

SUMÁRIO



pág. 37



DENTISTERIA & MEDICINA

29 Queratoquistos Odontogênicos Maxilares: Um Grave Erro Comum de Diagnóstico Clínico

Mohammad Ali, D.D.S.; Ronald A. Baughman, D.D.S., M.S.D.

Neste estudo os Drs. Ali e Baughman determinam qual a localização mais frequente dos queratoquistos odontogênicos no maxilar superior e a sua implicação no exercício dentário.



INVESTIGAÇÃO

37 Reabilitação da Guia Anterior em Dentições Desgastadas

Dra. C. Barbosa; Dra. A. Lino; Dra. P. Fonseca; Prof. J. Lordelo

Neste trabalho os autores apresentam a sua experiência em relação a casos clínicos de desgaste dentário acentuado em que foi necessário restaurar a guia anterior.



DENTISTERIA COSMÉTICA E RESTAURADORA

44 Sobredentadura Implanto-Suportada Como Alternativa à Prótese Total Mandibular

James H. Doundoulakis, D.M.D., M.S. e colaboradores

Este artigo descreve as vantagens da sobredentadura mandibular apoiada em implantes.



TENDÊNCIAS

51 Cimeiras Sobre Formação em Medicina Dentária: Os Desafios Futuros

Howard Bailit, D.M.D. e colaboradores

O Dr. Bailit e colaboradores apresentam as principais conclusões das cimeiras sobre formação de 2001 e 2002 patrocinadas pela ADA.

Reabilitação da guia anterior em dentições desgastadas

DRA. C. BARBOSA; DRA. A. LINO; DRA. P. FONSECA;
 PROF. J. LORDELO

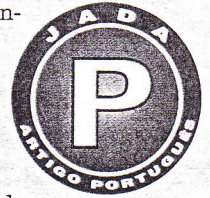
INTRODUÇÃO

Basicamente existem dois sistemas biomecânicos que condicionam, ou servem de guia, aos movimentos mandibulares: as articulações temporomandibulares, constituintes anatómicos da guia posterior, e os dentes que contactam nos movimentos excursivos da mandíbula, que constituem a guia anterior. De acordo com Davies e Gray,¹ fazem parte da guia anterior os dentes que contactam nos movimentos excêntricos, independentemente de serem anteriores ou posteriores como, por exemplo, numa situação de mordida aberta. Outros autores, como Orthlieb e col., consideram que quando os movimentos mandibulares são guiados apenas pelos contactos dos dentes posteriores ao canino, estamos na presença de uma guia anterior afuncional, designando esses contactos por interferências.² Na 7.^a Ed. do *Glossary of Prosthodontic Terms* (GPT-7) a guia anterior é definida como sendo a influência exercida pelas superfícies de contacto dos dentes anteriores nos movimentos mandibulares limitados por dentes.³ A primeira definição, embora mais abrangente, engloba situações que se afastam do conceito de oclusão ideal. Dado que em reabilitação oral se deve ter como objectivo a aproximação de uma oclusão ideal, a definição de guia anterior tomada como referência é aquela que consta no GPT-7 e que aliás, é corroborada por outros autores.^{4,5,6}

O PAPEL DA GUIA ANTERIOR NA CINEMÁTICA MANDIBULAR

Quando falamos de dentições naturais o esquema oclusal considerado «normal» é o da oclusão mutuamente protegida. Dentro deste esquema, podemos subdividir os elementos da guia anterior nos dentes que contribuem para o movimento de lateralidade e nos dentes que intervêm no movimento de protrusão. Para o movimento de lateralidade podemos categorizar dois tipos de guia:

A restauração dos dentes que, habitualmente, constituem a guia anterior é da máxima importância pelas suas consequências estéticas e funcionais.



São relativamente frequentes as situações de desgaste dentário acentuado dos dentes anteriores. Na maior parte dos casos a restauração da guia anterior implica um aumento da dimensão vertical de oclusão e, conseqüentemente, a intervenção nas restantes determinantes oclusais com excepção, obviamente, da guia condílica.

Além disso, a sua restauração deve respeitar padrões estéticos aceitáveis para o paciente. Estes factores condicionantes exigem um plano de tratamento que tenha em conta todos os procedimentos a efectuar e a sua sequência, bem como, os materiais a utilizar.

