

RESOLUTIVIDADE ESTÉTICA E FUNCIONAL EM PACIENTE BRUXISTA: RELATO DE CASO

Daniela Sales de Assis BORGES
Marilene de Oliveira TRINDADE
Flávia Maria Nassar de VASCONCELOS

Endereço: Rua José Nunes da Cunha, 548/1404 -
Piedade
Jaboatão dos Guararapes - PE. CEP: 54.410 280 -
Fone: (81) 3361.7905
E-mail: daniela_borges_3000@yahoo.com.br

Mestranda em Odontologia pela UFPE
Profª. Dra. Adjunta da Clínica Integrada da UFPE
Cirurgiã-dentista, mestre em Odontologia pela UFPE

RESUMO

O bruxismo é uma das parafunções mais observadas na clínica diária. Aliado ao restabelecimento de padrões oclusais mais estáveis, o paciente busca também restabelecimento da estética, muitas vezes comprometida pelos desgastes e perdas dentais. Este trabalho descreve um caso clínico, onde, não só a estabilidade músculo esquelética foi restabelecida, mas a estética foi devolvida com um planejamento adequado dos procedimentos de reabilitação irreversível em dentisteria e próteses, utilizando dispositivos reprogramadores e miorrelaxantes para o tratamento e controle da disfunção.

Descritores: Parafunções, bruxismo, reabilitação oral.

ABSTRACT

Bruxism is one of more viewed parafunctions in clinic. Allied to recovery of more steady occlusal standards, the patient searches also reestablishment of esthetic, compromised by the consuming and dental losses. This work describes a clinical case, where the stability skeletal muscle was not only recovery, but the esthetic was returned with an adequate planning of the procedures of irreversible rehabilitation in dentistry and prosthesis, using reprogrammers and myorrelaxant devices for the treatment control of the dysfunction.

DESCRIPTORS:

Parafunction, bruxism, oral rehabilitation

1. INTRODUÇÃO

As necessidades funcionais do sistema estomatognático compreendem, basicamente, a mastigação, a deglutição e a fonética, ou seja, atividades musculares controladas que permitem ao sistema realizar suas funções sem danos às suas estruturas.

Pacientes portadores de distúrbios músculo-mastigatórios (parafunções), em especial o bruxismo, com ou sem queixa de sintomatologia dolorosa, têm procurado tratamento odontológico para o restabelecimento de condições oclusais mais estáveis.

Sabe-se que o fator oclusal, por si só, não altera os padrões de normalidade funcional, mas quando o fator oclusal está associado outros problemas, como os de ordem postural e até mesmo emocional, pode gerar desequilíbrio ao sistema como um todo.

Quando o paciente bruxista possui uma condição oclusal seriamente comprometida, por desgaste, cáries ou perdas dentais, torna-se necessária a restauração do sistema mastigatório, para a devolução da estabilidade oclusal. Aliado a esta resolução do fator oclusal, o paciente ganha restabelecimento estético,

muitas vezes comprometido levando a um aumento da auto-estima e melhora no fator emocional.

As placas oclusais lisas ou pistas oclusais deslizantes de Nóbilo, com função miorelaxante e reprogramadora, são usadas, inicialmente, no tratamento de pacientes com bruxismo. Ao mesmo tempo em que estes dispositivos devolvem uma oclusão funcional com os côndilos numa posição músculo-esquelética mais estável (RC=MIH), os dentes passam a desenvolver um contato melhorado, gerando estabilidade ortopédica.

