

UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL

CURSO DE ODONTOLOGIA

A importância do conhecimento do ajuste oclusal no
cotidiano do cirurgião – dentista

Natália Vasconcelos dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Cruzeiro
do Sul para a conclusão do curso de
Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo
Pelizon Pelino

Co-Orientadoras: Prof^a Dr^a Maria
Leticia Borges Britto

Profa Ms Mariana

Cavatoni

São Paulo



Retirado do Índice de Trabalhos do Endonline
Disponível em www.endonline.com.br

RESUMO

A importância do conhecimento do ajuste oclusal no cotidiano do Cirurgião - Dentista

Este trabalho teve como objetivo elucidar a importância de se ter um certo conhecimento sobre a realização de um ajuste oclusal, por meio de uma revisão da literatura, onde foram descritos os tipos de ajustes reversíveis e irreversíveis além de suas aplicações. Para o cirurgião - dentista e especialistas realizar um diagnóstico diferenciado devem dominar os fundamentos básicos de anatomia e fisiologia do sistema mastigatório para um ajuste oclusal, objetivando adequar às condições bucais e gerais do paciente. Concluindo que é necessário um trabalho multidisciplinar, criando um protocolo que oriente o profissional de como proceder estabelecendo um adequado prognóstico. Por meio da descrição de um caso clínico cedido pelo Curso de Especialização em Endodontia da Universidade Cruzeiro do Sul, onde algumas técnicas foram observadas e outras realizadas visando um "preparo" para harmonia oclusal adequada para o paciente onde alguns destes princípios foram mostrados

Palavras chaves: oclusão, ajuste oclusal

ABSTRACT

The importance of the knowledge of the occlusal adjustment in daily



of the Dentist

The aim of the present study was to describe the importance of the occlusal adjustment verifying through the literature the irreversible and reversible adjustment possibilities, its applications regarding an adequate occlusal function. The anatomy and physiology basic fundamentals of the masticator system for an occlusal adjustment must be clear in order to achieve a correct diagnosis by the dentist aiming to adequate the patients' oral and general conditions. To conclude, a multi professional work is paramount leading to a protocol guiding the dental surgeon how to proceed and establish an adequate prognosis. By means of the description of a clinical case by the Course of Endodontic Specialization of the Universidade Cruzeiro do Sul (São Paulo –SP-Brazil), where some techniques had been observed and others carried through aiming at a “preparation” for adjusted occlusal harmony for the patient where some of these principles had been shown

Keywords occlusion, occlusal adjustment

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

Os dentes, o periodonto, osso basal e a articulação temporomandibular formam o eixo estrutural do sistema mastigatório, apresentando ampla adaptação a padrões funcionais variáveis. Porém para o sistema mastigatório funcionar em harmonia é preciso manter a homogeneidade nos componentes



descritos acima.⁹

A perda da função pode levar à alterações adaptativas e estas são individuais e se tiverem interação com fatores inflamatórios, nutricionais, mecânicos, estruturais sistêmicos, metabólicos e traumáticos podem provocar doenças severas do sistema mastigatório como um todo.

O periodonto de sustentação tem muitas funções entre elas a hidrodinâmica, transformando forças de pressão em tração o que permite manter reabsorção e neoformação em equilíbrio. Esse mecanismo é controlado por fatores endógenos e pela genética, mas em longo prazo a sua manutenção pode ser influenciada pelos fatores exógenos que podem desencadear forças oclusais traumáticas.⁵⁻⁷

As principais características clínicas encontradas em indivíduos com traumatismo oclusal são: dor nos tecidos de suporte, mobilidade dental, contatos dentais anormais, perda óssea vertical, espessamento do periodonto e defeitos ósseos. O cirurgião – dentista e especialistas como os ortodontistas para realizar um diagnóstico diferenciado, precisam dominar os fundamentos básicos de anatomia e fisiologia do sistema mastigatório para um ajuste oclusal, objetivando adequar às condições bucais e gerais do paciente.^{5,7}. Quer pela ação das placas interoclusais e do ajuste oclusal como artifício para controle dos sintomas relacionados à Articulação Têmporo Mandibular (ATM), tal como o uso isolado de cada um ou a associação dos dois. O ajuste oclusal é o artifício no qual se sugere pequenos remodelamentos nas superfícies dos dentes, por desgaste ou



