

Reabilitação Oral em Pacientes com Bruxismo

Dr. Genilson Silva Neto

Médico Dentista

Especialista em Prótese Dentária pela Universidade do Rio Grande do Norte (UFRN)
Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Bauru (USP)

Prof. Adjunto de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da UFRN

Prof. Regente da Disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia da UFRN

Membro do Corpo Docente de Curso de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Prótese Dentária, da Faculdade de Odontologia UFRN

Prof. do Curso de Prótese Dentária da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, durante 10 anos

Coordenador dos Cursos de Formação Continuada do Centro de Prevenção e Reabilitação Oral G. Silva Neto

Desordens Motoras Orofaciais (DMO) é um termo colectivo oriundo da International Headache Society (IHS) para um número de problemas clínicos que envolvem os músculos do complexo orofacial, as articulações têmporo-mandibulares e estruturas relacionadas (1), (2)

As mais comuns DMO são o bruxismo e apertamento (diurno ou nocturno). O bruxismo é caracterizado por movimentos não funcionais da mandíbula que incluem apertamento e o ranger dos dentes (actividades parafuncionais) durante o sono, embora possa ocorrer enquanto o paciente acordado. Em alguns pacientes o bruxismo pode ser extremamente destrutivo causando por vezes, os mais frustrantes problemas para o médico dentista. A prevalência do bruxismo crónico é desconhecida por causa da falta de trabalhos abrangentes e estudos utilizando polisonografia (que é necessário para medir bruxismo durante o sono). Os valores estimados de 5% à 21% para o bruxismo durante o sono(6),(7), são baseados na combinação da avaliação do desgaste dentário e os relatos de familiares e companheiros de quarto que nem sempre são fiáveis. A fisiopatologia do bruxismo embora desconhecida (4),(6),(2),(5),(9), tem sido considerada multifatorial, o que torna ainda mais difícil e exigente estabelecer um protocolo de tratamento para estes pacientes que possa “garantir” um bom prognóstico à médio e à longo prazo. Além disso, actualmente considera-se que o bruxismo diurno e o nocturno são duas entidades distintas que ocorrem sob diferentes condições (6), (7). A consequência mais comum do bruxismo nocturno é o excessivo desgaste dentário que pode levar a uma diminuição da dimensão vertical de oclusão, resultar em problemas pulpares, musculares, articulares e comprometimento estético. Por estas razões, temos que intervir nestes pacientes com os objectivos de (1) controlar as cargas que atingem as ATMs, (2) controlar as cargas que atingem o periodonto, (3) controlar as forças nas superfícies oclusais dos dentes para minimizar o desgaste por abrasão e, (4) criação de uma oclusão que melhore o bem-estar do paciente (10). Por vezes, os pacientes podem ter as ATMs e o periodonto saudáveis mas com severos padrões de desgastes dentários. Nestas situações, o esquema oclusal do paciente terá

que ser redefinido com o propósito de recompartir as cargas oclusais e criar uma guia anterior que efetivamente minimize ao máximo possível a ação abrasiva em cada dente separadamente, criando uma oclusão mutuamente protegida.

Relato de um caso clínico

Um paciente do sexo masculino, caucasiano e com 73 anos de idade apresentou-se na nossa clínica com um quadro clínico de bruxismo severo que comprometeu drasticamente a sua oclusão e estética (Fig.1). Na anamnese, o paciente relatou que ia ao seu dentista com frequência semestral e que, por diversas vezes, questionou o porque dos seus dentes estarem rápida e progressivamente se desgastando. A resposta nunca foi conclusiva e assim o caso se arrastou por vários e difíceis anos.

