

PRESERVAÇÃO PROTÉTICA DAS ESTRUTURAS DENTÁRIAS EM PACIENTES BRUXISTAS

PROSTHETIC PRESERVATION OF THE DENTAL STRUCTURES IN BRUXISTS PATIENTS.

Marilene de Oliveira TRINDADE¹

João Pedro de Araújo Alves PEDROSA²

Endereço para correspondência:

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Centro de Ciências da Saúde - CCS

Departamento de Prótese e Cirurgia Buco-Facial

Rua São Sebastião, nº 60 / 101 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes.

CEP: 54410-500.

E-mail: marilene08@hotmail.com

Telefones: 81 – 3363-0721

1 - Professora Doutora Adjunta da Clínica Integrada UFPE

2 - Especializando de Implantodontia no Sindicato dos Odontologistas do Estado de Pernambuco - SOEPE

Cirurgião dentista pela UFPE

RESUMO

O bruxismo é um hábito parafuncional definido como “esfregamento” ou apertamento dental durante o sono, acompanhado de sintomas de sons articulares, desgaste dental, desconforto muscular e mandibular. Quando um aparelho oclusal é colocado entre os dentes, isto promove uma mudança nos impulsos periféricos diminuindo o bruxismo induzido pelo Sistema Nervoso Central. Foram idealizadas para estes casos, plataformas acrílicas lisas, denominadas Pistas Deslizantes Oclusais suportadas por estruturas metálicas semelhantes às próteses parciais removíveis. Elas estão indicadas para pacientes bruxistas e apertadores, pois apresentam grande resistência aos hábitos parafuncionais.

Embora o bruxismo seja de etiologia e tratamentos discutíveis o Cirurgião Dentista deve proceder à identificação do problema, proteger as estruturas envolvidas e dar resolutividade na reabilitação. Este trabalho centra a atenção na sequência clínica do tratamento reabilitador de um paciente bruxista simultaneamente à reprogramação neuromuscular no resgate da dimensão vertical e preparação muscular para a instalação de novas próteses. Propõem-se a mostrar também os benefícios que as pistas deslizantes podem promover quando da necessidade de proteção da integridade do sistema estomatognático como um todo.

UNITERMOS: Bruxismo, Reabilitação, Pistas Deslizantes.

ABSTRACT

The bruxism is a defined parafunctional habit as "act to rub" or dental press during the sleep, folloied of symptoms of sounds to articulate, dental consuming, muscular and mandibular discomfort. When a oclusal device is placed between teeth, this promotes a change in the peripheral impulses diminishing the induced bruxism for the Central Nervous System. They had been idealized for these cases, smooth acrylic platforms, called Sliding Plates supported by similar metallic structures to removable the partial prostheses. They are indicated for bruxists patients, therefore they present great resistance to the parafunctionals habits.

Although the bruxism is of arguable etiology and treatments the Dentist must proceed to the identification of the problem, protect the involved structures and give resolution in the rehabilitating. This work centers the attention in the clinical sequence of the rehabilitating treatment of a bruxist patient simultaneously to the reprogramming to neuromuscular in the rescue of the vertical dimension and muscular preparation for the installation of new prostheses. They are considered to also show the benefits to it that the sliding plates can promote when of the necessity of protection of the integrity of the stomatognathic system as a whole.

UNITERMS: Bruxism, Rehabilitation, Sliding Plates.

INTRODUÇÃO

O bruxismo é um hábito parafuncional cujo mecanismo que o desencadeia, ainda não é bem conhecido. É definido como “esfregamento” ou apertamento dental durante o sono, acompanhado de sintomas de sons articulares, desgaste dental, desconforto muscular e mandibular. Quando o desgaste dental é observado, tanto atividades funcionais quanto parafuncionais devem ser identificadas pelo exame oclusal clínico, tanto em relação cêntrica, posição de inercuspidação e movimentos excêntricos de protrusão e lateralidade. Quando um aparelho oclusal é colocado entre os dentes, isto promove uma mudança nos impulsos periféricos diminuindo o bruxismo induzido pelo Sistema Nervoso Central (NÓBILO, 2000). O mesmo autor, idealizou para estes casos, plataformas acrílicas lisas, denominadas Pistas Deslizantes Oclusais suportadas por estruturas metálicas semelhantes às próteses parciais removíveis. Elas estão indicadas para pacientes bruxistas e apertadores, pois apresentam grande resistência aos hábitos parafuncionais sem contudo eliminarem os fenômenos emanados dos conflitos psíquicos preservando os tecidos dentários e musculares.

