

MITOS E MAL-ENTENDIDOS EM OCLUSÃO

Keywords: Oclusão e postura, mitos e mal entendidos em oclusão. Posture and occlusion, myths and misunderstanding in occlusion.

RESUMO

Este artigo tem por fim mostrar e desenvolver um assunto que já havia sido abordado por outros autores algumas vezes e que diz respeito aos erros que são constantes e se vão repetindo ao longo do tempo, quer no que respeita à nomenclatura, quer no que está implícito nos vários conceitos que aparecem em conferências, escritos e livros de todos os quadrantes. Apontando apenas alguns erros que justificadamente se identificam rapidamente, percebe-se que algo está incorreto e necessita ser alterado.

This paper considers terms and concepts currently popular in books, conferences and publications which are not supported by a solid statistic and experimental evidence. The conclusion is: many of them need a revision.

Ciências exatas são aquelas em que se descrevem os fenómenos com uma equação matemática que permite prever em todas as circunstâncias o seu resultado final.

As ciências biológicas, a medicina em particular, não se enquadram neste grupo, pelo que o seu estudo deve levar-se a cabo com ferramentas estatísticas e experimentais.

Na realidade, os fenómenos biológicos processam-se com uma quantidade tão grande de variáveis que é impossível incluí-las a todas num sistema matemático normal.

Assim se passa com a oclusão, em que tudo influencia tudo, isto é, em que muitos fenómenos estão dependentes de centros e interligações cujo funcionamento é imprevisível ou, e em parte até, desconhecido.

Estes condicionamentos em oclusão criaram ao longo dos tempos mitos e mal entendidos, e desfazer estes equívocos torna-se cada vez mais premente com vista à evolução que esta ciência tem conhecido^{29,41}.

Uma primeira abordagem evidencia que, logo no que se refere à nomenclatura, esta está de algum modo desfasada das realidades atuais e necessita ser revista. Sobretudo os norte-americanos, com a sua paixão pelas siglas, espalharam uma vasta coleção delas, que com maior ou menor aceitação pela comunidade científica internacional tornou claro que ninguém se entende quanto às siglas que definem a fenomenologia e que, por outro lado, todos parecem conhecer muito bem porque as utilizam.

D. E. F., SC, SDTM, SATM, DTM e DCM são algumas dessas siglas que, com frequência, aparecem em livros e revistas com artigos de oclusão, perpetuando desta maneira os equívocos que ainda vigoram.

Na sigla, o S (síndrome) é desajustado, porque foi já amplamente demonstrado por muitos autores e investigadores que aquilo a que se refere não tem as características básicas de qualquer síndrome. Costen havia publicado o artigo que deu o nome à sigla SC, nos anos 30. Dezasete anos depois Liberman concluiu que os pressupostos do artigo de Costen não eram válidos, mas em 1980 ainda era corrente referir o Síndrome de Costen em exames e concursos em Portugal, o que denota o atraso que já nessa época era evidente nos conceitos que corriam no campo da oclusão⁴¹.

As referências à ATM merecem também várias críticas. Na realidade, existem sintomas que se referem à ATM, como os ruídos e ressaltos que se observam com frequência nas disfunções, mas que não estão sempre presentes, ocorrendo apenas em 73% dos pacientes, isto é, não ocorrem em 27% dos casos. Então, mais da quarta parte do total dos pacientes não apresenta ruídos e ressaltos na articulação, o que desclassifica a ATM como causa ou locus de disfunção, colocando a denominação "Síndrome da ATM" em completa desadequação.

Também a dor só está presente em 56% dos pacientes, pelo que existem 44% de disfuncionais sem dor.

Mais simples e mais correto será falar de disfunções geradas pela oclusão. Com o que todos podem concordar, e que abrangem tudo o que se origina nos contactos dentários que desencadeiam sintomatologia oriunda do córtex, do cerebelo, dos pares cranianos, do sistema nervoso autónomo, e com a modulação da formação reticular que comanda o sistema fusar que é responsável pela postura.

Abreviando e simplificando: a proposta é a designação "disfunções oclusais".

