

# REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE BRUXÔMANA COM ALTERAÇÃO DE DIMENSÃO VERTICAL

Célia Marisa Rizzatti Barbosa<sup>1</sup>; André Roberto Setten Arana<sup>2</sup>;  
Marcelle Louise Spósito Bourreau<sup>3</sup>

Universidade Estadual de Campinas  
Universidade Metodista de Piracicaba  
Cirurgião Dentista

**RESUMO:** Neste trabalho os autores descrevem o caso clínico de uma paciente do sexo feminino que procurou por tratamento reabilitador na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp, com ausência de vários elementos dentais e com os dentes remanescentes apresentando grandes destruições, induzindo uma alteração na dimensão vertical de oclusão (DVO). Após cuidadosa anamnese e exame clínico, os autores diagnosticaram um quadro de bruxismo, associado à Desordem Craniomandibular (DCM). A partir daí foi estabelecido um plano de tratamento voltado à reabilitação oral, com recuperação da DVO pelo uso de aparelhos de desocclusão, reconstrução dos elementos dentários remanescentes, uso de próteses parciais removíveis (PPR) provisórias e reposição de elementos perdidos, através de duas PPR definitivas. Após o tratamento e a conscientização da paciente, houve remissão dos sinais e sintomas da DCM e controle do bruxismo.

**Descritores:** bruxismo; placas de desocclusão; dimensão vertical de oclusão; prótese parcial removível.

## ORAL REHABILITATION OF A PATIENT SHOWING BRUXISM AND ALTERATION OF THE VERTICAL DIMENSION

**ABSTRACT:** This work describes a partial edentulous female patient with occlusion alteration, showing severe bruxism, who sought rehabilitation treatment at the Dental School of Dentistry of Piracicaba/UNICAMP, Brazil. After careful examination it was observed the necessity of a complex rehabilitation procedure involving the use of removable partial dentures to restore the occlusion relationship. Diagnosis and dental treatment was performed and a double plane splint was installed to recover the lost vertical relation and centric occlusion. After artificial teeth reposition with removable partial dentures the signals and symptoms disappeared.

**Index Terms:** bruxism; occlusal splints and removable partial denture.

### Introdução

A prevalência de pacientes com alteração de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) atendidos em consultórios, clínicas ou em serviços públicos odontológicos tem aumentado nos últimos anos (RAMFJORD e ASH, 1984). Em alguns casos os profissionais executam a reabilitação através de reposição aleatória dos dentes ausentes, não se preocupando com a condição altamente comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações temporomandibulares geralmente presentes. Com o passar do tempo ocorrem desarranjos sensíveis do sistema estomatognático, resultando em anomalias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis.

Estes estágios avançados transformam-se em verdadeiros desafios para o cirurgião dentista, onde os procedimentos reabilitadores propostos envolvem muito critério, desde a fase de planejamento até a preservação,

especialmente quando se tratarem de pacientes bruxômanos.

De acordo com o *New Gould Medical Dictionary*, a palavra bruxomania é derivada do grego "brychein", que significa ranger os dentes (NADLER, 1957).

Segundo ORTEGA (1988), o bruxismo pode ser cêntrico, como apertamento, ou excêntrico, como rangimento. Ambos os casos envolvem a uma dualidade etiológica: o fator psicoemocional e a desarmonia oclusal. Estes podem ou não atuar conjuntamente. Por isso o tratamento do bruxismo, algumas vezes, deverá ter dupla finalidade: o controle do estresse emocional e a eliminação da desarmonia oclusal, sendo esta última de grande relevância nos casos de desdentados parciais.

A perda de um ou mais dentes irá ocasionar não só deficiências estético-funcionais como poderá romper o equilíbrio que estes elementos mantêm entre si e os outros componentes do Sistema Estomatognático - SEG (GIAMPAOLO, 1993).

<sup>1</sup> Docente Assistente Doutora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP da Universidade Estadual de Campinas -Unicamp. Endereço para Correspondência: Departamento de Prótese e Periodontia. Avenida Limeira, 901- Bairro Areião. CEP – 13414-018. Piracicaba - SP

<sup>2</sup> Docente da Faculdade de Odontologia de Lins – Fol da Universidade Metodista de Piracicaba - Unimep

<sup>3</sup> Cirurgião Dentista.