acrécimo, possibilitando assim uma oclusão harmônica, sem contatos prematuros e interferências oclusais nos movimentos excursivos da mandíbula. Porém deve-se ter muito critério na escolha dessa conduta, ou seja, se o paciente não possuir sinais ou sintomas de oclusão traumática, não houver diagnóstico de distúrbio, ou se o operador não tiver domínio da técnica, é extremamente desaconselhável a sua execução podendo desta forma piorar o quadro do paciente, ao invés de solucionar o problema, devolvendo ao paciente um conforto muscular conseqüentemente um alívio da dor.^{3, 5, 7}

Em odontologia, oclusão refere-se à relação dos dentes mandibulares e maxilares quando estão em contato funcional durante a atividade da mandíbula. Existem vários conceitos de oclusão como para Angle¹, em 1907, baseou-se nos conceitos de que o melhor equilíbrio, harmonia e proporção da face eram determinadas pela teoria criacionista: “se Deus havia dado ao paciente 32 dentes, a busca da beleza era o de que não importava como o paciente ficaria desde que todo o dente estivesse presente na boca”. Desenvolveu um conceito de oclusão normal, o que aconteceu no final do século XIX. Segundo ele, uma oclusão normal é aquela na qual os primeiros molares superiores estão em "chave de oclusão", ou seja, a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclue no sulco vestibular do primeiro molar inferior. Se existir esta relação molar e os dentes estiverem posicionados numa linha de oclusão com uma curva suave, então se tem uma oclusão normal.

Okeson⁶ (1992) define oclusão como o resultado do controle



neuromuscular dos componentes do sistema mastigatório, que são: dentes, periodonto, maxila, mandíbula, ATMs além dos músculos e ligamentos associados. Os desvios de oclusão ou má oclusão só poderão ser entendidos a partir da noção de como evolui a oclusão do recém nascido até seu amadurecimento total na juventude, por volta dos 16 aos 18 anos. Para o autor diversos fatores influenciam na oclusão, tais como: tamanho, forma e implantação dos dentes; ausência de dentes e conseqüente deslocamento dos dentes adjacentes e antagonistas; perda de substância coronal e restaurações defeituosas e forma e tamanho da maxila e mandíbula.

A boca é o principal acesso de metabolitos para o organismo, por ela entram os alimentos que são cortados, lacerados e triturados pelos dentes. Além disso, esses dentes, determinam a dimensão vertical de oclusão que é a posição da mandíbula quando os músculos elevadores se encontrarem em atividade quando os dentes estão em oclusão.^{9,10}

Fazendo parte deste sistema temos os componentes esqueléticos (maxila e mandíbula), arcadas dentárias, tecidos moles (glândulas salivares, suprimento nervoso e vascular), ATM e músculos. Tais estruturas encontram-se interligados e relacionados, e quando em função, visam alcançar o máximo de eficiência com a proteção de todos os tecidos envolvidos.⁹

Felício et al² (2007), por meio de um estudo compararam a desordem temporomandibular a um grupo controle quanto à mastigação e analisaram as variáveis relacionadas. Como resultados obtiveram que a maioria dos sujeitos do



grupo controle apresentou tipo mastigatório bilateral, enquanto que no grupo com DTM houve tendência ao tipo mastigatório unilateral. No grupo controle foram estatisticamente maiores os escores do tipo mastigatório e as medidas de lateralidade. No grupo com DTM foram maiores as médias de idade, o tempo de mastigação, o número de golpes mastigatórios e a severidade da DTM. O tempo e o tipo mastigatório foram correlacionados, respectivamente de modo positivo e negativo, à severidade da DTM e ao número de interferências oclusais. Concluíram que no grupo com DTM a mastigação diferiu do padrão fisiológico normal. O número de interferências oclusais e a severidade da DTM foram as variáveis correlacionadas à mastigação.

