



# REABILITAÇÃO NUM PACIENTE BRUXÓMANO E COM GASTRITE CRÓNICA – CASO CLÍNICO

## Introdução

O bruxismo é caracterizado por movimentos não funcionais da mandíbula, que incluem o aperto e o ranger dos dentes (atividades parafuncionais) durante o sono, embora possa ocorrer com o paciente acordado. Em alguns pacientes o bruxismo pode ser muito destrutivo, provocando grande desgaste dentário, com perda de tecidos duros do dente e que pode levar a uma diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO) e resultar em problemas pulpares, articulares, musculares, e comprometer a estética.

O bruxismo pode ser centrado ou excêntrico. Ambos os casos envolvem uma dualidade etiológica: o fator psicoemocional e a desarmonia oclusal, que podem ou não atuar conjuntamente. Por isso, o tratamento do bruxismo, algumas vezes, deverá ter dupla finalidade: o controlo do stress emocional e a eliminação da desarmonia oclusal.

Como já referido, os casos de bruxismo severo estão associados a alteração e perda da DVO. A reabilitação através de reposição aleatória dos dentes sem a preocupação com a condição altamente comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações temporomandibulares, podem levar, com o tempo, a alterações do sistema estomatognático, resultando em anomalias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis.

Nos casos de reabilitação oral em pacientes bruxómanos não devem existir diferenças entre a reabilitação com próteses dento ou implanto suportadas.

A reabilitação de pacientes bruxómanos continua a ser um desafio, uma vez que estes são capazes de produzir movimentos centrados e excêntricos com forças cerca de seis vezes superiores às produzidas por não bruxómanos. Diferentes materiais de restauração estão hoje disponíveis, podendo a sua seleção, na reabilitação destes casos, ser controversa e difícil, mas geralmente baseada na preferência do clínico e expectativas do paciente. Os materiais modernos, as novas tecnologias e as técnicas clínicas específicas têm como objetivo a preservação do máximo tecido remanescente e, ao mesmo tempo, integrar a estética dentária, a saúde dos tecidos periodontais e a função.

O materiais que se utilizam para reabilitar os tecidos perdidos procuram equilibrar as diversas propriedades biomecânicas, biológicas e estéticas requeridas pela restauração das peças dentárias afetadas. As novas tendências clínicas utilizam os protocolos adesivos como ferramenta fundamental para evitar grandes desgastes nas preparações e melhorar os esquemas de reabilitação protética em casos complexos que envolvem estética e função ao mesmo tempo.



Fig. 1. Ortopantomografia inicial.

As patologias como a gastrite e as desordens alimentares que provocam refluxo involuntário de ácido gastroesofágico, as dietas acidogénicas ingeridas pelos pacientes e o hábito de vômito crónico dos pacientes bulímicos são fatores etiológicos da erosão dentária. A erosão dentária provoca perda dos tecidos duros e, consequentemente, provoca alteração na relação entre as peças dentárias, altera o funcionamento do sistema mastigatório e origina a perda gradual da DVO.

O objetivo deste artigo é mostrar um caso de reabilitação complexo num paciente que apresenta desgaste severo provocado por bruxismo e erosão ácida.

## Caso Clínico

Paciente de 60 anos, sexo masculino, bruxómano, com gastrite crónica, compareceu a uma consulta preocupado com o desgaste dos seus dentes e referindo insatisfação estética. Após análise clínica e radiográfica, e recurso a fotografias intra e extraorais, foi diagnosticado um desgaste dentário severo com desgastes erosivos nas faces palatinas e bordos incisais dos dentes anteriores, bem como nas faces oclusais dos dentes posteriores, devido aos hábitos bruxómanos e refluxo gástrico consequente da gastrite. Foi feito o aconselhamento, logo na primeira consulta, dos efeitos nefastos da gastrite e medidas a tomar para contrabalançar a acidez. Apresentava diminuição da DVO e não tinha qualquer sintoma em relação à articulação temporomandibular.