O restabelecimento da oclusão de pacientes parcialmente desdentados, torna-se mais complexo na medida em que o espaço protético aumenta, onde a ausência dos dentes posteriores pode causar alterações sensíveis na DVO. A oclusão a ser restabelecida nem sempre segue os conceitos estabelecidos para a dentição natural ou para a oclusão balanceada de prótese total, adotando uma situação intermediária entre os dois (JOHNSON, 1988).

Para estes casos, certas características como, baixo custo e menor número de sessões envolvidas tornam a indicação de próteses parciais removíveis uma boa alternativa de reabilitação. Quando bem planejadas, são bem aceitas pelo paciente, restabelecem a função, reabilitam adequadamente e facilitam higiene bucal (MILLER & GRASSO, 1990).

### **Relato De Caso Clínico**

Paciente do sexo feminino, com 62 anos de idade, foi encaminhada à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, necessitando de tratamento reabilitador. Até então, nunca havia usado prótese alguma. Durante a anamnese, apresentou intenção em preservar os elementos dentários remanescentes que, apesar da destruição coronária de alguns, encontravam-se com boa implantação óssea e condição periodontal favorável (Figura 1).

Além do exame clínico, foram obtidos modelos de estudo, montados no articulador e exame radiográfico periapical e panorâmico. O exame físico associado aos dados da anamnese permitiu estabelecer um diagnóstico de bruxismo excêntrico, onde a paciente apresentava sinais e sintomas clássicos de Disfunção Cerebral Mínima - DCM e um acentuado envolvimento psicoemocional. Em decorrência da ausência de vários elementos dentais, a paciente apresentava uma perda de DVO de cinco milímetros (Figura 2). Uma vez determinado o plano de tratamento, procedeu-se à execução da terapia proposta.

Após a montagem do arco facial e do modelo superior no articulador, o primeiro passo foi determinar a DVO correta, através de duas placas bases de resina acrílica autopolimerizável incolor e roletes de cera 7 nas regiões desdentadas. O registro obtido foi confirmado através da harmonia facial e do método métrico pelo compasso de Willis.

Sobre os modelos articulados foram confeccionados dois aparelhos estabilizadores planos para a recuperação da relação maxilo-mandibular. Estes foram utilizados durante a fase inicial do tratamento com a função de proporcionar conforto muscular, devolvendo sua tonicidade normal, recuperando a dimensão vertical e o posicionamento mandibular alterados. Foram polimerizados em resina acrílica termopolimerizável incolor, onde, por razões estéticas, no superior foi incluído um dente artificial anterior. Após o polimento e acabamento, foram instalados na paciente para os ajustes finais (Figura 3). Seu uso deu-se por cerca de trinta dias (RIZZATI-BARBOSA; MARTINELLI & ALBERGARIA-BARBOSA (1998), tempo necessário para o preparo prévio da boca e conscientização da paciente sobre prevenção e manutenção da saúde oral. A adequação bucal incluiu sessões de raspagem periodontal e orientação sobre técnica de escovação, onde, após a demonstração, era exigido que a paciente executasse a escovação dental diante do profissional para as correções necessárias.

O passo seguinte foi a confecção de duas próteses provisórias que permitiram restabelecer a estética da paciente, através da reposição dos elementos perdidos, mantendo a DVO pré-estabelecida, promovendo a manutenção do espaço entre as arcadas e da fisiologia natural da musculatura, desenvolvendo na paciente o hábito do uso de próteses. Com a entrega e ajustes oclusais necessários às próteses provisórias, iniciaram-se os trabalhos restauradores dos elementos dentais desgastados.

Os dentes foram reconstruídos na DVO restabelecida com composito foto ativado Z-100® (3M do Brasil), onde se utilizou o SCOTHBOND MULTIPORPOUSE® (3M do Brasil) como sistema adesivo. Concluída à fase restauradora, procedeu-se a confecção das PPR definitivas, já que se havia alcançado um bom índice de higiene oral, restabelecido a DVO, a atividade normal da musculatura e dos movimentos mandibulares, e obtido a remissão dos sinais e sintomas da DCM.