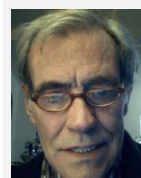
Existiu uma época em que se tentaram estabelecer diagnósticos em oclusão com base na posição relativa do côndilo e do menisco, monitorizando os ruídos ou ressaltos observados. Assim se concluía se seria o côndilo que arrastaria à sua frente o menisco durante a translação, ou então era o menisco que ficaria para trás durante este percurso. A terapêutica tentaria assim "capturar" o menisco com a intenção de o manter na justa posição fisiológica durante as suas habituais funções.^{4, 24,25,26,27}

As críticas a esta posição dizem respeito em primeiro lugar ao próprio diagnóstico, que se revela exageradamente confabulatório, à abordagem fisiológica do fenómeno que ignora ser possível eliminar os sintomas articulares existentes apenas com ligeiras alterações do padrão oclusal (conseguidas, por exemplo, eliminando um contacto prematuro) e à própria terapêutica, cuja intenção primária saía defraudada por não ser possível saber como, indiretamente, é possível influenciar de facto a posição relativa dos elementos articulares: côndilo e menisco. Em oclusão, o côndilo e o menisco contam de facto muito pouco e já se observou como muitas vezes não contam nada.

Outro mito reside na convicção de que não há oclusão sem articulador. Também surge na sequência das considerações anteriores. Não se pode negar a utilidade do articulador em muitos aspetos, por exemplo no envio para o laboratório de registos que orientam os técnicos de prótese dentária, quer no posicionamento do plano oclusal quer nos valores do ângulo de Bennett, inclinação condiliana e distância intercondilar.

Mas estas indicações, se bem que valiosas, não devem ser tidas como medidas exatas. O articulador não é um aparelho super preciso, na realidade tem um certo grau de elasticidade que provoca tais imprecisões, mas, ainda, os semi adaptáveis introduzem parâmetros aproximados e os que pretendem ser totalmente adaptáveis começam por necessitar da determinação do eixo de charneira que pressupõe uma rotação pontual do eixo condilar, o que não se verifica porque o próprio côndilo não é uma superfície de revolução regular e por isso não tem um eixo pontual absolutamente definido.

Como se sabe que existem disfunções motivadas por contactos de poucos centésimos de milímetro, depressa se constata que a exatidão dos articuladores é insuficiente nestes e em outros casos. Isto sem prejuízo de utilizar os articuladores para aquilo em que são mesmo úteis nas informações para o técnico de prótese dentária e para estudos específicos em que deles se necessite.



Dr. Pedro Castel-Branco

Estomatologista;
Cirurgião Maxilo Facial;
Assistente convidado de cirurgia da FMDUL aposentado

Desde Posselt, na década de 40, que se atribuem as disfunções aos contactos dentários e desde então muitos autores vêm afirmando essa posição. Jankelsson, no início da década de 80, computadorizou a informação por meio do Myo monitor e afirmou que as disfunções se deviam a interferências dos dentes ou das arcadas no percurso de oclusão.

Essa posição manteve-se até recentemente, quando se descobriu que cerca de 30% das disfunções ocorriam sem nenhuma interferência, com desvio no percurso de encerramento normal.

Chamou-se-lhes então encaixes de precisão, porque estas disfunções originam-se em situações em que um leve desvio no encerramento induz uma prematuridade traumática que altera o padrão oclusal. Assim entram em ação os músculos com a intenção de evitar o trauma e a velocidade do próprio encerramento encontra-se alterada, como é descrito nos registos do Myo monitor.

Identificaram-se cinco situações em que se verificaram os encaixes de precisão:

- 1-2- Inclinação exagerada ou insuficiente do eixo dos dentes
- 3- Egressões
- 4- Mordidas cruzadas
- 5- Exagero de desenvolvimento das cúspides

Esta constatação, além de confirmar e esclarecer a génese das disfunções, vem mostrar como o mais ligeiro contacto pode provocar o seu desencadeamento.