Depois de realizados os exames de praxe para estas situações, o exame clínico mostrou um paciente com um grau de tensão muscular significativo que o impedia de fazer movimentos minimamente coordenados durante a análise da dinâmica mandibular. Apresentava uma limitação da abertura bucal e dificuldades na mastigação e na fala embora não tenha sido observado qualquer sintomatologia nas ATMs. Fora observadas ausências dentárias múltiplas em ambos os arcos dentários. O exame radiográfico panorâmico não mostrou alterações significativas nas estruturas das ATMs nem nas partes ósseas dos maxilares tendo ainda em conta a idade do paciente (Fig. 2). Os modelos gesso foram montados em articulador semi-ajustável (ASA) para complementar a análise oclusal e colaborar no diagnóstico, planeamento e execução do tratamento (Fig. 3, 3a e 3b)

Depois de analisados os dados obtidos pelos exames supracitados chegamos a uma conclusão óbvia que se tratava de um bruxismo crónico, com um fator de ansiedade bastante alto, com um colapso total da sua oclusão mas que as estruturas das ATMs ainda não tinham sido comprometidas de forma clinicamente significativa. Depois de implementado um plano de orientação e fisioterapia oral que o paciente seguiu escrupulosamente, a hipertonicidade muscular pareceu-nos ser o primeiro fator a controlar para que



Fig. 1



Fig. 2

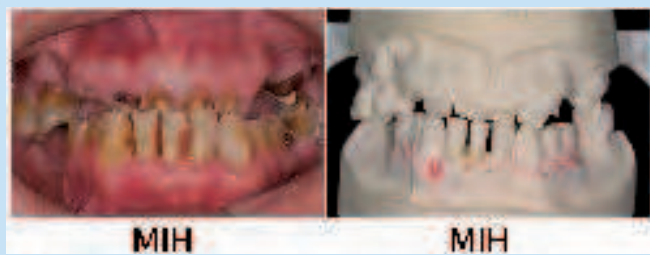


Fig. 3



Fig. 3a

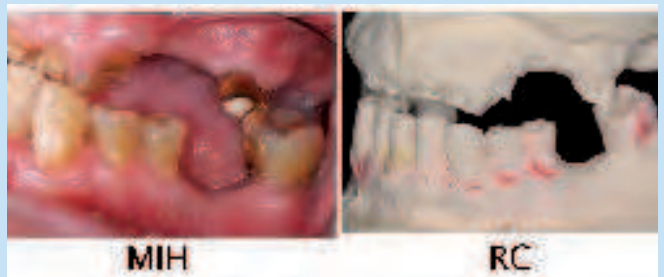


Fig. 3b



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Caso Clínico

o tratamento pudesse ser executado de maneira mais confortável. Para isto, o apoio de uma psicóloga foi fundamental pois, através de aconselhamentos para mudanças de hábitos e uso de técnicas de relaxamento ajudaram-no bastante na sua auto-estima assim como no seu relaxamento. Os tratamentos endodônticos foram realizados para que pudessemos proceder um ajuste do plano oclusal e recuperássemos uma dimensão vertical de oclusão (DVO) mais compatível com o comprimento muscular ótimo do paciente (naquele momento), através da confecção de uma prótese superior acrílica. O binômio forma e função teria que ser harmonizado e, para que este binômio fosse reestabelecido foi realizada cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica do arco superior para compensar a extrusão passiva do complexo dento-alveolar (Fig.4). Foram colocados implantes dentários nos 15, 24 e 25 e extraído o dente 18. A prótese acrílica de transição foi reembasada e mantida até que os tecidos cicatrizassem (Fig.5). Em seguida, o arco inferior foi também submetido a cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica, extração dos dentes 42, 41, 32, 31 e 37 e instalação de implantes nos 36 e 46. Os dentes 43 e 33 foram preparados e uma ponte fixa acrílica de provisória foi instalada na mesma sessão (Fig.6 e 6a)

Decorrido o tempo de cicatrização e maturação dos tecidos moles (45 a 60 dias) (Fig.7) os dentes anteriores superiores foram preparados, moldados e montados num articulador semi-ajustável (ASA) para a obtenção tanto dos retentores intraradiculares fundidos (RIF) quanto das suas respectivas coroas provisórias (Fig. 8, 8a, 8b e 8c). Depois de cimentados todos os RIFs com um cimento à base de ionômero de vidro modificado (FugiCem -GC), instalamos as suas respectivas coroas provisórias de maneira que, uma guia anterior foi estabelecida para o paciente numa determinada DVO (compatível com o comprimento muscular ótimo) estando os côndilos no seu eixo terminal de rotação (RC). Em seguida, instalamos todas as coroas provisórias posteriores cujo esquema oclusal (altura de cúspides, profundidade de fossas, direção de sulcos, curva de Spee, curva de Wilson) foi determinado pela guia anterior dos provisórios (Determinante anterior da morfologia oclusal) (Fig.9). Com estes procedimentos estabelecemos uma harmonia entre oclusão dentária e a oclusão das ATMs (Relação de Oclusão Cêntrica-ROC), compartilhando as cargas oclusais por um maior número de dentes possíveis em cêntrica e proporcionando uma desocclusão de todos os dentes posteriores quando a mandíbula realizava movimentos bordejantes (Oclusão mutuamente protegida-OMP).

