

# Restabelecimento da Dimensão Vertical perdida devido ao Bruxismo - Caso Clínico

Márcio TEIXEIRA\*  
Cristianne Pacheco RIBEIRO\*\*  
Alessandra de QUEIROZ\*\*\*  
Gustavo Winckler PERDOMO\*\*\*\*

**SINOPSE:** No caso clínico relatado, restabelecemos a dimensão vertical do paciente, perdida devido ao bruxismo, utilizando de placas de reposicionamento mandibular.

**UNITERMOS:** Placa de reposicionamento mandibular, Perda da dimensão vertical, Reconstrução oclusal com perda de dimensão vertical.

## INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios para o cirurgião dentista no momento do planejamento de uma reabilitação bucal, é o como restabelecer a dimensão vertical alterada, às vezes por perda dos dentes posteriores ou causada pelo desgaste excessivo destes, resultante de hábitos parafuncionais como: apertamento e/ou rangimento (bruxismo). Neste relato de caso clínico, apresentamos a maneira pela qual restabelecemos a dimensão vertical do paciente, perdida devido ao hábito bruxista.

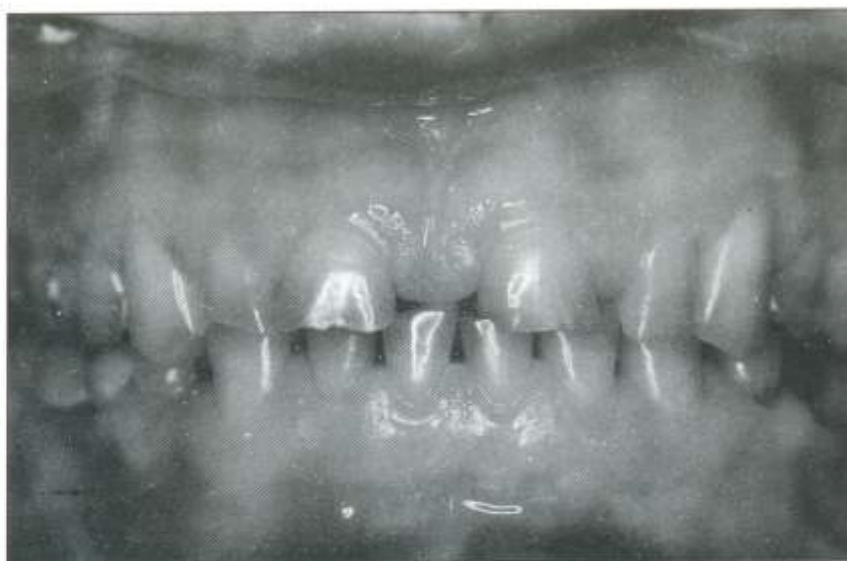
## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 45 anos de idade, apresentou-se à Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, com a finalidade de restabelecer as suas funções esté-

tica e mastigatória perdidas devido ao hábito parafuncional - BRUXISMO.

Os músculos mastigatórios do paciente apresentavam-se clinicamente à palpação com tonicidade e volume normais, fadiga muscular moderada, associada a mialgia discreta de baixa intensidade, com longos períodos de latência caracterizando uma fase crônica da atividade bruxista. Grande perda de estrutura dentária, provocando alteração na dimensão vertical (DV) fisiológica, também foi observada. Os dentes anteriores superiores e inferiores apresentavam-se com desgaste a

nível de terço médio (Fig. 1) e os posteriores a nível de terço oclusal. Muitos dentes mostravam-se com grande exposição dentinária (Fig. 2), apresentando, em alguns casos, discreta sensibilidade. Radiograficamente, verificou-se que os dentes não apresentavam alterações significativas a nível de periodonto de sustentação que pudessem ser atribuídas como consequências exclusivas do hábito bruxista. Foram indicadas duas intervenções cirúrgicas: uma para correção de defeito ósseo e eliminação de bolsa periodontal na região de pré-molares inferior esquerdo, e outra para



*Fig. 1 - Dentes anteriores superiores e inferiores apresentando grande desgaste devido ao bruxismo*

\* Prof. Adjunto I do Departamento de Odontologia Clínica e Restauradora da Universidade Federal de Uberlândia. Doutor em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.  
\*\* Prof. AEI do Departamento de Odontologia Clínica e Restauradora da Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Periodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.  
\*\*\* Cirurgião Dentista. Monitora voluntária do Departamento de Odontologia Clínica Restauradora da Universidade Federal de Uberlândia.  
\*\*\*\* Cirurgião Dentista. Monitor voluntário do Departamento de Odontologia Clínica e Restauradora da Universidade Federal de Uberlândia.



exodontia do 3º molar superior esquerdo.

