



Dr. Pedro Castel-Branco

A RELAÇÃO CÊNTRICA

RESUMO

A relação cêntrica, conceito antigo em oclusão, foi usado muitas vezes de forma não compreendida quanto à sua utilidade e é aqui revisto no seu significado e no papel que ainda desempenha.

ABSTRACT

Ancient concept in occlusion, centric relation, is revised in its meaning and utility.

Palavras-chave: Centric relation revised

Os contactos errados e nocivos são origem de disfunções ou outras patologias, algumas delas destrutivas para os dentes, para o periodonto, ou para o equilíbrio das próteses. Além disso, podem induzir patologias em outras áreas em que são envolvidos níveis de consciência, ansiedade e depressão, equilíbrio e coordenação, todas as funções relacionadas com os nervos pares cranianos, e finalmente a própria postura.

A determinação da oclusão ideal é de primeira importância em inúmeras situações, sobretudo em prótese, em que a execução laboratorial das próteses removíveis e das coroas ou pontes, implica um contacto ideal com os oponentes.

Nesta determinação torna-se de grande importância o primeiro passo, que é encontrar o ponto de partida, ou ponto de referência, e logo aqui, a ciência da oclusão viu-se envolvida nas piores confusões que conduziram a conceitos errados.

O primeiro desvio foi considerar que o melhor ponto de referência seria a relação cêntrica, que se obtém quando os côndilos se encontram na posição mais alta e retruída dentro das cavidades articulares.

Era assim determinada a relação cêntrica, em geral de forma manual, e transferia-se essa informação para o articulador, onde também eram introduzidos os outros parâmetros: distância intercondilar, pontos do eixo de charneira, ângulo de Benet e inclinação cêntrica para os articuladores totalmente adaptáveis. No entanto, a maioria usava, e usa, parâmetros médios.

Em qualquer caso, a prótese é confeccionada a partir destes pressupostos. Tanto quanto se pode suspeitar, atendendo aos cursos de articulador em vigor, ainda há muitos profissionais, médicos dentistas e técnicos de prótese dentária, que trabalham partindo da relação cêntrica como ponto de partida ideal.

Porque é que não é aceitável usar a relação cêntrica como ponto de partida?

Posselt, na década de 40 do século XX, publicou um livro que continua a ser de grande atualidade. Escreveu então que existiam 3 pontos de referência em oclusão: a relação cêntrica, a oclusão cêntrica ou habitual e a posição de repouso.

“A primeira está no eixo de charneira mas não é fisiológica, as outras não estão no eixo de charneira e são fisiológicas.”

Escolher um ponto não fisiológico como ponto de referência, introduz logo à partida o primeiro erro, mas foi isto que se fez durante muitos anos, e ainda se faz nos nossos dias, 70 anos depois da publicação do livro de Posselt.

Houve sempre quem não se conformasse com a escolha da relação cêntrica como ponto de partida, sobretudo os que verificaram que na prática a relação maxilo mandibular resultante não era a ideal, e houve ainda outros que verificaram que a posição de partida mais conveniente era com os côndilos mais à frente do que na retrusão total, e aí, sem querer afrontar os adeptos da relação cêntrica, propuseram duas outras relações diferentes a que chamaram cêntrica curta e cêntrica longa.

Em ambos os casos tornava-se evidente que a nova relação nada tinha a ver com a relação original, apenas se quis dizer de forma complacente que a relação procurada

era com côndilos um pouco mais à frente sem, no entanto, esclarecer quanto.

Finalmente, perante esta situação que causava um evidente mau estar, um dos defensores da relação cêntrica, Peter Dawson, vem sugerir que a relação cêntrica não era o que havia sido até aí, mas era a que resultaria da posição dos côndilos para a frente e para cima, isto é, mudou tudo e manteve o nome, cujo significado é preciso e não devia ter sido arbitrariamente adulterado.

Para encontrar a relação nova, Peter Dawson usava a manipulação da mandíbula, o que a tornava evidentemente não fisiológica.

Harold Guelb realizou um estudo radiológico dos côndilos tendo concluído que estes estavam ao meio da cavidade articular, contactando à frente e para cima com o disco interarticular.

Mais recentemente, Jankelson, no advento dos computadores, construiu uma máquina destinada a monitorizar os movimentos da mandíbula durante a atividade desta. Deu-lhe o nome de kinesiógrafo e chegou a interessantes conclusões: afirmou que a relação fisiológica era o contacto conseguido pela contração dos músculos elevadores, na ausência de elementos de desvio quer nos dentes quer nas arcadas. A esse movimento compreendido entre a posição de repouso e a intercuspidação final chamou percurso de oclusão, e à relação dentária resultante chamou relação miocêntrica.

