



# REABILITAÇÃO NUM PACIENTE BRUXÓMANO COM DESGASTE SEVERO - CASO CLÍNICO

## RESUMO

**Introdução:** A atrição é um tipo de desgaste dentário que pode ser indicador específico do bruxismo. Em reabilitação oral, as situações clínicas mais frequentes em pacientes bruxómanos são dentes com desgaste severo ou casos de tratamento protético para substituir ou restaurar dentes.

Segundo a literatura científica, o aumento da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) em pacientes bruxómanos só deverá ser feito em casos de reabilitação protética. Estão incluídos casos de desgaste severo com o intuito de prevenir preparos retentivos para colocação de coroas, em caso de espaço interarcada insuficiente para restaurar e restabelecer os dentes em falta, e por razões estéticas.

**Descrição do caso:** Este artigo descreve o caso clínico de um paciente de 54 anos que apresentava um desgaste dentário severo Classe IV (segundo a classificação de ACE) [Fig.1-3] devido a hábitos bruxómanos, com perda da (DVO) [Fig.4]. O plano de tratamento incluiu uma fase cirúrgica [Fig.6-8] e uma fase protética, esta última dividida em fase temporária

[Fig.9-12; Fig.18-19] e definitiva [Fig.13-17; Fig.20-23].

Entre as fases cirúrgica e protética foi realizada uma montagem em arco facial para aumentar a DVO, seguida de um enceramento de diagnóstico na DVO correta [Fig.5].

Devido a um diagnóstico correto preciso e planificação dos procedimentos, o tratamento decorreu sem complicações.

**Discussão:** O desgaste dentário afeta a anatomia dentária e pode gerar complicações se não for tratado. A perda de DVO é uma possível consequência do desgaste dentário. O aumento de DVO facilita o tratamento em pacientes que apresentam anomalias dentárias generalizadas, tais como desgaste dentário e irregularidades oclusais significativas. O médico dentista deve utilizar os meios de diagnóstico adequados para identificar o desgaste dentário enquanto o tratamento for possível, e a terapia mais adequada em cada caso.

**Conclusão:** O aumento de DVO no caso de pacientes bruxómanos é um procedimento seguro e está indicado em pacientes que apresentam desgaste dentário severo.

## Introdução

O desgaste dentário está associado à perda de tecidos duros do dente. A atrição dentária é definida como o desgaste das superfícies oclusais e interproximais devido ao contacto entre dentes<sup>1</sup>. Este tipo de desgaste dentário pode ser um indicador específico do bruxismo<sup>2</sup>. Segundo o Consenso Internacional de 2012, o bruxismo foi definido como uma atividade musculo-mandibular caracterizada pelo ranger dos dentes e apertamento dentário<sup>3</sup>. Um dos principais desafios para o médico dentista é identificar se o paciente apresenta bruxismo diurno ou do sono. O bruxismo diurno é definido como o apertamento dentário, podendo este estar associado a um tique nervoso ou a reações de stresse. A sua prevalência é de 20% na população adulta. A fisiologia e patologia do bruxismo diurno é desconhecida, embora o stresse e a ansiedade sejam considerados fatores de risco. Durante o sono, a consciencialização do apertamento dentário (notado pelo parceiro ou membros da família) é relatada por 8% da população. O bruxismo do sono é secundário aos micro-despertares, por um lado, e precedido por alterações na atividade do Electrocefalograma (EEG) e frequência cardíaca. Contudo, existe pouca evidência científica para suportar o papel dos fatores oclusais na etiologia do bruxismo do sono<sup>2</sup>.

Segundo a revisão sistemática de Manfredini e colaboradores (2013), nos casos de reabilitação oral em pacientes bruxómanos não devem existir diferenças entre a reabilitação com próteses dento ou implanto suportadas. A grande diferença no tratamento destes casos encontra-se na realização de restaurações complexas (restaurações dentárias múltiplas) em comparação com restaurações simples (restaurações dentárias unitárias ou de poucos dentes).

