou cerâmica como material restaurador foi de Boffo *et al* (2021), onde descreveram um caso de paciente com histórico de bruxismo, devolvendo guia canina através da utilização de fragmentos cerâmicos E-max, tendo um resultado satisfatório com a guia canina reestabelecida e a oclusão mutuamente protegida. De acordo com a etiologia do bruxismo, o ajuste oclusal pode ser indicado, sendo o reestabelecimento da guia canina parte dele, gerando função adequada, diminuindo gradativamente a hiperatividade muscular e prevenindo maiores problemas para o sistema estomatognático. Já Cinelli *et al* (2018) relataram um caso de confecção da guia canino em um paciente com mordida aberta anterior com resina composta. Enfatizaram que oclusão harmônica engloba uma guia anterior com desoclusão dos dentes posteriores no movimento protusivo e as guias laterais no lado de trabalho durante o movimento de lateralidade, com ausência de interferências, o que resulta em uma diminuição da relação oclusal posterior trazendo benefícios para o sistema estomatognático do paciente. Resultado também obtido por Solow (2017) que também utilizou resina composta como material restaurador.

Assim como Heise *et al* (2019), que descreveram um caso de restauração com resina composta direta em todos os elementos do arco inferior, bem como os elementos 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 e 24 no arco superior. Desta forma, reestabeleceram forma, função e estética dos elementos restaurados com uma abordagem conservadora e de baixo custo, concluindo que este tratamento é eficaz, gerando uma estabilização oclusal e aproximação da face vestibular do canino inferior com a face palatina do canino superior. Sendo uma opção de tratamento relativamente simples, com um bom custo benefício e tendo como única limitação o desgaste que a resina pode ter, necessitando de reparos. Em sua revisão de literatura também concluíram que não há relação das guias com disfunção temporomandibular.

Vaca (2018) descreve sua pesquisa com 10 mulheres que não possuíam mecanismos de proteção de desoclusão posterior nos movimentos excursivos. Após a restauração da guia anterior com resina composta, 100% das pacientes conseguiram realizar movimentos de

protrusão e lateralidade esquerda e 80% direita, o que está relacionado ao alinhamento inadequado da curva de Wilson neste lado. Deixando claro a necessidade de um alinhamento tridimensional adequado para estabelecimento da guia corretamente e a eficiência da resina composta para reestabelecimento das guias de desoclusão, reforçando os resultados obtidos pelos relatos de casos citados.

Prassad; Shetty; Solomon (2012) realizaram um estudo com cinquenta sujeitos com recessão gengival e dez sujeitos com fissuras gengivais de 18 a 25 anos pra investigar o padrão de contato oclusal durante a máxima intercuspidação para movimentos excursivos. Os resultados foram que quase todos os indivíduos apresentaram interferências nos movimentos protrusivos, lateroprotrusivos e excursivos laterais nos dentes mostrando recessão gengival e fendas gengivais. A recessão gengival estava mais comumente relacionada à função do grupo do que à oclusão guiada por caninos. A recessão foi observada na superfície labial dos dentes anteriores com guia canino, enquanto na oclusão de função de grupo, a recessão foi distribuída igualmente nas superfícies faciais dos dentes anteriores e posteriores. Na ausência de oclusão mutuamente protegida houve a associação de recessão gengival e fissuras gengivais, além de desgaste oclusal, o que também foi observado no estudo de Dandekeri *et al* (2013) que analisou a incidência de equilíbrio do arco cruzado e facetas de desgaste oclusal do lado de trabalho em 200 pacientes com a dentição natural. De acordo com o estudo, a porcentagem de indivíduos com equilíbrio do arco cruzado foi de 29% em 18 a 25 anos, 35% em 26 a 35 anos e 36% em 36 a 45 anos. O número de facetas de desgaste oclusal no lado de trabalho foram um total de 351, das quais 83 facetas de desgaste foram observadas em pacientes com a guia canina e 268 com função de grupo e houve uma progressão no desgaste conforme o aumento da idade do paciente. Os autores não conseguiram concluir a relação de contato do lado de não trabalho como interferência e sua influência no desgaste da dentição.

