

PLACAS OCLUSAIS NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

OCCLUSAL SPLINTS FOR THE TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER (TMD)

Priscila Paiva PORTERO¹

Ricardo KERN²

Solena Ziemer KUSMA³

Patricia GRAU-GRULLÓN⁴

Resumo: A etiologia das disfunções temporomandibulares (DTMs) é multifatorial, tendo, por conseguinte, muitas formas de tratamento. As placas oclusais são uma modalidade de tratamento muito utilizada nas DTMs, pois sua confecção é relativamente simples de ser realizada, possuem custo baixo, são reversíveis e tem obtido um alto índice de sucesso no tratamento de muitos sintomas dolorosos provocados pelas DTMs. É realizado neste artigo uma revisão de literatura sobre a utilização de placas oclusais na melhora da sintomatologia dolorosa resultante de DTMs, e ressaltados os aspectos mais importantes que devem ser considerados quando da sua utilização.

Palavras-chave: Disfunção; Placas oclusais; Articulação temporomandibular.

Abstract: The etiology of DTMs is multifactorial having a lot of options for their treatment. The occlusal splints are one of the most use way of treatment for DTMs, because their manufacturing making is relative simple to be done, have a low cost, are reversible and have obtain a high prevalence of outcome in the treatment of the most painfull symptoms of DTMs. This article review the use of occlusal splints for the treatment of painful symptomatology that is provocate from DTMs, the most important things that have to be considerate when they are use have being saliented.

Keywords: Dysfunction; Occlusal splints; Temporomandibular joint.

¹ Doutoranda em Odontologia (Dentística Restauradora) na UNESP – Araraquara. e-mail: priscis.portero@ig.com.br

² Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

³ Doutoranda em Odontologia (Saúde Coletiva) na PUCPR.

⁴ Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

INTRODUÇÃO

O termo disfunção temporomandibular (DTM) tem sido definido como um termo coletivo que engloba alguns problemas clínicos relacionados à musculatura mastigatória, articulação temporomandibular (ATM) ou ambas. Uma DTM compreende na maioria das vezes uma função prejudicada, a presença de espasmos, fadiga dos músculos mastigadores e o bruxismo.

A disfunção temporomandibular pode ter várias etiologias como: traumatismos, hábitos parafuncionais, má oclusão, excessiva abertura bucal, doenças sistêmicas, atividades posturais inadequadas, fatores emocionais, entre outras.

As DTMs podem ser divididas em: desordens da articulação temporomandibular (ATM), desordens dos músculos mastigadores, doenças congênitas e do desenvolvimento.

Alguns dos sinais e sintomas que podem ocorrer quando há disfunções temporomandibulares (DTMs) são: enxaquecas, dores de cabeça, dores e/ou ruídos nas articulações, dificuldade de abrir a boca, dificuldade de mastigar e dores de ouvido.

O diagnóstico das DTMs compreende a história do paciente, o exame clínico e exames complementares, sendo que a maioria das informações para um correto diagnóstico é obtido na anamnese do paciente.

Existem atualmente várias modalidades de tratamento para DTMs, visto que estas possuem uma variedade de sintomas e apresentam uma etiologia multifatorial. Como modalidades de tratamento estão: educação do paciente e auto-cuidado, modificação do comportamento (incluindo técnicas de relaxamento), medicamentos; terapia física, placas oclusais estabilizadoras, terapia oclusal (ortodontia, reabilitação oral) e cirurgia.

A proposição deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a melhora da sintomatologia dolorosa através do uso de placas oclusais nas DTMs.

REVISÃO DE LITERATURA

As placas oclusais têm vários usos, um dos quais é promover temporariamente uma posição articular ortopedicamente mais estável, mas também podem ser usadas para promover uma oclusão funcional ótima que reorganiza a atividade reflexa neuromuscular anormal enquanto propicia uma função muscular mais adequada, também são utilizadas como proteção para os dentes e estruturas de suporte de forças anormais que possam desgastar ou destruir os dentes.