Após os exames preliminares foram realizadas duas moldagens para cada arco dentário, com o uso de moldeiras de estoque e alginato. Os moldes foram confeccionados em gesso pedra tipo IV (especial). Os modelos (um par) foram montados em articulador semi-ajustável (ASA), sobre os quais realizou-se o encermento diagnóstico, e o outro foi arquivado para comparação do caso inicial com aquele após a reabilitação oral.

O método utilizado para o restabelecimento da dimensão vertical foi o fonético preconizado por Silverman<sup>1</sup>, o qual foi possível após a confecção de um jig de resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ).

### CONFECCÃO DO JIG PARA RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL

Usando um pedaço de papel alumínio, recortado de forma a abranger a região ântero-superior, adaptou-se o mesmo sobre os dentes a fim de promovermos: isolamento da região e alívio para compensação da contração de polimerização da resina. Manipulou-se a RAAQ e em sua fase plástica levou-se à boca do paciente acomodando-a sobre o papel alumínio, na região dos incisivos centrais superiores (ICS), envolvendo as faces vestibular e palatina estendendo-se da região cervical (vestibular) até, aproximadamente, a papila incisiva. Por palatino as bordas foram afiladas abrangendo as faces distais dos incisivos centrais superiores, dando formato de uma vertente a qual possui o seu vértice inclinado no sentido cervico-incisal. Neste caso, o jig deve ser mais espesso do que aquele confeccionado com o intuito de promover



Fig. 2 - Exposição dentinária causada pela atrição devido ao hábito parafuncional

o relaxamento muscular e perda da memória proprioceptiva. A espessura deste é dependente do tipo de perda da DV: ausência dos dentes posteriores ou desgaste dos mesmos ocasionado por hábitos parafuncionais.

Durante a polimerização da resina, o jig foi removido e reposicionado várias vezes, sendo resfriado com jatos de água a fim de evitar-se injúrias ao órgão dental devido à exotermia da reação de polimerização.

Após a polimerização fez-se o ajuste do jig por meio de testes fonéticos: palavras sibilantes pronunciadas pelo paciente seguida e repetidamente, por exemplo, contar de 60 a 70, como preconizado por Silverman<sup>1</sup>. Outro método que pode ser utilizado na determinação da DV é a técnica de Willis<sup>2</sup>, que consiste em medir a distância da comissura labial/canto do olho, fazendo com que esta medida seja igual à distância base do nariz/mento. Para maior segurança e confiabilidade, devemos utilizar ambos os métodos para essa determinação.

Após o ajuste do jig, posicionou-se o mesmo e registrou-se a "mordida" do paciente, por meio de uma ou mais lâminas de cera rosa n.º 7 ou 9, dobrada ao meio e previamente recortada sobre o modelo superior de gesso. Seguindo-se a superfície vestibulares dos dentes posteriores, fez um recorte em "V" na região anterior (C a C), para possibilitar a colocação do jig em posição. A lâmina de cera, preparada previamente, é aquecida com o auxílio de uma lâmpada a álcool (ou água morna), e levada em posição, na boca do paciente, sendo pressionada contra as superfícies oclusais dos dentes posteriores superiores. Com o jig em posição, manipulou-se a mandíbula do paciente, levando-a a relação cêntrica.

### MONTAGEM EM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL (ASA)

A montagem do modelo superior foi feita utilizando-se o arco facial. Com o registro em cera (obtido anteriormente) adaptado ao modelo superior intercuspidou-se o modelo inferior ao mesmo e procedeu-se a fixação deste ao articulador.



### ENCERRAMENTO DIAGNÓSTICO E DUPLICAÇÃO DOS MODELOS

Após a montagem dos modelos, respeitando a DV restabelecida (conforme citado anteriormente), a qual foi transferida para o ASA, com o auxílio do jig e do registro em cera, realizou-se o encerramento diagnóstico com o objetivo de devolver a anatomia dental perdida devido à abrasão (Fig. 3). Os mode-

