

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE PORTADOR DE PARAFUNÇÃO SEVERA

ORAL REHABILITATION IN PATIENT WEARER SEVERE PARAFUNCTION

Stefan Fiuza de Carvalho **DEKON**¹
Eduardo Piza **PELLIZZER**¹
Adriana Cristina **ZAVANELLI**¹
Luiz **ITO**²
Cristina do Amparo **RESENDE**³

RESUMO

Defini-se parafunção, com sendo hábitos posturais ou dinâmicos atípicos que acometem o sistema estomatognático. A frequência e a severidade dos danos causados aos portadores de parafunção têm motivado estudos que visam desenvolver terapias eficazes para o tratamento ou controle da mesma, que pode atingir tanto músculos, ATMs e elementos dentários. O objetivo deste artigo é descrever a terapia utilizada em um paciente portador de bruxismo, onde o desgaste dental generalizado comprometeu tanto a estética como a função, resultando em perda da guia anterior e da dimensão vertical de oclusão. As alterações oclusais causadas pela parafunção foram restauradas de maneira imediata com a utilização de uma placa móvel (“overlay”) para o restabelecimento da DVO, que após um período de acompanhamento por 40 dias, e estando o paciente assintomático pode-se reabilitá-lo com prótese parcial fixa.

UNITERMOS: Bruxismo, prótese parcial fixa.

INTRODUÇÃO

A severidade dos danos causados aos portadores de hábitos parafuncionais têm motivado estudos que visam desenvolver terapias mais eficazes para o tratamento e controle das mesmas. Existe hoje, um número relativamente grande de terapias (MOHL e ZARB,¹⁵ 1991) e a todas elas é atribuído sucesso; no entanto, a eficácia ainda é discutível.

A parafunção mais pesquisada é o bruxismo, que também pode ser denominada de bricismo, briquismo, bricomania ou rangido noturno. O bruxismo é uma manifestação do desequilíbrio biopsicológico que acomete o Sistema Estomatognático (SE), caracterizando-se pelo apertamento e/ou atrição dos dentes entre si, de forma cêntrica ou excêntrica,

podendo ser de manifestação noturna ou diurna. Já os seus efeitos destrutivos, podem manifestar-se em uma ou mais partes constituintes do SE (NADLER,⁶ 1979) variando a severidade do dano conforme a resistência das estruturas atingidas, o tempo de existência, sua regularidade e o estado geral do portador.

Quando se apresenta durante a noite, mais especificamente durante o sono, predominam os movimentos de deslizamento das superfícies oclusais do dentes em contato excêntricos, embora possam ser detectados apertamentos com o aumento da tensão por contração isométrica dos músculos elevadores da mandíbula (cêntrico), sendo que nesta segunda situação a hipertrofia muscular é mais freqüente.

¹Professor Assistente Doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

²Especialista em Prótese Dentária pela APCD – Regional Araçatuba.

³Aluna do Curso de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Área Dentística, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP.

Durante a atividade parafuncional, aplica-se sobre a superfície oclusal uma força muito maior (seis vezes) do que durante movimentos fisiológicos, girando em torno de 90 kg, além da contração da musculatura durante um tempo exagerado (em torno de 2 horas). O período diário de contato dentário nos portadores de bruxismo é também bastante aumentado em relação a um paciente sem parafunção, e considerando que tais condições superam a tolerância fisiológica das estruturas envolvidas, passam a gerar danos ao S.E.

ETIOLOGIA

O bruxismo é uma atividade parafunção de etiologia multifatorial (DAWSON,³ 1993; MCHORRIS,⁴ 1988). DAWSON,² em 1980, atribuiu o bruxismo exclusivamente a fatores oclusais, considerando as interferências oclusais como fator desencadeante; hoje, entretanto, há relatos de ser imperativo considerar significativa a influência do estresse (DAWSON,³ 1993).

Os estudos mais atuais, sugerem que os fatores Malocclusão + Estresse (Fatores Psicológicos), isoladamente ou em conjunto, são os desencadeadores da parafunção, associados diretamente aos limiares individuais, que levam duas pessoas a responderem de forma distinta, quando submetidas a um mesmo estímulo (OKENSON,⁷ 1985), e até uma mesma pessoa a responder de forma diferente ao mesmo estímulo em momentos diferentes de sua vida (STRESS,¹⁰ 1993).