Mesmo com tratamento discutível o Cirurgião Dentista deve proceder à identificação do problema, proteger as estruturas envolvidas e dar resolatividade na reabilitação (SERAIDARIAN, 2002). O objetivo deste trabalho é explanar sobre a seqüência de tratamento clínico odontológico de um paciente bruxista que ignorava as possíveis causas psicológicas desta para-função, mas possuía grande expectativa de ver seu caso clinicamente resolvido.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente O.V.R., 75 anos, procurou os serviços da Clínica Integrada da UFPE portando próteses fixas metalocerâmicas nos quatro quadrantes dentais, região posterior, construídas em Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) alterada para menos, cuja cerâmica se mostrava trincada e quebrada (Figura 1). Foi utilizada a radiografia panorâmica como suporte na anamnese (Figura 2). A paciente apresentava desgaste dental nas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, na região disto incisal dos caninos e ocluso distal dos primeiros pré-molares, decorrentes da parafunção. A paciente relatava dor na região da articulação temporomandibular, lado direito, associada à zumbido. Apresentava-se como pessoa ansiosa e hiperativa onde segundo ela “vinte e quatro horas em um dia era pouco para o desempenho de suas atividades”. Ignorava a condição de portadora do hábito de ranger e apertar os dentes.

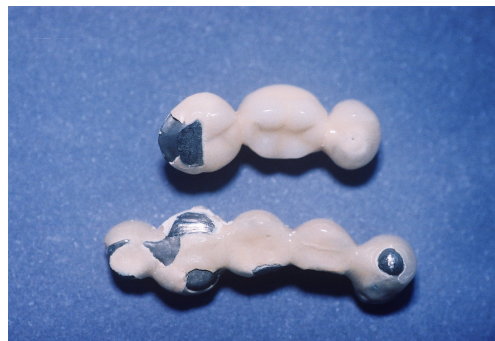


Figura 1: Prótese com cerâmica fraturada.

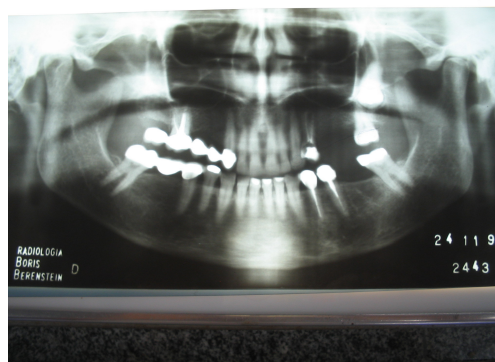


Figura 2: Radiografia panorâmica de suporte.

Diante da necessidade de nova reabilitação e resgate da DVO, foram inseridas em caráter provisório, sobre as oclusais dos dentes das próteses, quatro plataformas lisas que ao ato de oclusão se tocavam em toda a extensão sem ultrapassar o espaço funcional livre (Figura 3). Estas próteses eram ajustadas semanalmente e observou-se a necessidade de se acrescentar mais resina sobre as plataformas, objetivando a recuperação da DVO utilizando-se os métodos fonético e fotográfico, auxiliada pelo compasso de Willis. Simultaneamente ao tempo de uso das próteses provisórias, foi realizada exodontia do elemento 35, tratamento endodôntico nos dentes 47, 33 e 34, moldagem e cimentação dos núcleos metálicos fundidos dos mesmos, reparo dos pânticos, moldagem das próteses com casquetes em resina acrílica e poliéter (Impregum (média viscosidade – 3M-ESPE), Foram solicitadas estruturas das próteses fixas seccionadas transversalmente no pântico mais anterior das pontes fixas para união na boca e soldagem posterior no laboratório. Na prova dos coopings foi utilizada sílica de condensação leve (Oranwash L – Zhermack) para verificar adaptação dos mesmos nos pilares das próteses fixas. A união das estruturas das pontes fixas foi realizada com resina de rápida polimerização (Duralay). Após a soldagem com resina, o registro maxilomandibular foi obtido mantendo a dimensão vertical de oclusão tomada anteriormente no momento da confecção dos provisórios (Figura 4).