Vários tipos de placa têm sido sugeridos para o tratamento de DTMs, sendo as de estabilização e as de posicionamento anterior as mais utilizadas. Outros tipos de placas oclusais são: placa de mordida anterior, placa de mordida posterior, placa pivotante e placa macia ou resiliente.

Posselt e Wolf (1963) realizaram estudos para avaliar diferentes tipos de placas, em pacientes bruxistas, e alguns sintomas que variavam entre dor na ATM, dor facial, cefaléia, fadiga e dor nos músculos mastigatórios ou no ligamento periodontal. Placa de resina acrílica rígida superior, placa de resina acrílica rígida inferior, placa de Hawley modificada, placa resiliente e placa confeccionada com ambos materiais, rígido e resiliente, foram avaliadas e os autores não chegaram a conclusões definitivas em relação a que tipo tivesse sido melhor que os outros, pois uma alta porcentagem de indivíduos foi curada ou demonstrou melhora. Entretanto, houve uma tendência de melhores resultados quando a placa de resina acrílica rígida foi utilizada.

Singh e Berry (1985), em um estudo preliminar das mudanças oclusais após o uso das placas resilientes sugeriram que a anatomia e fisiologia dos músculos mastigatórios podem ser consideradas no diagnóstico e tratamento das desordens do sistema mastigatório. Além do que os dentes e músculos podem se readaptar ao ciclo mastigatório podendo ou não necessitar de ajuste oclusal.

A placa resiliente, segundo Okeson (1987), demonstrado provocar aumento significativo da atividade muscular nos pacientes; não necessita de registro para a sua confecção e pode ser confeccionada tanto para o arco superior como para o inferior. Ajustes não são necessários e ela deve ser usada geralmente à noite, e em situações de emergência, por um período de 4 a 6 meses, sendo que após este período perdem a sua flexibilidade.

Mazzetto et al. (1995), concluíram que o tratamento de DTMs engloba uma terapêutica com a utilização de placas reposicionadoras associadas à terapia de suporte e posterior desgaste seletivo, realizados sob constantes avaliações clínicas, com critério e minúcia, a partir de um diagnóstico correto. Sendo a colaboração do paciente um fator primordial, para que se obtenha resultados satisfatórios, com a eliminação dos sinais e sintomas decorrentes desta disfunção.

Alencar Júnior et al. (1998), encontraram resultados favoráveis com o uso de placas e suportam o uso destas como tratamento temporário e modalidade de diagnóstico em pacientes com desarranjos internos articulares, assim como no tratamento do bruxismo e disfunção, mostrando redução dos sintomas de DTM, sendo a redução do

bruxismo maior com a placa de resina acrílica rígida.

BARBOSA et al., em 1998, acreditam que parte do sucesso no atendimento interdisciplinar da maioria dos pacientes tratados com placas oclusais se deve a indicação e confecção corretas, solucionando alguns dos problemas associados às disfunções temporomandibulares. A terapia com placas mio-relaxantes melhora o quadro de disfunção, sendo que os pacientes precisam de controles periódicos.

Ainda existem controvérsias sobre qual das placas devem ser utilizadas na redução da dor dos músculos mastigatórios, rígida ou resiliente, Pettengill et al. (1998) afirmam que ambas são igualmente úteis no tratamento da dor dos músculos mastigatórios como terapia a curto prazo.

O aconselhamento, a terapia com drogas, a psicoterapia e a terapia com placas são modalidades de tratamento usadas em pacientes com DTM. Gray e Davies (2001) revisaram os principais tipos de placas utilizadas. A placa resiliente é facilmente fabricada e deve ser utilizada como um tratamento de emergência. Ela é melhor tolerada no arco inferior. Uma única moldagem necessita ser feita e, sua fabricação é barata e fácil, porém o seu ajuste é difícil de realizar. Em aproximadamente 10% dos casos de utilização deste aparelho, o paciente pode ter piora dos sintomas. Pacientes bruxistas, devido ao fato de terem conhecimento de possuir um material compressível em suas bocas, podem aumentar a atividade muscular. O aparelho deve ser usado somente à noite e o alívio dos sintomas, se tiver sucesso, aparecerá em 6 semanas. Com o passar do tempo, 4 a 6 meses, ele pode perder a resiliência. A placa convencional rígida também denominada de placa de Michigan, placa de Fox, placa de relação cêntrica ou placa de estabilização é utilizada quando interferências oclusais, discrepância entre relação cêntrica e oclusão cêntrica são fatores etiológicos. Os autores afirmaram que o objetivo do uso da placa de estabilização é que o paciente em oclusão estática possua o máximo de número de contatos e com forças iguais entre a placa e os dentes opostos.