A relação de hábitos orais com o estresse já é reconhecida, e desse modo diversos autores sugerem uma relação entre a tensão emocional e hiperatividade muscular (DAL FABRO,¹ 1997; PINGITORE et al.,⁸ 1991, WESTLING,¹¹ 1988).

SINAIS E SINTOMAS

O bruxismo pode provocar conseqüências desastrosas ao Sistema Estomatognático, além de poder levar o paciente a desenvolver vícios posturais e problemas psicológicos, num estágio mais avançado, tornando-se cíclico (OKENSON,⁷ 1985).

Quanto aos sintomas, nem sempre a dor está associada à queixa principal do paciente. O desgaste da estrutura dental, normalmente, é o alerta primário para a presença do dano. Além disso, o desconforto de familiares também pode ser um alerta para o problema, no momento em que identificam ruídos durante o sono do paciente, decorrente da atrição. Isto, muitas vezes não é percebido pelo portador.

Quando a presença da parafunção é acompanhada de sintomatologia, a dor pode se manifestar em diversas estruturas do S.E. como músculos, articulação temporo-mandibular ou até nos próprios dentes. Quando isso ocorre, com frequência,

o paciente procura precocemente o tratamento, antes que resulte em grandes danos para a estrutura dentária; entretanto, quando ocorre uma adaptação fisiológica dessas estruturas, o maior prejudicado é o próprio dente, que vai perdendo estrutura (esmalte e dentina) de maneira gradativa.

Porém, com menor frequência o paciente apresenta destruição das estruturas periodontais, representada pela perda óssea, resultando em mobilidade, pericementite e até abscesso periodontal, podendo em alguns casos evoluir para um comprometimento da polpa, resultando em pulpíte ou necrose pulpar, tudo isso, associado à dor ou desconforto, e, em estágios avançados, perda do elemento dental. Ainda em relação aos sinais, no elemento dental, o que se observa, além da presença de facetas, é a formação de trincas, erosão cervical, fraturas coronárias ou de restaurações (Figuras 1 e 2).



Figuras 1 e 2 – Aspectos clínicos de pacientes portadores de bruxismo.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 46 anos, sexo feminino, procurou atendimento nas dependências da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, queixando-se do comprometimento estético causado por desgaste dentário acentuado (Figura 3).



Figura 3 – Aspecto clínico inicial, mostrando condição satisfatória do periodonto de proteção.

Os exames anamnético, clínico e radiográfico, mostraram a perda de dimensão vertical frente ao desgaste dental, sem sintomatologia dolorosa alguma, e condição satisfatória tanto do periodonto de proteção como o de suporte (Figura 4).



Figura 4 – Radiografia da região ântero-superior, mostrando normalidade do periodonto de suporte.

Devido à quantidade de dentes suportes presentes, foi possível propor como tratamento, a confecção de Próteses Parciais Fixas, em ambos os arcos. Para a identificação clínica do correto restabelecimento da D.V.O (Dimensão Vertical de Oclusão), foi utilizado um “Jig” de Lucia, com características estéticas na vestibular, simulando as perdas estruturais dos dentes anteriores superiores e inferiores, facilitando a realização dos testes fonéticos e estéticos (Figuras 5 e 6).



Figuras 5 e 6 – Desenhos esquemáticos do JIG de Lucia utilizado (vista frontal e lateral).

Através de bases de provas e planos de orientação transferiu-se a D.V.O. para um Articulador Semi-Ajustável, estando os modelos montados na posição de Relação Cêntrica (Figura 7).

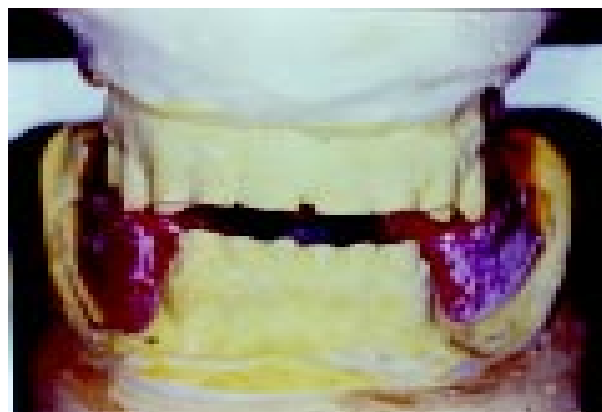


Figura 7 – Modelos montados em Articulador Semi-Ajustável.