O desenvolvimento da dentisteria adesiva veio permitir a restauração dos dentes anteriores por processos mais conservadores, simples de executar, esteticamente aceitáveis, previsíveis, mais fáceis de ajustar e mais económicos quando comparados com os tratamentos de prótese fixa.

Os autores apresentam 2 casos clínicos de desgaste dentário acentuado nos quais procederam à restauração da guia anterior através de dentisteria adesiva.

guia canina e função de grupo.⁷ Não há evidência científica que comprove a superioridade de um esquema relativamente ao outro. No entanto, quando se pretende alterar ou restabelecer a guia anterior, existem mais proponentes para a utilização da guia canina.⁸ No movimento de protrusão idealmente utiliza-se uma relação do tipo 6/8 (os 8 dentes anteroinferiores deslizam nas superfícies palatinas dos 6 dentes anterosuperiores),⁴ embora a relação 4/6 seja aceitável.

Sob o ponto de vista meramente mecânico, na oclusão mutuamente protegida, as faces palatinas dos dentes

maxilares anteriores funcionam como «pista de deslizamento» para os dentes mandibulares. Num perspectiva neuromuscular a guia anterior é responsável pela diminuição da força de contração dos músculos da mastigação⁹ e pela ausência de contactos dos dentes posteriores durante a totalidade dos movimentos mandibulares excêntricos.

Os dentes constituintes da guia anterior desempenham outras funções importantes, nomeadamente, fonética, mastigatória e estética que devem também ser tidas em conta aquando da sua reabilitação.

ETIOLOGIA DO DESGASTE DENTÁRIO

A identificação da etiologia do desgaste dentário é o primeiro passo na abordagem dos pacientes que sofrem desta situação patológica.¹⁰ São muitas as causas de desgaste dos dentes anteriores: (1) perda de suporte posterior devido à extração dos dentes posteriores sem ulterior substituição; (2) actividades parafuncionais; (3) hábitos alimentares (ingestão abundante de alimentos ou bebidas com pH ácido); (4) doenças que levam a uma diminuição do pH da cavidade oral (anorexia nervosa, bulimia, refluxo gastro-esofágico) ou (5) combinação de mais do que uma destas situações.

Para aumentar a durabilidade do tratamento dos dentes desgastados e promover a estabilidade oclusal, a interrupção ou controlo da(s) causa(s) do desgaste dentário deve estar incluída no plano de tratamento.

DESGASTE DENTÁRIO - ABORDAGEM TERAPÉUTICA

Após a avaliação da extensão do tratamento oclusal necessário deve-se decidir qual a opção terapêutica que permita, com maior previsibilidade, remodelar a guia anterior, de modo a preencher as exigências funcionais e estéticas.¹¹

Uma das principais questões consiste em saber se do desgaste dentário resultou a perda de dimensão vertical.¹² A presença de dentes desgastados não significa que a dimensão vertical de oclusão (DVO) esteja diminuída, concluiu Niswonger em 1938 – uma egressão óssea compensatória no sector anterior é frequentemente observada.¹³

Uma observação clínica cuidadosa e a montagem dos modelos de estudo em articulador semi-ajustável, utilizando arco facial, de acordo com os registos da dimensão vertical de oclusão e da relação cêntrica (RC) aproximadas, são fundamentais para a planificação do tratamento.

Caso esteja contra-indicado o aumento da dimensão vertical, o problema do desgaste dentário tem abordagem simplificada. Os parâmetros do esquema oclusal existente em princípio não serão alterados e a intervenção sobre os dentes anteriores terá essencialmente uma finalidade cosmética. Quando para compensar o desgaste está indicado o aumento da dimensão vertical de oclusão, temos que ponderar os seguintes aspectos: (1) o grau de aumento das coroas clínicas; (2) qual o sector a aumentar – maxilar, mandibular ou ambos; (3) quais os materiais e técnicas a utilizar; (4) o que fazer nos sectores posteriores (premolares e molares) para manter a estabilidade oclusal. Todos estes itens devem ser decididos obedecendo a uma sequência de procedimentos no fim dos quais se obtenham os resultados desejados: recuperação funcional e estética, equilíbrio oclusal e interrupção ou controlo das causas do desgaste.

CASOS CLÍNICOS

Descrevemos a reabilitação da guia anterior de duas pacientes com desgaste dentário acentuado e diminuição da DVO, recorrendo a dentisteria restauradora.