A questão inicial foi como aumentar a DVO e dar visibilidade à zona estética. Optou-se pela abordagem Vailati por parecer ser aquela que oferece mais garantias e proporcionar menos desgastes dentários. Logo desde a primeira sessão foi muito fácil manipular e encontrar a relação centrada (RC), e mesmo não havendo necessidade terapêutica, pela ausência de sintomas na articulação temporomandibular (ATM), de reabilitar nessa posição, facilitou pela natural cria-



Fig. 2. Fotografia inicial extraoral.

ção de espaço anterior e um ligeiro aumento da DVO. Feitos os registos da RC e arco facial passou-se a informação para o Laboratório para executar um primeiro enceramento para mock-up.

O plano de tratamento foi o seguinte:

- Reabilitação na posição da RC
- Facetas palatinas + Facetas vestibulares de 13 a 23
- Veneerlay/ Overlay nos dentes 14, 24, 25, 26, 27
- Extração do 16 e colocação de 2 implantes + 2 coroas (15 e 16)
- Implante e coroa no 37
- Goteira de relaxamento

Após elaboração e explicação do plano de tratamento, e apesar de alguma dificuldade inicial na compreensão, o paciente aceitou mal viu e sentiu a mudança com o primeiro mock-up, e avançou-se com a reabilitação.

Inicialmente foi feito molde em silicone, sem qualquer preparo, e pedidas as facetas palatinas de 13 a 23 juntamente com um novo enceramento (já a contar com estas facetas). Na sessão seguinte e após verificação, fez-se a adesão das facetas palatinas realizadas em compómero Lava®. A escolha do Lava® como material restaurador foi feita conjuntamente com o Laboratório, tendo em conta os artigos publicados relativamente à maior resiliência deste material para este tipo de abordagem. Como teste de função e dicação, o paciente incorporou estas peças durante um mês. Fez-se levantamentos de mordida provisórios nos dentes 14, 24, 25 e 26. Nesta fase fez-se uma goteira de relaxamento inferior provisória e colocaram-se os implantes nas zonas dos dentes 15 e 16.

Com o feedback muito positivo das facetas palatinas e apesar da diferença de cor, o paciente sentia-se muito confortável com a nova realidade. Fez-se o preparo para as facetas vestibulares feldespáticas e molde em silicone. O



Fig. 3. Fotografia inicial intraoral: IM vs RC.



Figs. 4 e 5. Fotografias iniciais intraorais: pormenor do desgaste nos dentes superiores.



Fig. 6. Mock-up de 14 a 24.



Fig. 7. Facetas Palatinas.



Fig. 8. Facetas Palatinas.



Fig. 9. Preparos para as facetas vestibulares.



Fig. 10. Facetas Feldespáticas Vestibulares.





Fig. 11. Fotografias finais extraorais.



Fig. 12. Fotografia final intraoral: vista oclusal.



Figs. 13,14,15. Fotografias finais: vista frontal e laterais.



Fig. 16. Comparação fotografia inicial vs final.

paciente ficou sem provisórios e ao fim de 3 semanas foram cimentadas as facetas. Em alguns dentes, como o 14 e 24, foram realizados preparos parciais tipo veneerlay, e nos dentes 25, 26, 27 preparos para overlays para se obter o aumento da DVO.

Estas peças foram cimentadas e, por fim, foram colocadas as coroas sobre implantes nos dentes 15 e 16. No final foi feita uma nova goteira de relaxamento.

Por opção do paciente só se fez a reabilitação da arcada maxilar, e mais tarde irá avançar com a parte inferior. O resultado final ficou com *overbite* aumentado, agora é

necessário pensar na reabilitação da arcada mandibular que, com muito esmalte nos dentes, apesar do desgaste intenso, passará pela adesão.

## Conclusão

A reabilitação de pacientes bruxómanos apresenta especificidades inerentes. Não se deve negligenciar a estética, no entanto nestes pacientes é necessário algum compromisso de modo a garantir uma previsibilidade e longevidade de tratamento. ■

<sup>1</sup> Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP; Cursos de Implantologia, Reabilitação Oral e Periodontologia; Prática na Clínica Dentária dos Carvalhos; Formadora no Centro de Formação FA.

<sup>2</sup> Prof. Dr. Fernando Almeida conta com mais de 30 anos de experiência na área de Medicina Dentária; Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.