As disfunções, segundo Bazzotti e Bosquiero, podem ocorrer se houver restrição do espaço livre interoclusal. Quando se restringe suplementarmente esse espaço com uma prótese de disclosão é provável que se esteja a criar condições para novas causas de disfunção.

Coloca-se assim em causa uma das terapêuticas mais utilizadas, que é a das próteses de relaxamento ou placas de disclosão. Na realidade, esses artefactos não podem ser realizados sem que se invada uma parte do espaço interoclusal. O que provoca um novo padrão oclusal com novas prematuridades artificiais.

No entanto, muitas próteses de disclosão são idealizadas com o propósito de desviar ou alterar o percurso de oclusão e, sob essa perspectiva, têm que provocar propositadamente um novo contacto com a correspondente alteração proprioceptiva e a mais que provável alteração disfuncional.

Outros mitos são gerados pela visão mais restritiva em oclusão, circunscrevendo tudo às articulações e tomando como ponto de partida a relação cêntrica como a posição a partir da qual tudo se inicia. Posselt afirmou que existem três posições de referência, a relação cêntrica, a posição de repouso e a oclusão habitual ou oclusão cêntrica. "A relação cêntrica está no eixo de charneira e não é fisiológica, as outras duas não estão no eixo de charneira mas são fisiológicas". Daqui se conclui que querer encontrar a posição

fisiológica perfeita a partir de uma posição de referência não fisiológica é prática inaceitável, mas que foi prosseguida durante muitos anos com obstinação. Para alguns autores foi dogma sem contestação, mas para outros foi motivo de investigação e estes concluíram que a relação cêntrica não era de facto a relação fisiológica. Nasceu então a teoria da cêntrica curta e a da cêntrica longa, o que queria dizer que a posição ideal não era bem ali, mas sim um pouco mais à frente.

Mais recentemente, Peter Dawson sentenciou que a relação cêntrica não era a definição clássica que todos conhecem, mas sim uma outra em que os côndilos estão bem à frente e para cima. Para conseguir esta posição ele manipulou a mandíbula, o que então produz uma posição seguramente não fisiológica. Pretendeu manter a noção de que a relação cêntrica era o ponto de partida fisiológico, mas como não era, muda o significado do conceito original, o que não é aceitável.

Já nos anos 70 Harold Gelb havia realizado um estudo radiológico acerca da posição do côndilo e concluiu que este estava mais ou menos no centro da cavidade articular, contactando à frente e para cima com o menisco. Pelos vistos, este estudo como vários outros, foi ignorado por oclusionistas de renome. ■

Pedro G, C. Castel-Branco
Rua José Florindo de Oliveira, 22 - 2750-001 CASCAIS
Mail: pedro_castelbranco@sapo.pt

