

Reabilitação Estética-Funcional com Ajuste Prévio da Oclusão em Relação Cêntrica

Aesthetic and Functional Rehabilitation With Prior Adjustment of the Occlusion in Centric Relation

Joana L. S. MARQUES¹, Caroline M. O. FERNANDES¹, Paula C. CARDOSO², Érica M. TORRES³, Sicknan S. ROCHA³

1-Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia/UFG

2-Prof^ª. Dr^ª. substituta do departamento de prevenção e reabilitação oral FO/UFG

3-Prof. adjunto do departamento de prevenção e reabilitação oral FO/UFG

RESUMO

O presente artigo teve o objetivo de relatar um caso clínico de reabilitação estética e funcional de paciente com perda das guias anteriores causada por hábitos parafuncionais. Paciente DMS, 33 anos, gênero masculino, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás com queixa estética devido ao tamanho dos dentes anteriores. Ao exame clínico foi observado desgaste do terço incisal dos dentes anteriores, superiores e inferiores, provocado por hábitos parafuncionais (bruxismo do sono), e ausência dos dentes 18, 28, 35, 36, 38, 46 e 48. Na análise oclusal notou-se não haver espaço funcional para o restabelecimento da forma anatômica dos dentes na posição de máxima intercuspidação habitual. Foi proposto o ajuste oclusal em relação cêntrica, que uma vez posicionada a mandíbula mais posteriormente possibilitou a obtenção de espaço para reconsti-

tuição dos dentes anteriores desgastados. Após três sessões de ajuste foi confeccionada uma prótese parcial removível para reposição dos dentes inferiores ausentes (35, 36 e 46). Previamente à reanatomização dos dentes desgastados com resina composta direta, foi realizada a técnica de mock-up, permitindo a avaliação estética e aprovação do paciente. Concluídos os procedimentos restauradores por meio de guias de matriz de silicone, novos modelos foram obtidos e montados em articulador semi-ajustável para confecção de placa oclusal miorreaxante em resina acrílica. Na entrega da placa e ajustes posteriores o paciente foi orientado quanto ao uso e cuidados para manutenção dos resultados alcançados.

PALAVRAS-CHAVE: Relação central, estética dentária, ajuste oclusal, prótese dentária.

INTRODUÇÃO

O desgaste dental pode ser definido como uma perda gradual de estrutura dentária não cariada causada por vários fatores, incluindo o atrito dos dentes, hábitos e substâncias abrasivas (escovação e dentífrico), fatores químicos que podem ser endógenos (ácido presente no suco gástrico de pacientes que sofrem de bulimia ou refluxo gastroesofágico) ou exógenos (substâncias com pH baixo, como frutas cítricas)¹.

O cirurgião-dentista muitas vezes é o primeiro profissional da área de saúde a diagnosticar o desgaste dental. O tratamento, principalmente nos casos de desgastes acentuados, envolve uma abordagem multidisciplinar² e a interrelação dos conhecimentos de oclusão, ortodontia, periodontia, dentística restauradora e prótese dentária.

O desgaste torna-se mais preocupante quando associado ao bruxismo^{1,3}. O bruxismo consiste num hábito parafuncional, apertamento excêntrico, que gera atrito entre os dentes antagonistas, podendo provocar alteração da dimensão vertical da oclusão (DVO) e desordens temporomandibulares (DTMs)^{3,4}.

Para restabelecimento do equilíbrio oclusal alterado pelos desgastes avançados, pode ser requerido um ajuste oclusal previamente à reabilitação estética e funcional do paciente. Diante da perda das guias mandibulares o ajuste oclusal na posição de

relação cêntrica (RC) se torna muitas vezes uma opção indispensável. A necessidade da RC se justifica por representar uma posição fisiológica mais retruída da mandíbula em relação à maxila. A estabilização da mandíbula numa posição mais posterior favorece o ganho de espaço para reanatomização de dentes anteriores desgastados⁵.

Diante de perdas dentárias limitadas ao terço incisal dos dentes anteriores, as restaurações diretas com resina composta podem ser efetivas no restabelecimento das guias anteriores⁶.

