

Como Aumentar o Índice de Sucesso no Tratamento com Placas Oclusais Miorrelaxantes

Increasing the Success Rate with in the treatment Occlusal Splint

Hercules Jorge ALMILHATTI*
Cinara Maria CAMPARIS**
Guilherme BÖNECKER***
Renato de Aguiar RIBEIRO****

ALMILHATTI, H.J.; CAMPARIS, C.M.; BÖNECKER, G.; RIBEIRO, R. de A. Como aumentar o índice de sucesso no tratamento com placas oclusais miorrelaxantes. JBA, Curitiba, v.2, n.8, p.340-343, out./dez. 2002.

Devido à complexidade dos fatores responsáveis pelo desencadeamento das disfunções craniomandibulares e à dificuldade de se identificarem seus fatores etiológicos, a terapia por placas oclusais tem sido um dos primeiros recursos e, na maioria das vezes, o único tratamento proposto aos pacientes. A todo paciente deverá ser aplicado um programa individualizado de tratamento que poderá englobar a terapia por placas oclusais, a fisioterapia, a farmacologia, a psicoterapia, um simples aconselhamento ou até mesmo o ajuste oclusal por desgaste seletivo ou cirurgias. Assim, este artigo tem como objetivo discutir os mecanismos de funcionamento das placas oclusais para que seu uso possa ser mais efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Placas oclusais; Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; Oclusão dentária.

INTRODUÇÃO

A placa oclusal é um dispositivo removível, frequentemente construído de resina acrílica rígida, que se ajusta sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes no arco, buscando contatos oclusais estáveis com os dentes do arco oposto. É também comumente citado como protetor oclusal, protetor noturno, aparelho interoclusal e dispositivo ortopédico, ou, ainda, uma outra grande variedade de termos (OKESON, 1998).

As primeiras placas oclusais foram confeccionadas em vulcanite e introduzidas por Karolyi, em 1901, para o tratamento do bruxismo. Desde então, múltiplos tipos de aparelhos oclusais foram propostos para o tratamento das disfunções craniomandibulares (DCM), tendo seus conceitos evoluído e mudado (RAMJFORD & ASHM 1994).

O sistema estomatognático é composto por dentes, periodonto, músculos, ligamentos, ATM e sistemas neurológico e vascular, e todos esses elementos constituintes possuem uma íntima interligação fisiológica. Deve-se considerar esse sistema como um todo, que sofre influências e pode influenciar outros sistemas. Assim, as DCMs, quando desencadeadas, podem causar danos a qualquer dessas estruturas. Os dentes podem ser desgastados ou fraturados, o periodonto pode sofrer trauma oclusal, os músculos podem tornar-se dolorosos

* Mestre e Doutorando em Reabilitação Oral – Área de prótese – UNESP-Araraquara, Professor de prótese/Centro Universitário de Maringá (CESUMAR); Rua Humaitá, 1680, CEP 14801-903, Araraquara, SP; e-mail: almilhatti@hotmail.com

** Professora Doutora da Disciplina de Oclusão/Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

*** Mestre em Reabilitação Oral – Área de prótese – UNESP-Araraquara, Professor de Prótese da Clínica Integrada/Faculdade de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), CE

**** Mestre e Doutorando em Reabilitação Oral – Área de prótese – UNESP-Araraquara, Professor do Curso de Especialização em Prótese – EAP – ABO-ES

ou hipertróficos e na ATM podem ocorrer alterações de posição de cêndilo e disco articular ou mesmo processos degenerativos (BRUNETTI & OLIVEIRA, 1994).

Visto que a causa e o inter-relacionamento das DCMs são geralmente complexos, dever-se-ia utilizar uma terapia inicial reversível e preventiva. Dentro desse contexto, os aparelhos oclusais nos oferecem qualidades favoráveis no tratamento das DCMs (NELSON, 1995). Quando um aparelho oclusal é designado para alterar um fator etiológico das DCMs, os sintomas podem também ser alterados. Porém, esse relacionamento não é tão simples, pois os aparelhos oclusais podem afetar os sintomas dos pacientes de muitas maneiras (OKESON, 1998). A ação de relaxamento que eles promovem sobre os músculos mastigatórios e a conseqüente melhora da sintomatologia estimularam o seu uso indiscriminado, levando ao abuso, à má indicação e, muitas vezes, ao agravamento do quadro patológico e às seqüelas iatrogênicas (BRUNETTI & OLIVEIRA, 1994).