Com o restabelecimento da normalidade muscular e esquelética, o plano de tratamento deve evoluir para uma reabilitação irreversível com restauração em dentisteria e próteses.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de reabilitação em paciente bruxista com perdas extensas de elementos dentários. Onde o restabelecimento da DVO, através da reabilitação protética e restauradora, promove um desempenho mais efetivo das funções e melhora no padrão estético do paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

As atividades parafuncionais são aquelas que ocorrem sem qualquer propósito funcional e caracteriza-se por contrações musculares prolongadas diurnas ou noturnas, podendo afetar a dentição, o periodonto, os músculos mastigatórios e as articulações temporomandibulares.³

As forças oclusais geradas durante a atividade parafuncional são consideráveis e ocorrem em períodos de não consciência. O desequilíbrio é causado porque tais forças não são inibidas pelos mecanismos proprioceptivos corticais e subcorticais. Sinais e sintomas em vários componentes do aparelho mastigador podem ser observados quando o limiar de resistência dos tecidos é ultrapassado.⁷

Além disso, o fator psicológico tem sido observado como um dos agravantes de condições musculares alteradas. Estudos têm revelado que pessoas expostas a vários fatores estressantes demonstram um aumento da hiperatividade.⁴

Quando há necessidade de restabelecimento da DVO por perdas de estruturas dentais pelo bruxismo, uma mudança maior na condição oclusão existente deverá ser avaliada no plano de tratamento, tendo como objetivo promover condições oclusais ótimas na direção da estabilidade ortopédica, os seja, garantir uma posição músculo-esquelética estável.¹⁰

As pistas deslizantes de Nóbilo¹², assim como as placas oclusais, são usadas para promover uma oclusão funcional ótima, reorganizando a atividade reflexa neuromuscular que, por sua vez, reduz a atividade muscular anormal, enquanto propicia uma função mais equilibrada.¹⁰ Estes dispositivos também são usados para proteger os dentes e as estruturas de suporte, das forças anormais, que podem desgastar ou destruir os dentes.

A terapia por microcorrente também tem sido usada com sucesso nos casos onde se deseja um relaxamento mais rápido e efetivo. Estímulos adequados de microcorrente podem elevar a disponibilidade de cerca de cinco vezes mais ATP (neutralizadores naturais de radicais livres), que quebram a ligação de actina e miosina, liberando o complexo rigor. Esta terapia mostra-se eficiente no combate à inflamação, no relaxamento muscular, na diminuição da dor muscular e no aumento da drenagem linfática.

O desgaste dental, ou mesmo a perda de elementos, que provocam alterações na DVO, precisa ser tratado, independente de sintomatologia. Quando o dente é enfraquecido por cárie ou restaurações pré-existent, um adequado tratamento deve ser selecionado para reforçar e preservar a coroa clínica. As restaurações são planejadas e executadas obedecendo às necessidades funcionais e estéticas do paciente. Quando a reconstrução for extensa, um procedimento mais complexo deve ser realizado com o objetivo de aumentar a retenção desta restauração.¹³ nos casos em que mais da metade da coroa estiver destruída, faz-se necessário o uso de pinos intra-radicular,⁵ com os seguintes objetivos: aumentar a resistência do dente contra as forças intra-orais, distribuindo-as igualmente no interior da dentina radicular e dispersando-as ao longo da raiz, e promover retenção para a restauração que substituirá a estrutura coronária.

Uma vez concluídas as restaurações dos dentes remanescentes, a reabilitação protética adicional deverá ser efetuada, como objetivo de perpetuar as relações musculares e esqueléticas restabelecidas.

3. RELATO DO CASO

O paciente SCC, 49 anos, sexo masculino, procurou a Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, para um tratamento protético restaurador. Após a anamnese, constataram-se traços de ansiedade com queixas de bruxismo excêntrico, relatados pelo paciente, com sintomatologia dolorosa nos músculos masseter e temporal anterior.

Durante o exame intra-oral, observou-se um desgaste acentuado nos elementos 12, 11, 21, 22 e 23, desgaste do terço incisal dos 33, 32, 31, 41, 42 e 43, além de necessidade de restaurações ocluso-proximais dos elementos 34 e 35. Os demais dentes estavam ausentes (FOTO 1).



FOTO 1: Desgaste acentuado dos dentes remanescentes com função prejudicada

Desta forma o paciente foi classificado como sendo Classe I de Kennedy em ambas as arcadas.