As situações clínicas mais frequentes em pacientes bruxómanos são dentes com desgaste severo ou casos de tratamento protético para substituir ou restaurar dentes<sup>4</sup>.

Não existe ainda um consenso acerca do material de restauração utilizado. A escolha do mesmo para uma reabilitação extensa em pacientes com bruxismo é baseada na preferência do clínico e expectativas do paciente<sup>5</sup>.

Segundo Manfredini (2013), o aumento de DVO em pacientes bruxómanos só deverá ser feito em casos de reabilitação protética. Estão incluídos casos de desgaste severo com o intuito de prevenir preparos retentivos para colocação de coroas, em caso de espaço interarcada insuficiente para restaurar e restabelecer os dentes em falta, e por razões estéticas<sup>5-10</sup>.

## Descrição do caso

Paciente de 54 anos, sexo masculino, compareceu a uma consulta de diagnóstico na clínica White referindo insatisfação estética e sensibilidade dentária exacerbada. Depois de uma análise clínica e radiográfica, com recurso a meios auxiliares de diagnóstico como fotografias intra e extra orais, radiografias peri-apicais, ortopantomografia, CBCT (*cone beam computed tomography*), foi diagnosticado um desgaste dentário severo devido a hábitos bruxómanos. O paciente apresentava uma extensa exposição de dentina por palatino e lingual e perda de estrutura dentária em comprimento (>2mm) em ambas as arcadas, sendo que sofria de um tipo de perda de estrutura dentária Classe IV segundo a classificação de ACE.

Após a elaboração, explicação e aceitação do plano proposto, deu-se início ao tratamento. O plano de tratamento incluiu uma fase cirúrgica e uma fase protética, esta última

dividida em fase temporária e definitiva.

Na fase cirúrgica, foi feita a extração do #28, e optou-se pela extração e colocação imediata de um implante (Ø5,0 L10) para substituir a zona edêntula do #16 (devido a uma fratura vertical). Posteriormente, dando continuidade à fase cirúrgica, colocou-se um implante (Ø8,0L10) para substituir o dente #37. Estes procedimentos cirúrgicos consistiram na preparação dos alvéolos com um instrumento ultrassónico (Piezomed®) e colocação imediata de implantes com concomitante regeneração óssea mediante utilização de xenoinxerto (Bio-Oss®).

Antes da fase protética propriamente dita, foi realizada a montagem em arco facial para estabelecer a nova DVO (tendo sido aumentado >1mm em posterior, e >2mm em anterior), e um enceramento de diagnóstico com a DVO obtida. As guias de silicone foram fabricadas com base no enceramento e colocado o *mock-up* para uma primeira avaliação estética e funcional.

Durante a fase protética temporária foram feitos os talhes para a colocação de facetas nos dentes anteriores e *overlays* e coroas nos posteriores. Adicionalmente foram colocadas as coroas e facetas em resina composta.

As impressões e o registo fotográfico foram enviadas ao técnico de prótese dentária, que confeccionou as peças em cerâmica.

As estruturas definitivas foram cimentadas após quatro semanas, sendo feita a cimentação de coroas em cerâmica (Emax, Ivoclar® Ø) com ionómero de vidro modificado com resina (FujiCem™) nos dentes #16, 17, 23, 37, 45, 46 e 47, *overlays* nos dentes #14, 15, 24, 25, 34, 35 e 44; e facetas (Emax, Ivoclar®) nos dentes #11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42 e 43, nas quais se aplicou Filtek™ 100 A1.



Fig. 1. Inicial.



Fig. 2. Inicial.

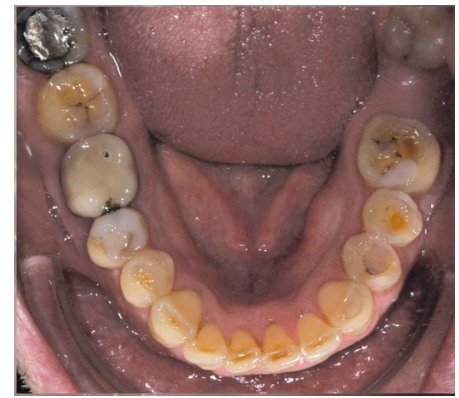


Fig. 3. Inicial.