Foram feitas as moldagens iniciais e o delineamento dos modelos. Os planejamentos e desenhos das próteses envolveram todos os dentes remanescentes, tanto no arco superior quanto no inferior, sendo que, para a arcada superior, optou-se pelo recobrimento total do palato com resina, para se obter maior estabilidade e retenção da prótese.

A sequência técnica de sua elaboração teve-se aos padrões convencionais, que culminou com a entrega, ajustes e proervação das PPR (JOHNSON & STRATTON, 1988; MILLER & GRASSO, 1990) (Fig. 4). Concomitantemente ao uso das próteses, foi feita a conscientização da paciente quanto ao controle do bruxismo durante o dia, e uso de aparelho de desoclusão na arcada superior durante os períodos de sono (RIZZATI-BARBOSA et al. 1998).

O pós-operatório transcorreu com normalidade e a paciente foi reavaliada em sessões subseqüentes até a sua total integração à reabilitação proposta.

### **Discussão**

O quadro clínico apresentado associando perdas de elementos dentais, bruxismo e desordem craniomandibular possuem prevalência relativamente alta, especialmente no sexo feminino (GLAROS & RAOS, 1977).

Esta patogenia parece apresentar-se intimamente ligada aos fatores emocionais, como os que foram observados por outros autores (RAMFJORD & ASH, 1984; OLIVEIRA et al., 1988). Suas conseqüências apresentaram-se refletidas na dentição, músculos mastigatórios, articulação têmporo-mandibular e comportamento (GLAROS & RAOS, 1977).

Concordamos com OLIVEIRA (1988) quando afirma que o fator emocional é mais preponderante no desenvolvimento do bruxismo ao fator oclusal. No caso clínico apresentado, os fatores oclusais estiveram mais ativos enquanto houve um agravante emocional. Após a conscientização da paciente, os sinais clínicos do bruxismo diminuíram.

Acreditamos que a instalação de PPR bem planejada e confeccionada adequadamente, restabelecendo a DVO e o equilíbrio neuromuscular, pode constituir-se em uma boa opção reabilitadora para casos assim, quando associada ao uso de aparelho de desoclusão, à conscientização e controle psicoemocional do paciente.

Como MILLER & GRASSO (1990), consideramos que a reavaliação das próteses deva ser periódica para a confirmação de sua integração plena com os tecidos bucais,

já que estes estão sendo submetidos a alterações fisiológicas constantes.

### Conclusão

A instalação de próteses parciais removíveis associadas ao uso de aparelhos de desoclusão e conscientização da paciente proporcionou a reabilitação do SEG do caso clínico apresentado

### Referências

GIAMPAOLO, E. T. et al. Reabilitação com P.P.R. *R.G.O.*, v.41, n.2, p.81-83, Mar, 1993.  
GLAROS, A. G., RAO, S. M. Effects of bruxism: a review of the literature. *Jour. Prosth. Dent.*, v.38, p.149-157, 1977.

JOHNSON, D. L., STRATTON, R. J. Fundamentos de prótese removível. São Paulo, *Quintessence*, p.187-190, 1988.  
MILLER, E. L., GRASSO, J. E. *Prótese parcial removível*. São Paulo, cap. 15, Santos, 2ªed., 1990.  
NADLER, S. C. Bruxism: a classification a critical review. *J. Am. Dent. Ass.*, v.54, p.615-622, 1957.  
OLIVEIRA, G. R., et alli. Bruxismo. *Rev. Actual Estomatol. Esp.*, v.48, n.379, pp.29-32 - 35-36, Dec, 1988.  
ORTEGA, A. C. Tratamiento del bruxismo. *Rev. Actual Estomatol. Esp.*, v.48, n.374, pp.33-87, June, 1988.  
RAMFJORD, S., ASH, M. M. *Oclusão*, 3ªed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984, pp.271-294.  
RIZZATTI-BARBOSA, C.M.; MARTINELLI D.A.; ALBERGARIA-BARBOSA, J.R. et al. Aparelhos interoclusais para o tratamento das DCM. *RGO*. 46 (!): pp. 37-41, Jan-Fev, 1998.