Clinicamente, os dentes remanescentes apresentavam boas condições periodontais, com coloração normal da mucosa e sem mobilidade dental. Radiograficamente pôde-se comprovar uma boa implantação óssea dos elementos, porém, por estarem muito desgastados, havia necessidade de tratamento endodôntico dos elementos 11, 21, 22 e 23, para colocação de pinos de retenção intra-radicular.

A perda da dimensão vertical foi constatada com as medidas faciais entre a pupila-comissura labial e base do nariz-mento, tomadas com o compasso de Willis. Além disso, uma moldagem com alginato, foi feita com o objetivo de se obter modelos em gesso pedra (tipo IV), que foram montados em articulador semi-ajustável para a confecção do enceramento diagnóstico dos dentes. Desta forma, pôde-se planejar o restabelecimento da DVO, e determinar as guias de desoclusão (anterior e de lateralidade).

O plano de tratamento pôde ser elaborado de forma que os seguintes passos pudessem ser seguidos: (a) confecção de pistas deslizantes de Nóbilo para reprogramação neuromuscular; (b); tratamento endodôntico dos elementos 11, 21, 22 e 23 (c) restauração dos dentes remanescentes na nova dimensão vertical e (d) confecção de próteses parciais removíveis definitivas (superior e inferior).

Para otimização do tempo e para maior benefício do paciente, as etapas laboratoriais foram executadas concomitantemente às ações clínicas.

Ao passo em que as endodontias estavam sendo realizadas, pistas deslizantes de Nóbilo (superior e inferior) foram confeccionadas para que se pudesse reposicionar a mandíbula, além de proporcionar reprogramação neuromuscular e um relaxamento muscular. As pistas foram confeccionadas em resina acrílica termopolimerizável, pó e líquido, (Clássico Ind. Com.) e dentes artificiais (Dentron) nos espaços edêntulos e na complementação dos dentes desgastados, dando-lhes características de “overdenture”. As faces oclusais, correspondente aos dentes posteriores nas pistas, foram construídas em plataformas lisas, tanto na superior quanto na inferior, que se tocavam em toda a sua extensão, simultaneamente, durante os movimentos mandibulares

excêntricos. Além do mais, grampos feitos com fios ortodônticos nº 9 foram adaptados para conferir às pistas uma melhor retenção (FOTO 2).



FOTO 2: Relação maxilo-mandibular restaurada através das pistas deslizantes (tipo “overdenture”).

Durante três meses o paciente usou as pistas de Nóbilo, que eram ajustadas semanalmente com carbono de articulação e discos de lixa de granulação fina, montados em mandril e baixa rotação. Para acelerar o relaxamento e reprogramação neuromuscular, o paciente foi ainda submetido a sessões de microterapia celular por microcorrente (MIOFOT) durante um mês, com aplicações três vezes por semana, antes da reabilitação definitiva (FOTO 3).

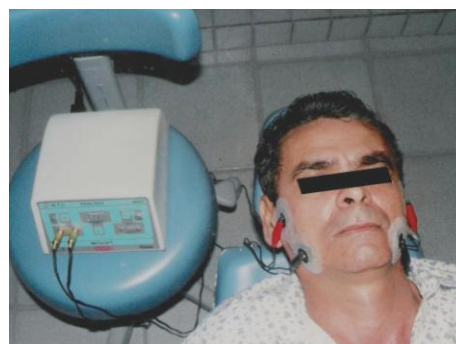


FOTO 3: Paciente durante uma Sessão de microcorrente (MIOFOT).



FOTO4: Radiografia após a realização das endodontias por indicação restauradora.

Após as endodontias (FOTO 4), pinos radiculares de fibra de vidro (elementos 11, 21 e 22) e de fibra de carbono (elemento 23) foram cimentados para propiciar uma maior retenção das restaurações em

resina composta. A utilização de pinos intra-radicular em dentes tratados endodonticamente tem sido um procedimento indicado por diversos trabalhos.^{2,11} Os pinos de fibra de vidro foram escolhidos pela sua capacidade de translucidez, enquanto que o de fibra de carbono para conferir maior resistência ao canino.