No estudo transversal de Singh (2013) 100 alunos de graduação com 18 a 25 anos foram examinados, os contatos oclusais nas posições laterais, a 0,5, 1, 2 e 3 mm da máxima intercuspidação. Nos resultados, a posição de 0,5 mm apresentou contatos máximos que diminuem progressivamente para as demais posições. O canino mostrou maior frequência de contato em todas as quatro posições. A maioria dos padrões de contato pertencia a função de grupo. Porém, grande parte dos contatos não eram classificáveis como guia canina e/ou a função de grupo. Os autores concluem que não parece apropriado descrever e classificar os padrões de contato oclusal usando apenas o sistema de classificação existente.

Este estudo possui limitações onde nem todos os títulos das bases de dados consultadas foram lidos e o ano de publicação dos artigos utilizados variou entre 20 anos de diferença. Além disso, esta revisão conta com poucas revisões sistemáticas o que pode gerar um risco de viés nos resultados deste trabalho. Apenas um artigo enfatizou quais os níveis de excursão utilizados, o que é variável nos demais estudos e pode alterar os resultados. O tema oclusão de função em grupo não foi incluído na pesquisa inicial deste estudo, mas estava presente em vários artigos sobre o tema, o que poderia ter sido acrescido.

Considerando o exposto até então pode-se concluir que a guia canina e a guia incisal são importantes componentes da oclusão mutuamente protegida e de proteção do sistema estomatognático. A guia canina é fundamental, mas não é padrão ouro para todos os pacientes, sendo a função de desocclusão em grupo igualmente aceitável e mais prevalente com o envelhecimento do indivíduo e com o desgaste dental. Tanto restaurações com resina composta como com cerâmicas são capazes de reestabelecer forma e função dos dentes anteriores e assim também para confecção das guias anteriores de desocclusão. Não há relação do esquema de oclusão lateral com a ocorrência de disfunção temporomandibular, mas elas podem estar associadas a recessões e fendas gengivais.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso que a oclusão é um dos pilares da Odontologia e que o cirurgião dentista deve ter domínio da teoria e aplicá-la em todos os tratamentos realizados. A oclusão mutuamente protegida é de suma importância para manutenção do equilíbrio do sistema estomatognático. Inclusas nela estão as guias anteriores de desocclusão, guia incisal e guia canina, que devem ser estabelecidas sempre que possível, preservando ao máximo o equilíbrio oclusal que o paciente já possui. Para isso, uma avaliação criteriosa deve ser realizada levando em consideração desgastes oclusais, recessões e fissuras gengivais, classificação de Angle, alinhamento tridimensional e hiperatividade muscular. Quando não há a presença das guias anteriores de desocclusão as consequências para o sistema estomatognático podem ser: perda dos níveis de oclusão, perda da dimensão vertical e também das curvaturas que auxiliam na desocclusão, além de desencadear deslocamentos anteriores dos côndilos e disco articular. A guia canina pode ser substituída pela função em grupo e, naturalmente, isso tende a acontecer, mas desgastes devem ser controlados e oclusões patológicas tratadas, sendo a guia canina mais fácil de ser reproduzida e igualmente aceita. A reconstituição deve ser feita de acordo com o caso do paciente, suas expectativas e condições, também, é de suma importância o domínio e conhecimento do cirurgião dentista com a resina composta ou a cerâmica, gerando um tratamento conservador, funcional, estético e duradouro.