Fig. 4. Inicial.



Fig. 5. Enceramento diagnóstico.

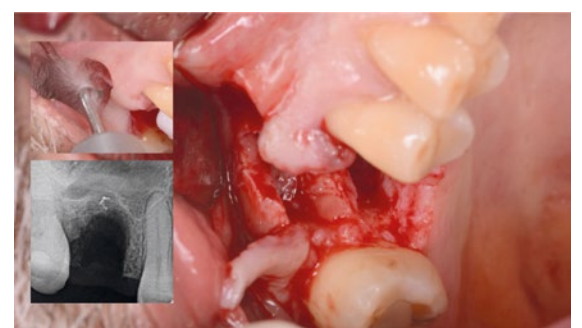


Fig. 6. Fase cirúrgica.

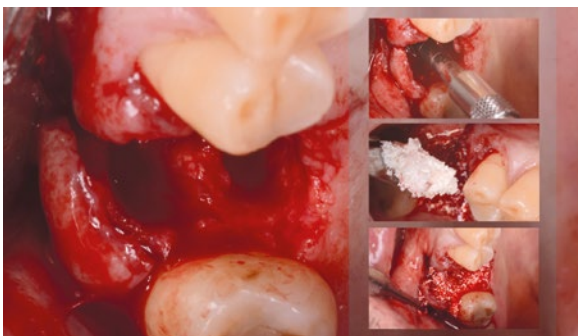


Fig. 7. Fase cirúrgica.

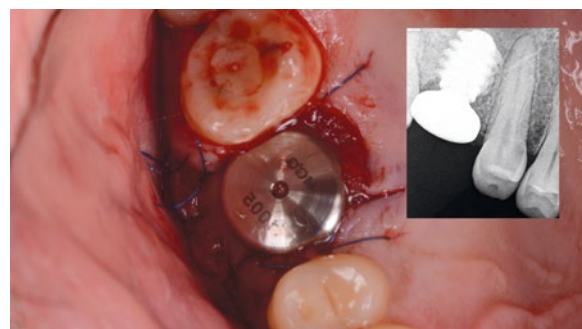


Fig. 8. Fase cirúrgica.



Fig. 9. Fase protética- *Mock-up*.



Fig. 10. Fase protética após *Mock-up*.



Fig. 11. Fase protética após *Mock-up*.



Fig. 12. Fase Protética após *Mock-up*.





Fig. 13. Fase protética cimentação definitiva superior.



Fig. 14. Fase protética cimentação definitiva superior.



Fig. 15. Fase protética cimentação definitiva superior.

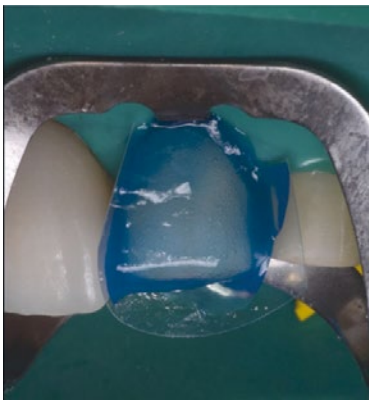


Fig. 16. Fase protética cimentação definitiva superior.

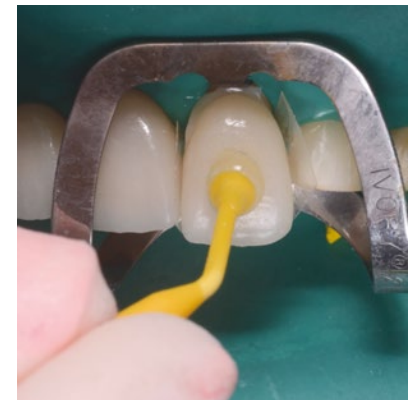
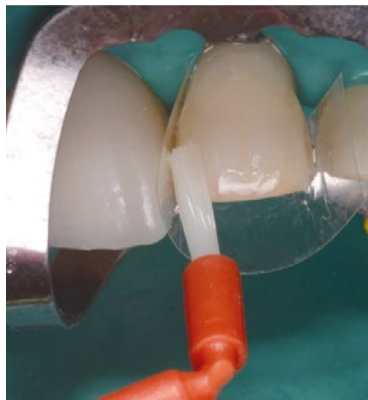


Fig. 17. Fase protética cimentação definitiva superior.