Para reconstrução coronária dos dentes superiores, foi usada a resina composta Tetric-Ceram nas cores A3,5 no corpo e cervical dos dentes, A3, no terço médio e A2, na incisal, mimetizando assim o policromatismo dental. Estas restaurações foram guiadas por uma matriz de silicone, produzida a partir do modelo encerado (FOTO 5).



FOTO 5: Modelo superior com o enceramento diagnóstico e moldeira de silicone adaptada.

Batentes em resina composta (Tetric-Ceram A3,5) foram confeccionadas nas faces palatinas dos elementos 12, 11, 21, 22 e 23, para que pudessem receber a placa palatina da PPR superior definitiva e evitar que a PPR superior interferisse na margem gengival, protegendo-a (FOTO 6).



FOTO 6: Batentes linguais confeccionados em resina composta para receber a placa lingual superior. Além de evitar o comprometimento da margem gengival, protege os remanescentes em blocos.

Os dentes inferiores foram restaurados nos terços incisais com resina composta Tetric-Ceram A2 e A3 nas restaurações ocluso-proximais.

Para a orientação da DVO, as pistas deslizantes foram mantidas em posição durante o procedimento restaurador, porém com os dentes, correspondentes, aos dentes em tratamento, recortados nas pistas (FOTO 7).



FOTO 7: Pistas deslizantes sendo usadas como próteses removíveis provisórias.

Após 48 horas das restaurações com resina composta serem concluídas, o acabamento foi realizado com pontas diamantadas 3168F e FF (KG-SORENSEN®), brocas multilaminadas, tiras de lixa, discos Soflex (3M ESPE) e pastas de polimento Poli I e II.

Com a finalização do tratamento restaurador, puderam-se planejar as próteses parciais removíveis definitivas. Através do delineador, verificou-se qual o melhor local, de acordo com o plano de inserção da prótese, para a colocação dos grampos de retenção. Mesmo sendo um paciente bruxista, com desgaste de grande quantidade de estrutura dentária, os grampos foram colocados em estrutura dental de esmalte, tomando-se o cuidado de não comprometer a margem gengival.

Na PPR superior, foi colocada uma placa palatina, pois, desta forma, as forças horizontais e verticais durante os esforços funcionais seriam distribuídas de forma homogênea, minimizando os efeitos de um braço de alavanca muito extenso, observado neste caso.

Na PPR inferior, os apoios foram colocados na mesial dos dentes 35 e 43 (dentes vizinhos ao espaço edêntulo), os retentores diretos, e nº 34, retentor indireto.

O ajuste oclusal das PPR foi realizado, primeiramente em RC, de modo que ocorressem pontos de toque simultâneos em ambos os lados (FOTO 8).



FOTO 8: PPR superior. Ajuste oclusal com toques simultâneos. A placa lingual favorece a distribuição das forças verticais e horizontais durante os esforços funcionais.

Em lateralidade, o ajuste foi realizado para proporcionar função em grupo, e em protrusiva os contatos aconteciam em dentes anteriores e posteriores (FOTO 9).



FOTO 9: PPR superior e inferior posicionadas durante o ajuste em protrusiva com toques simultâneos em dentes anteriores e posteriores. Reabilitação final.

Isto foi realizado com o objetivo de conferir maior estabilidade às PPR, em virtude do paciente ser desdentado bilateral posterior.

O paciente foi orientado a utilizar as pistas deslizantes à noite, ao dormir, por período indeterminado, devido a sua condição de bruxista.

