

PLACA ALTERNATIVA

"ENESSE"

ENESSE BITE PLATE

* NILTON SODI SAUERESSIG

** NILTON GUSTAVO SAUERESSIG

RESUMO

Foi usada uma placa parcial anterior de silicona pesada-densa que, por ser elástica, permitia colocação, retenção e remoção quando necessário, em pacientes portadores de aparelhos fixos de ortodontia, bem como em crianças.

Naqueles (ortodontia) haviam traumas de oclusão temporários num caso de mordida cruzada, e quando era feito o descruzamento estabeleciam-se contatos prematuros ou interferências oclusais.

Nestas (odontopediatria), dentes que por qualquer motivo (anquilose, travamento, outros) não adquiriam contato com o seu antagonista, submetiam os demais a uma carga excessiva, ou deixavam de fornecer a dimensão vertical de oclusão adequada.

Em ambos os casos não houve a possibilidade de serem usadas placas convencionais rígidas.

UNITERMOS

Trauma de Oclusão, Placa Rígida, Placa Alternativa

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma placa alternativa para o alívio dos sintomas ou sinais de ATM, como mialgias, artrites, traumas oclusais ou bruxismo em pacientes adultos ou em crianças submetidas a tratamento ortodôntico com aparelhagem fixa ou em crianças em fase de crescimento.

Trabalhos de RAMFJORD-ASH¹ revelam que quando é ultrapassada a capacidade de adaptação do sistema mastigador, qualquer injúria se faz sentir. Isto pode ocorrer em duas situações: em casos de desarmonia psíquica severa e desajuste oclusal menor ou desarmonia psíquica menor e desajuste oclusal severo^{2,3}. Também pode ocorrer quando ambos ultrapassarem o limiar de tolerância do paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Inúmeros são os modelos de placas utilizados pelos cirurgiões-dentistas, entretanto, estes podem proceder de forma equivocada na seleção do modelo ideal de placa para cada caso. "O importante não é fazer placa, mas sim o que fazer com ela".

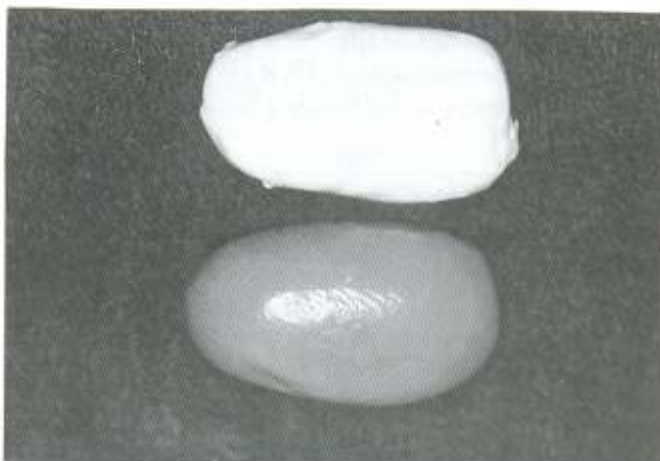
Os materiais e modelos (tipos) de placa podem variar de acordo com a enfermidade ou com o objetivo a ser alcançado.

Em maior número de vezes os pacientes em tratamento usam placas de materiais rígidos, principalmente de origem acrílica ou metálicos.

Portanto, os materiais utilizados na confecção das placas podem ser classificados de acordo com a sua natureza em rígidos e elásticos. Os materiais rígidos mais usados são a resina acrílica ou o metal; os materiais elásticos podem ser mais ou

menos elásticos⁴; dentre os mais elásticos temos as borrachas pesadas-densas (siliconas) e menos elásticos, os vinílicos. DAWSON¹ cita o uso das placas vinílicas para os portadores de sinusite no seio do maxilar.

Neste trabalho de placa alternativa é utilizado um material comum nas clínicas de prótese mas não usado pelos cirurgiões-dentistas da área de Gnatologia e Oclusão, principalmente em casos de distúrbios temporomandibulares. Referimo-nos à silicona pesada de adição para uso de impressões preliminares, cuja mescla se faz na proporção 1:1 (. É uma silicona que apresenta deformação à pressão entre 2-6%. Inicia-se a mistura a uma temperatura inferior aos 25%, conforme exigência do fabricante, sobre uma placa de vidro; usam-se porções iguais de base/catalisador e para misturar utiliza-se uma espátula de metal. O volume das porções utilizadas vai depender da área a ser coberta, colocando-se quantidade ligeiramente maior para evitar perda de tempo e material.