Referências Bibliográficas

1. BAZZOTTI, L. - Seminar on Jankelsson Neuromuscular Theory. Lisboa 1988
2. BERRY, David C., B.D.S., M.D.S., Ph. D., - Occlusion: Fact and Fallacy. The Journal of Craniomandibular Practice, No.1, Vol.4, 1986, pp.55-64,
3. BOSCHIERO, R., BAZZOTTI, L. - Consideración Statistische sulle prime Analisi di 1791 Pazienti, Atti A.I.K.E.C.M., Turin 1988
4. CHIESA, D. - Coronoplastie en Deglutition - Reunión de S.I.R.O.- Lausanne 1998
5. CLARK, G.T., - The TMJ Repositioning Appliance: A Technique for Construction, Insertion and Adjustment: The Journal of Craniomandibular Practice, No 1, Vol, 4, 1986, pp. 37-46
6. DAO, T.T.T. - Can electrical stimulation be used to establish a physiologic occlusal position? - em colaboração com J.S. FEINE, e J.P. LUND., University of Montreal, Faculty of Dental Medicine. The Journal of Prosthetic Dentistry, No.4, Vol. 60, Oct.1988.
7. DAWSON, Peter E. - Posição Ótima do Côndilo na ATM na Prática Clínica. Tradução Milton Miranda para Review em A.T.M. e Oclusão, Artigos Clássicos. Quintessence Editora. São Paulo, Brasil. Edições Técnicas, Limitada, Lisboa, 1ª edição 1988, pp. 17-37
8. DINHAM, G.A.: Myocentric: a clinical appraisal. Angle Orthodont 1984;3:211-7.
9. DUINKERKE, A.S.H., LUTEIJN F, BOUMAN TK, de JONG H P: Comparison of tests for dysfunction of the stomatognathic system. Community Dent Oral Epidemiol 1986; 14, pp 334-7
10. ERIKSSON, L., WESTESSON, P.-L., SJOBERG, H - Observer Performance in Describing Temporomandibular Joint Sounds. The Journal of Craniomandibular Practice, Vol.5, and no.1, January 1987, pp.32-35.
11. ESPINHEIRA, F. J., LANDEIRO, J. - Deficiência Postural- A Nossa Experiência STOMA, vol 2, n.º 15, 1990, pp. 55 - 7
12. GELB, Harold., - Posição Ótima do Côndilo na Articulação Temporomandibular na Prática Clínica Tradução Milton Miranda para Review em A.T.M. e Oclusão, Artigos Clássicos. Quintessence Editora. São Paulo, Brasil. Edições Técnicas, Limitada, Lisboa, 1ª edição 1988, pp. 39-65.
13. GRIFFIN, C.J. - Temporomandibular Joint Dysfunction and The Brain Stem Reticular Formation. Aust. Dent. J. 9 (6). 1964, pp.524
14. HARTMANN, F e CUCCHI, G. - Rôle du Muscle Ptérygoïdien Latéral dans la phase de début du S.A.D.A.M. Les Cahiers de Prothèse, n.º 56, décembre 1986, pp.125-43
15. ISACSSON, G, ISBERG, A., and PERSSON, A., - Loss of directional orientation control of lower jaw movements in persons with internal derangement of the Temporomandibular joint. Stockholm, Sweden. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1988, pp 8-12
16. JANKELSON, B.: The Myo-monitor: its use and abuse. Quintessence, 1978, pp.47-52
17. LANDEIRO J., ESPINHEIRA F. J.- Torticollis et Posture - Bull.Soc Belge Ophtalmol., 1987 pp. 221-2, 229-32
18. LARS ERIKSSON, PER-LENART WESTESSON, HASSE SJOBERG,- Observer performance in describing temporomandibular joint sounds. - The Journal of Craniomandibular Practice, vol. 5, N.º1 Jan 1987
19. MAKOFSKY, H W.- The Effect of Head Posture on Muscle Contact Position: The Sliding Cranium Theory.The Journal of Craniomandibular Practice, No 4, v. 7,Oct. 1989, pp. 286-292
20. MARTINS DA CUNHA, H. - Informação Proprioceptiva e visual no Síndrome de deficiência postural. Acta Reumatológica, VII, 1983, pp. 23.
21. MARTINS DA CUNHA, H. - Le Syndrome de déficience postural (S.D.P.). Communication à l'Association Française de Posturologie, Séance de 13-VI-85
22. MARTINS DA FONSECA, D., H. J. de PAIVA, - Filosofia de Tratamento das Disfunções Craniomandibulares. STOMA, n.º 25, 1992, pp. 43-4