4. DISCUSSÃO

O bruxismo, uma das parafunções mais observados na clínica diária, pode ser considerado a mais significativa de todas as atividades parafuncionais do sistema estomatognático, e caracteriza-se pelo hábito inconsciente de apertar e ranger os dentes sem objetivo funcional.⁶ Porém esta parafunção deve ser encarada como um distúrbio geral, ou seja, uma disfunção do sistema nervoso autônomo provoca o bruxismo através da hiperatividade muscular.⁷

Pacientes com sinais e sintomas de DTM mostram uma tendência para ranger e apertar os dentes. Além disso, existe uma correlação positiva não somente entre bruxismo e DTM, mas também entre a severidade do hábito e os sinais e sintomas de desordens intra-articulares.^{8,9}

A sobrecarga repetitiva sobre os dentes anteriores é um fator etiológico que contribui para o aparecimento de desordens têmporo-mandibulares, pois a ATM sofre sobrecarga maior quando se morde com os incisivos do que com os molares, podendo, deste modo, aparecer dor e disfunção.

A meta de um planejamento apropriado deve ser o equilíbrio muscular e a harmonia no posicionamento mandibular, proporcionados pelos dentes e ATM.¹

5. CONCLUSÃO

O paciente bruxista precisa ser tratado, independente de apresentar sintomatologia dolorosa, pois mesmo sabendo que o fator oclusal não é determinante para o desenvolvimento de DTM, a parafunção é capaz de destruir estética e funcionalmente o aparelho mastigador. Restaurações bem planejadas, associadas a um controle permanente da estabilidade ortopédica e a conscientização do problema pelo paciente, garantem o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arellano, JCV. Metodologia do diagnóstico da disfunção da articulação temporomandibular. JBA 2002; v2, n 5: 78-86.
2. Baratieri, LN. Restaurações adesivas em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Quintecesse Books 1995:173-208.
3. Camparis, CM; Buso, L; Souza Jr, JA; Mansur, DJ. Hábitos parafuncionais e desordens temporomandibulares: relação entre a frequência de alguns hábitos e os sinais e sintomas de DTM. JBA 2001; v 1, n 3: 213-219.
4. Cestari, K; Camparis, CM. Fatores psicogênicos: sua importância no diagnóstico de desordens temporomandibulares. JBA 2002; v 2, n 5: 54-60.
5. Chistensen, GJ. Post and cores: state of art. J Am Dent Assoc 1998, v 129, n 1: 96-97.
6. Mikami, DB. A review of psychogenic aspects and treatment of bruxismo. J Prosthet Dent 1977; v 37: 411-419.
7. Molina, OF; Gaio, DC; Cury, MDN; Cury, SE; Gimenez, SEM, Salomão, EC, et al. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. JBA 2002; v 2, n 5: 61-69.
8. Molina, OF; Santos J dos; Nelson, S; Nowlin, T. A clinical study of specific signs and symptoms of CMD in bruxism classified by degree of severity. J Craniomand Pract 1999, v 17:268-279.
9. Nitzan, DW; Dolwick, MF. An alternative explanation for the genesis of closed lock symptoms in the internal derangement process. J Oral Maxillofac Surg 1991, v 49:810-815.
10. Okeson, JP. Fundamentos da oclusão e desordens temporomandibulares (Tradução Milton Edson Miranda) 4ª. ed. São Paulo. Artes Médicas 2000.
11. Peris, AR; Mitsui, FHO, Marchi, GM. Intervenções restauradoras diretas em dentes anteriores fraturados, associados ao protetor bucal. JBD 2002, v 1, n 4:306-313.
12. Trindade, MO; NÓBILO, AKL. Dimensão vertical fisiológica da face de desdentados com o uso de pistas deslizantes oclusais Nóbilo. Int J Dentistry 2002, v 1, n2: 119-126.
13. Uchida, LM; Mitsui, FHO, Marchi, GM. Reconstrução de dente anterior fraturado utilizando

pinos pré-fabricados de fibra de carbono associado à técnica de colagem de fragmento. J Brás Clin Odontol Int 2004, v 8, n 43: 45-49.

14. Westiling, L. Fingernail biting: A literature review and case reports. J Craniomand Pract 1988, v 6:182-187.



FOTO 10: Comparativo antes-depois do tratamento realizado no paciente.