



Bruxismo e o uso de placas Oclusais

Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani, professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

O bruxismo é um hábito involuntário, que consiste em pressionar ou ranger os dentes em atividades não funcionais do sistema estomatognático (Pizzol et al. 2006), podendo afetar músculos, tecidos e outras estruturas, além de provocar problemas na Articulação Temporomandibular (ATM).

A órtese miorrelaxante, também chamada de placa oclusal, associada ao acompanhamento clínico pelo cirurgião-dentista, é considerada por diversos autores o tratamento mais indicado (Lang et al. 2009, Pizzol et al. 2006, Parizotto and Rodrigues 1999), embora se disponha de outras alternativas que podem ser prescritas simultaneamente, como o ajuste oclusal, o biofeedback, a massoterapia, a musicoterapia,

a fisioterapia e a terapêutica psicológica e medicamentosa, com resultados positivos relatados em estudos (Gusson 1998).

“ A modificação comportamental, associada ao tratamento com órtese, parece ser uma alternativa de tratamento promissora ”

Todavia, as evidências científicas sobre a eficácia do tratamento do bruxismo, particularmente envolvendo crianças, ainda são escassas (Restrepo et al. 2009, Hachmann et al. 1999).

Estudos disponíveis não fornecem apoio suficiente, pois os métodos de diagnóstico são pouco consistentes e incomparáveis entre si para confirmar a presença do hábito parafuncional (Restrepo et al. 2009).

A presença de maloclusões pode estar associada ao bruxismo em crianças e adolescentes de acordo com estudos transversais.

Todavia, tais resultados não foram confirmados ao longo do tempo por estudos longitudinais.

As revisões sistemáticas indicam que o bruxismo pode ser elencado entre os fatores que concorrem para aumentar o insucesso no tratamento com implantes (Salvi and Bragger 2009,

Sennerby and Gottlow 2008), recomendando a reavaliação, especialmente para a indicação da reabilitação com carga imediata. Isso porque ao transmitir forças laterais ao osso do sítio implantar pode ocorrer sobrecarga, afetando a osteointegração dos implantes (Perel 1994).

Alguns estudos contraindicam a carga imediata em reabilitações com implantes para pacientes que apresentam bruxismo (Balshi and Wolfinger 1997, Sennerby and Gottlow 2008), apontando um risco elevado de insucessos nestes casos (Lekholm 2003).

O uso de placas de mordida noturna pode atenuar este quadro (Salama et al. 1995, Saba 2001). Em relação a pacientes sem bru-

xismo, não se encontra revisões sistematizadas ou outro tipo de artigo com alto poder de evidência que indiquem como determinante a confecção de órteses, em casos de reabilitações com carga imediata.

Emshoff (2006) apud Mattos (2009) observou melhora da dor após tratamento com placa em mais de 70% dos pacientes com bruxismo, que relataram a presença de dor na articulação temporomandibular (ATM) há menos de seis meses. Enquanto os portadores de dor crônica (mais de dois anos) não tiveram melhora significativa do quadro clínico com esta modalidade terapêutica.

O tempo que o paciente refere dor é fator prognóstico impor-

tante para avaliar o efeito da terapia com placas oclusais.

O diagnóstico de condições que indiquem o uso de órtese miorrelaxante, entre elas o bruxismo, é feito por exame clínico e anamnese.

“ A órtese deve ser preservada pelo cirurgião-dentista periodicamente em exames clínicos. ”

Exames por imagem da articulação temporomandibular, quando solicitados criteriosamente, podem auxiliar no diagnóstico de disfunções. ■

Referências bibliográficas:

1. J. S. M. Giusti (2006) Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos Emshoff, R. (2006) Clinical factors affecting the outcome of occlusal splint therapy of temporomandibular joint disorders. J Oral Rehabil. v. 33, p. 393-401.
2. Gusson, D. G. D. (1998) Bruxismo em crianças. J Bras Odontopediatr Odontol Bebe, 1, 75-97.
3. Hachmann, A., E. A. Martins, F. B. Araujo & R. Nunes (1999) Efficacy of the nocturnal bite plate in the control of bruxism for 3 to 5 year old children. J Clin Pediatr Dent, 24, 9-15.
4. Lang, R., P. J. White, W. Machalicek, M. Rispoli, S. Kang, J. Aquilar, M. O'Reilly, J. Sigafoos, G. Lancioni & R. Didden (2009) Treatment of bruxism in individuals with developmental disabilities: a systematic review. Res Dev Disabil, 30, 809-18.
5. Matos, F.S.F. (2009) A Utilização das Placas Miorrelaxantes nas Disfunções Temporomandibulares. Monografia (Especialização em Prótese Dentária) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce.
6. Parizotto, S. P. C. O. L. & Rodrigues, C. R. M. D. (1999) Treatment of bruxism in children using bite plate and rehabilitation of the wasted facets. JPB J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, 2, 339-344.
7. Restrepo, C., S. Gomez & R. Manrique (2009) Treatment of bruxism in children: a systematic review. Quintessence Int, 40, 849-55.
8. Salama, H., L. F. Rose, M. Salama & N. J. Betts (1995) Immediate loading of bilaterally splinted titanium root-form implants in fixed prosthodontics—a technique reexamined: two case reports. Int J Periodontics Restorative Dent, 15, 344-61.
9. Salvi, G. E. & U. Bragger (2009) Mechanical and technical risks in implant therapy. Int J Oral Maxillofac Implants, 24 Suppl, 69-85.
10. Sennerby, L. & J. Gottlow (2008) Clinical outcomes of immediate/early loading of dental implants. A literature review of recent controlled prospective clinical studies. Aust Dent J, 53 Suppl 1, S82-8.
11. Pizzol, K. E. D. C., J. C. d. Q. Carvalho, F. Konishi, Elina Mara da Silva & Rev Odontol UNESP, 35, 157-163.