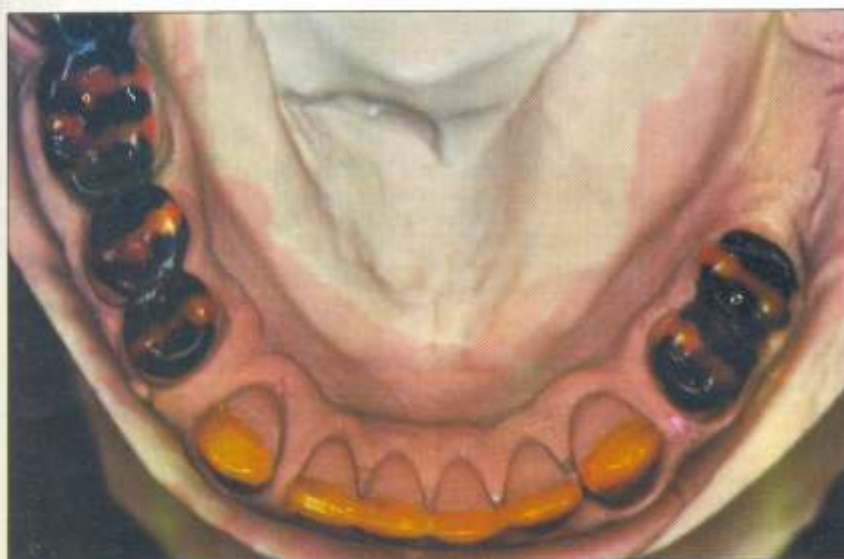


Fig. 3 - Enceramento diagnóstico

los encerados foram imersos em água fria por 10 minutos, para se evitar a sinérese (perda de água do material de moldagem para o gesso do modelo). Posteriormente, moldou-se os modelos com alginato. Os moldes foram confeccionados com gesso pedra tipo IV especial. Esta duplicação tem por finalidade a obtenção de um modelo em gesso daquele encerado.

### CONFEÇÃO DAS PLACAS DE REPOSICIONAMENTO MANDIBULAR

Os modelos duplicados foram levados, separadamente, ao

plastificador de precisão à vácuo (Bio Art), para a confecção das matrizes de plástico. Após a confecção destas, removeu-se os excessos adaptando-as aos modelos. Verificada a adaptação das matrizes na boca do paciente, as mesmas foram vaselinadas assim como os dentes. A RAAQ foi manipulada e em sua fase plástica carregou-se a matriz que foi então posicionada e adaptada aos dentes. Durante a polimerização da resina devemos remover e reposicionar o conjunto várias vezes, prevenindo retenções

indevidas pelo escoamento da mesma, e resfriar com jatos de água evitando-se danos ao órgão dental devido à exotermia.

Os mesmos procedimentos foram repetidos para a confecção da placa do arco antagônico.

Após a polimerização da resina os excessos grosseiros foram removidos e feito o ajuste oclusal inicial em RC, lateralidade e protrusão, realizando-se, então, o teste fonético para verificação da dicção do paciente.

Devido à delicadeza das placas, estas não deverão ser polidas no torno, utilizando-se, portanto, discos de granulação fina, para acabamento de resina, em baixa rotação.

Uma outra alternativa para confecção das placas é o uso do método de prensagem com a resina acrílica ativada termicamente. Para tanto, deve-se fazer a inclusão dos modelos encerados em muflos de maneira semelhante quando da confecção de próteses totais.

Os modelos serão incluídos de tal sorte que apenas a região encerada permaneça visível, eliminando-se, desta forma, as áreas retentivas que poderiam dificultar a remoção da peça na desinclusão. O



Fig. 4 - Placa de reposicionamento mandibular em posição, devolvendo a anatomia e a dimensão vertical perdidas

uso da RAAT irá proporcionar, às peças confeccionadas, uma maior resistência e estética devido ao cozimento e à maior variedade de cores deste tipo de material.

Após a desinclusão das peças e remoção dos excessos grosseiros, elas deverão ser ajustadas na boca do paciente, de maneira semelhante ao ajuste das peças confeccionadas com o uso das matrizes plásticas.

Concluída a confecção das placas, estas foram posicionadas na boca do paciente (Fig. 4). Vale ressaltar que todos os procedimentos foram executados sem que fosse feito, nos dentes, qualquer tipo de preparo.

### RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE

- Usar diuturnamente;
- remover as placas ao fazer as refeições;

- higienizar as placas com creme e escova dentais;
- conscientizar o paciente quanto à necessidade de evitar o hábito de ranger e/ou apertar os dentes (bruxismo);
- retornar em 7 dias;
- observar interferências na fonação;
- observar a presença de fadiga ou dor musculares;
- observar a presença de contatos prematuros ou interferências oclusais;
- observar a estética das placas, pois as mesmas servirão de guia para a reabilitação;
- observar o conforto proporcionado pelo uso das placas.

Estas placas deverão ser utilizadas por no mínimo trinta dias, com reavaliação semanal das observações citadas anteriormente.

### OBJETIVOS DAS PLACAS DE REPOSICIONAMENTO MANDIBULAR

- restabelecimento da dimensão vertical;
- devolução da estrutura anatômica perdida;
- restabelecimento do tônus muscular normal;
- servir de guia para a futura reabilitação;
- restabelecer a estética.

### SUMARY

In the clinical case, vertical dimension lost by bruxism, was re-established using a mandibular replacement splint.

### UNITERMS

Mandibular replacement splint, loosing of vertical dimension, Occlusal rehabilitation with lost of vertical dimension.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - SILVERMAN, M. M. The speaking method in measuring vertical dimension. *J. prosth. Dent.*, 3(2): 193-99, Mar 1953.

2 - WILLIS, R. G. Trends in clinical methods establishing an ideal inter arch relationship. *J. prosth. Dent.*, 8 (2): 243-251, Mar 1958.