Apesar do efeito positivo da placa de oclusão sobre os sinais e sintomas da DTM, Felício et al. (2003), afirmam que alguns pacientes não respondem ao tratamento com placa, e esta pode não produzir a total resolução do problema para todos os indivíduos, o que sugere a necessidade de outros procedimentos terapêuticos.

O bruxismo tem sido sugerido como um fator que inicia ou perpetua um determinado subgrupo de disfunção temporomandibular (DTM), no entanto, a associação exata entre bruxismo e DTM ainda permanece obscura, sendo assim, Van Zaag et al. (2005) avaliaram a eficácia das placas na estabilização oclusal de pacientes com bruxismo durante o sono e recomendaram cautela na indicação das placas oclusais para outra função além da proteção contra o desgaste dentário e que a utilização das placas oclusais devem ser consideradas apenas em casos específicos.

Qasim (2006) avaliou a placa oclusal no tratamento dos transtornos da articulação temporomandibular e verificou que ela teve um efeito significativo sobre a melhoria dos sinais físicos relacionados à desordem temporomandibular.

A avaliação da efetividade das placas oclusais no tratamento da síndrome da dor regional complexo crônico (CRPS) foi realizada por Fischer et al. (2008), e verificaram que o uso da placa oclusal durante 7 semanas não tem nenhum impacto na dor relacionada com a CRPS, mas melhorou os sinais e sintomas de dor provocada por disfunções temporomandibulares.

Alencar e Becker (2009) compararam a efetividade de diferentes placas oclusais associadas com o aconselhamento e autocuidado no manejo dos sinais e sintomas da dor orofacial e concluíram que todos os pacientes estudados melhoraram com o passar do tempo e todas as placas oclusais ofereceram benefício.

DISCUSSÃO

Como visto, existem muitos trabalhos utilizando placas oclusais no tratamento do bruxismo e das DTMs.

As placas oclusais têm tido um lugar de destaque no tratamento das DTMs por ser um tratamento de baixo custo e por atingir um elevado índice de sucesso.

A placa oclusal estabilizadora, também denominada de placa mio-relaxante convencional ou de Michigan é a mais utilizada, pois causa menor risco de alterações oclusais irreversíveis ao paciente: como mordida aberta anterior, extrusões dentárias migrações patológicas.

Segundo Ramjord e Ash (1984) o uso de uma placa oclusal bem concebida e a terapêutica adicional, se indicada, é a terapêutica eficiente para a maioria das perturbações estruturais do sistema mastigador.

Estão disponíveis diversos tipos de placas oclusais confeccionadas com materiais rígidos ou resilientes e existem ainda muitas controvérsias relacionadas a isso, mas de acordo com Okeson (2000), embora as placas resilientes possam reduzir os sintomas de DTMs, as de acrílico duro reduzem os sintomas mais rapidamente e melhor, ficando então as placas resilientes indicadas principalmente como proteção contra traumatismos nos dentes

e estruturas de suporte, e em casos de sinusites crônicas, quando o paciente relata grande sensibilidade dentária resultante de forças oclusais fisiológicas.

Embora as placas oclusais têm demonstrado sucesso em grande número de estudos de tratamento de DTMs é importante ressaltar que elas não devem ser usadas como única modalidade de tratamento, mas sim como parte deste ou até mesmo como coadjuvante à outras terapias como a medicamentosa ou a fisioterápica e é necessário que se descubra a etiologia da DTM para que se obtenha sucesso a longo prazo no tratamento.