Segundo Lüdtké⁴, em 2008, há muito tempo a ciência odontológica reconhece a importância e a necessidade de um harmonioso relacionamento oclusal para o sucesso dos tratamentos odontológicos restauradores e reabilitadores, por isso a importância do estudo de ajustes oclusais. Inúmeras técnicas de reprodução dos movimentos mandibulares têm sido descritas com o objetivo de se obter uma condição oclusal compatível com a tão desejada "saúde" do sistema estomatognático. A autora relata que se sabe que a ausência de algumas características oclusais consideradas "ideais" pode, eventualmente, levar a alterações dento-periodontais com sérias conseqüências para o sistema. Entre essas alterações, a reabsorção óssea, alterações posicionais dos dentes, o desgaste dentário localizado e as lesões cervicais em forma de cunha representam grande parte dessas patologias consideradas



como de origem estritamente oclusal.

É importante que se crie um protocolo de ajuste oclusal que possa ser entendido e praticado pelo cirurgião – dentista. O objetivo deste trabalho foi por meio da revisão da literatura averiguar as técnicas de ajuste oclusal, verificando quais são as indicações, fundamentos e aplicações destas, visando restabelecer uma harmonia oclusal adequada para cada indivíduo bem como a causa dos traumas oclusais.

RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Paciente IMS, 42 anos, melanoderma, gênero feminino apresentou-se a clínica do curso de Especialização em Endodontia da Universidade Cruzeiro do Sul (caso cedido pelo curso) para tratamento endodôntico dos elementos 11 e 12. Ao realizar o exame clínico foi observada perda precoce da dentição permanente dos 1º pré – molares superiores e inferiores direito e esquerdo, 2º pré-molares superiores direito e esquerdo e 2º pré-molar inferior esquerdo e de todos molares superiores e inferiores, do qual a paciente não se lembrava do motivo da perda dos mesmos. (figura 3 e 4)

Como a paciente ficou muitos anos sem uma reabilitação oclusal adequada, sua função mastigatória ficou prejudicada, onde a paciente se adaptou a mastigar somente com os dentes anteriores, sobrecarregando-os ao longo dos tempos. Clinicamente a paciente teve perda significativa de dimensão vertical, o que levou a um trauma constante nos dentes anteriores superiores, principalmente nos incisivos, levando a fratura dos elementos 11 e 12 e lesão



periapical circunscrita de aproximadamente 3mm com imagem bem radiolúcida no elemento 11 e 12 conjuntamente. A paciente já veio encaminhada para a realização de cirurgia paraendodôntica, que foi realizada juntamente com a curetagem da lesão e medicada com iodofórmio. (figura 5 e 6)

Após a cirurgia e durante o controle pós- operatório da mesma foi planejado para esta paciente com embasamento nas propostas de Okeson⁶ os seguintes tópicos:

- Nova Anamnese e Exame clínico intra e extra oral;
- Encaminhamento para Fonodílogo, e psicólogo para avaliação, conhecimento e conduta dos mesmos, em relação à reabilitação da função mastigatória através de próteses parciais removíveis;
- Proservação da cirurgia realizada nos elementos dentários 11e 12;
- Moldagem da paciente para confecções de modelos de estudo e montagem em articulador;
- Confecção de placas em resina acrílica superior e inferior, que serão aumentadas com resina acrílica, mais ou menos em 1mm, respeitando um intervalo de 15 dias a 20 dias em cada sessão, tentando atingir a medida de 3mm de espaço funcional livre e assim conseguir restabelecer a dimensão vertical perdida adequando a função mastigatória;
- Ao atingir a dimensão vertical funcional através do relato da paciente encontrando-se em uma situação de conforto muscular e mastigatório, sem



apresentar nenhuma espécie de sintomatologia dolorosa articular e ou muscular, reabilitaremos então sua função mastigatória com próteses parciais removíveis (PPR), superior e inferior, realizando ajustes oclusais se necessários nestas próteses.