O paciente utilizou as próteses provisórias durante um período de +- 03 meses e durante este tempo necessitou apenas de pequenos ajustes na sua oclusão sem nunca ter fraturado ou decelado qualquer uma delas (Fig. 10). A hiper- tonicidade muscular atenuou acentuadamente, os movimentos bordejantes tornaram-se mais suaves e progressivos e a mastigação e a fala melhoraram de padrão tornando-se mais confortáveis.

A partir do momento em que as funções do sistema estomatognático do paciente tornaram-se favoráveis, iniciamos os procedimentos de moldagens por setores (Fig.11, 11a, 12, 13) com Poliéter (P2 Poliéter- Kulzer) para a confecção das coroas e pontes metalocerâmicas seguindo o mesmo padrão oclusal obtido nas próteses provisórias. Para isto, foram obtidos modelos de gesso dos provisórios de ambos os arcos que depois de montados em ASA, os seus parâmetros serviram de guia para a confecção do trabalho definitivo. Em seguida, modelos de trabalho e troques foram obtidos e montados em ASA previamente ajustado com os parâmetros das próteses provisórias. O arco inferior foi reabilitado primeiro (fig.14) e, em seguida o superior (Fig.15, 15a e 15b). As coroas metalocerâmicas sobre dentes e implantes inferiores foram cimentadas com Ionômero de vidro modificado (FugiCem-GC) e as coroas sobre implantes superiores aparafusadas (Fig.16)(Fig.17). No entanto, as evidências clínicas das reabilitações protéticas de pacientes bruxomanos mostram-nos que nem sempre os resultados garantem uma completa remissão do bruxismo.



Fig. 7



Fig. 8

Persistem ainda muitas controvérsias na sua etiologia e por conseguinte na maneira mais efetiva de tratá-lo. Por isto mesmo, a utilização de um Night-Guard (placas interoclusais) (Fig.18) depois de terminada a reabilitação oral do paciente foi recomendada, assim como, um rígido controle da sua oclusão feito através de consultas mais frequentes durante o primeiro ano. Com este protocolo, o médico-dentista poderá proceder, quando necessário, alguns pequenos ajustes oclusais que poderão prevenir fraturas da cerâmica, traumas de oclusão, recrudescimento do bruxismo, etc., até que se atinja uma fase adaptativa da oclusão (Fig.19 após 18 meses da instalação das próteses).

Nota: Os trabalhos clínicos e laboratoriais foram todos executados pelo autor deste artigo.

