
**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA E FUNCIONAL EM PACIENTE BRUXÔMANO –
RELATO DE CASO CLÍNICO*****AESTHETIC AND FUNCTIONAL ORAL REHABILITATION IN BRUSSELS PATIENT -
CLINICAL CASE REPORT***

Allan Henrique MODROW¹
Carlos Pereira LIMA²
Ana Paula Tulio MANFRON³
Maria Augusta RAMIRES²

RESUMO

Introdução: O bruxismo é uma atividade parafuncional, caracterizada pelo ato de apertar e ranger os dentes, como uma série de movimentos musculares repetitivos não funcionais da mandíbula. Para um tratamento reabilitador em pacientes bruxômanos, várias abordagens integradas são necessárias, pois, pacientes com essa parafunção podem apresentar uma perda significativa de estrutura dentária, com interferência nas relações oclusais. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de reabilitação protética em região de maxila e mandíbula, por meio do uso de restaurações provisórias, como fase inicial do tratamento reabilitador, a fim de reestabelecer a dimensão vertical, em um paciente bruxômano. **Considerações finais:** O uso de restaurações provisórias, como fase inicial do tratamento, apresentou eficácia no caso relatado. Foi reestabelecido a dimensão vertical, a estética e contribuiu de forma positiva para a melhora da autoestima do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Reabilitação bucal, prótese dentária, bruxismo.

ABSTRACT

Introduction: Bruxism is a parafunctional habit, characterized by the act of clenching and grinding teeth, as a series of repetitive non-functional muscular movements of the jaw. For a rehabilitative treatment in patients with bruxism, many treatments are necessary, because patients with this parafunctional habit can present a significant tooth surface loss, with occlusal interference. **Objective:** Present a case report of prosthetic rehabilitation in maxilla and mandible, using provisional restorations, as the first phase of treatment, to re-establish the occlusion dimension, in a patient with bruxism. **Final Considerations:** The use of temporary restorations, as an initial step of treatment, was effective in the case reported. The vertical dimension, the aesthetics were reestablished and contributed positively to the improvement of the patient's self-esteem.

KEYWORDS: Mouth rehabilitation, dental prothesis, bruxism

¹Estudante do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

² Mestre em Odontologia, docente do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

³ Doutora em Odontologia, docente do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

e-mail correspondente: tulio.ana@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma atividade parafuncional, caracterizada pelo ato de apertar e ranger os dentes, como uma série de movimentos musculares repetitivos não funcionais da mandíbula¹. Pode se apresentar de duas formas: diurno e noturno. O bruxismo diurno é o mais prevalente e acomete mais o gênero feminino, em contrapartida o gênero masculino é o mais afetado pelo bruxismo noturno¹⁻³.

Atualmente, a busca por um sorriso harmônico é preconizado pela maioria dos pacientes que procuram por atendimento odontológico, não se limitando apenas a tratamentos restauradores comuns, atendimentos de urgência ou emergência^{1,2}. Para um tratamento reabilitador em pacientes bruxômanos, vários tratamentos integrados são necessários, os quais dispõem desde uma adequação do meio bucal, com o intuito de melhorar a saúde periodontal, até tratamentos mais complexos para restabelecer a função oclusal⁴, pois pacientes com essa parafunção podem apresentar uma perda significativa de estrutura dentária, com interferência nas relações oclusais, tornando o tratamento reabilitador ainda mais complexo³⁻⁶.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de reabilitação protética em região de maxila e mandíbula, por meio do uso de restaurações provisórias, como fase inicial do tratamento reabilitador, a fim de reestabelecer a dimensão vertical, em um paciente bruxômano.

2. RELATO DE CASO

Paciente 53 anos de idade, sexo masculino, compareceu à clínica da Faculdade Herrero, Curitiba-Pr, com queixa principal de insatisfação estética em relação ao seu sorriso. Após anamnese e exames clínicos (intra e extrabucal), foi observado desgaste severo generalizado e ausência de alguns dentes (Figuras 1A e B). O diagnóstico clínico foi confirmado com exames radiográficos complementares (Figura 2), modelos de estudo e fotografias.