Ainda é corrente encontrar pacientes cujas próteses foram realizadas tendo como ponto de partida a relação cêntrica.

Por volta dos sessenta anos de idade encontra-se a grande parte desta população, que se caracteriza em geral por disfunções que em geral atingem níveis de gravidade elevados, e que não são fáceis de tratar, uma vez que a intercuspidação máxima foi preparada em retrusão sendo ela própria a causa do erro. Assim, ou se removem as próteses ou se desgastam muitas cúspides, o que em qualquer caso levanta os maiores problemas.

Não sendo a relação cêntrica aquela que interessa como ponto de partida, qual será então o ponto de partida ideal?

A oclusão cêntrica ou oclusão habitual, também não é a ideal, pelo menos em 98% dos casos, uma vez que se sabe ser essa a percentagem de pacientes que têm um erro ou mais nos contactos em oclusão. Sobra apenas a posição de repouso como ponto de partida utilizável. De facto essa posição pode ser alcançada com facilidade e muita precisão, se for determinada com o mio monitor.

E o que é o mio monitor?

É um estimulador neuro muscular que, por intermédio de dois elétrodos colocados estrategicamente na zona das chnfraduras sigmoideias e logo abaixo da arcada zigomática, um de cada lado da face. Tem por missão estimular os nervos trigémino e facial na sua passagem na base do crânio e provocar uma contração rítmica dos músculos da mastigação que enervam.

A cada descarga, assiste-se à elevação da mandíbula em virtude desta contração dos músculos, que tem também a virtude de bombear o sangue que os irriga, lavando o excesso de

ácido láctico que se poderá ter acumulado pela fadiga, causando contraturas. A intensidade das descargas é regulável e, por isso, a amplitude do movimento rítmico resultante pode ser aumentada ou diminuída de acordo com a regulação.

Tendo em conta que o espaço livre interoclusal é em média de 2,5mm (podendo ser maior), pode regular-se o movimento nessa medida verificando-se se, ao fim de um dado tempo de estimulação, da mandíbula mantém o mesmo nível durante o repouso, o que coincide com a posição de partida procurada.

O percurso de encerramento revela-se durante a estimulação, e a relação miocêntrica está no fim desse percurso, podendo ser fixada numa mordida em rolo de silicone ou noutra substância própria para estabelecer essa relação maxilo mandibular.

Após este registo falta apenas estabelecer a posição do plano oclusal e de outros parâmetros necessários para a montagem em articulador, que se realiza da forma habitual com recurso ao arco facial.

O articulador, porém, não é o instrumento que garante imediatamente a confeção correta das próteses, pois não dá toda a informação acerca da oclusão que é necessária para evitar as disfunções. Este apenas informa o técnico de prótese dentária da correta relação maxilo mandibular, dimensões individuais, da posição do plano oclusal, e do provável movimento dos côndilos, o que será um guia para o seu trabalho.

O técnico de prótese dentária, por seu lado, deve conhecer outros dados de maior relevância e que dizem respeito ao tamanho e cor dos dentes, à inclinação destes nas arcadas, e ao contacto das cúspides, (o contacto estático e os contactos dinâmicos), três fatores que são determinantes numa oclusão equilibrada.

Um dos aspetos que habitualmente é mais insatisfatório na montagem de dentes nas próteses, diz respeito exatamente à inclinação dos dentes nas arcadas. A tendência mais corrente é verticalizar exageradamente a montagem, do que resulta uma restrição do espaço entre o arco superior e o arco inferior, e por esse facto a ocorrência de encaixes de precisão, termo utilizado em anteriores publicações do autor e que engloba cinco circunstâncias causadoras de disfunção.

Outro diz respeito à escolha do tamanho e cor dos dentes, uma característica específica de cada pessoa, e que não só confere o aspeto particular de cada um mas proporciona também um funcionamento diferenciado da sua oclusão.

Os dentes pré-fabricados vêm com dimensões standard e por isso, depois da montagem, torna-se necessário acertar as cúspides de forma a que a oclusão estática e dinâmica se revelem isentas de erros.

Em qualquer caso, a dimensão das cúspides e profundidade das fossas são características individuais cujas desproporções induzem também encaixes de precisão patológicos. ■

Estomatologista, Cirurgião Maxilo Facial
Assistente convidado de cirurgia da FMDUL aposentado.
Mail: pedro_castelbranco@sapo.pt

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para editorial@jornaldentistry.pt