Caso n.º 1 (paciente com 60 anos)

- Motivo da consulta: tratamento protético e controlo do desgaste dentário.
- Anamnese: dificuldade mastigatória; sem queixas de origem pulpar ou articular.
- Exame clínico: Classe I de Kennedy maxilar e mandibular; intenso desgaste da dentição remanescente; mobilidade de grau I e bolsa periodontal distal no dente 23 (Figura 1).
- Exame radiográfico: rebordos alveolares das zonas desdentadas bem desenvolvidos (Figura 2).

Após estudo conclui-se que estaria indicada reabilitação protética posterior maxilar e mandibular com recurso a implantes ou próteses removíveis e reabilitação da guia anterior com recurso a prótese fixa ou a dentisteria restauradora. Por motivos económicos optou-se pela prótese removível para substituir os dentes posteriores e pela reconstrução com compósitos dos dentes anteriores.

Plano de tratamento

- Tratamento periodontal do dente 23;
- Prótese acrílica maxilar;
- Prótese esquelética mandibular;
- Restauração de todos os dentes maxilares e mandibulares remanescentes a compósito.

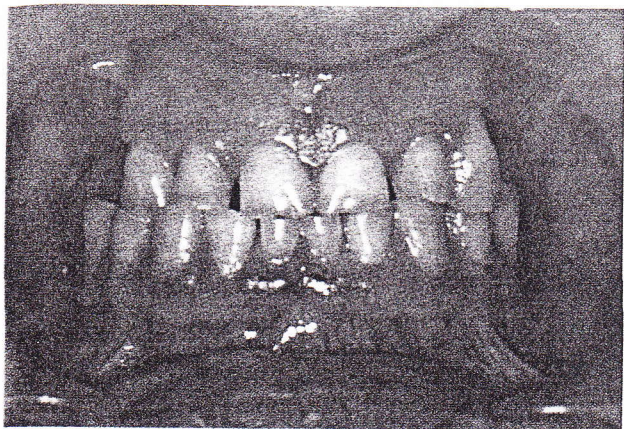


Figura 1.

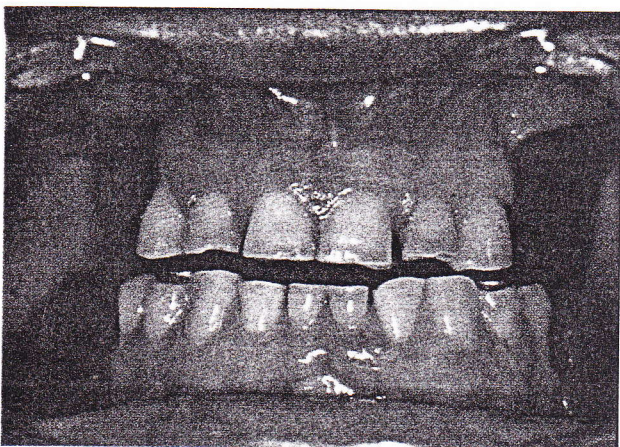


Figura 3.

Descrição dos passos clínicos:

1. Impressões preliminares;
2. Montagem dos modelos de estudo, em articulador semi-ajustável na posição de DVO e RC registadas;
3. Desenho das próteses;
4. Preparação pré-protética; impressões definitivas;
5. Prova de esqueleto mandibular e impressão funcional das áreas desdentadas (técnica do modelo alterado); confirmação dos registos intermaxilares (DVO e RC) (Figura 3);
6. Montagem de dentes, respeitando as relações intermaxilares registadas (Figura 4), seguida da respectiva prova em boca;
7. Colocação das próteses (Figura 5) e reconstrução a compósito (Filtek 250® 3M) dos seis dentes anteriores superiores e dos seis dentes anteriores inferiores (constituintes da guia anterior) (Figura 6); neste caso foi utilizado um esquema de oclusão balanceada de modo a facilitar a estabilidade das próteses removíveis.

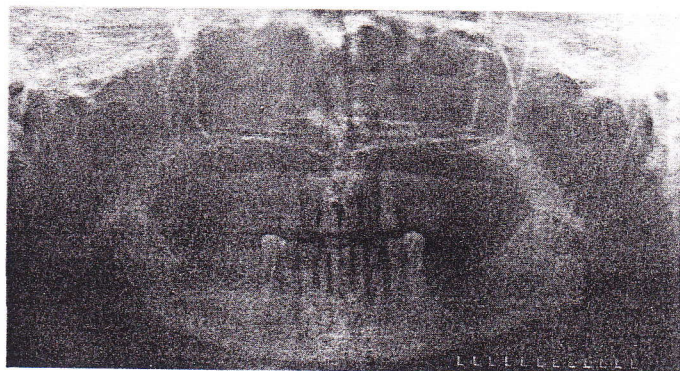


Figura 2.