Em 1996, durante a Technology Assessment Conference on the Management of TMD, patrocinada pelo National Institute for Dental Research em colaboração com o National Institute of Health, foi recomendado para as DCMs um tratamento conservador e reversível, o que inclui a terapia por placas estabilizadoras, objetivando alterar o relacionamento oclusal, redistribuir forças oclusais, prevenir desgastes e mobilidade dentária, reposicionar os cêndilos e tratar dores dos músculos mastigatórios (PETTENGILL *et al.*, 1998).

Por outro lado, o aprofundamento do estudo das disfunções tem colaborado para um melhor entendimento das etiologias e de seus tratamentos, tornando a indicação das placas mais precisas e com melhor prognóstico (BRUNETTI & OLIVEIRA, 1994).

Okeson, em 1998, afirmou que sua efetividade na redução dos sintomas das DCMs está entre 70% e 90%. Contudo, o preciso mecanismo de ação dos aparelhos oclusais ainda não é conhecido.

Assim, devido à efetividade do seu uso na redução dos sinais e sintomas das DCMs e por serem uma modalidade de tratamento reversível, conservadora, de baixo custo e de relativa facilidade de confecção, as placas oclusais passaram a ser utilizadas como única modalidade de tratamento em pacientes com DCM. Como conseqüência disso, foi possível notar o aparecimento de uma grande quantidade de recidivas. O objetivo deste trabalho é discutir o uso das placas oclusais, visando a aumentar o índice de sucesso do tratamento das DCMs.

TRATAMENTO COM PLACAS

OCLUSAIS

Devido à complexidade dos fatores responsáveis pelo desencadeamento das disfunções cranio-mandibulares e à presença de um componente emocional, que muitas vezes é o principal fator etiológico das DCMs, a terapia por placas oclusais se torna um dos primeiros e, na maioria das vezes, o único tratamento proposto aos pacientes. Para que um tratamento seja efetivo, o paciente deve ser visto como um conjunto, e a ele deverá ser aplicado um programa individualizado que poderá incluir desde um simples aconselhamento (viabilizado pelo estreito relacionamento entre profissional e paciente) até a fisioterapia, psicoterapia, farmacoterapia, placas oclusais ou até mesmo procedimentos mais invasivos, como o ajuste oclusal por desgaste seletivo e as cirurgias.

O sucesso ou a falha dos aparelhos oclusais dependerá da sua correta seleção, confecção e ajuste e da cooperação do paciente (OKESON, 1998).

Obviamente, para a correta seleção do aparelho a ser utilizado, é necessário primeiro identificar o fator etiológico mais importante na patogênese da desordem. A sua confecção deverá ser compatível com os tecidos moles e promover uma exata alteração na função, necessária para eliminar a causa. Um incorreto ajuste do aparelho não diminui somente os efeitos do tratamento, como também pode induzir dúvida no paciente e no clínico sobre o diagnóstico e tratamento. Uma vez que se trata de um procedimento reversível, a placa só será efetiva enquanto o paciente estiver colaborando e ciente do seu uso apropriado.

Nessa fase, a educação do paciente e a terapia doméstica são instrumentos de extrema importância para o sucesso do tratamento. O paciente conscientizado dos possíveis fatores etiológicos de sua doença, como, por exemplo, de suas atividades parafuncionais ou posição de repouso postural, poderá otimizar os efeitos da terapia. Além disso, poderá contribuir para o processo de cura, evitando futuras injúrias, seja através de exercícios físicos (fisioterapia doméstica), seja pelo simples controle da dieta alimentar.

O conhecimento dos possíveis mecanismos de ação das placas é imprescindível para que o profissional possa manipulá-los em seu benefício e do seu paciente.

SUPOSTOS MECANISMOS DE AÇÃO

DAS PLACAS OCLUSAIS

Embora o sucesso das placas oclusais no tratamento das DCMs seja bem documentado, o seu exato meca-

nismo de ação ainda não foi completamente esclarecido (ALENCAR JR, 1994). Okeson (1998) ressalta a redução da atividade muscular e da força aplicada à ATM e a outras estruturas do sistema mastigatório, o que faria com que os sintomas também fossem reduzidos.