Figura 3: Plataformas lisas provisórias nos dentes posteriores.



Figura 4: Relação maxilomandibular das próteses.

A moldagem de transferência das estruturas metálicas foi realizada com alginato (Jeltrate Plus – Dentsply), após o que, os modelos foram montados em articulador semi ajustável. Durante a prova das próteses, após aplicação de porcelana na cor A 3,5 da escala Vita (Figura 5), realizou-se ajuste estético e oclusal das mesmas, como também a verificação da D.V.O utilizando-se compasso de Willis. Após o glazeamento foi realizada a cimentação definitiva das próteses com cimento de fosfato de zinco (SSWhite), fato este que ocorreu na mesma sessão da instalação das pistas deslizantes oclusais (Figura 6). As marcas dos contatos oclusais aparentes nas plataformas das pistas vistas por carbono de articulação (Folie-Foil, Hanel, Made in Germany) foram ajustadas semanalmente com disco de lixa de granulação fina montado em mandril de contra-ângulo, durante o primeiro mês de uso das pistas. O acompanhamento posterior do paciente bruxista é fundamental à manutenção da integridade das estruturas inerentes ao sistema estomatognático e do vínculo que lhe serve de atenção e alento frente a multifatorialidade desta parafunção. O paciente foi esclarecido da necessidade de consultar um profissional psicólogo para revisão e administração de seus anseios internos.



Figura 5: Próteses metalicerâmicas confeccionadas.



Figura 6: Próteses cimentadas e pistas deslizantes inseridas.

DISCUSSÃO

Mesmo com tratamento discutível o Cirurgião Dentista deve proceder à identificação do bruxismo, proteger as estruturas envolvidas e dar resolatividade na reabilitação do paciente (SERAIDARIAN, 2002). De acordo com Dr. Wagner de Oliveira, Especialista em Prótese, DTM e Dor Orofacial e Coordenador do Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular (COAT) na Faculdade de Odontologia de São José dos Campos da Universidade Estadual Paulista (UNESP), paciente reabilitados por próteses metalocerâmicas que envolvam muitos elementos dentários “podem mascarar as principais evidências clínicas do bruxismo, que é a presença de facetas de desgaste, por serem materiais altamente resistentes ao desgaste. Por outro lado, a porcelana é bastante frável e coroas fraturadas podem denunciar a parafunção”. Em pesquisa realizada no SODAT (Serviço de Oclusão e Distúrbio da ATM do Departamento de Odontologia de Ribeirão Preto), chamou a atenção de MAZZETTO (2001) o fato dos pacientes em tratamento de bruxismo terem suas próteses dentárias ou placas interoclusais desgastadas devido ao hábito de apertar ou ranger os dentes.

Para o Dr. Oliveira, o papel do Cirurgião Dentista é, além de tratar as consequências do bruxismo, principalmente prevenir que o sistema estomatognático continue sendo lesado. “Nossa intervenção evita o desgaste dos dentes, protege a ATM e modula a ação da musculatura. Ele ressalta a necessidade da freqüente avaliação, quando a opção de tratamento for a placa miorrelaxante, pois “o acrílico se desgasta vinte vezes mais que o dente e, dependendo da intensidade e