O método de ensaio restaurador mock-up permite a simulação do planejamento a ser executado e apresenta como vantagens: menor risco biológico, estético e funcional, demonstração de várias opções de tratamento, simulação do resultado estético e a aceitação prévia do tratamento pelo paciente^{7,8}.

O objetivo desse trabalho foi relatar o caso de um paciente com desgaste dentário provocado por hábitos parafuncionais, acompanhado de perda das guias mandibulares. Na reabilitação estético-funcional do paciente foram aplicados conhecimentos multidisciplinares, envolvendo ajuste oclusal prévio, prótese parcial removível e reanatomização dos dentes anteriores com resina composta direta, empregando o uso de ensaio restaurador, mock-up, prévio.

RELATO DE CASO

Paciente DMS, 33 anos, gênero masculino, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás com queixa estética devido ao tamanho dos dentes anteriores. Após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por parte do paciente foi realizado exame físico intraoral, sendo observado desgaste do terço incisal dos dentes anteriores, superiores e inferiores, provocado por hábitos parafuncionais (bruxismo do sono). Foi constatada também ausência dos dentes 18, 28, 35, 36, 38, 46 e 48. (Figuras 1A, 1B, 2A, 2B)

Após análise da oclusão notou-se a ausência de espaço interoclusal para restabelecimento do comprimento dos dentes anteriores desgastados, quando a mandíbula do paciente foi posicionada em máxima intercuspidação (Figura 2). No intuito de definir o planejamento e plano de tratamento do caso clínico, os arcos superior e inferior foram moldados com hidrocolóide irreversível (Avagel, Dentsply indústria e comércio Ltda, Petrópolis, RJ, Brasil) e os modelos de gesso pedra tipo III (Vigodent SA Indústria e Comércio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) montados em articulador semi-ajustável (ASA) (Articulador 4000 Bio-art, São Carlos, SP, Brasil). Optou-se pela execução de ajuste oclusal prévio, estabilizando a mandíbula na posição de relação cêntrica. Isto resultou numa posição mais posterior da mandíbula, havendo ganho de espaço para reanatomização dos dentes anteriores (Figura 3). O ajuste oclusal em relação cêntrica foi executado em três sessões clínicas rápidas. Os desgastes ficaram

limitados à estrutura de esmalte e os dentes após cada sessão receberam polimento e aplicação tópica de flúor por 3 minutos (Fluor Gel, DFL Indústria e comércio S.A., RJ, Brasil). (Figuras 3A, 3B, 3C)



Figura 2A e 2B. Ausência de espaço interoclusal em máxima intercuspidação e em movimento protusivo.



Figuras 1A e 1B. Desgaste dos dentes anteriores superiores e inferiores (ocasionado pelo bruxismo) e ausência dos dentes 35, 36 e 45.

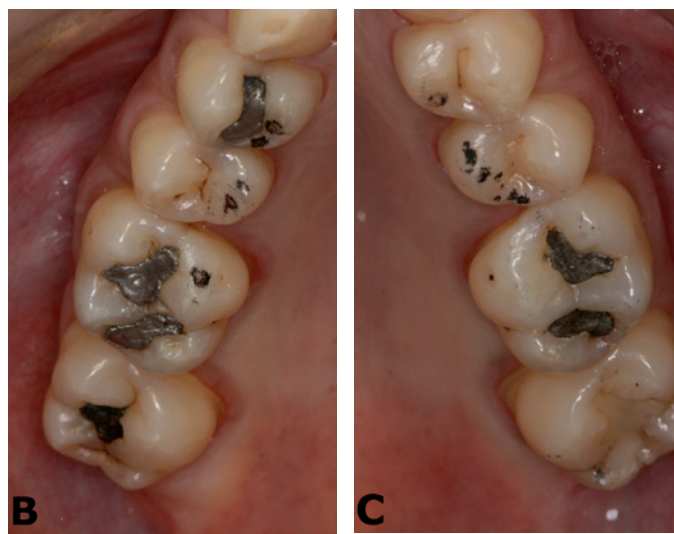


Figura 3A, 3B e 3C. Ajuste oclusal em relação cêntrica.