Fig. 18. Fase protética talhe inferior.

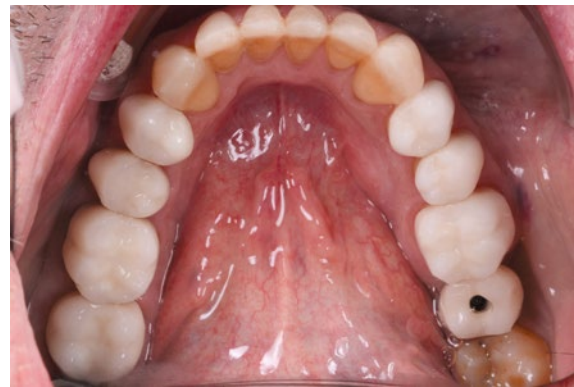


Fig. 19. Fase protética Try In inferior.



Fig. 20. Fase Protetica cimentação definitiva.



Fig. 21. Cimentação definitiva inferior.



Fig. 22. Final.



Fig. 23. Final.

## Discussão

O desgaste dentário afeta a anatomia dentária e pode gerar complicações se não for tratado. Estas complicações podem aparecer devido à perda de tecido dentário e provocar um elevado risco de sensibilidade dentária, complicações pulpares e alteração de cor<sup>11,12</sup>. No entanto, as complicações mais significativas são a perda de função e de estética, resultado da perda da dimensão vertical de oclusão (DVO), da guia anterior e canina<sup>12</sup>.

A perda de DVO é uma possível consequência do desgaste dentário<sup>13</sup>. A DVO é definida como a dimensão vertical quando os dentes de ambas as arcadas se encontram em intercuspidação máxima<sup>14</sup>. O aumento de DVO facilita o tratamento em pacientes que apresentam anomalias dentárias generalizadas, tais como desgaste dentário e irregularidades oclusais significativas<sup>15-17</sup>. Segundo a revisão da literatura de Abduo e colaboradores (2012), os fatores determinantes que devem ser considerados para o aumento de DVO são a estrutura dentária remanescente, o espaço disponível para a restauração, variáveis oclusais e estética. O aumento de DVO é um procedimento seguro, e nenhum sinal ou sintoma que possa aparecer como consequência do aumento tende a ser auto-limitante<sup>18</sup>.

O médico dentista deve utilizar os meios de diagnóstico adequados para identificar o desgaste dentário enquanto o tratamento for possível<sup>19-21</sup>.

É recomendada uma monitorização precisa, uso de impressões e fotografias intraorais<sup>22,23</sup>.

A restauração de dentes com desgaste severo é um procedimento complexo. Existem diversas abordagens, materiais e técnicas descritas na literatura científica para resolver a condição de desgaste dentário<sup>11,12,22</sup>. Existe ainda algum trabalho de investigação a realizar nesta matéria, pois não existem ainda diretrizes baseadas na evidência disponíveis de modo a ajudar o clínico a escolher a terapia mais apropriada<sup>24</sup>.

Segundo os resultados da revisão sistemática de Muts e colaboradores, é aconselhável que durante a reabilitação seja feito um bom encerramento de diagnóstico e um registo em relação cêntrica para posicionamento oclusal<sup>25</sup>.

## Conclusão

Os hábitos para-funcionais como o bruxismo são uma das causas do desgaste das superfícies oclusais e consequente perda da estrutura dentária. As complicações mais significativas do desgaste dentário são a perda de função e de estética, resultado da perda da DVO. Na literatura científica são sugeridas diversas abordagens para este problema, no entanto não existe um consenso sobre qual a terapia mais indicada a ser aplicada.