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDUO, J; TENNANT, M. **Impact of lateral occlusion schemes: a systematic review.** The Journal Of Prosthetic Dentistry, vol.114 n.2; p.193-204, 2015.
- ABDUO, J.; TENNANT, M.; MCGEACHIE, J. **Lateral occlusion schemes in natural and minimally restored permanent dentition: a systematic review.** Journal Of Oral Rehabilitation, vol.40 n10: p.788-802, 2013.
- ALKAYYAL, A. M; TURKISTANI, K. A; AL-DHARRAB, A. A; ABBASSY, M. A; MELIS M; ZAWAWI, K. H. **Occlusion time, occlusal balance and lateral occlusal scheme in subjects with various dental and skeletal characteristics: A prospective clinical study.** Journal of Oral Rehabilitation, vol.47 (n.12): p.1503-1510, 2020.
- ALVES, M. S. C; LUCENA, S. C; ARAUJO, S. G; CARVALHO, A. L. A. **Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea.** Odontol. Clín.-Cient, vol.11 n.3. 2012.
- ANDRADE, R. A. de; CUNHA, M. D. da; REIS, A. M. da C. dos S. **Análise morfofuncional do sistema estomatognático em usuários de prótese total convencional do Centro Integrado de Saúde – CIS.** Rev. CEFAC. 2017
- ANDREWS, L. **The six keys to normal occlusion.** American Journal of Orthodontics, 1972.
- BARBOSA, C. **Reabilitação da guia anterior em dentições desgastadas.** J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v. 4 - n. 2, 2004.
- BARROS, G. K. de. **Estudo clínico sobre a ausência de guias anteriores e sua relação com os ruídos articulares.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2017.
- BARROS, V. C.; BARROS, I. C.; MESQUITA NETO, J. **Reabilitação do guia canino complementar ao tratamento harmônico e estético com prótese parcial fixa livre de metal.** Odonto, v. 25, p. 15-27. Instituto Metodista de Ensino Superior. 2018.
- BOFFO, B. S.; SANTOS, E. B.; GADONSKI, A. P.; ANDRADE, G. S. de; SCHMITT, V. L.; OLIVEIRA, A. C. J.; NAUFEL, F. S. **Reestablishment of a canine guide with ceramic fragments in a bruxist patient: A case report.** Research, Society and Development, v. 10, n. 1, 2021.
- BURKE, F.J.T. LUCAROTTI, P.S.K. WILSON, N. **Canine guidance on crowned teeth: time for a rethink?** Br Dent J. Vol. 230, p.285–288 2021.
- CAMACHO, G.; WALDEMARIN, R. **Conceitos restauradores de oclusão: princípios da guia anterior.** Rev. ADITEME, 2015.
- CAPOTE, T.S.O. ORRICO, S.R.P. VIEIRA, C.L.Z. **Estudo dos Tipos de Guia Lateral em Pacientes Tratados Ortodonticamente Comparados com Pacientes Não tratados.** JBA. Vol.2, n.8, p.293-298, 2002.
- CINNELLI, L. C; IZOLANI, O. N; CASTRO, S. H. D; RODRIGUES, C. R. T; MADEIRA, N. A; SILVEIRA, R. A. **Confecção de guia canino em mordida aberta anterior com resina composta: relato de caso.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Vol.23,n.2,p.82-86, 2018.
- CLARCK, J. R; EVANS, R. D. **Functional occlusion: a review.** British Orthodontic Society, vol 28, Edição, 2001.