Figura 1. A. Aspecto clínico inicial. B. Aspecto clínico inicial intrabucal.



Figura 2. Radiografia Panorâmica Inicial.

Após definição do plano de tratamento, foram realizadas moldagens superior e inferior em alginato (*Hydrogum Tipo I, Zhermack, Alemanha*) para confecção dos modelos de estudo, seguidas de montagem em articulador (ASA) (Figura 3A, B e C). Foi utilizado como um desprogramador neuromuscular o *Jig de Lucia* para obtenção da Relação Cêntrica (RC).



Figura 3. A Modelo de gesso em articulador lado esquerdo. B. modelo de gesso visão frontal. C. Modelo de gesso lado direito.

Após realização de procedimentos clínicos prévios ao trabalho protético, iniciou-se a sequência para a confecção da *Overlap* removível, visando uma abordagem minimamente invasiva. Para isso, foram realizados desgastes das bordas incisais e oclusais, para o arredondamento dos dentes, facilitando assim o assentamento da peça. (Figura 4)



Figura 4 . Aspecto após o arredondamento dos rebordos incisais.

Na sequência clínica foi realizada uma moldagem com moldeira de estoque perfurada utilizando silicone de condensação (*Speedex, Coltene, USA*). Em seguida foi realizado um Jig de Lucia na posição de relação cêntrica (RC), seguido de montagem em articulador (ASA), e enviado ao laboratório de prótese para confecção da *Overlap*. Primeiramente foi realizado enceramento manual em todos os elementos da arcada superior, em seguida a prensagem da placa sob o enceramento e por fim foi obtida a prótese provisória do tipo *Overlap* em resina acrílica prensada. (Figura 5)



Figura 5. A Overlap no modelo de gesso montado em articulador lado esquerdo, 5. B. Overlap visão frontal. 5. C. Overlap lado direito, demonstrando aumento da DVO em 1.5 mm.

Em seguida, foi realizada a instalação em boca da *Overlap*, na arcada superior, seguido de ajuste oclusal com carbono (*Accufilm, Caicedo Group, USA*) e kit para acabamento e polimento universal (*American Burrs, Palhoça, Sta catarina*). Logo após, foram realizados testes fonéticos e orientações de higiene ao paciente (Figura 6)



Figura 6. A Overlap superior instalada em boca lado frontal. B Overlap vista oclusal.

Após os ajustes oclusais e o período de adaptação, foram realizados os provisórios inferiores nos elementos 34 ao 44 pela técnica do *Mock-Up*, utilizando como material provisório resina acrílica autopolimerizável cor A1 (*Alike GC, Illinois, EUA*). Primeiramente, realizou-se enceramento diagnóstico manual dos elementos 34 ao 44. Para confecção do *Mock-Up* foi realizado uma moldagem do modelo encerado, pela técnica da dupla impressão utilizando silicone de condensação (*Speedex Putty, Coltene, Brazil*), após a cópia fiel do enceramento foram realizados recortes em todo o *Mock-Up* com auxílio de uma lâmina de bisturi justo ao término cervical de cada dente. (Figura 7).

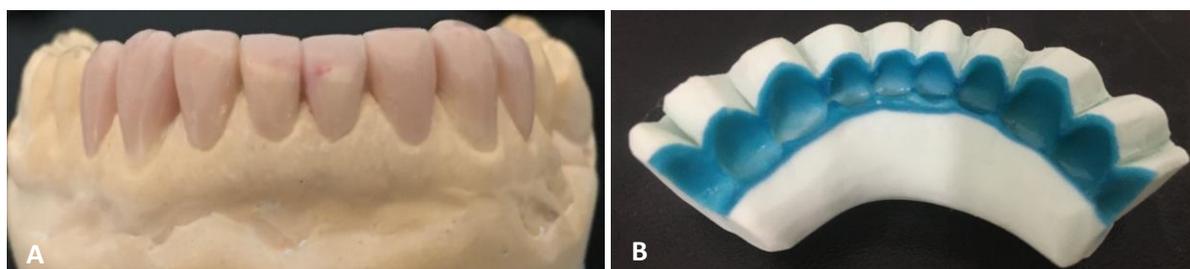


Figura 7. A Enceramento diagnóstico manual vista frontal dos elementos 34 ao 44. B *mock-up* em silicone de condensação.