23. MISITANO, F., - La semeiotica nella riabilitazione oclusale. Atti V Congresso Nazionale A.I.K.E.C.M. Turin, 1988.
23. MORAIS CALDAS, F, MARCELO MIRANDA A. e. PINHO J. C - Limitação da Abertura da Boca, STOMA, n.º 21 1991, pp. 5-16
24. MORAIS CALDAS, F, MARCELO MIRANDA A. e. PINHO J. C - Goteira Oclusal em Relação Cêntrica, STOMA, n.º 23, 1992, pp.7-18
25. MORAIS CALDAS, F, MARCELO MIRANDA A. e. PINHO J. C - Goteira de Reposicionamento Anterior, STOMA, n.º 24 .1992, pp. 31-4
26. PINHO, J.C., MORAIS CALDAS, I., MORAIS CALDAS, F.- Diagnóstico Diferencial Entre Anteposição Discal e Mioespasmo.Parte I STOMA, n.º 52, 1999, pp. 29-38
27. PINHO, J.C., MORAIS CALDAS, I., MORAIS CALDAS, F.- Diagnóstico Diferencial Entre Anteposição Discal e Mioespasmo.Parte II e Parte III. STOMA, n.º 53, 1999, pp. 5-30
28. RAVEH J., MD, DMD, VUILLEMIN, MD, DMD, LÄDRACH, MD, DMD. e SUTTER F., - New Techniques for Reproduction of the Condyle Relation and Reduction of Complications After Sagittal Ramus Split Osteotomy of the Mandible Journal of Oral Maxillofacial Surgery, 46, 1988, pp. 751-7.
29. REYNOLDS, M.D., M.D., F.A.C.P. - Is the Concept of Temporomandibular Joint Pain-Dysfunction Syndrome Valid? - The Journal of Craniomandibular Practice, October 1988, Vol.6, No.4: 299-307.
30. RIBEIRO DA SILVA, J., MARTINS DA CUNHA, H., et al. - The convergent pseudoparesis In the postural deficiency syndrome. In: Int. Symp. On Strabismus. Florence, 1982, pp. 417-23.
31. RICCIARDI, P. M., - Sport ed Postura: Aspetti Neurofunzionali ed Applicativi in Atleti di Livello Agonistico Nazionale ed Internazionale- La Medicina Biologica Jan - Mar 2000.
32. ROCABADO, M. - Bio Mechanical Relationship of the Cranial Cervical and Hyoid Regions. The Journal of Craniomandibular Practice., Vol. 1, No.1, 1983.
33. ROCABADO, M. - Bio Mechanical Relationship of the Cranial Cervical and Hyoid Regions The Journal of Craniomandibular Practice., Vol. 1, No. 3, 1983.
34. RODRIGUES, M J., LOTZMANN, Ü WERHNER, R. - A Influência da Oclusão na Postura da Cabeça Durante Fases de Pressão Intermaxilar Continua. STOMA N.º 16, 1990, pp. 33-42.
35. RODRIGUES, M J., - A Utilidade da Axiografia no Diagnóstico e Terapêutica das Disfunções do Sistema Estomatognático.- STOMA. N.º41, 1996, pp-11-17.
36. RODRIGUES, M J., - Axiografia Electrónica Versus Axiografia Convencional e Técnicas de Utilização, STOMA, N.º42, 1997, pp. 23-30
37. RODRIGUEZ FUENTES, G., PAZOS ROSALES, J.M., MARTINEZ FEJOO, A. - Fisioterapia y Disfuncion Temporomandibular. STOMA N.º52,1999
38. SERVIÈRE F.L'examen postural en occlusodontie quotidienne, Les Cahiers de Prothèse, N.º 65 Mar. 1989
39. VALETTE c., ALBOUY J. G., RAVON P.- Contribution à la détermination de la dimension verticale d'occlusion. - Les Cahiers de Prothèse N.º 65 Mar 1989
40. VESANEN E., VESANEN R.: The Jankelsson Myo-monitor and its clinical use. Proc Finn Dent Soc., 69, 1973, pp.244-7
41. WHITE, Larry W., D.D.S.: Myths of TMJ. Journal of Clinical Orthodontics, Vol. XXI No 2, February 1987, pp. 81-4.

LIVROS

- A. GÉNÉRAL DE CARPENTRY - Équitation Académique, 3ª edição, Émile Hazan, 1972. Pp. 70, 95, 140.
- B. JANKELSON, B., Aspetti neuromuscolari dell'Occlusione C.O.N.A. Ed. PADOVA
- C. KAZANJIAN & CONVERSE- Maxilo Facial Surgery.
- D. POSSELT, U. Physiologie de L'Occlusion et Réhabilitation. Ed. Julien Prélat. 1968
- E. ZARBM, G.A. & CRLSSON, G.E.- Temporomandibular Joint-Function and Dysfunction. Munksgaard, Copenhagen, Denmark. - 1979
- F. CASTEL-BRANCO, P. A Postura e as Disfunções Oclusais, Editorial Lidel 2005