- Conjuntamente com as PPRs, nos elementos 11 e 12, confecção de próteses parciais fixas unitárias (PPF) para restabeler as fraturas coronárias dos mesmos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O sistema estomatognático é uma unidade funcional do organismo que todos os tecidos diferentes agem harmoniosamente realizando tarefas buscando a função ideal, pois o dente, periodonto, osso e músculos são responsáveis pela oclusão ideal ou má oclusão.⁹

As placas oclusais são dispositivos intraorais removíveis que promovem o relaxamento da musculatura mastigatória, não podendo ser uma forma de tratamento definitivo, pois é um ajuste oclusal reversível.^{3, 5, 7}

É visto que o cirurgião – dentista e os especialistas devem entender como todo esse sistema funciona para estabelecer o tratamento mais adequado, para cada paciente, visando a interdisciplinidade. Se houver um trauma nos dentes superiores, a dor vai refletir no músculo temporal, mas essa pode ser ocasionada não só devido a este trauma, mas por stress, doença sistêmica, onde outras especialidades devem trabalhar juntas buscando um único objetivo de reabilitar o paciente funcionalmente, esteticamente trazendo conforto e bem estar.^{6,7}



A doença do sistema mastigatório e estomatognático é hoje um fator cada vez mais presente na população, devido ao desenvolvimento acelerado das cidades sem um correto planejamento, causando um grande impacto na saúde populacional.

Através da revisão da literatura foi possível constatar que não existe um método padrão que possa ser usado pelos clínicos, visando tratar dessas disfunções. Sendo então de extrema importância criar um protocolo que facilite e oriente o cirurgião – dentista a diagnosticar e realizar um melhor tratamento para o paciente com a finalidade de devolver a função mastigatória, além de um excelente resultado na reabilitação oclusal .Onde através da descrição do caso clínico foi possível seguir um protocolo onde algumas técnicas de okeson foram seguidas para restabelecer o função mastigatória adequada para a paciente.

Não foi possível chegar em uma conclusão concisa, pois o caso clínico ainda está em andamento.

Concluindo-se então que o ajuste oclusal requer um acompanhamento interdisciplinar, objetivando bem estar ao paciente., que muitas teorias surgiram para explicar a origem do trauma, mas nenhuma foi categórica no sentido de definir a causa do trauma oclusal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Angle EH. Malocclusion of the teeth. 7 ed Philadelphia: SS White, 1907;



- 628p.
- 2 Felício CM, Melchior MO, Silva MAMR, Celeghini RMS. Desempenho mastigatório em adultos relacionado com a desordem temporomandibular e com a oclusão. *Pró-Fono.* 2007; 19(2):151- 8.
 - 3 Fernandes Neto AJ. Roteiro de estudo para iniciantes em oclusão. Universidade Federal de Uberlândia, 2002, 151p.
 - 4 Lüdtkke M T C. A Ortodontia moderna busca criar uma relação oclusal possível dentro de cada padrão facial, uma estética facial aceitável e a estabilidade do tratamento. [citado em 2008; 12 de abril] 7p. [Disponível em <http://www.conceitosaudebucal.com.br/especialidades/occlusao/1.html>]
 - 5 Madeira MR; Vanzelli AC. Ajustes oclusais como método de complementação do tratamento ortodôntico / Occlusive adjustments as complementary method of the orthodontic treatment *Rev Paul Odontol.* 1999; 21(4): 12-5.
 - 6 Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares In: _____ Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. São Paulo: Artes Médicas. 1992, cap. 5.
 - 7 Oliveira MV. Placas oclusais versus ajuste oclusal, soluções definitivas ou paliativas para as Desordens Têmporo Mandibulares. 2006 [citado em 2008; 13 de abril]; 1p. [Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=675>].
 - 8 Pereira K; Franciozi MA; Swerts MSO; Avaliação dos contatos prematuros



- para estabelecimento de terapêutica oclusal a partir de desgaste seletivo.
Rev Bras Odontol 2006; 63(1/2):25-28.
- 9 Rosenbauer KA, Engelhardt JP, Kach H, Stuttgen U. O sistema estomatognático como unidade funcional. In: Rosembauer KA. Anatomia Clínica da Cabeça e do Pescoço aplicada à Odontologia. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 228-48.
- 10 Tamaki T. Dentaduras completas. 4a ed. São Paulo: Sarvier, 1988.