freqüência do bruxismo, as guias que foram projetadas para promover desoclusão e equilíbrio ortopédico são perdidas e a placa assume um fator potencial iatrogênico.”. As pistas deslizantes foram criadas na década de 70 por Krunislav Antônio Nóbilo com o intuito de reprogramar neuromuscularmente, reposturar a mandíbula, relaxar a musculatura e proteger não só os dentes, mas o sistema estomatognático de pacientes bruxistas como um todo. Elas não permitem o contato interdental ou inter-próteses nas arcadas opostas ao mesmo tempo em que o toque entre suas plataformas lisas promove liberdade de movimentos mandibulares e alívio das tensões musculares protegendo de modo global as estruturas que compõem o sistema estomatognático. As pistas deslizantes se apresentam como plataformas acrílicas lisas suportadas por estruturas metálicas semelhantes às próteses parciais removíveis com apoio sobre todos os dentes remanescentes posteriores. São colocadas acima do plano de oclusão dos dentes posteriores de ambas as arcadas entre a língua e a bochecha, e no ato de oclusão evitam que os dentes naturais se toquem ao mesmo tempo que elas mesmas se tocam em toda a extensão protegendo aqueles do contato deletério do bruxismo (Figura 7). Estão indicadas para pacientes bruxistas e apertadores, pois apresentam grande resistência aos hábitos parafuncionais sem contudo eliminarem os fenômenos emanados dos conflitos psíquicos preservando os tecidos dentários e musculares.



Figura 7: Proteção dos dentes pelas pistas deslizantes.

As implicações psicológicas da parafunção bruxismo devem ser elucidadas ao paciente portador da parafunção bruxismo desde que pesquisas recentes apontam-nas como traço predisponente comum à grande maioria dos portadores deste hábito. Para TALLAFERRO (1989), os dentes e a boca são representantes de manifestações punitivas dos impulsos sócio-destrutivos da etapa oral do desenvolvimento psicossocial. Estudos realizados por OKESON (1992) e PETERS & GROSS (1995), apontaram o estresse como o principal causador do problema, assim como problemas emocionais, agressão reprimida, ansiedade, raiva medo e diversos tipos de frustrações, depressão,

distúrbios do sono, uso de psicofármacos ou estado de dor (crônica em especial).

O cumprimento da expectativa do paciente devolve-lhe a auto-estima, tornando-o cooperativo e consciente da importância do seu papel na manutenção do seu bem estar geral (Figura 8).



Figura 8: Reabilitação final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BOERO, R.P.. The physiology of splint therapy. A literature review. *Ang. Orthod.* 59:165-177, 1989.
- 2 - BOLZANI, V.A. Avaliação da posição do côndilo na fossa mandibular e dos movimentos mandibulares durante a utilização das pistas deslizantes. Piracicaba, S.P., 1999. 154p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP.
- 3 - MAZZETTO, M.O.; CORNIEL, I.C.; FIGUEIREDO, M.A. de C. Alterações Psicossociais em pacientes com distúrbios craniomandibulares, J.B.O., ATM e Dor Orofacial 2001; 1(3):233-243.
- 4 - NÓBILO, K.A. Técnica de Nóbilo para o tratamento do bruxismo; caso clínico. *Ver. Odontol. Univ. Sto. Amaro* 2000; 5(1):26-29.
- 5 - TRINDADE, M.O. Recuperação da dimensão vertical fisiológica da face nos desdentados totais. Utilização de Pistas deslizantes de Nóbilo. Piracicaba, S.P. 1993, 99p. Dissertação de mestrado. Faculdade de odontologia de Piracicaba, UNICAMP.
- 6 - OKESON, J.P. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. São Paulo: Artes Médicas, 1992, 449p.
- 7 - _____ Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000, 449p.
- 8 - PETERS, A.R.; GROSS, S.G. Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain. [S.I.]: Quintessence Publishing, 1995, 368p.
- 9 - SERAIDARIAN, P.I.; JACOB, M.F.; SERAIDARIAN, P. Mecanismos Neurológicos Envolvidos na Gênese do Bruxismo. *JBO*
- 10 - SILVA, S.R.: Bruxismo, *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 2003; 57(6); 409-17.
- 11 - TALLAFERRO, A. Curso Básico de Psicanálise. São Paulo. Martins Fontes, 1989.