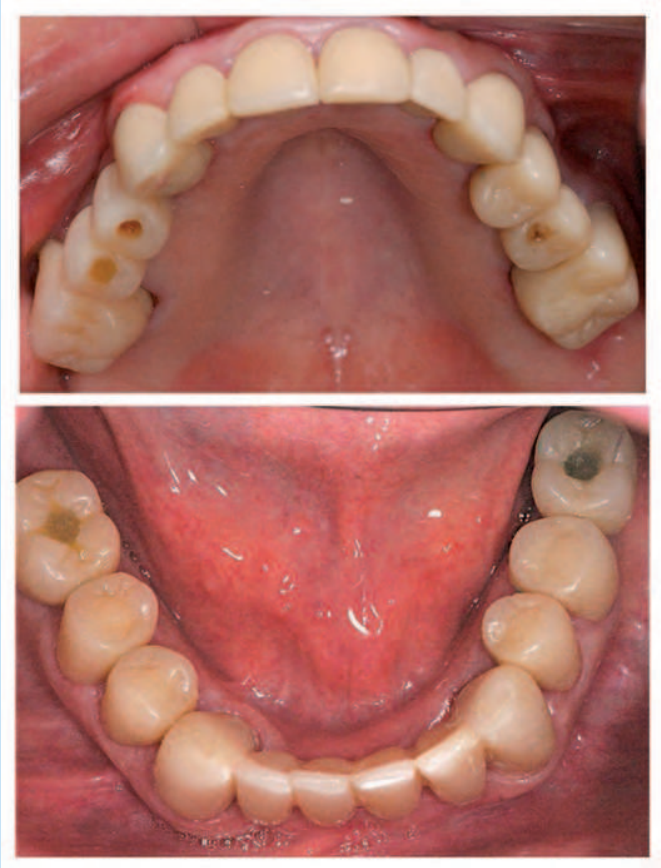


Fig. 9



Fig. 11



Fig. 10



Fig. 11a

Caso Clínico

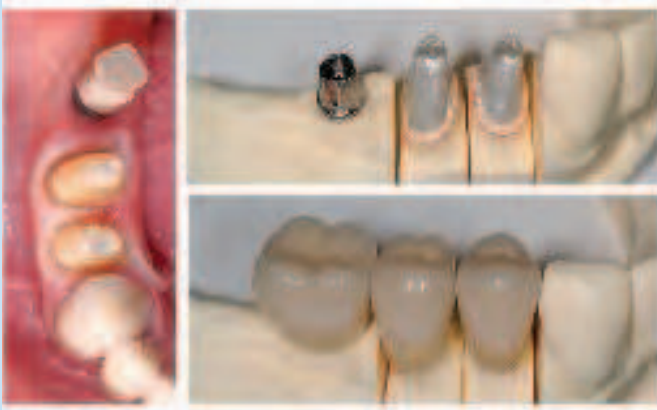


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

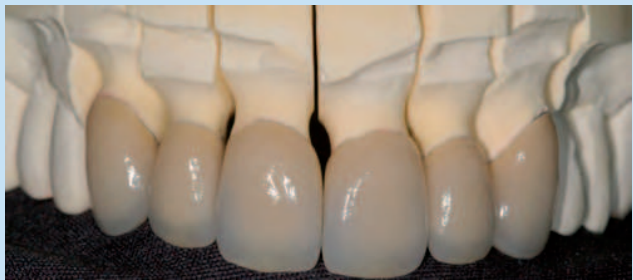


Fig. 15a



Fig. 15b



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

Referências bibliográficas

- 1- Ash,MM. Philosophy of Occlusion: Past and Present. Dent Clin N Am ,vol. 39, nº2, April ,1995.
- 2- Clark,GT , Ram,S. Four Oral Motor Disorders: Bruxism, Dystonia, Dyskinesia and Drug-induced Dystonic Extrapiramideal Reactions. Dent clin N Am 51 (2007) 225-243.
- 3- Clayton,JA. Occlusion and prosthodontics. Dent clin N Am vol.39, number 2, April , 1995.
- 4- Dawson, PE. Avaliação, Diagnóstico e tratamento dos Problemas Oclusais. 2ª ed. Artes-Médicas. 1993.
- 5- Gear, RW. Neural Control of Oral Behavior and Its Impact on Occlusion.in : Science and Practice of Occlusion. McNeill, C. Quintessence books 1997.
- 6- Kato,T, Thie,NMR, Montplaisir,JY, Lavingne,G. Bruxism and Orofacial Movements During Sleep . Dent Clin N Am, vol. 45, nº4, oct. 2001.
- 7- Mohl,ND ,Zarb,GA , Carlsson,GE ,Rugh,JD. A Textbook of Occlusion. Quintessence Publishing Co. 1988.
- 8- Okeson, JP. Occlusion and Functional Disorders of Mastigatory System. Dent Clin N Am , vol.39, nº2, April, 1995.
- 9- Solnit,A &Curmutte DC Occlusal Correction- Principles and practice. Quintessence books. 1988.
- 10- Spear,FM. Occlusal Considerations for Complex Restorative Therapy. in: Science and Practice of Occlusion. McNeill,C. Quintessence books, 1997. ■



Fig. 19



Fig. 20