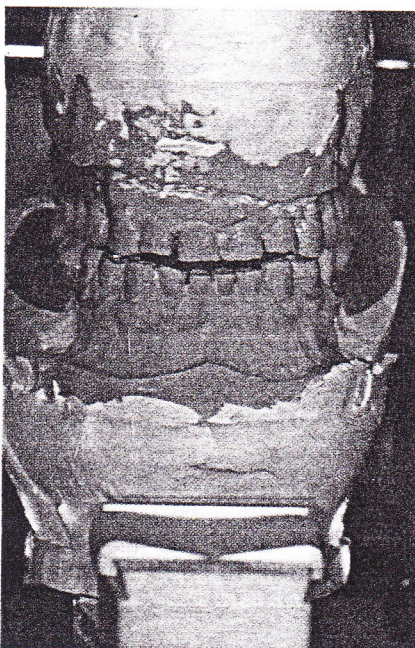


Figura 4.

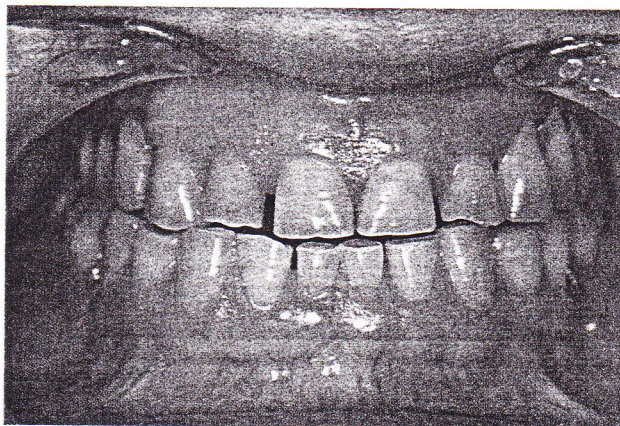


Figura 5.

8. Consultas pós-colocação para ajustes das bases das próteses e da oclusão.

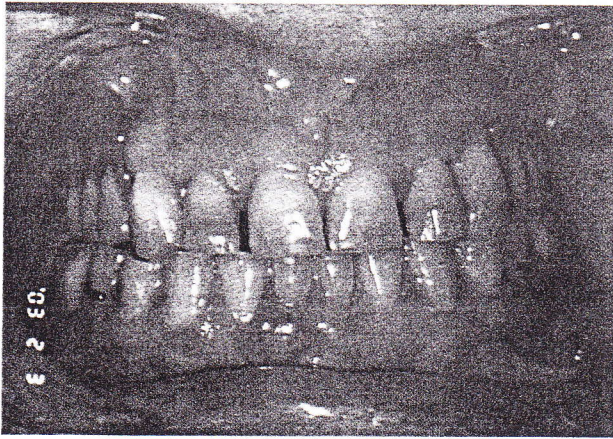


Figura 6.

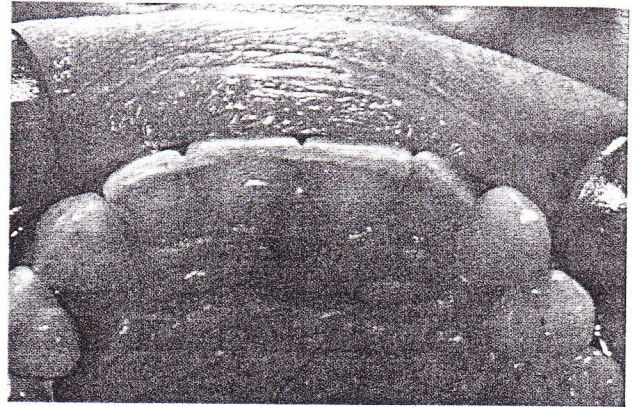


Figura 7.