- CUNHA, L. F. da; SERPA, G. A.; GONZAGA, C. C.; CORRER, G. M. **Remodelação cosmética do sorriso com laminados cerâmicos devido a desgaste dentário patológico.** Kulzer, vol.3, n.2, 2019.
- DALLAZEN, E. et al. **Alternativas de tratamento para reabilitação bucal estética e funcional.** Rev. Dental. Press Estét. vol.69 no.4, 2015.
- DANDEKERI, S. S; PRASAD, K. D; HEGDE, C; SHETTY, M; SOWMYA, M.K; BHANDARY,S.**A study to correlate the incidence of cross arch balance and working side occlusal wear facets among different age groups: An in vivo study, Vol.24, Ed. 5, P. 550-554, 2013.**
- DAWSON, Peter. **Oclusão Funcional Da Atm Ao Desenho Do Sorriso.** 1ª edição. Editora Quintessence, 2019.
- DEKON, S.F.C. ZAVANELLI, A.C. ZEQUETTO, M.M. GOIATO, M.C. **A importância da personalização da mesa guia incisal em casos de próteses parciais fixas anteriores.** Ver. Bras. Odontologia. Vol.60, n.6 p.384-386, 2003.
- FURTADO, F.; VERMUDT, A.; GHIZONI, J. S.; PEREIRA, J. R.; PAMATO, S. **Princípios Básicos da oclusão ideal.** Journal of Research in Dentistry, vol. 6 (3) pag. 49-59, 2018.
- GEDRANGE, T.; KUNERT-KEIL, C.; HEINEMANN, F.; DOMINIAK, M. **Tissue Engineering and Oral Rehabilitation in the Stomatognathic System.** Biomed Research International, p. 1-2, 2017. Hindawi Limited. .
- GOYATÁ, F. dos R.; MORENO, A.; LANZA, C. R. M.; BARREIROS, I. D.; NOVAES, J. B. Jr.; GOYATÁ, L. F. dos R. **Remodelação dos dentes anteriores superiores com resina composta – Excelência Estética e Funcional.** Kulzer, 2018.
- GRASSI, E. D. A. **A Importância dos Princípios da Oclusão na Prática Odontológica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- HEISE, G.; KIGUTI, J. K. P.; OSTERNACK, F. R.; REZENDE, C. E. **Reabilitação funcional e estética de paciente com dentição desgastada: uma abordagem minimamente invasiva.** Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre Vol. 60, n.47, 2019.
- KADRI, J. A. T. **Oclusão: eliminando interferências por meio de material restaurador.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.
- KUMAR, M. VERMA, R. BANSAL, M. SINGH, S. REHAN, S. KUMAR, V. SIMRAN, D. **To Evaluate the Severity, Distribution of Occlusal Tooth Wear and its Correlation with Bite Force in Young North Indian Adults.** The Open Dentistry Journal, vol. 12, p. 735-741, 2018.
- MADEIRA, M. C. **Anatomia da Face: Bases anatomo-funcionais para a Prática Odontológica.** 8ª Edição. Editora Sarvier. São Paulo. 2012.
- MARIANO, A. M.; SANTOS, M. R. **Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora.** Economy, Business and Uncertainty: ideas for a European and Mediterranean. Vol, 2, 2017.
- MELO, C.L.M.N. VIEIRA, A.M. BISPO, C.G.C. MONDELLI, J. SABIO, S. SABIO, S.S. **Recuperando o guia incisal de um paciente com bruxismo - Relato de caso.** Rev. Estomatol. Herediana. Vol.28, n.4, p.264-273, 2018.