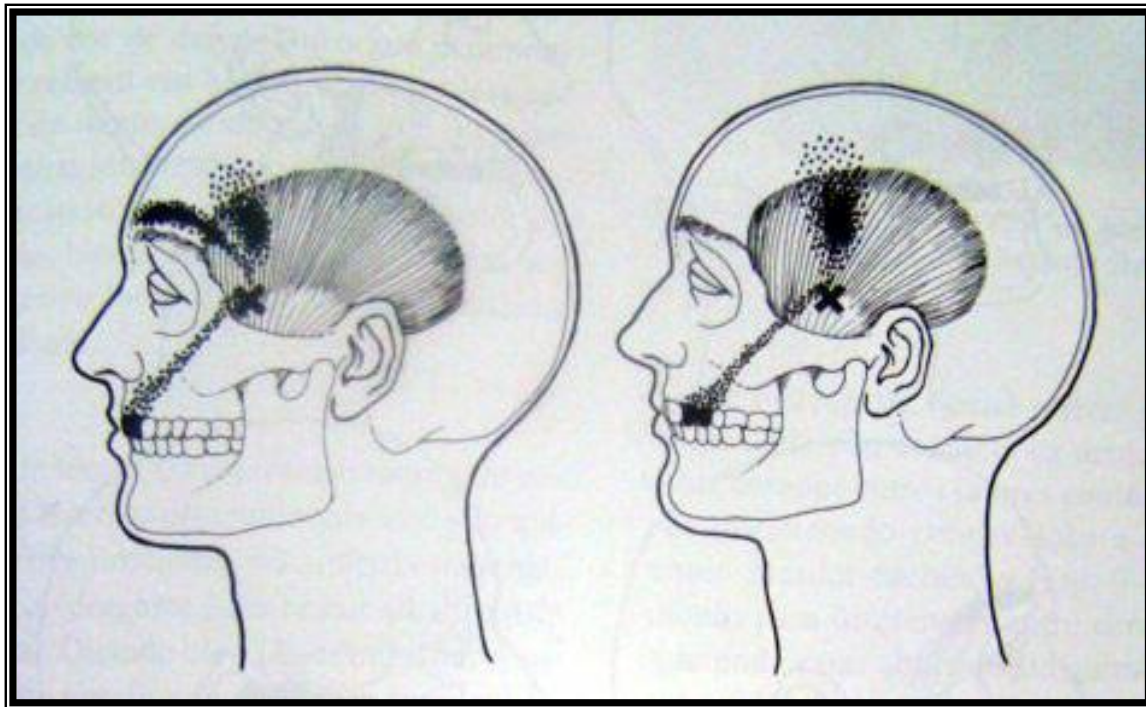


Figura 1 - Fotos referente a dor reflexa onde em incisivoscaninos e pré molares refletem no músculo temporal na região anterior e média