Após o ajuste oclusal iniciou-se a fase de confecção da prótese parcial removível (PPR) inferior para substituição dos dentes 35, 36 e 46, compreendendo os seguintes passos: moldagem de estudo, delineamento e planejamento, preparo de boca biomecânica, moldagem para obtenção do modelo-mestre, prova da estrutura metálica, registro interoclusal, montagem dos modelos em ASA, seleção dos dentes artificiais (cor e tamanho), prova dos dentes, entrega da prótese e ajustes.

Posteriormente à estabilização da oclusão do paciente na posição de relação cêntrica, por meio de ajuste oclusal e confecção de PPR inferior, procedeu-se à resolução estética do caso clínico. Novos modelos foram obtidos e montados em ASA. Por meio de enceramento reanatomizou-se os dentes anteriores, restabelecendo as guias mandibulares. (Figura 4)

Para previsão da reanatomização foi realizado mock-up. Nesta técnica moldou-se o enceramento diagnóstico com silicona de condensação de uso laboratorial (Zetalabor, Zhermack SpA, Badia Polesine, Itália) para obtenção de matriz. Esta foi aliviada e preenchida com resina bis-acryl (Structur 2S, Voco, Porto Alegre, RS, Brasil) e posicionada no arco do paciente sobre os dentes não preparados. A relação base/catalisador de 4:1 da resina proporciona grande flexibilidade e satisfatória resistência, sem "friabilidade". Após a completa polimerização da resina a matriz foi removida e realizado acabamento e polimento (TDV, Pomedore, SC, Brasil). (Figuras 5A, 5B)

Após a aprovação do paciente iniciou-se a restauração dos dentes ântero-inferiores com resina composta nanohíbrida TPH cor A2 (Dentsply indústria e comércio Ltda, Petrópolis, RJ, Brasil) utilizando uma matriz de silicona de condensação (Zetaplus, Zhermack SpA, Badia Polesine, Itália) como guia. Os dentes ântero-superiores foram restaurados por meio de facetas diretas com a mesma resina composta, utilizando também uma matriz de silicone como guia (Figura 6).

Devido ao hábito parafuncional, bruxismo do sono, e no intuito da manutenção a longo prazo dos resultados alcançados foi confeccionada uma placa oclusal miorelaxante protetora. Para tanto novos modelos foram obtidos, e por meio de registro interoclusal em relação cêntrica, montados em ASA. A placa foi



Figura 4. Enceramento diagnóstico. Reanatomização dos dentes anteriores superiores e inferiores, restabelecendo as guias.

confeccionada no arco superior pela técnica indireta utilizando resina acrílica termopolimerizável (Vipi Cril Plus, Vipi Produtos Odontológicos, Pirassununga, SP, Brasil). A figura 7 ilustra a placa oclusal após ajustes clínicos.

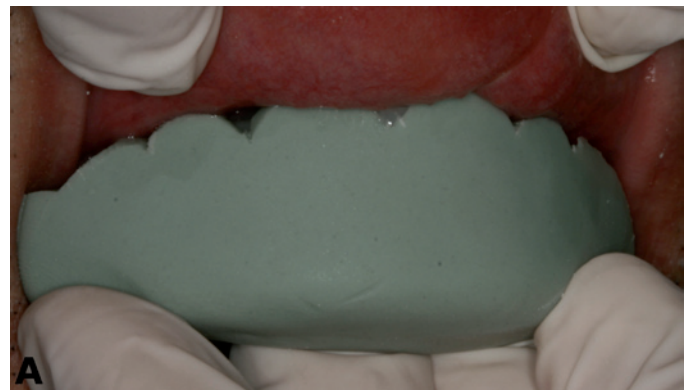


Figura 5A e 5B. Técnica mock-up. Matriz de silicona em posição e resultado imediato alcançado.



Figura 6A e 6B. Uso de matriz de silicona como guia para reanatomização dos dentes anteriores com resina composta.