São conhecidos sete mecanismos responsáveis pela ação das placas oclusais: alteração da condição oclusal, alteração da posição condilar, aumento da dimensão vertical, aumento dos impulsos periféricos ao sistema nervoso central, conscientização, efeito placebo e regressão à média. Visto que os quatro primeiros mecanismos são automaticamente incorporados quando uma placa é adequadamente confeccionada, sobram três mecanismos que podem ser diretamente manipulados pelo profissional e revertidos em benefícios durante o tratamento.

Os pacientes que usam aparelhos oclusais tornam-se mais conscientes de seus comportamentos funcionais e parafuncionais. Nesse aspecto, o profissional deverá esclarecer o paciente sobre o papel dos hábitos parafuncionais, como, por exemplo, o apertamento consciente dos dentes durante o dia, enquanto desenvolve atividades profissionais ou de lazer. Por outro lado, a placa age como um constante “alerta”, chamando a atenção do paciente para essas atividades parafuncionais que podem estar contribuindo para a desordem.

O efeito placebo pode influenciar em aproximadamente 40% dos pacientes que sofrem de DCMs, sendo resultado do modo competente e tranqüilizador com que o profissional aborda o paciente e de como conduz o tratamento. Esse relacionamento favorável entre clínico e paciente, acompanhado pelo esclarecimento do problema e pela segurança de que o aparelho será efetivo, pode levar a uma melhora do estado emocional do paciente através da redução dos níveis de ansiedade, o que pode ser um fator significativo do efeito placebo (ALENCAR JR, 1994).

Alencar Júnior (1994) realizou um estudo comparativo entre o efeito de placas miorrelaxantes convencionais e o de placas não oclusivas no tratamento de pacientes portadores de DCMs e observou que ambas as placas comportaram-se de maneira similar na redução dos sintomas. O impacto da terapia é explicado pela conscientização do paciente e pela descoberta de um hábito que estava inconsciente. O aparelho pode ajudar o paciente a “lembrar-se” do problema, alcançando a satisfação de estar recebendo um tratamento palpável. A atitude do profissional e de sua equipe também pode ser uma fonte indispensável de benefícios que, aliados a um relacionamento de alto nível com o paciente, desempenham um papel importante na determinação do sucesso. Em uma análise final, talvez o fato de o profissional conseguir um bom relacionamento com o paciente, transmitindo-lhe segurança e confiança, possa ser um

aspecto mais importante no tratamento do que a indicação de qualquer terapia propriamente dita. Isso pode até explicar o sucesso alcançado por alguns profissionais em relação a outros e nos mostrar que, algumas vezes, não são os conhecimentos e técnicas sofisticadas que contribuem para o processo de cura de estados enfermos de alguns pacientes.

A regressão à média é um termo estatístico usado para explicar a flutuação dos sintomas associados com as condições de dor crônica. Se os sintomas de um paciente em particular forem acompanhados, poderá notar-se que a intensidade da dor sofrerá variação diária. A dor estará presente na maior parte de alguns dias, enquanto em outros dias ela pode ser mais tolerável. Se pedirmos a esse indivíduo para quantificar a intensidade da dor a cada dia, através de uma escala analógica, com 0 quando não houver dor e 10 quando existir a maior dor possível, o paciente poderá apresentar, ao final de um período, uma média 3, representando, então, a média do escore da dor. Contudo, em alguns dias, a dor poderá alcançar 7 ou 8, mas durante a maior parte do tempo a dor retorna ao valor médio de 3. Os pacientes comumente reportam-se aos profissionais quando a intensidade da dor é maior, sendo este freqüentemente o fator que os motiva a procurar o tratamento. Quando o clínico oferece a terapia (com uma placa oclusal), os sintomas poderão naturalmente regredir à média 3. Fica, então, a pergunta: “a redução dos sintomas foi efeito do tratamento ou os sintomas simplesmente regrediram à média?”. Isso pode confundir o clínico e direcionar mal os tratamentos futuros. Estudos não controlados de curto período que reportaram o sucesso de várias terapias necessitam ser questionados a respeito desse efeito: a modalidade terapêutica atual é efetiva ou trata-se do efeito da regressão à média?

Quando os sintomas dos pacientes são reduzidos pelas placas oclusais, cada um dos sete fatores relacionados necessita ser considerado como responsável pelo sucesso do tratamento. O tratamento definitivo deve ser adiado até que uma evidência significativa exista para um ou mais fatores.