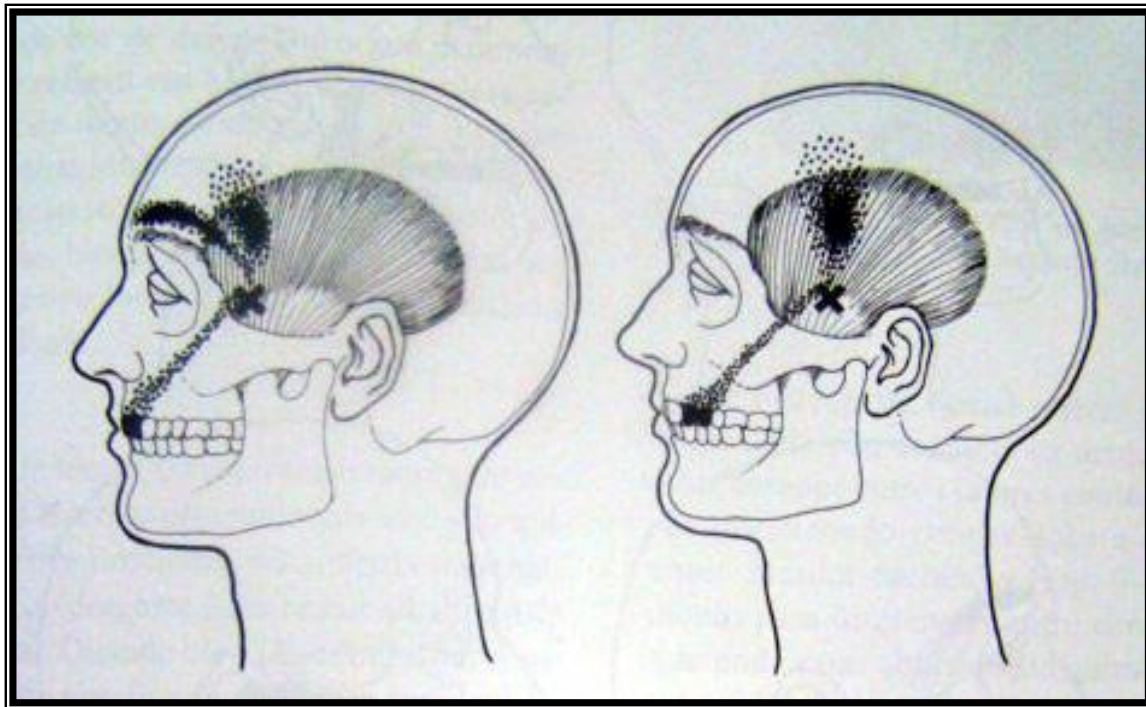


Figura 2 - Foto referente a dor nos molares reflexa no músculo temporal na região mediana e posterior





Figura 3- Perfil lábio paciente sem sustentação devido a perda precoce dos pré molares e molares



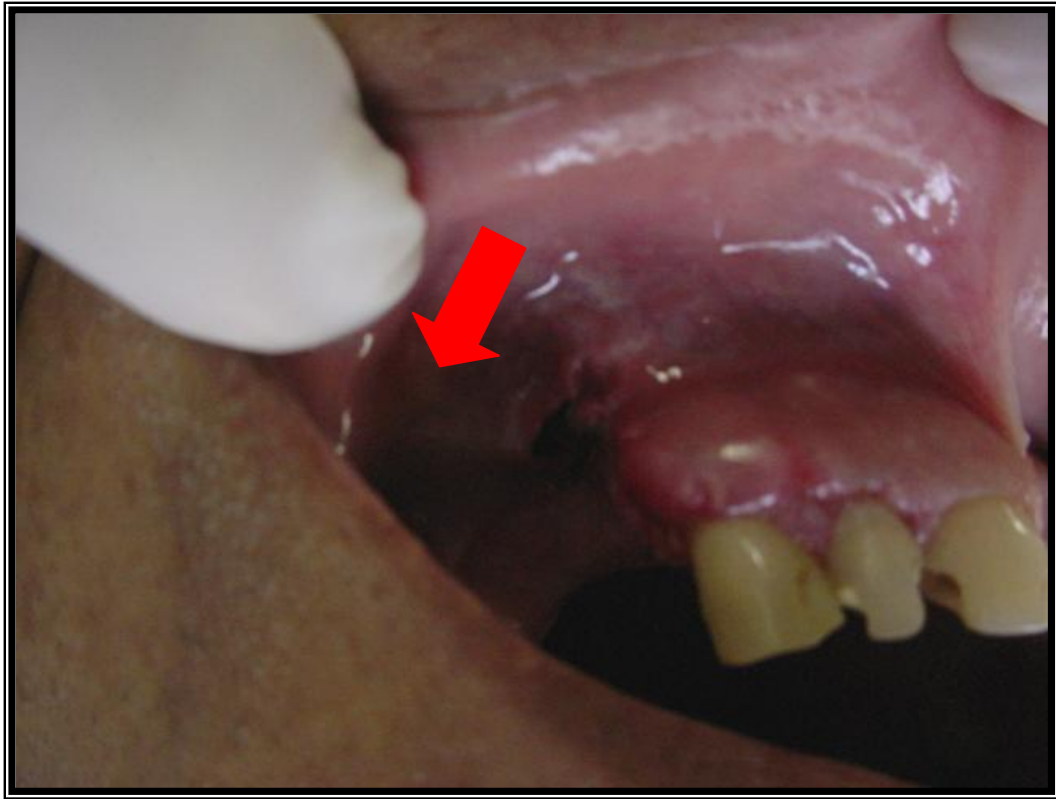


Figura 4 - Exame intra-oral mostrando ausência de dentes posteriores





Figura 5 - Radiografia inicial





Figura 6- Radiografia final - pós tratamento endodôntico com cirurgia paraendodontica