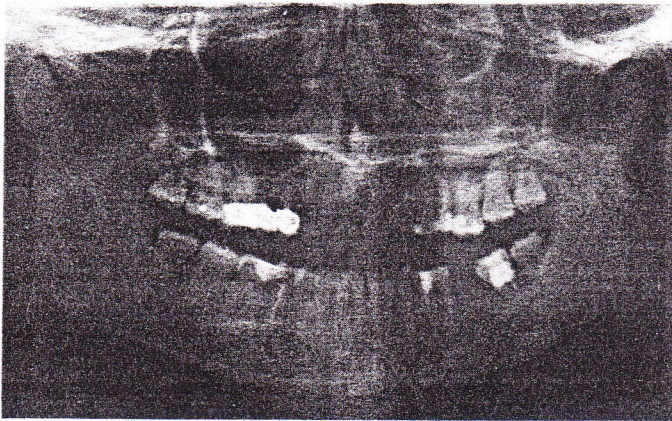


Figura 8.

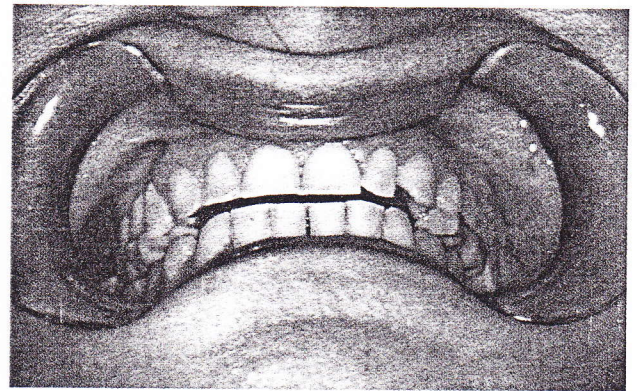


Figura 9.

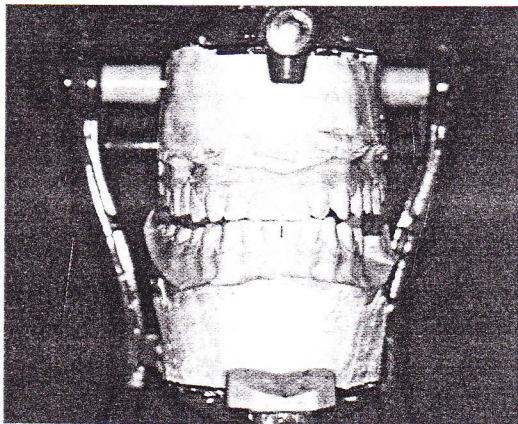


Figura 10.

Caso n.º 2 (paciente com 30 anos)

- Motivo da consulta: sensação de fragilidade dos dentes anteriores maxilares e dificuldade mastigatória.
- Anamnese: sem qualquer outro tipo de queixa.

— Exame clínico: intenso desgaste da face palatina dos dentes anterosuperiores (Figura 7); ausência de 36.

— Exame radiográfico: radiolucência nas coroas dos dentes anterosuperiores (pelo desgaste); restaurações múltiplas; ausência de 36 (Figura 8).

Após o estudo conclui-se que estaria indicado um ligeiro aumento da DVO que permitisse a reconstrução dos dentes anteriores afectados. Devido ao desgaste dentário atingir quase exclusivamente a face palatina destes optou-se pela reconstrução a compósito.

Descrição dos passos clínicos:

1. Impressões preliminares;
2. Montagem dos modelos de estudo, em articulador de valores médios, na posição da DVO e RC registadas (Figuras 9 e 10) confecção de chaves de oclusão em silicone de mordida (FUTAR D®) nas zonas de premolares e molares;
3. Reconstrução dos dentes anteriores superiores, em compósito (Composit® Inibsa), tendo com orientação para a DVO as chaves de oclusão colocadas nos dentes posteriores (Figura 11);
4. Remoção das chaves de oclusão e execução de

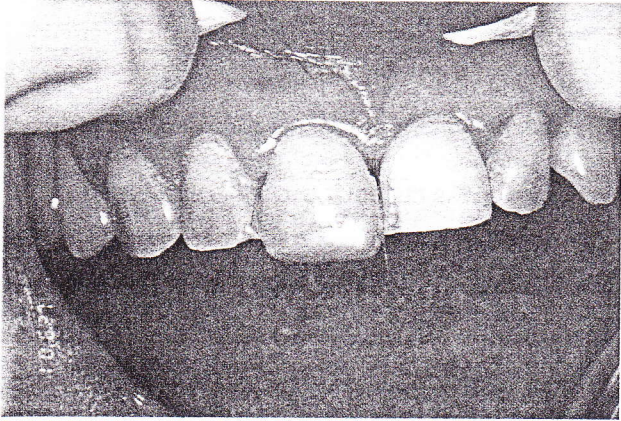


Figura 11.