- MELO, J.C. P. FURUSE, A.Y. FREITAS, C.A. MONDELLI, J. **Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma seqüência lógica e conservadora.** R Dental Press Estét. Vol. 4, n.4, p. 39-49, 2007.
- MIRALLES, R. **Canine-guide occlusion and group function occlusion are equally acceptable when restoring the dentition.** The Journal of Evidence-Based Dental Practice, vol.16, n.1, p.41-3, 2016.
- MORAES, I.Q.S. MARSIGLIA, J.S.P.R. RAPOSO, M.J. LINS, F.C.R. OLIVEIRA, M.J. **Restabelecimento da estética dental com laminados cerâmicos minimamente invasivos: relato de caso.** Coreo. Vol.39, n.3, p.32-38, 2018.
- PALOMINO-GÓMEZ, S. P. JEREMIAS, F. FINOTI, L. S. PAREDES-COZ, G. RAVELI, D. B. **Influência da excursão lateral na abfração dentária vestibular cervical.** Acta Odontológica Latinoamericana. 2011.
- PALONE, M. SPEDICATO, G.A. LOMBARDO, L. **Analysis of tooth anatomy in adults with ideal occlusion: A preliminary study.** J Orthod Dentofacial Orthop, Vol 157. Ed.2, 2020.
- PASINATO, F. OLIVEIRA, A.G. PAZ, C.C.S.C. ZEREDO, J.P.L. BOLZAN, G.P. MACEDO, S.B. CORREA, E.C.R. **Estudos das variáveis cinemáticas da mastigação unilateral e habitual de indivíduos saudáveis.** Vol. 2, n.4, 2017.
- PRASAD, D. Krishna; SHETTY, N. Sridhar; SOLOMON, E. G. R.. **The Influence of Occlusal Trauma on Gingival Recession and Gingival Clefts.** The Journal Of Indian Prosthodontic Society, vol.13, n.1, p. 7–12, 2012.
- RAMIREZ, L. M. BALLESTEROS, L. E. **Oclusión Dental: ¿Doctrina Mecanicista o Lógica Morfofisiológica?.** Int. J. Odontostomat. V.6, n.2, p. 205-220, 2012.
- SILVA, M. B. D et al. **Reabilitação Bucal em casos de desgaste dentário: a importância da oclusão e adesão.** J Clin Dent Res, São Paulo. V.14, N.03, p. 98-117, 2017.
- SILVA, O.G.F. CARVALHO, P.M. CAPELOZZA, L.F. CARVALHO, R.M. **Função canino desempenhada pelo pré-molar.** Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. V.11, n.3,2006.
- SILVEIRA, G. S; MUCHA, J. N. **Agenesis of Maxillary Lateral Incisors: Treatment Involves Much More Than Just Canine Guidance.** The Open Dentistry Journal, v. 10, p.19–27, 2016.
- SINGH, A; SANGUR, R; RAO, B. L; MAHAJAN, T; **A clinical study to determine the pattern of occlusal contacts in lateral positions and its validity in classifying guidance patterns.** J Indian Prosthodont Soc. V.13, n. 2, p.101–107, 2013.
- SIPPY, V. R; HEGDE, C; SHETTY, G. **A study to evaluate the influence of condylar and incisal guidance in canine guided and group function occlusal schemes.** The Journal of Indian Prosthodontic Society, Vol. 21, n.3, p.256-261, 2021.
- SOLOW, R. A. **Clinical protocol for occlusal adjustment: Rationale and application.** The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice. Vol. 36, n.3, p.195-206, 2017.
- VACA, V. **Restablecimiento de guía anterior dental mediante restauraciones directas.** Gac Med Bol, vol. 41, n.2, 2018.
- VALENZUELA, S. MIRALLES, R. MUNOZ, M.I. SANTANDER, H. ZUNIGA, C. CAVADA, G. BULL, R. GAMBOA, N.A. FUENTES, A.D. **Awake teeth grinding in**

**participants with canine guidance or group function: Effect on diaphragm EMG activity, heart rate, and oxygen saturation. Cranio. Vol. 7, n.3, 2020.**