Outro aspecto importante a ser observado é a importância do paciente no tratamento, sendo necessária sua conscientização quanto à necessidade do uso correto das placas, assim como sua percepção de hábitos posturais incorretos, de apertamento ou bruxismo durante o estado de vigília, como também procurar ter hábitos de vida mais saudáveis e até mesmo a conscientização da relação entre situações de estresse e DTMs.

Apesar de existirem muitos estudos sobre o uso de placas oclusais, seu mecanismo de ação não está totalmente compreendido. Existem muitas controvérsias sobre a eficiência das placas de mordida oclusal em relação a outras formas de terapêutica para a disfunção dolorosa músculo-ATM, devido principalmente ao diagnóstico inicial incorreto, levando ao uso inadequado da placa; acreditar que todas as formas de distúrbios respondem à terapia no mesmo período; falha no compreender que a síndrome da ATM pode ser secundária a um distúrbio primário; confecção incorreta da placa de mordida; falha no ajuste da placa; comunicação inadequada com o paciente sobre o tratamento, os efeitos e a importância de sua colaboração; utilizar a placa de mordida como única forma de DTM, sem levar em consideração outras formas de tratamento.

CONCLUSÕES

As placas oclusais são uma terapia reversível, então só são efetivas quando o paciente as estiver usando corretamente, daí à necessidade da colaboração deste. O mecanismo exato pelo qual as placas oclusais agem ainda não é totalmente conhecido, são necessários mais estudos. Deve-se selecionar apropriadamente o tipo e o material que serão confeccionadas as placas, pois cada placa é direcionada para atuar em um fator etiológico específico;

Não existe uma placa oclusal que é útil para tratar todas as DTMs. Existem DTMs que não respondem à terapia por placas, sendo então necessárias a instituição de outras modalidades de tratamento. Deve ser preferível a seleção de placas confeccionadas com material rígido, haja visto que estas demonstraram ser mais efetivas que as confeccionadas com material resiliente. Qualquer terapia somente deve ser instituída após um correto diagnóstico e deve-se proceder primeiramente à procedimentos reversíveis.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, F.G.P.; AIZAWA, A.S.; CAMPARIS, C.M. Placas oclusais e suas indicações no tratamento de pacientes com disfunção craniomandibular (DCM). **J.B.C.**, v.2, n.11, p.56-62, 1998.

ALENCAR JR., F.; BECKER, A. Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. **J. Oral Rehabil.**, v.36, n.2, p. 79-85, 2009.

BARBOSA, C.M.R.; ALBEGARIA BARBOSA, JR.; MARTINELLI, D.A.; GIL, I.A.; DI HIPÓLITO, O. Aparelhos interoclusais para o tratamento das DCMs. **R.G.O.**, v.46, n.1, p.37-41, 1998.

BATAGLION, C.; CORONATTO, E.A.S.; BATAGION, A.; ZUCCOLOTTO, M.A.C.; CHAGURI, N.A.; MENEZES, F.B. Estudo da amplitude de movimentos mandibulares em pacientes com disfunção temporomandibular após a utilização de placa oclusal miorelaxante. **R.P.G. – Rev. Pos-Grad.**, v.10, n.1, p.19-24, 2003.

DUARTE, E.R.; SILVA JÚNIOR, W.S.; MATIELLO, M.D.; SILVA, C.V. Avaliação das alterações das classificações das severidades das disfunções crânio-mandibulares em pacientes com dor muscular tratados com placas oclusais. **Salusvita**, v.20, n.3, p.81-94, 2001.

FELICIO, C.M. Myofunctional therapy combined with occlusal splint in treatment of temporomandibular joint dysfunction-pain syndrome. **Br. Dent. J.**, v.2, n.1, p. 27-33, 1991.

FELÍCIO, C.M.; MAZZETTO, M.O.; BATAGLION, C.; SILVA, M.A.M.R.; HOTTA, T.H. Desordem temporomandibular: análise da frequência e severidade dos sinais e sintomas antes e após a placa de oclusão. **J. Bras. Ortodont. Ortop. Facial**, v. 8, n.43, p.48-57, 2003.