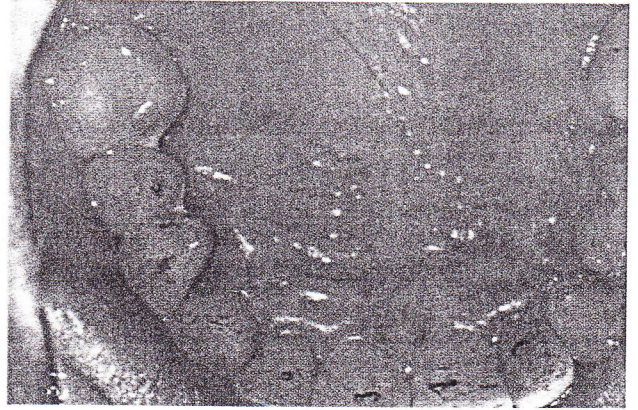


Figura 12.

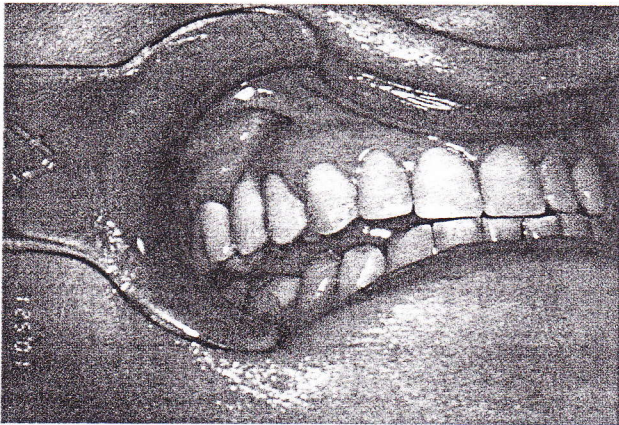


Figura 13.

stops posteriores em compósito na face oclusal dos dentes posteroinferiores; ajuste oclusal da guia anterior obedecendo a um esquema de oclusão mutuamente protegida (Figuras 12 e 13); 5. Em sessões subsequentes procede-se à reanatomização dos dentes posteriores e estabilização oclusal.

DISCUSSÃO

O desgaste dentário leva a perda de substância, que tem que ser substituída para repor a anatomia.¹⁰ Consideramos que o primeiro passo para estabelecer o plano de tratamento destes pacientes é sempre uma montagem prévia dos modelos de estudo em articulador na RC e na DV em que supomos reabilitá-los,¹⁴ isso permite-nos visualizar o espaço disponível para a reanatomização.

Como o desgaste dentário ocorre de forma lenta isso dá oportunidade a que os diversos componentes do sistema estomatognático se vão adaptando. Contudo, quando pretendemos tratar estes pacientes não o podemos fazer com a mesma lentidão. Isto significa que rapidamente

temos que introduzir alterações bruscas, mas ao mesmo tempo reversíveis, como, por exemplo, proceder ao aumento da DVO de uma só vez utilizando resinas compostas, pontes acrílicas provisórias, ou goteiras de utilização contínua.^{11,15} Esta forma de actuação permite-nos testar o comportamento do paciente perante as alterações introduzidas e ajustá-las se necessário.

Apresentamos dois casos clínicos com abordagem inicial semelhante, mas cujo esquema oclusal final adoptado foi diferente. Relativamente aos esquemas oclusais utilizados, no primeiro caso clínico, estávamos na presença de uma classe I de Kennedy maxilar e mandibular e, ao utilizarmos próteses parciais removíveis para substituição das peças dentárias, optamos por utilizar um conceito de oclusão balanceada como forma de estabilização protética,¹⁶ em prejuízo do suposto «ideal», quando nos propomos a alterar todo um esquema oclusal.

No segundo caso clínico procedemos a uma abordagem clássica – estabelecimento de uma oclusão mutuamente protegida¹⁷ – visto não termos substituído peças dentárias por nenhum dispositivo protético removível, mas sim a uma alteração do esquema oclusal da paciente por reposição da anatomia perdida. ■

Dra. C. Barbosa é aluna do Mestrado de Reabilitação Oral F.M.D.U.P.

Dra. A. Lino é aluna do Mestrado de Reabilitação Oral F.M.D.U.P.

Dra. C. Areias é aluna do Mestrado de Reabilitação Oral F.M.D.U.P.

