

Desafio restaurador em dentes posteriores frente ao bruxismo: Relato de Caso

Acadêmico: Yuri Villela; Orientadora: Tatiana Pereira Cenci

Yuri Farias Villela - yurifvillela@gmail.com
Universidade Federal de Pelotas – Tatiana.dds@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Na odontologia moderna a associação de diferentes técnicas e especialidades se tornou uma prática corriqueira devido a possibilidade de interação entre elas de acordo com a necessidade específica de cada caso (NEWSOME, 2012). Para que o tratamento seja satisfatório é indispensável que o profissional avalie as condições e limitações de maneira individualizada (PITTS, 2009), para que se possa elaborar corretamente o plano de tratamento, o custo e tempo de manejo clínico devem ser discutidos com o paciente (CHRISTENSEN, 2012).

Quando se considera o manejo de pacientes considerando-se o risco destes em relação a sobrevivência do tratamento, este deve levar em conta qual efeito este irá ou poderá causar ao longo da vida do indivíduo. Um dos fatores de risco mais comuns quando se discute a restauração de dentes tratados endodonticamente é a presença da disfunção temporomandibular (DTM). Ela pode ser dividida entre DTM de origem muscular ou de origem articular, onde o diagnóstico é obscuro e altamente confuso pois os sintomas são muito semelhantes. DTM costuma apresentar como principais sintomas a presença de dores na musculatura facial envolvida na mastigação e estalido na abertura de boca (SUNIL DUTT et al., 2015)(FINIELS; BATIFOL, 2014)(CHEN, Y. W. et al., 2015)

O bruxismo é uma parassonia e um tipo de disfunção, descrito como ranger ou apertar dos dentes em movimentos não voluntários mandibulares, podendo ser noturno ou diurno. Em decorrência da sua alta prevalência, 15% a 90% da população adulta (ATTANASIO, 1991), é importante compreendermos o efeito que este hábito parafuncional causa nas restaurações dentárias quando do planejamento de uma reabilitação bucal.

2. METODOLOGIA

O indivíduo incluído neste estudo apresenta dois dentes posteriores na mandíbula para o qual o tratamento endodôntico e a reestruturação de coroa foram indicados e preencheram critérios específicos de inclusão / exclusão. Apenas foram incluídos dentes posteriores com lesões cáries de Classe II. Os tipos de restaurações escolhidas foram designadas de acordo com as recomendações dos materiais, sendo um dente endodonticamente tratado com pino de fibra de vidro e restauração com técnica adesiva e resina composta de maneira direta e um dente endodonticamente tratado com pino de fibra de vidro e depois restaurados com cobertura completa - restauração metalocerâmica. Foi planejado acompanhamento clínico periódico, além de discutir com o paciente as questões envolvidas na durabilidade do tratamento proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A perda de dentes está associada a perda do equilíbrio no sistema estomatognático e pode desencadear reações adversas, como derivação, rotação ou supererupção de dentes. As principais consequências dessa perda de dentes nos pacientes incluem fala alterada, mastigação ineficaz, perda de autoconfiança, preocupação com a aparência e sensação de luto (Davis, 2000). Visto isso, o estudo teve como seu principal objetivo devolver qualidade de vida a paciente, buscando reestabelecer sua função mastigatória, autoconfiança e diminuir os efeitos causados pela perda de dentes, selecionando criteriosamente qual material seria usado para cada dente.

Os compósitos de resina atualmente são a primeira escolha para restaurações posteriores diretas e são cada vez mais populares entre dentistas e pacientes. Suas taxas anuais de falha podem ser alcançadas entre 1% e 3% para cavidades com Classe I e II, consideradas bastante baixas (DEMARCO, 2012). A medida que as forças oclusais se tornam mais um fator, a seleção de um sistema restaurador dependerá mais da força do que as demandas estéticas. O sistema de coroa de metal e cerâmica ainda é selecionado com frequência devido à sua força e versatilidade (Wall, Cipra, 1992).

O prognóstico satisfatório da reabilitação protética está diretamente relacionado ao controle operacional do cirurgião dentista e do técnico em prótese dentária, assim como a sua manutenção. A responsabilidade ética e legal do serviço prestado, entretanto, é creditada ao dentista. Um correto diagnóstico e planejamento considera, por exemplo, a integridade estrutural dos dentes pilares, utilização correta de provisórios para condicionar os tecidos, grau de carga funcional e/ou parafuncional exercida sobre as restaurações e a manutenção da higiene (SANTOS; KATO; CONTI, 2003). Cabe ainda ressaltar que a presença do bruxismo deve ser discutida com a paciente, considerando-se que a longevidade do tratamento passa a ser também responsabilidade da paciente.

4. CONCLUSÕES

Existe pouca informação sobre o resultado das restaurações de coroa em dentes tratados endodonticamente com coroas de metalocerâmicas ou com a restauração com resina composta de maneira direta em pacientes com bruxismo. Desta forma é importante reportar indicações e contra indicações de cada tipo de tratamento restaurador disponível para casos em que há um fator de risco presente. Ainda, há que se ressaltar frente a um caso de apertamento excessivo dos arcos dentais, caracterizando assim uma situação de estresse oclusal, deve-se avaliar vantagens e desvantagens de cada tipo de restauração para que se obtenha uma taxa de sobrevivência adequada, com um diminuto número de reintervenções, diminuindo assim os custos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NEWSOME P, SMALES R, YIP K. Oral diagnosis and treatment planning:

- part 1. Introduction. **British Dental Journal**. Jul 13;213(1):15-9, 2012.
2. PITTS NB, RICHARDS D; International Caries Detection and Assessment System Committee. Personalized treatment planning. **Monographs in Oral Science**. 21:128-43, 2009
 3. CHRISTENSEN. Helping patients understand and accept the best treatment plans. **Today's FDA**. Nov-Dec;24(7):60-3, 2012.
 4. C. Sunil Dutt, P. Ramnani, D. Thakur, M.Pandit Botulinum Toxin in the Treatment of Muscle Specific Oro-Facial Pain: A Literature Review. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**. Apr–June 14(2):171–175, 2015.
 5. P.J Finiels, D. Batifol The use of botulinum toxin in the treatment of consequences of bruxism on cervical spine musculature. **Toxicon** volume 80, 58–63, 2014.
 6. Y.-W. Chen, Y.-W. Chiu, C.-Y. Chen, S.-K. Chuang: Botulinum toxin therapy for temporomandibular joint disorders: a systematic review of randomized controlled trials. Int. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**. 44: 1018–1026, 2015
 7. ATTANASIO R. Nocturnal bruxism and its clinical management. **Dental Clinics of North America**., Philadelphia, v.35, n.1, p.245-252. Jan. 1991.
 8. D. M Davis, J. Fiske, B. Scott, and D. R. Radford. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **British Dental Journal** volume 188. NO.9 MAY 13 2000
 9. F. F. DEMARCO, M. CORRÊA, S. M. CENCI, R. MORAES, N. J. M. OPDAM. Longevit of posterior composite restoration: Not only a matter of materials. **Dental Materials** 28 (87-101), 2012.
 10. J.G WALL, D.L. CIPRA. Alternative crown systems. Is the metal-



ceramic crown always the restoration of choice? **Dental Clinics North America**. Jul;36(3):765-82, 1992.

11. SANTOS C N, KATO M T, CONTI P C R. Assessment of clinical proceedings adopted by dental professionals regarding the employment of cermaic fused to metal crowns. **Journal of Applied Oral Science**; 11(4): 290-300, 2013