O paciente recebeu orientações quanto ao uso da placa e manutenção do tratamento executado, sendo alertado da importância dos auto-cuidados para a longevidade dos resultados favoráveis obtidos. (Figuras 6A, 6B, 7, 8, 8A, 8B)

DISCUSSÃO

O restabelecimento da forma e função de dentes desgastados é um tratamento que exige um planejamento amplo, haja vista que em muitos casos há necessidade de interrelação de diferentes áreas da Odontologia. Adicionalmente, exige um verdadeiro comprometimento do paciente tanto no diagnóstico, fornecendo informações importantes, quanto no tratamento, por meio de mudanças de hábitos⁹. Quando o desgaste está relacionado ao bruxismo pode levar a instabilidade oclusal, redução da dimensão vertical, aumento da sensibilidade muscular, dor nas articulações temporomandibulares (ATMs)¹⁰. Nestes casos específicos o tratamento inicialmente deve ser focado na identificação dos fatores causais do hábito parafuncional, antes de se partir diretamente para a reanatomização dos dentes. O bruxismo é uma atividade patológica do sistema estomatognático que envolve o ranger dos dentes e apertamento durante movimentos mandibulares parafuncionais. A etiologia do bruxismo é bastante complexa, podendo envolver fatores locais, sistêmicos, psicológicos e hereditários¹¹.

Há uma grande possibilidade de desenvolvimento de dor nas ATMs ou músculos, podendo comprometer a função mastigatória. Assim, o paciente precisa retornar a um estado funcional saudável antes de qualquer reabilitação. Em alguns casos quando houve comprometimento da estabilidade oclusal o ajuste prévio da oclusão pode ser necessário¹².

Um grande desafio para a reanatomização de dentes anteriores com desgaste no terço incisal é a ausência de espaço suficiente, vertical e/ou horizontal. Uma vez identificados e controlados os fatores causais, deve-se procurar meios de atender aos requisitos estéticos e funcionais do paciente. O ajuste oclusal por desgaste seletivo, empregado de forma criteriosa, representa um importante meio de recuperar espaço, vertical e horizontal, viabilizando a reconstrução com prótese ou restaurações com resina composta dos dentes envolvidos¹³⁻¹⁵. O critério na indicação do ajuste por desgaste seletivo está na definição prévia da quantidade de desgaste requerida. Quando o desgaste for excessivo, superior a 1,0 mm, alternativa como o tratamento ortodôntico deve ser considerada.

Diante da indicação do ajuste da oclusão previamente à execução de tratamentos restauradores, há que se definir a posição mandibular em que o ajuste será executado. A relação cêntrica (RC) representa uma posição mais posterior da mandíbula, é fisiológica e reprodutível. Em pacientes com grau acentuado de desgaste dos dentes anteriores, envolvendo praticamente todo o terço incisal, na posição de máxima intercuspidação habitual (MIH), praticamente não há espaço. Isto pode ser evidenciado também pela ausência de *overjet* e *overbite*, durante a análise dos movimentos excursivos da mandíbula. (Figura 2)

No presente caso clínico optou-se pela RC após constatar o



Figura 7. Placa oclusal mio-relaxante de resina acrílica.



Figura 8A e 8B. Aspecto inicial e resultado estético-funcional alcançado.

ganho de espaço requerido (Figura 8) e, sobretudo, porque a quantidade de desgaste dentário necessário para reestabilização da oclusão estava dentro dos critérios de indicação do ajuste por desgaste seletivo.

A identificação da necessidade e indicação do ajuste oclusal foi de fundamental relevância para a longevidade do tratamento. É muito freqüente em casos similares, a simples restauração dos dentes, com resultado estético imediato excelente. Porém, são casos em que o paciente num curto espaço de tempo torna-se insatisfeito, haja vista que a restauração se solta por inteiro ou ocorrem fraturas sucessivas, voltando ao estágio inicial de dente desgastado. Portanto, é indispensável que se faça um adequado diagnóstico, ou seja, identificar os fatores que levaram àquele desgaste. Somente com este tipo de atitude pode-se trabalhar com previsibilidade e satisfação a longo prazo do paciente.