Em uma primeira etapa, confeccionou-se uma placa dentada (“overlay”), que foi adaptada às superfícies oclusais dos dentes sem a realização de nenhum tipo de preparo (Figuras 8 e 9), a fim de acompanhar a reação do Sistema Estomatognático no restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão (Figura 10).



Figuras 8 e 9 – "Overlays": superior e inferior



Figura 10 – Aspectos clínicos das "Overlays" instaladas.

Nesta etapa uma placa tipo "soft" com 1,5mm de espessura foi confeccionada (Figura 11), a fim de evitar danos às "overlays" e desse modo obter um controle inicial da parafunção.



Figura 11 – Placa "soft" instalada sobre as "overlays"

Após o período de controle, de 40 dias, e constatando-se a normalidade do Sistema Estomatognático, procedeu-se à confecção da prótese definitiva, com o cuidado de que em cada fase dos registros interoclusais, a D.V.O. instituída através das "overlays", fosse mantida (Figuras 12-18).

Uma placa miorelaxante confeccionada em resina acrílica termopolimerizável, foi confeccionada imediatamente após a instalação das próteses (Figura 19).



Figura 12 – Seccionamento da "overlay", e manutenção do lado direito servindo de referência da D.V.O. para confecção dos preparos, núcleos e provisórios do lado esquerdo. Este manobra é realizada alternadamente hemi-arco por hemi-arco.



Figura 13 - Registro da distância interoclusal do lado direito, para a confecção dos "copings" metálicos, utilizando-se os provisórios do lado oposto como referência. Neste momento no arco inferior mantem-se os provisórios.



Figura 14 – Utilização dos provisórios inferiores do lado direito para registro da distância interoclusal sobre os "copings" metálicos do lado esquerdo. Nesta fase a prótese superior já deverá estar pronta.



Figura 15 – Reabilitação de ambos os arcos finalizada. A contenção da Relação de Oclusão Cêntrica deve ocorrer simultaneamente em ambos os lados de maneira ativa nos dentes posteriores e, somente passiva nos dentes anteriores.



Figura 16 – Lateralidade esquerda. Não deve haver toques dentários do lado de não trabalho, e a desocclusão deverá ser realizada preferencialmente via canino.



Figura 17 - Movimento protusivo, no mínimo ambos os incisivos centrais superiores devem participar do movimento protusivo e da posição topo a topo. Os dentes posteriores não devem interferir nesse movimento.



Figura 18 – Estética da Reabilitação. Notar a relação das incisais dos centrais superiores com a linha divisória entre mucosa e semimucosa do lábio inferior.



Figura 19 – Placa miorelaxante instalada (simulação da lateralidade esquerda). O padrão oclusal obtido na Reabilitação deve ser o mesmo da placa miorelaxante.

DISCUSSÃO

Um dos grandes problemas nos casos de pacientes portadores, de hábitos parafuncionais, é quando o mesmo é informado e conscientizado do seu estado quando o quadro clínico já tomou proporções avançadas.

A presença de parafunções é um fator de extrema importância a ser considerado durante as fases de planejamento, confecção e manutenção em Reabilitação Oral, principalmente quando sintomas de Desordens Têmporo-Mandibulares estão presentes.

Por se tratar de um problema multifatorial, sua abordagem deve obrigatoriamente ser “transdisciplinar”, ou seja, entendido e analisado conjuntamente por outras especialidades.

Até agora, discutiu-se o enfoque mais palpável para o Dentista. Quanto aos aspectos psicológicos que identifiquem possíveis problemas relacionados com estresse, pode-se isoladamente perceber superficialmente alguma evidência; entretanto, a presença de especialistas da área nos casos mais recorrentes se faz obrigatória, sob pena de incorrer-se em insucesso.

Quando os desgastes dentários comprometerem a função, a guia anterior e a estética, há a necessidade de restabelecimento da D.V.O. através de placas, levando em consideração, desde de requisitos estéticos até fonéticos (SILVERMAN,⁹ 1958). A avaliação da precisão da D.V.O. deve acontecer depois de 40 dias ou mais, após os quais essa placa pode ser substituída por qualquer um dos seguintes tratamentos reabilitadores: a) Próteses Parciais Removíveis convencionais ou do tipo “overlay”, combinados ou não, com próteses fixas ou elementos isolados; b) próteses fixas, elementos isolados ou restaurações metálicas fundidas.