## 9. APÊNDICES

**Figura 1. Fluxograma do estudo.**

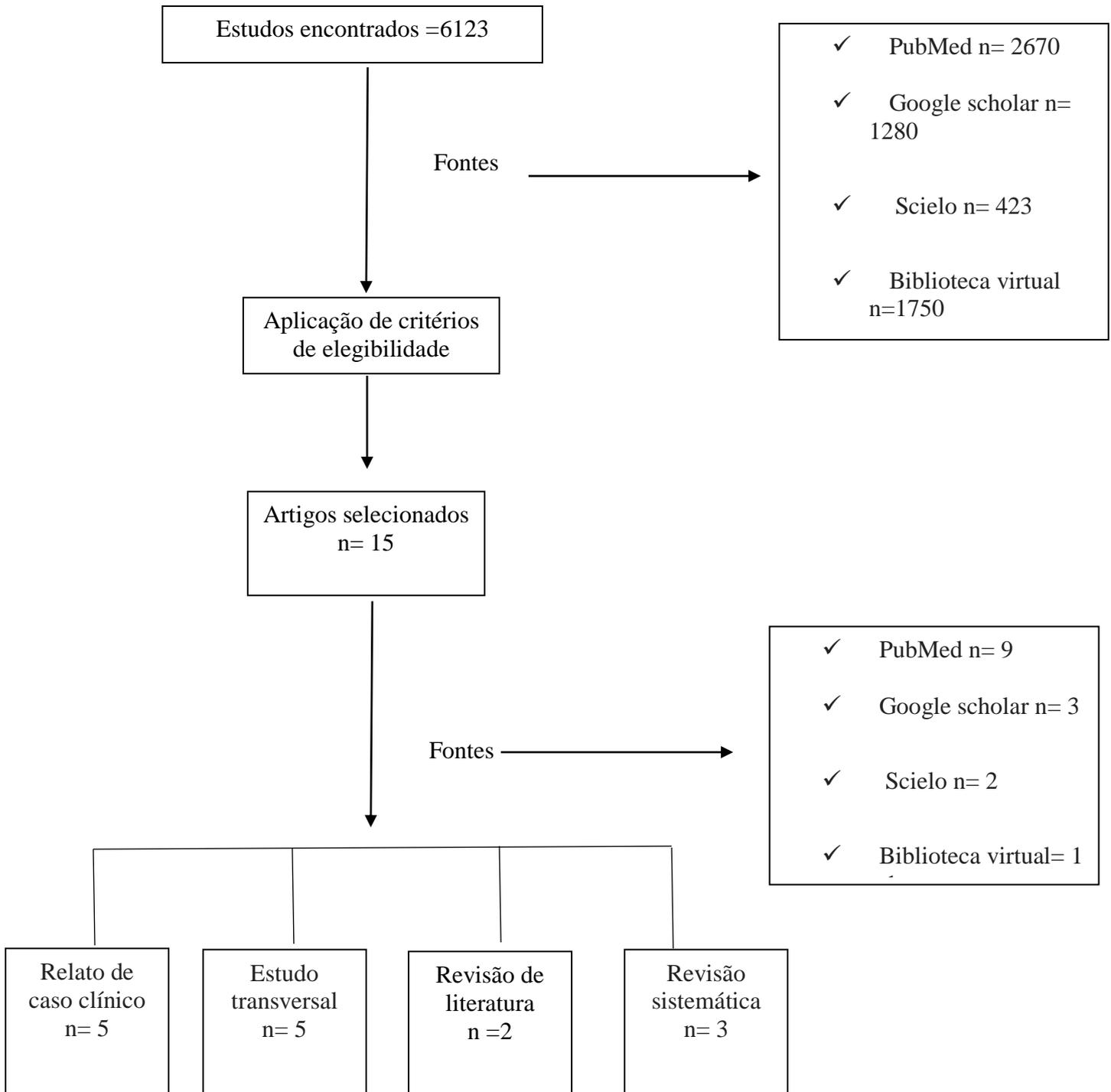


Tabela 1. Principais estudos encontrados a partir de busca literária sobre guias anteriores de desocclusão.