* Prof. Regente da Disciplina Princípios de Oclusão - PUC/RS Especialista em Prótese Dentária

** Extensionista em Ortodontia - PUC/RS

Normalmente, pela facilidade da sua confecção, procura-se fazer placa parcial anterior, ou seja, semelhante ao Front Plateau (FP), encobrindo os dentes de canino a canino.

Uma vez espátulada a mistura, que deverá ser homogênea, espera-se o momento de poder adaptá-la sobre a superfície dos dentes ântero-superiores. Esta área deve ser tão extensa, conforme a necessidade, para obter-se a retenção (stop) nos dentes e rebordo gengival ou somente rebordo gengival da arcada superior e permita o registro dos contatos incisais de incisivos e caninos inferiores. O afastamento dos dentes posteriores não deverá ultrapassar o espaço inter-oclusal de repouso, ou seja, o espaço livre funcional. Obtida a mistura base/catalisador, faz-se um rodete e amolda-se sobre os dentes ântero-superiores, como já foi mencionado (de canino a canino). Adapta-se este rodete de tal forma que ele copie a anatomia dos dentes revestidos, a mucosa e o rebordo da área até o fundo de sulco. A seguir manipula-se a mandíbula pelo método bi-manual (5), de preferência, ou pelo método de manipulação "forçada" com a ajuda da auxiliar. Neste momento obtêm-se o registro das edentações de canino a canino e aguarda-se a reação química (vulcanização) da silicona.

Não é necessário a lubrificação, folha de alumínio lubrificado ou qualquer outro intermediário entre a substância da qual faremos a placa parcial e os dentes suportes da mesma, pois não teremos o contratempo de o material ficar retido. O importante é não criarmos dificuldades ao movimento ortodôntico bem como ao crescimento do arco dentário nos casos de odontopediatria. Para tanto, logo após a vulcanização do ma-



terial borrachoide, devemos retirar os eventuais volumes que são deixados pelas ameias cervicais e incisais. Isto dará um "corredor" livre dentro da placa alternativa, por onde poderão migrar os dentes.

O stop da placa será opcional. Nos casos de ortodontia podemos utilizar a região infra ou supra-brackets. Já nos casos sem aparelho, podemos estender até a região do rebordo próximo ao fundo de sulco. A pressão exercida pela silicona é tolerável.

O bisturi ou o estilete são utilizados na escultura retirando-se os excessos da mesma forma que realiza-se nos materiais rígidos. Os princípios para fazer a escultura são os mesmos dentro do protocolo que rege o Front Plateau acrílico: face vestibular com uma fina parede cobrindo a região; face palatina com cobertura da área mas com volume maior, a fim de permitir um platô sobre o qual apoiam-se pontos de caninos e incisivos inferiores. Junto a face palatina dos dentes superiores é esculpida uma rampa, dando a forma aproximada desta face. Por ser material elástico não permite excursões dos dentes inferiores com facilidade, portanto os contatos serão em relação contorcida.

O período de uso destas placas alternativas é variável não podendo ultrapassar 15 dias, com duração de 8 horas/dia. Caso for necessário prolongar o uso, faz-se uma pausa de uma semana, reiniciando tantas vezes quantas necessárias, desde que ela ainda possa ser usada. Para cada período de 15 dias, renovamos a placa devido as alterações de posição dos dentes nas arcadas e pela própria deterioração do material (encerramento e rompimento).



LECRON

APARELHOS
ORTONDÔNTICOS REMOVÍVEIS

Luismar Silva de Paula

TPD/CRO-GO 069

Rua do Babaçu - Qd. 29 Lt. 18
Goiânia 2 - Fone: 205-6039
Goiânia - GO

COLÉGIO DE
PROTÉSE
DENTÁRIA
DE GOIÂNIA

Observe que não nos preocupamos com a extrusão dos dentes posteriores ou intrusão dos dentes anteriores, pois estamos dando alívio aos sintomas momentâneos nos pacientes em crescimento e ou em tratamento ortodôntico. Não precisamos de fármacos, mas apenas de uma atuação mecânica.