O aumento de DVO no caso de pacientes bruxómanos é um procedimento seguro, e está indicado em pacientes que apresentam desgaste dentário severo. Atualmente não existe evidência que suporte o facto de que algum sinal ou sintoma que apareça devido ao aumento de DVO possa ser auto-limitante para o paciente. ■

\* Médico Dentista, Departamento Reabilitação Oral, Clínica White, Lisboa

\*\* Médica Dentista, Departamento Reabilitação Oral e Estética Dentária, Clínica White, Lisboa

\*\*\* Aluna de Mestrado Integrado, Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa

## Referências bibliográficas

- Ahlberg K, Jahlkola A, Savolainen A, et al. Associations of reported bruxism with insomnia and insufficient sleep symptoms among media personnel with or without irregular shift work. *Head Face Med*. 2008;4:1-6.
- Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, et al. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil*. 2008;35:476-494.
- Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros A, Kato T, Koyano K, Lavigne G et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*. 2012;40(1):2-4.
- Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Paesani D, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain* 2013;27:99-110.
- Manfredini D, Poggio C. Prosthodontic planning in patients with temporomandibular disorders and/or bruxism: a systematic review. *J Prosthetic Dentistry* 2016 Nov 8. pii: S0022-3913(16)30461-9
- Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil* 2008;35:548-66.
- Taylor DT, Wiens J, Carr A. Evidence-based considerations for removable prosthodontic and dental implant occlusion: a literature review. *J Prosthet Dent* 2005;94:555-60.
- Klineberg I, Kingston D, Murray G. The bases for using a particular occlusal design in tooth and implant-borne reconstructions and complete dentures. *Clin Oral Implants Res* 2007;18:151-67.
- Gross MD. Occlusion in implant dentistry. A review of the literature of prosthetic determinants and current concepts. *Aust Dent J* 2008;53:560-8.
- Fayz F, Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. *J Prosthet Dent* 1988;59:321-3.
- Jaeggi T, Grüninger A, Lussi A. Restorative therapy of erosion. *Monogr Oral Sci* 2006;20:200-14.
- Dietschi D, Argente A. A comprehensive and conservative approach for the restoration of abrasion and erosion. Part I: concepts and clinical rationale for early intervention using adhesive techniques. *Eur J Esthet Dent* 2011;6:20-33.
- Crothers A, Sandham A. Vertical height differences in subjects with severe dental wear. *Eur J Orthod* 1993;15:519-525
- Turner KA, Missirlian DM. Restoration of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent* 1984;52:467-474.
- Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil* 2008;35:548-566.
- Johansson A, Omar R. Identification and management of tooth wear. *Int J Prosthodont* 1994;7:506-516.
- Keough B. Occlusion-based treatment planning for complex dental restorations: Part 1. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003;23:237-247.
- Abduo J1, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Aust Dent J*. 2012 Mar;57(1):2-10.
- Davies SJ, Gray RJM, Qualltrough AJE. Management of tooth surface loss. *Br Dent J* 2002;192:11-23.
- Mehta SB, Banerji S, Millar BJ, Suarez-Feito JM. Current concepts on the management of tooth wear. Part I: assessment, treatment planning and strategies for the prevention and the passive management of tooth wear. *Br Dent J* 2012;212:17-27.
- Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of tooth wear on daily living. *Int J Prosthodont* 2006;19:601-5.
- Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil* 2008;35:548-66.
- Hurst D. What is the best way to restore the worn dentition? *Evid Based Dent* 2011;12:
- Hurst D. What is the best way to restore the worn dentition? *Evid Based Dent* 2011;12:55-6.
- Muts EJ, van Pelt H, Edelhoff D, Krejci J, Cune M., Tooth wear: a systematic review of treatment options. *J Prosthet Dent*. 2014 Oct;112(4):7529. doi:10.1016/j.prosdent.2014.01.018. Epub 2014 Apr 12.