Uma vez definida uma nova posição de estabilidade oclusal, diante das ausências dos dentes 35, 36 e 46, foi confeccionada uma prótese parcial removível.

Percepção, planejamento e previsibilidade em odontologia estética são os segredos para o sucesso. A possibilidade de esclarecer ao cliente a respeito do tratamento que será execu-

tado, o mais próximo do real, pode ser realizada por meio de um método de simulação, o ensaio restaurador ou *mock-up*. Tal procedimento pode ser realizado em modelos de estudo e, posteriormente, transferidos para boca ou como ensaio restaurador intra-oral^{7,8}.

O *mock-up* permite a simulação do provável resultado estético e funcional para os pacientes com dificuldade de imaginar todas as possíveis modificações que podem ser realizadas em seu sorriso, após o tratamento restaurador. A partir do *mock-up* é possível estabelecer várias opções de tratamento (forma e tamanho dos dentes) atendendo aos anseios de cada cliente, facilitando a comunicação e consequente aceitação do tratamento pelo cliente¹⁶.

Atualmente o cirurgião-dentista possui diversas opções restauradoras para os dentes anteriores. Procedimentos diretos ou indiretos, com resinas compostas ou cerâmicas, variáveis que muitas vezes dificultam o correto diagnóstico de qual técnica e qual material são mais adequados para cada situação clínica. O conceito da Odontologia Restauradora atual preconiza que, para qualquer tipo de procedimento, o profissional deve sempre optar pelo tratamento mais conservador, isto é, com maior preservação de estrutura dental sadia¹¹.

O recontorno cosmético com resinas compostas é a técnica mais simples de restauração direta, não requerendo qualquer espécie de preparo. A resistência e retenção são providas pela adesão ao esmalte. Representa a alternativa de escolha em casos em que não existem alterações de cor profundas, ou dentes cujo posicionamento não exige correção por meio de desgastes¹².

Desde que respeitadas as suas limitações, principalmente com relação à seleção do caso e a sensibilidade da técnica, os recontornos cosméticos são restaurações que podem proporcionar ou devolver a harmonia do sorriso de forma excepcional¹².

No presente caso a reanatomização dos dentes anteriores foi realizada pelo processo direto, que adicionalmente apresenta a vantagem do custo, que é relativamente mais baixo do que aqueles que envolvem parte laboratorial. O número de sessões para execução (sessão única) também mostra ser uma vantagem importante¹².

O desgaste dentário apresentado pelo cliente foi relacionado ao hábito parafuncional de bruxismo. Desde o primeiro momento o paciente foi conscientizado e recebeu informações quanto às formas de controle e tratamento deste hábito. Como maneira de controlar o bruxismo e proteger os arcos dentários reabilitados foi confeccionada uma placa oclusal miorelaxante de resina acrílica termopolimerizável no arco superior.

A placa oclusal miorelaxante ou placa estabilizadora confeccionada de resina acrílica, por apresentar menor dureza que o esmalte dentário, minimiza os desgastes e fraturas dos dentes⁴. Isto dará uma previsão de maior longevidade ao resultado estético-funcional alcançado de imediato.

CONCLUSÃO

O presente caso clínico procurou mostrar a importância do estabelecimento de um correto diagnóstico para a longevidade dos tratamentos odontológicos. Mais do que alcançar os requisitos estéticos imediatos, perfeitamente atingíveis diante das técnicas e matérias restauradores disponíveis, há que se procurar trabalhar com visão ampla buscando integrar os conhecimentos das diferentes áreas da odontologia. Assim pode-se trabalhar com previsibilidade e sucesso longo prazo.