Em seguida com o auxílio de uma seringa descartável com ponteira, adicionou-se a resina acrílica já manipulada no interior do *Mock-Up* para evitar a formação de bolhas. Logo após o *Mock-*

Up foi inserido sobre os dentes inferiores e excessos do material foi removido. Após a polimerização do material, o *Mock-Up* foi removido e foram realizados acabamento e polimento dos provisórios com o kit de brocas e discos de lixas (Dhpro 2.0 – Prof. Rogério Marcondes), após o polimento concluído optou-se adicionar um *glaze* (TDV, Pomerode, Sta Catarina) para impermeabilização e brilho dos provisórios. (Figura 8).



Figura 8. Provisórios instalados.



Figura 9. Guia de silicone de condensação lingual dos elementos 34 ao 44.

Após uma semana o paciente retornou para a remoção dos provisórios inferiores e para realização das restaurações em resina composta (*Filtek Z350, 3M, USA*) dos elementos 34 ao 44. Foi utilizado uma guia lingual (Figura 9), confeccionada a partir do modelo encerado, o qual foi elaborado para a confecção do *Mock-Up*. Para isso, realizou-se isolamento relativo (*OptraDam Plus, Ivoclar, t*), e com a guia de silicone em posição, adicionaram-se as camadas de resina composta (*Filtek Z350, 3M, USA*),

logo em seguida, foi checado os contatos dentários, e realizado o acabamento e polimento. A preservação do paciente foi realizada: após uma semana, 1 mês e 3 meses (Figura 10).



Figura 10. Proservação do caso após 3 meses de acompanhamento.

3. DISCUSSÃO

O bruxismo, em termos de consequência clínica, pode ser classificado em um fator de risco inofensivo para a saúde, em um fator de risco para a saúde ou em um fator de proteção á saúde. Por mais que seja muito difícil classificar cada uma delas, o importante é reconhecer e mensurar os níveis de risco que o paciente apresenta em termos de saúde bucal³. No caso apresentado, foi observada a interferência negativa desta parafunção, uma vez que apresentou perda significativa de estrutura dentária, com interferência nas relações oclusais, o que tornou o caso ainda mais complexo frente à reabilitação protética.

Alguns autores^{5,6} descrevem que o bruxismo tem um impacto social negativo na vida do paciente, por isso ressaltam a importância de uma anamnese bem detalhada e um planejamento clínico completo, pois pacientes com essa parafunção podem apresentar uma discrepância em relação ao plano oclusal, devendo-se restabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente por meio de uma etapa provisória com uma prótese removível (overlap) em material de resina acrílica, sendo

uma opção simples, efetiva e de baixo custo, auxiliando o profissional no restabelecimento da DVO. Alguns outros materiais podem ser utilizados nessa etapa provisória do tratamento reabilitador afim de criar um espaço reabilitador protético, fornecer o reposicionamento muscular e articular ou para a proteção dos dentes restaurados, os materiais descritos pelos autores são a resina composta, uma placa oclusal superior em acrílico com 2-3mm de espessura ou coroas em resina acrílica autopolimerizável nos dentes posteriores^{5,6}.

Frente a isso, em um estudo realizado por Mengatto et al.(2016)⁵, foi sugerido uma classificação baseada na perda de estrutura dentária e alterações relacionadas às relações oclusais, as quais foram divididas em três categorias diferentes:

- Categoria I – pacientes com desgaste severo dos dentes e perda da DVO.
- Categoria II – pacientes com desgaste dental e perda da DVO, porém com espaço para restauração.
- Categoria III – os pacientes com desgaste severo e nenhuma perda da DVO, porém se diferem da categoria II por ter o espaço reabilitador limitado.

No caso clínico apresentado, o paciente foi categorizado como tipo I, juntamente com um espaço reabilitador limitado.

Estudos^{7,8} destacam alguns exames complementares que apresentam como objetivo recolher e registrar dados de regiões específicas a serem avaliadas e diagnosticadas, no intuito de ajudar a entender a origem e o comportamento desta atividade parafuncional, são eles: a polissonografia (avaliação da qualidade do sono do paciente), eletromiografia (atividade muscular), a eletroencefalograma (atividade cerebral) e o eletrocardiograma (atividade cardíaca).