Dra. P. Fonseca é aluna do Mestrado de Reabilitação Oral F.M.D.U.P.

(continua na página 48)

7. Buser D, Mericske-Stern R, Bernard JP, et al. Long-term evaluation of non-submerged ITI implants, part 1: 8-year life table analysis of a prospective multi-center study with 2359 implants. *Clin Oral Implants Res* 1997;8(3): 161-72.
8. Tawse-Smith A, Perio C, Payne AG, Kumara R, Thomson WM. One-stage operative procedure using two different implant systems: a prospective study on implant overdentures in the edentulous mandible. *Clin Implant Dent Relat Res* 2001;3(4):185-93.
9. Meijer HJ, Geertman ME, Raghoobar GM, Kwakman JM. Implant-retained mandibular overdentures: 6-year results of a multi-center clinical trial on 3 different implant systems. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59(11): 1260-8.
10. Moberg LE, Kondell PA, Sagulin GB, Bolin A, Heimdahl A, Gynther GW. Brånemark System and ITI Dental Implant System for treatment of mandibular edentulism: a comparative randomized study—3-year follow-up. *Clin Oral Implants Res* 2001;12:450-61.
11. Rodriguez AM, Orenstein IH, Morris HF, Ochi S. Survival of various implant-supported prosthesis designs following 36 months of clinical function. *Ann Periodontol* 2000;5(1): 101-8.
12. Morris HF, Ochi S. Survival and stability (PTVs) of six implant designs from placement to 36 months. *Ann Periodontol* 2000;5(1): 15-21.
13. Bergendal T, Engquist B. Implant-supported overdentures: a longitudinal prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:253-62.
14. Quirynen M, De Soete M, van Steenberghe D. Infectious risks for oral implants: a review of the literature. *Clin Oral Implants Res* 2002;13(1):1-19.
15. Tonetti MS. Determination of the success and failure of root-form osseointegrated dental implants. *Adv Dental Res* 1999;13:173-80.

(continuação da página 41)

Prof. J. Lordelo é coordenador do Mestrado de Reabilitação Oral F.M.D.U.P.

1. Davies S J, Gray M J. The examination and recording of the occlusion: why and how. *Br Dent J* 2001; 191:291-302.
2. Orhlieb J D, Laplanche O, Pedoutour P, Laurent M, Mahler P. Le guide antérieur et ses anomalies. *Cah Prothèse* 2002; 117:43-55.
3. The glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 1999; 81:39-110.
4. Dawson P K. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. St. Louis: Mosby, 1989.
5. Okeson J P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 5th ed. St. Louis: Mosby, 2003.
6. Meneill C. Science and practice of occlusion. Chicago: Quintessence, 1997.
7. Slavicek R. Les principes de l'occlusion. *Rev Fr Orthop Dentofac* 1983; 17: 449-490, 533-543.
8. Thornton L J. Anterior guidance: Group function/canine guidance. A literature review. *J Prosthet dent* 1990; 64: 479-482
9. Williamson E H, Lundquist D O. Anterior guidance: Its effect on electromyographic activity of the temporal and masseter muscles. *J Prosthet Dent* 1983; 49:816-823.
10. Davies S j, Gray R J M, Qualtrough A J E. Management of tooth surface loss. *Br Dent J* 2002; 192:11-23.
11. McIntyre F. Restoring esthetics and anterior guidance in worn anterior teeth. *Jada* 2000; 131: 1279-1283.
12. Orthlieb J D, Rebibo M, Mantout B. Dimension verticale d'occlusion en prothèse fixée - critères de decision. *Cah Prothèse* 2002; 120: 67-79.
13. Niswonger M E. Obtaining the vertical relation in edentulous cases that existed prior to extraction. *J Am Dent Assoc* 1938; 25:1842-1847.
14. Descamp F, Picart B, Graux F, Dupas P H. Analyse occlusale et simulation du projet prothétique sur articulateur. *Cah Prothèse* 2002; 120: 53-65.
15. Wickens J L. Tooth surface loss - Prevention and maintenance. *Br Dent J* 1999; 186: 371-376.
16. Davies S J, Gray R M, McCord F M. Good occlusal practice in removable prosthodontics. *Br Dent J* 2001; 191:491-502.
17. Davies S J, Gray R M, Whitehead S A. Good occlusal practice in advanced restorative dentistry. *Br Dent J* 2001; 191:421-434.