CONCLUSÕES

1 - Com a placa alternativa ENESSE não impedimos o trabalho ortodôntico no descruzamento dentário, em cuja fase podem ocorrer os traumas de oclusão.

2 - Temos uma placa confortável, tendo em vista que os dentes em tratamento ortodôntico são mais sensíveis aos efeitos da pressão e da tensão.

3 - Na odontopediatria, não impedimos o pleno desenvolvimento do crescimento das arcadas.

4 - A receptividade dos pacientes foi considerada muito boa, tanto em crianças como em adultos.

5 - A técnica permite termos uma alternativa a mais em placas sem produzir limitações ao pleno desenvolvimento das alterações das arcadas, como ocorre em placas rígidas, nos casos de ortodontia e ortopedia funcional.

6 - Pelas suas características, é um trabalho de baixo custo para o cirurgião-dentista, bem como para o paciente.

7 - É rápida a sua confecção

8 - Devido ao crescimento das arcadas, nas crianças, e pela movimentação dos dentes nas ortodontias, há a necessidade de



troca da placa em torno de 15 a 20 dias.

9 - Serve como meio de diagnóstico.

10 - Promove a redução da intensidade da dor ou a sua total eliminação, quando em uso, na presença de trauma oclusal ou DTM.

11 - Pode causar desconforto na boca devido ao seu volume

12 - Não provoca irritação na mucosa.

13 - Por ser elástica, além do vetor força principal, surgem os vetores de forças secundárias.

14 - Não permite o mesmo ajuste oclusal dos dentes antagônicos à Enesse.

15 - Não permite fazer com facilidade movimentos mandibulares, com contato dos dentes antagonistas.

16 - Permite a descontração muscular e facilita a manipula-



ção em RC.

17 - Normalmente pode ser confeccionada nos dentes superiores anteriores, quando o aparelho ortodôntico estiver atuando nos dentes posteriores. Eventualmente podemos usá-la de forma bilateral nos dentes posteriores e inferiores, quando o aparelho ortodôntico estiver atuando nos dentes anteriores.

18 - Poderemos usá-la, nos raros casos, quando o paciente é portador de sensibilidade ao uso da resina acrílica.

19 - A placa alternativa ENESSE é uma forma extremamente válida de alívio da sintomatologia em pacientes com trauma oclusal ou desarmonia da função oclusal conjuntamente com tensão psíquica.

SUMMARY

The present study has the purpose to show a alternative bite plate in cases of temporary symptomatology during the orthodontic treatment and in the children. The conclusion was that it don't interfere in growth and orthodontics movements, among other things.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BARROS, J.J. - Opinião pessoal
- 2 - BELLS, Welden. *Dores orofaciais - classificação, diagnóstico e tratamento*. 3ª edição Rio de Janeiro, Quintessence Books, pg. 139-143, 145-152, 1990.
- 3 - DAWSON, Peter E. *Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais*. 2ª edição, São Paulo, Artes Médicas, pgs. 202-216, 497.
- 4 - DOSIL - BAYER. *Manual de uso*.
- 5 - LINDHE, J. *Tratado de periodontologia clínica, interamericana*. 1985, pgs. 169-175.
- 6 - OKESON, Jeffrey P. *Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares*. 2ª edição, São Paulo, Artes Médicas, 1992, pgs. 338-341.
- 7 - PAIVA, G. *Atlas de placas interoclusais*. São Paulo, Publicações Ashion Ltda, 1991, cap. 2.
- 8 - RAMFJORD, S.P., ASH, M.M. *Oclusão*. 3ª edição, Rio de Janeiro, Interamericana, 1984, pgs. 139-141, 174-181.
- 9 - SANTOS Jr., J. *Oclusão - Tratamento da sintomatologia craniomandibular*. São Paulo, Pancist Editorial, 1987, pgs. 133-139.
- 10 - SCHWARTZ, L., CHAYES, Charles M. *Dolor facial Y disfunción mandibular*. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1973, pgs. 289-293.