A correta indicação do material a ser utilizado na mesa oclusal é outro tópico importante a ser analisado, e com frequência alvo de discussões. A transmissão da força de mastigação para o periodonto de suporte deve ser o mais branda possível, desse

modo, a confecção de oclusais em metal são as de primeira eleição, devido à maleabilidade do metal. O desenvolvimento de novos sistemas cerâmicos com uma dureza Vickers menor, possibilitou uma alternativa a mais, pois, com muita frequência nos deparamos com casos em que o paciente reluta em perder a estética desejada pela presença, do metal. No caso apresentado foi utilizada a cerâmica Noritake, que apresenta dureza Vickers de 510 HV₁₀, valor próximo da do esmalte natural (450 HV₁₀). Entretanto, a colocação desse material na face oclusal deve ser indicada somente em situações especiais nas quais teremos facilidade para executar controles periódicos. É de suma importância também a conscientização do paciente em relação à presença de sua parafunção para que o mesmo se polície principalmente durante o período diurno, e que a utilização de uma placa miorelaxante, de preferência confeccionada em acrílico, deverá ser utilizada por tempo indeterminado.

A espiantagem com prótese fixa de todo o arco reabilitado, principalmente superior, na medida do possível deve ser realizada objetivando se aproveitar os princípios do polígono de "Roy" para obter maior estabilidade da prótese. No caso apresentado, devido a insistente exigência do paciente, o diastema entre os centrais foi mantido, no entanto, como já salientado a utilização constante da placa miorelaxante será imprescindível na estabilização da peça protética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido as constantes sobrecargas funcionais impostas aos casos de reabilitação oral em pacientes portadores de parafunção severa, os períodos entre as consultas de controle devem ser reduzidos.

Em casos de parafunção severa, faz-se necessária à intervenção de profissionais especializados, a fim de se instituir a terapia mais adequada para cada situação, visando sempre o restabelecimento funcional e estético do sistema estomatognático do paciente.

ABSTRACT

Parafuction is defined as atypical postural or dynamic habits involving the stomatognathic system. Damage's frequency and severity has motivated studies looking forward to ways for treating or controlling this disease. This therapy can involve muscles, temporomandibulars joint and tooth. The purpose of the present study is to describe a therapy used in a paciente portador de bruxismo where the generalized dental wear had involved both esthetic and function. This patient had lost his anterior guidance and height

of bite. Oclusal alterations were restored using a bite plate (overlay), thus recuperating the normal height of bite. After a proservation for a period of 40 days, and been the patient asymptomatic, rehabilitation could be done with partial fixed dentures.

UNITERMS: *Bruxism, Fixed Partial Denture.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DAL FABRO, C. D. **Estudo linear de um paciente com bruxismo através da análise eletromiográfica do músculo masseter:** avaliação polissonografica e psicologica. 1997. 184f. Tese (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru.
- 2 - DAWSON, P. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais.** São Paulo: Artes Médicas, 1980. 405p.
- 3 - DAWSON, P. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais.** 2.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1993. 686p.
- 4 - MCHORRIS, W. Ajuste oclusal através de desgaste seletivo dos dentes naturais. In: CELENZA, F. V. **Review em A.T.M. e oclusão:** artigos clássicos. São Paulo: Quintessence, 1099. p.67-83,
- 5 - MOHL, N.; ZARB, G. **Fundamentos de oclusão.** 20. ed. Rio de Janeiro: Quintessence, 1991. 448p.
- 6 - NADLER, S. The treatment of bruxism: a review and analysis. **N Y State Dent J**, v. 45, n. 7, p. 343-349, Aug.-Sep. 1979.
- 7 - OKESON, J. **Fundamentals of occlusion and temporomandibular disorders.** St. Louis: Mosby, 1985. 500p.
- 8 - PINGITORE, G.; CHROBAR, V.; PETRIE, J. The social and psychologic factors of bruxism. **J Prosth Dent**, v. 65, n. 3, p. 443-446, Mar.1991.
- 9 - SILVERMAN, S. I. The phisiologic considerations in denture prosthesis. **J Prosth Dent**, v.8, n. 4, p.582-590, July 1958.
- 10 - STRESS: o sinal vermelho do perigo. **Globo Ciência** v. 3, n.25, p.52-59, ago. 1993.
- 11- WESTLING, L. Fingernail biting: a literature review and case reports. **Cranio**, v. 6, n. 2, p.182-187, Apr. 1988.