Segundo Freitas et al. (2012)⁹, é de suma importância que o paciente compreenda a sua parafunção, para que a preservação do tratamento seja mais fácil e a longevidade do tratamento e os cuidados que o paciente deverá ter com todos os novos materiais que farão parte do seu sistema estomatognático sejam eficazes.

Os autores demonstraram em seu estudo a importância do restabelecimento da DVO, devolvendo a função oclusal e estética de baixo custo para o paciente, por meio do uso de uma prótese parcial removível (PPR) inferior e uma *overlap* superior removível, além disso observaram que a *Overlap* removível utilizada nesse caso, permitiu o restabelecimento da estética e função imediatas do paciente, além de se apresentar como uma alternativa de baixo custo⁹.

Corroborando com os resultados obtidos no presente relato de caso, no qual foi realizada uma reabilitação por meio do uso de uma *Overlap*, sendo uma etapa crucial para a reabilitação, onde se

pode observar a real necessidade de aumento da DVO. Nessa etapa pode ser avaliada a oclusão do paciente, as sintomatologias que ele possa apresentar, e se necessário alguns ajustes ainda podem ser realizados.

É importante salientar que quando as referências oclusais e guias anteriores são perdidas ocorre uma discrepância no plano oclusal, e devido isso, alguns autores descrevem a importância do aumento da DVO^{5,9,10}. Existe um conceito chamado Dahl, relatado pela primeira vez em 1975, o qual é utilizado em reabilitações com pacientes bruxômanos. Esse conceito preconiza o aumento da DVO em duas etapas, provisória e final. O objetivo de realizar a etapa provisória é criar um espaço interoclusal, onde posteriormente na segunda fase será inserido o material restaurador direto ou indireto, esse método provisório postula diferentes tipos de materiais restauradores que possam restabelecer a DVO do paciente, em alguns casos pode ser utilizado uma *Overlap* em resina acrílica, essa prótese provisória recobre todos os dentes proporcionando o aumento da DVO, permitindo posteriormente uma reconstrução definitiva dos elementos dentários⁵.

O cirurgião-dentista tem um leque de materiais restauradores que podem ser empregados em um tratamento reabilitador, de forma direta ou indireta por meio do uso de resinas compostas ou cerâmicas⁴. Pacientes que apresentam desgastes nos dentes anteriores devido ao bruxismo perdem as proteções dos guias caninos e conseqüentemente podem ocorrer interferências nos dentes posteriores¹⁰.

As cerâmicas têm sido um material muito utilizado em tratamentos reabilitadores por suas propriedades físicas, biológicas e ópticas, além de ser um material muito resistente à abrasão¹¹⁻¹⁵. Alguns estudos¹⁰⁻¹² apontam o uso de coroas em cerâmica fusionada em zircônia para dentes anteriores, e para dentes posteriores onde a estética não tem muita influência pode-se considerar o uso de coroas em ouro, visando desta forma manter a durabilidade e função do caso. Sob o mesmo ponto de vista Mengatto et al. (2016)⁵ salientam que restaurações diretas ou indiretas adesivas, tornam-se a primeira escolha do profissional, devido a evolução dos materiais de adesão, novas técnicas de força e ligação entre material restaurador e remanescente dental proporcionam uma união extremamente forte e duradoura.

No presente relato de caso foi utilizada na arcada superior cerâmica feldspática, pois se assemelha muito a resistência flexural do esmalte. Compreende-se que quando temos uma cerâmica com as mesmas propriedades de resistência flexural encontradas no esmalte dental, que está próximo dos 80 megapascal (Mpa) e da dentina de 14 Mpa, com o passar do tempo obtém-se uma durabilidade muito

maior; já as cerâmicas que apresentam resistência flexural maiores e são altamente resistentes também se caracterizam por seu alto índice de abrasão descompensando todo o sistema estomatognático¹⁴.