Por exemplo, um paciente reportou uma dor severa associada com sensibilidade dos músculos mastigatórios. O exame clínico revelou uma óbvia perda de dimensão vertical (MANNIS *et al.*, 1983), e uma placa foi confeccionada para restabelecer essa dimensão perdida. Em uma semana, o paciente apresentou melhora dos sintomas. Inicialmente, parece que o restabelecimento da dimensão vertical correta foi o responsável pela redução dos sintomas, mas os outros seis fatores não podem ser descartados. Qualquer mudança repentina na dimensão vertical pode ser vista como tendo um possível efeito na redução de muitos sintomas de DCMs (especialmente mialgias). O efeito, contudo, pode ser somente temporário e não indicar que mudanças permanentes na dimensão vertical poderão continuar resolvendo

os sintomas. Assim, muitos cuidados devem ser adotados para se estabelecer um correto fator etiológico antes da programação de qualquer mudança na dimensão vertical.

Resumindo, embora os aparelhos oclusais possam ter um efeito de valor no diagnóstico, conclusões a respeito do seu sucesso não são facilmente obtidas. Antes de qualquer tratamento permanente ser iniciado, deve-se ter segurança a respeito da etiologia do problema e de que o tratamento proposto irá realmente beneficiar o paciente (OKESON, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simples instalação de uma placa sem os devidos cuidados e instruções aos pacientes e, principalmente, sem

o estreito relacionamento entre paciente e profissional, poderá nos levar a resultados frustrantes na utilização dessa modalidade de tratamento. Assim, não se devem utilizar as placas oclusais como uma única modalidade de tratamento, mas em conjunto com outros programas.

É preciso sempre lembrar que um tratamento efetivo das DCMs deverá englobar o paciente como um todo e que a ele deverá ser aplicado um programa individualizado de tratamento que poderá englobar a terapia por placas oclusais, a fisioterapia, a farmacologia, a psicoterapia, um simples aconselhamento ou até mesmo o ajuste oclusal por desgaste seletivo e cirurgias.

No processo de qualquer terapia, lembrando Hipócrates, o dentista, em primeiro lugar, “não deve prejudicar” (LEIB, 1996).

ALMILHATTI, H.J.; CAMPARIS, C.M.; BÖNECKER, G.; RIBEIRO, R. de A. Increasing the success rate in the treatment with occlusal splint. *JBA, Curitiba*, v.2, n.8, p.340-343, out./dez. 2002.

Due to the complexity of the initiating factors responsible for the temporomandibular disorder, and for the difficulty to identify its etiological factors, occlusal plates have been sometimes the only resource used for therapy in TMD patients. An individualized therapeutic program should be applied to every treated patient such as advice therapy, physiotherapy, psychotherapy, pharmacology, occlusal wear and even surgery in severe cases. Occlusal plate should be used within those modalities and not as a unique form of therapy. Therefore, this article has the purpose of discussing the occlusal plate working mechanisms to increase its effectiveness during treatment.

KEYWORDS: Occlusal splints; Temporomandibular joint dysfunction syndrome; Dental occlusion.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, F.G.P. Avaliação do efeito placebo no tratamento de pacientes portadores de disfunção craniomandibular (DCM), através do uso de placas miorrelaxantes convencionais

(PMRC) e placas não oclusivas (PNO). 1994. Dissertação (Mestrado em Prótese) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru.
BRUNETTI, R.F.; OLIVEIRA, W. Placas Oclusais. In: FELLER, C.; BOTTINO, M.A., (Coords.) *Atualização na clínica odontológica – A prática da clínica geral*. São Paulo: Artes Médicas, 1994. Cap. 9, p.177-194.

LEIB, A.M. The occlusal bite splint – a noninvasive therapy for occlusal habits and temporomandibular disorders. *Compend Contin Educ Dent*, v.17, p.1081-1090, 1996.
MANNS, A. *et al.* Influence of the vertical dimension in the treatment of myofascial pain-dysfunction syndrome. *J Prosthet Dent*, v.50, p.700-709, 1983.
NELSON, S.J. Principles of stabilization bite

splint therapy. *Dent Clin North Am*, v.39, p.403-421, 1995.
OKESON, J. P. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. 4.ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1998.
PETTENGILL, C.A. *et al.* A pilot study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*, v.79, p.165-168,

1998.
RAMFJORD, S.P.; ASH, M.M. Reflections on the Michigan occlusal splint. *J Oral Rehabil*, v.21, p.491-500, 1994.

Recebido para publicação em: 27/09/02
Enviado para análise em: 08/10/02
Aceito para publicação em: 28/10/02