| Autor / ano / local                         | Nº de participantes do estudo e desenho do estudo | Objetivo  | Resultados  | Conclusões  |
|---|---|---|---|---|
| FURTADO <i>et al</i> ; 2018, Brasil         | Revisão de literatura                             | Revisar os conceitos da oclusão ideal.  | Relação cêntrica é a posição de referência para tratamentos reabilitadores. Contatos bilaterais simultâneos auxiliam na manutenção de um periodonto saudável.                 | Uma oclusão estática e funcional correta é fundamental para qualquer tratamento odontológico, com resultados mantidos a longo prazo.                          |
| BARROS; BARROS; MESQUITA, 2018. Brasil      | Uma participante. Relato de caso clínico          | Descrever um relato de caso clínico de uma reabilitação protética dos incisivos e caninos superiores com materiais cerâmicos livres de metal. | Restaurações cerâmicas livre de metal não são consenso na literatura como material de escolha.  | A prótese parcial fixa, metal free é uma alternativa eficaz e segura para fins estéticos e terapêuticos, devendo ser realizada por profissionais capacitados. |
| ABDUO; TENNANT; MCGEACHI E; 2013. Austrália | 12 artigos. Revisão sistemática                   | Avaliar a prevalência de esquemas de oclusão lateral existentes na dentição fisiológica natural e os possíveis fatores de influência.         | Com o envelhecimento, a prevalência de OGC <sup>1</sup> tende a ser reduzida e a OFG <sup>2</sup> aumentada. Classe II exhibe principalmente oclusão OGC e Classe III, a OFG. | OGC e OFG são igualmente aceitáveis. Os jovens tendem a ter uma OGC e indivíduos mais velhos tendem a ter OFG.  |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| SOLLOW,<br>2017.<br>Estados<br>Unidos.          | Um participante.<br>Relato de caso<br>clínico. | Revisar a literatura<br>sobre ajuste oclusal.<br>Descrever o caso de<br>ajuste oclusal após a<br>uma restauração<br>malsucedida.                       | O AO <sup>3</sup> com resina composta ou<br>porcelana nos dentes anteriores<br>podem diminuir a relação oclusal<br>dos dentes posteriores.   | O diagnóstico e a correção de<br>problemas oclusais são essenciais<br>para o atendimento odontológico<br>ideal.  |
| MIRALES,<br>2016; Chile.                        | 26 artigos.<br>Revisão sistemática.            | Avaliar a influência do<br>esquema de oclusão<br>lateral no conforto do<br>paciente, fisiologia do<br>sistema mastigatório e<br>longevidade da prótese | Não há diferença entre os 2<br>esquemas (OGC e OFG) no<br>conforto do paciente e na<br>longevidade da restauração. As<br>complicações mecânicas estão<br>associadas a outros fatores de risco. | A função fisiológica e a aceitação<br>do paciente parecem ser<br>minimamente influenciadas pelo<br>esquema de oclusão lateral.                                 |
| BOFFO <i>et</i><br><i>al.</i> , 2021.<br>Brasil | Relato de caso.                                | Descrever<br>procedimentos com<br>bruxismo, devolvendo<br>guia canina através da<br>utilização de fragmentos<br>cerâmicos E-max.                       | Tratamento funcional com estética<br>satisfatória e reestabelecimento da<br>guia canina do paciente e sua<br>oclusão mutuamente protegida.   | O tratamento favoreceu os<br>movimentos mandibulares<br>excursivos e melhorando a<br>oclusão, contribuindo na melhora<br>dos sinais e sintomas do<br>bruxismo. |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| PRASAD;<br>SHETTY;<br>SOLOMON,<br>2012. Índia. | 50 sujeitos com recessão gengival e 10 sujeitos com fissuras gengivais. Estudo transversal. | Estudar contatos oclusais da MIH <sup>4</sup> para movimentos protrusivos e lateroprotrusivos avaliando recessão e fendas gengivais. | Recessão gengival estava mais comumente relacionada à OFG. Quase todos os indivíduos mostraram interferências nos movimentos, mostrando recessão e fendas gengivais. | Na OGC a recessão gengival observada na vestibular dos dentes anteriores. Interferências na lateralidade foram observados nos dentes com fissuras gengivais. |
| VACA,<br>2018.<br>Bolívia                      | 10 mulheres. Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal.                                | Avaliar a desocclusão no setor dentário posterior, uma vez que a guia anterior tenha sido restabelecida.                             | Após restauração da guia dentária anterior: Mostra-se que 100% dos pacientes podem realizar movimentos excêntricos em protrusão e lateralidade esquerda.             | 20% dos pacientes não conseguiram a desocclusão, durante os movimentos de lateralidade direita, devido a um alinhamento tridimensional inadequado.           |
| SINGH,<br>2013. Índia                          | 100 alunos saudáveis entre a faixa etária de 18 a 25 anos. Estudo transversal.              | Avaliar o uso da OGC e OFG na classificação da orientação oclusal na dentição natural.   | A maioria dos padrões de contato pertencia à função de grupo, e alguns poucos à proteção canina.   | Os esquemas de classificação existentes, OGC e OFG, são insuficientes para classificar a maioria dos casos.  |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| DANDEKE RI, Índia                             | 200 pacientes com dentição natural. Estudo transversal.                                     | Análise da incidência de equilíbrio do arco cruzado e facetas de desgaste oclusal do lado de trabalho                            | Os indivíduos com função de grupo no lado ativo e equilíbrio do arco cruzado no lado não funcional tinham mais facetas de desgaste oclusal.   | Não houve variação significativa no número e extensão das facetas de desgaste entre os sujeitos.   |
| ALKAYYA L <i>et al</i> ; 2020. Estados Unidos | 50 homens e 82 mulheres em busca de tratamento ortodôntico. Estudo transversal prospectivo. | Analisar o tempo de, o equilíbrio e o esquema oclusal lateral em indivíduos com várias características dentárias e esqueléticas. | Houve associações entre a distribuição do equilíbrio oclusal e as classes de oclusão de Angle. Esquemas oclusais laterais foram associados apenas às classes de oclusão e relação esquelética de Angle. | Pacientes Classe I apresentaram a oclusão mais equilibrada e maior frequência de OGC, o que não pode ser um requisito essencial de todo tratamento odontológico. |
| HEISE <i>et al</i> ; 2019 Brasil              | Relato de caso  | Relatar um caso clínico de desgaste generalizado dos dentes por atrição e a abordagem restauradora conservadora.                 | Se reestabeleceu, forma, função e estética dos elementos restaurados com uma abordagem conservadora e de baixo custo.   | Restaurações diretas em resina composta, é uma alternativa para a reconstrução de dentição desgastada por atrição, com excelente resultado em curto prazo.       |