A grande dificuldade do profissional em casos de reabilitação em pacientes bruxômanos é a longevidade do tratamento, principalmente pois ela é diretamente influenciada pelos cuidados do paciente. Devido a isso o mesmo deve compreender a sua parafunção, realizar o uso de placa oclusal noturna evitando-se assim o risco de fraturas dos materiais restauradores e consequentemente aumentando a longevidade do tratamento reabilitador¹⁴.

Os resultados do presente relato apontaram que o uso de uma *Overlap* como material provisório conseguiu suprir todas as necessidades e expectativas tanto do paciente em termos de estética e mastigação, quanto do profissional em relação à função, estética e fonação, sendo uma excelente alternativa de material provisório, onde não à necessidade de realizar a cimentação, pois funciona praticamente como uma prótese parcial removível (PPR), apresentando retenção mecânica, estabilidade, fácil instalação e remoção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de *Overlap* como material provisório na fase inicial do tratamento reabilitador, apresentou eficácia no presente caso relatado, pois foram reestabelecidas a dimensão vertical e a estética do paciente de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS

1. Menezes M, Carvalho E, Silva F, Reis G, Borges M. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Revista Odontol Bras Central*. 2015;24(68):37-43.
2. Galbiatti A, Pavesi I, Ferrari F, Pessutti M. Tratamento reabilitador integrado no restabelecimento funcional e estético: relato de caso. *RFO*. 2011;36:3
3. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, *et al*. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*. 2018;45(11):837-844.
4. Caruncho GM, Balabem MV, Ramires MA. Reabilitação Estética E Funcional: Relato de Caso Clínico. *RGS*. 2019;20(2):50-64.
5. Mengatto CM, Coelho-de-Souza FH, de Souza Junior OB. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;22(8):71-77.
6. Moreira A, Freitas F, Marques D, Caramês J. Aesthetic Rehabilitation of a Patient with Bruxism Using Ceramic Veneers and Overlays Combined with Four-Point Monolithic Zirconia Crowns for Occlusal Stabilization: A 4-Year Follow-Up. *Case Rep Dent*. 2019;1640563.
7. Wieckiewicz M, Winocur E. Special Issue: Sleep Bruxism-The Controversial Sleep Movement Activity. *J Clin Med*. 2020;23;9(3):880.

8. Miki H, Minakuchi H, Miyagi M, Hara ES, Shigemoto S, Suzuki Y, Maekawa K, Matsuka Y, Clark GT, Kuboki T. Association of masticatory muscle activity with sleep arousal and other concomitant movements during sleep. *J Oral Rehabil.* 2020;47(3):281-288.
9. Freitas AC Jr, Silva AM, Lima Verde MA, Jorge de Aguiar JR. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology.* 2012;29(1):75-80.
10. Godoy de Oliveira PT, Somacal DC, Júnior LHB, Spohr AM. Aesthetic Rehabilitation in Teeth with Wear from Bruxism and Acid Erosion. *Open Dent J.* 2018;31(12):486-493.
11. Lee JH, Kim SH, Han JS, Yeo IL, Yoon HI. Contemporary full-mouth rehabilitation using a digital smile design in combination with conventional and computer-aided design/manufacturing restorative materials in a patient with bruxism: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(48):e18164.
12. Levartovsky S, Pilo R, Shadur A, Matalon S, Winocur E. Complete rehabilitation of patients with bruxism by veneered and non-veneered zirconia restorations with an increased vertical dimension of occlusion: an observational case-series study. *J Prosthodont Res.* 2019;63(4):440-446.
13. Mainjot AKJ. The One step-No prep technique: A straightforward and minimally invasive approach for full-mouth rehabilitation of worn dentition using polymer- infiltrated ceramic network (PICN) CAD-CAM prostheses. *J Esthet Restor Dent.* 2020;32(2):141-149.
14. Vasconcelos FBR, Lopes TS, Falcão Filho HBL. A Evolução dos sistemas cerâmicos a partir da avaliação de resistência flexural: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Sobral: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Ceará;2018.27p.
15. Shibayama R, Tiozzi R, Queiroz M, Dallazen E, Campaner M. Reabilitação estética dos elementos anteriores utilizando o sistema IPS e e.max. *Rev Odont Araçatuba.* 2016;37(2):9-16.