FISCHER, M.J.; REINERS, A.; KOHNEN, R.; BERNATECK, M.; GUTENBRUNNER, C.; FINK, M.; SVENSSON, P. Do occlusal splints have an effect on complex regional pain syndrome? A randomized, controlled proof-of-concept trial. **The Clinical journal of pain**, v.24, n.9, p. 776-83, 2008.

GRAY, R.J.M.; DAVIES, S.J.; QUAYLE, A.A. A clinical approach to temporomandibular disorders 6 splint therapy. **Br. Dent. J.** v.20, n.4, p. 135-42, 1994.

GRAY, R.J.M.; DAVIES, S.J. Occlusal splints and temporomandibular disorders: why, when, how? **Dent Update**, v. 20, n.4, p.194-99, 2001.

HARKIN, S. et al. Application of soft occlusal splint in patients suffering from clicking temporomandibular joints. **Cranio Chattanooga**, v.6, n.1, p.71-6, 1998.

HENRIQUES, S.F.R. Efeitos de placas oclusais totais rígidas e resilientes sobre a atividade muscular noturna de pacientes com diagnóstico confirmado de parafunção. **Arq. Centro Estud. Curso Odontol.**, v.29, n.1, p.35-40, 1992.

LEIB, A.M. The occlusal bite splint - a noninvasive therapy for occlusal habits and temporomandibular disorders. **Compendium Newtown**, v. 17, n.11, p.1081-90, 1996.

MAZZETTO, M.O.; PONTES A.R. Tratamento do deslocamento do disco articular com redução: caso clínico. **R.O.B.R.A.C.**, v.5, n.16, p.32-5, 1995.

MCNEILL, C. **Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management**. 2. ed. Chicago: Quintessence Publishing, 1993.

NEVARRO, E.; BARGHN, N.; REY, R. Clinical evaluation of maxillary hard and resilient occlusal splint. **J. Dent. Res.**, v. 64, p. 314, 1985.

OKESON, J.P. The effects of hard and soft occlusal splints on nocturnal bruxism. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 114, n. 6, p. 788-91, 1987.

OKESON, J.P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. 4. ed. Mosby: St. Louis, 1998.

OKESON, JP. **Tratamento das desordens temporomandibulares e Oclusão**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

OLIVEIRA, PA. Avaliação da eficiência da placa interoclusal estabilizadora nas DCM: avaliação por eletrognatografia computadorizada. **R.G.O.**, v. 46, n. 1, p.11-4, 1998.

PETTENGILL, C.A.; GROWNEY, M.R.; SCHOFF, R.; KEN, R.W. A pilot study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating with temporomandibular disorders. **J. Prosthet. Dent.**, v. 79, n. 2, p.165-68, 1998.

POSSELT, U.; WOLF, I. Treatment of bruxism by bite guards and bite plates. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 29, n.12, p. 773-78, 1963.

QASIM, W.F. The effectiveness of occlusal splint therapy in the treatment of Iraqi temporomandibular disorder (TMD) patients. **Jordan Medical Journal**, v. 40, n. 4, p. 293-99, 2006.

QUAYLE, A.A.; GRAY, R.J.M.; METCAFE, R.J.; GUTHRIET, E.; WASTELL, D. Soft occlusal splint therapy in the treatment of migraine and other headaches. **J. Dent.**, v.18, n.3, p. 123-29, 1990.

RAMJORD, S.I.; ASH, M. **Oclusão**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.

SANTOS JÚNIOR, J.D. **Oclusão**: Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular. Rio de Janeiro, Pancast, 1987.

SINGH, B.P.; BERRY, D.C. Occlusal changes following use of soft occlusal splints. **J. Prosthet. Dent.**, v.54, n.5, p.711-15, 1985.

VAN ZAAG, J.D., LOBBEZOO, F., WICKS, D.J., VISSCHER, C.M., HAMBURGER, H.L., NAEIJE, M. Controlled Assessment of the Efficacy of Occlusal Stabilization Splints on Sleep Bruxism. **Journal of Orofacial Pain**, v. 19, n. 2, p. 151-8, 2005.