|   |                                    |  |  |   |
|---|------------------------------------|--|--|---|
| SILVEIRA;<br>MUCHA;<br>2016. Brasil       | Revisão de literatura              | Discutir estética facial, a integridade periodontal e uma oclusão funcional ideal, como prioridade em relação a uma OGC. | Tratamentos com prótese ou ortodontia devem objetivar a OGC sempre que possível, pois é mais prevalente esta apresente menos sinais e sintomas de DTM e menos comprometimento periodontal.                       | OGC não é condição absoluta para a manutenção do equilíbrio do sistema estomatognático, pois pode ser substituída pela OFG.   |
| CINELLI <i>et al</i> ;<br>2018.<br>Brasil | Relato de caso                     | Relatar um caso clínico com reconstrução da guia canino com resina composta em paciente com mordida aberta anterior.     | Com esse procedimento a paciente ficou com MIH nos dentes posteriores e caninos bilateralmente, com isso, foi estabelecida uma estabilidade oclusal.   | Tratamento se mostrou muito eficaz na estabilização oclusal e na aproximação da face vestibular do canino inferior a face palatina do canino superior com acréscimo de resina composta. |
| ABDUO;<br>TENNANT;<br>2015. Índia.        | 26 artigos.<br>Revisão Sistemática | Investigar as implicações clínicas de diferentes esquemas de oclusão lateral   | OGC foi associado com mastigação mais estreita e menos atividade dos músculos mastigatórios durante o apertamento. Não há diferença entre os 2 esquemas no conforto do paciente e na longevidade da restauração. | OGC ou OFG são igualmente aceitáveis ao restaurar a dentição. A evidência apoia um princípio flexível de oclusão, em vez de uma teoria de oclusão preconcebida.                         |

---

Legendas: OGC<sup>1</sup>: Oclusão Guiada pelo canino; OFG<sup>2</sup>: Oclusão de função em grupo; AO<sup>3</sup>: ajuste oclusal; MIH<sup>4</sup> Máxima intercuspidação habitual;