REFERÊNCIAS

01. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(8):1109-18; quiz 63-5.
02. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sandor GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(2):84-9.
03. Christensen J. Effect of occlusion-raising procedures on the chewing system. *Dent Pract Dent Rec.* 1970;20(7):233-8.
04. Machado NAG, Fonseca RB, Branco CA, Barbosa GAS, Fernandes AJ, Soares CJ. Dental wear caused by association between bruxism and gastroesophageal reflux disease: A rehabilitation report. *J Appl Oral Sci.* 2007;15(4):327-33.
05. Guedes FP, Junior A, Friction J, Hathaway K, Decker K. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. 290p.
06. Gürel G, Bichacho N. Permanent diagnostic provisional restorations for predictable results when redesigning the smile. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2006;18(5):281-6.
07. Kina S; Bruguera A. Invisível: Restaurações estéticas cerâmicas. Maringá: Dental Press Editora; 2008. 420p.
08. Magne P, Belser UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. *J Esthet Restor Dent.* 2004;16(1):7-16.
09. Smith BG, Bartlett DW, Robb ND. The prevalence, etiology and management of tooth wear in the United Kingdom. *J Prosthet Dent.* 1997;78(4):367-72.
10. Pavone BW. Bruxism and its effect on the natural teeth. *J Prosthet Dent.* 1985; 53 (5):692-6.
11. Harada T, Ichiki R, Tsukiyama Y, Koyano K. The effect of oral splint devices on sleep bruxism: a 6-week observation with an ambulatory electromyographic recording device. *J Oral Rehabil.* 2006;33(7):482-8.
12. Soares CJ, Pizi EC, Fonseca RB, Martins LR, Fernandes AJ Neto. Direct restoration of worn maxillary anterior teeth with a combination of composite resin materials: a case report. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17(2):85-91.
13. Baratieri LN, Araujo E, Monteiro S Jr. Color in natural teeth and direct resin composite restorations: essential aspects. *Eur J Esthet Dent.* 2007;2(2):172-86.
14. Barbosa GAS, Badaró-Filho CR, Fonseca RB, Soares CJ, Neves FD, Fernandes AJ Neto. The role of occlusion and occlusal adjustment on temporomandibular dysfunction. *Braz J Oral Sci.* 2004;3(11):589-94.
15. Cardoso AC e cols. Importância da relação cêntrica na restauração estética de dentes anteriores abradidos. *Amelo.* 2000;7:50-56.
16. Behle C. Placement of direct composite veneers utilizing a silicone buildup guide and intraoral mock-up. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 2000;12(3):259-66.
17. Magne P; Douglas WH. Additive contour of porcelain veneers: a key element in enamel preservation adhesion, and esthetics for aging dentition. *J Adhes Dent.* 1999;1(1):81-92.

ABSTRACT

The objective of this article was report a case of cosmetic and functional rehabilitation of patients with loss their anterior guides caused by parafunctional habits. DMD patient, 33 years, male, sought the Faculty of Dentistry of Federal University of Goiás with esthetic complain due the size of her anterior teeth. In the clinical examination was seen: incisal wear of anterior teeth, upper and lower, caused by deleterious habits (sleep bruxism) and absence of teeth 18, 28, 35, 36, 38, 46 and 48. In occlusal analysis noted that there was no space for the restoration of functional anatomic shape of teeth in the habitual intercuspal position. Occlusal adjustment was proposed in centric relation, once the jaw positioned subsequently had more space for restoration with direct composite of worn anterior teeth. After three

sessions the adjustment was made a removable partial denture for replacement of the lower teeth missing (35, 36 and 46). The mock-up technique was performed before the teeth restoration with direct composite resin, allowing the aesthetic evaluation and patient approval. On completion of the restoration procedures using silicone matrix guides, new models were obtained and mounted on semi-adjustable articulator for fabrication of occlusal splints relaxant in acrylic resin. After delivery of the occlusal splints relaxant and subsequent adjustments the patient was instructed on the use and care for maintenance all results.

KEYWORDS: Centric relation, esthetics dental, occlusal adjustment, dental prosthesis.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. Dr. Sicknan Soares da Rocha,
Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral,
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás.
Praça Universitária, s/n, Faculdade de Odontologia,
Setor Universitário, Goiânia-GO, 74605220.
Tel: (62) 3209 6050, Fax: (62) 3521 1882
E-mail: sicknanrocha@yahoo.com.br