

FACULDADE SETE LAGOAS

THIAGO TOYOSHIMA

**FACILIDADES DO AJUSTE DA PLACA MIORRELAXANTE
UTILIZANDO-SE DE UM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL**

SANTO ANDRE

2017

THIAGO TOYOSHIMA

**FACILIDADES DO AJUSTE DA PLACA MIORRELAXANTE
UTILIZANDO-SE DE UM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL**

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização da faculdade Sete Lagoas
como requisito parcial para a conclusão
do Curso de Especialização em Estética
Orofacial.**

Área de concentração: Estética

Orientador: Prof. Dr. Dirceu Vieira

SANTO ANDRÉ

2017

Toyoshima, Thiago

Facilidades do ajuste da placa miorrelaxante utilizando-se de um articulador semi-ajustável

15f.

Orientador: Prof. Dr. Dirceu Vieira

Monografia (especialização) – Faculdade de Sete Lagoas – 2017

1.Placa miorrelaxante 2.Articuladores

I. Facilidades do ajuste da placa miorrelaxante utilizando-se de um articulador semi-ajustável

II. Dirceu Vieira

FACULDADE SETE LAGOAS

**FACILIDADES DO AJUSTE DA PLACA MIORRELAXANTE
UTILIZANDO-SE DE UM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL**

THIAGO TOYOSHIMA

Aprovada em/...../ 2017

Pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores

Orientador Professor Dr. Dirceu Vieira

Professor Examinador Horácio D'Aguiar Silva Belo

Professor Examinador Jose Carlos Mendonça de Jesus

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo verificar as reais vantagens clínicas do uso de um articulador semi-ajustável na confecção de uma placa miorrelaxante frente à uma placa miorrelaxante confeccionada sem o uso de um articulador semi-ajustável, e posteriormente à isso, discutir a importância do uso do articulador, nos diversos tratamentos feitos na odontologia, desde a confecção de uma simples placa até no tratamento de grandes reabilitações.

Palavras Chaves: Placa Miorrelaxante, Articuladores, Relações Maxilo-mandibulares.

ABSTRACT

This study aims to verify the real clinical advantages of the use of a semi-adjustable articulator in the manufacture of an occlusal splint in front of an occlusal splint made without the use of the semi-adjustable articulator, and after that, to discuss the importance of using the articulator in the various treatments made in dentistry, from the preparation of a simple occlusal splint to the treatment of large rehabilitations.

Keywords : Occlusal splint , Articulators, Maxillary Mandibular Relationships.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. PROPOSIÇÃO	05
3. REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Articuladores Semi-Ajustáveis	06
3.2 Relação Cêntrica	07
3.3 Placas Miorrelaxantes	08
4. MATERIAIS E MÉTODOS	10
5. RESULTADO	11
6. DISCUSSÃO	12
7. CONCLUSÃO	13
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1. INTRODUÇÃO

Os articuladores são aparelhos empregados com o intuito de estudo, diagnóstico, de planejamento e de execução do trabalho definitivo, reproduzindo de maneira bastante significativa as posições e movimentos da mandíbula. (GENNARI, 2007)

O articulador é um instrumento que reproduz tridimensionalmente uma posição crânio mandibular e registra os movimentos condilares da mandíbula, utilizados como meio de diagnóstico e tratamento. (WATANABE, 1988)

O articulador é a concepção mecânica que seu autor faz dos movimentos mandibulares, com os objetivos de reabilitar e analisar a oclusão em próteses unitárias e fixas, e permitir a montagem dos dentes artificiais sob registro, nas próteses totais e removíveis. (TURANO, 2000)

Para compreendermos a mobilidade mandibular em função protética é necessário um claro conceito de mobilidade mandibular normal. Sem ele não podemos interpretar os princípios que regem o registro dos movimentos e posições mandibulares. (SAIZAR, 1972)

No estudo da oclusão, os conceitos de posição de RC e de MI são essenciais e, devem estar bem elucidados para se entender as várias filosofias a respeito da posição da mandíbula em relação à maxila.

De acordo com Montenegro et al, um dos cuidados que se deve ter ao confeccionar a placa miorreaxante é que ela deve ser preferencialmente montada em RC. (MONTENEGRO et al, 1984)

O objetivo deste trabalho é tentar demonstrar a importância do uso do articulador, juntamente com os conhecimentos das relações maxilo-mandibulares, para o tratamento, não só da confecção da placa miorreaxante, mas dos tratamentos protéticos na odontologia em geral.

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo dessa pesquisa é verificar vantagens de se utilizar um articulador semi-ajustável para a confecção de uma placa miorelaxante frente à uma placa miorelaxante confeccionada em um articulador do tipo “charneira”.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Articuladores semi-ajustáveis

Existe uma grande variedade de articuladores disponíveis para o uso na odontologia e são classificados segundo sua capacidade de ajuste. Vão desde simples e arbitrários oclusores ou verticuladores e charneiras, capazes de registrar apenas uma posição oclusal estática (são classificados de não ajustáveis), os semi-ajustáveis que reproduzem os pontos inicial e final dos movimentos mandibulares, até os articuladores totalmente ajustáveis, capazes de reproduzir todos os movimentos mandibulares. (COSTA, 1998)

Os articuladores semi-ajustáveis também podem ser classificados em arcon e não arcon. Os do tipo arcon, os elementos condilares (postes condilares) estão presentes no ramo inferior do instrumento, assim como os condilos estão unidos à mandíbula. A guia condilar está unida ao ramo superior do articulador, simulando a própria cavidade glenóide. Como exemplo podemos citar: Dent-Flex, Gnatus e Bio Art, nacionais e o Whip-Mix, Denar Mark II, americanos. Nos articuladores tipo não arcon, as superfícies articulares da cavidade glenóide estão unidas ao ramo inferior e os elementos condilares (postes condilares) ao ramo superior do articulador. (SHILLINGBURG, 1983; COSTA, 1998)

A maior falha destes articuladores se refere a não produção fiel de todos os movimentos mandibulares, pois, por possuírem as guias condilares, que representam a cavidade glenóide planas, reproduzem um percurso reto, enquanto que, os contornos anatômicos são retilíneos e não há previsão para o deslocamento lateral do côndilo do lado de trabalho que realiza somente rotação. Porém mesmo apresentando essas limitações mecânicas, este articulador, pela sua simplicidade de manuseio, quando usado adequadamente e o profissional conhece essas limitações, o articulador semi-ajustável pode dar informações valiosas para auxiliar no diagnóstico e nas reconstruções oclusais. (HICKEY, 1967)

A grande vantagem do uso desses aparelhos se traduz na possibilidade da simulação dos movimentos mandibulares do paciente quando da montagem da prótese, seja ela qual for, além do ajuste oclusal prévio à instalação na boca do paciente, sem a presença de fatores dificultadores, como o campo operatório

limitado pela musculatura perioral e saliva. Isso reduz o tempo de trabalho dispensados para a realização dos ajustes oclusais na boca, resultando em economia de tempo e mais conforto para o paciente. (ASSUNÇÃO, 2004)

Muito embora seja exigido o máximo de ajustes de um articulador para que ele possa ser utilizado durante uma reabilitação protética, mesmo para os desdentados totais, convém ressaltar que os articuladores semi-ajustáveis, pela sua performance, oferecem resultados altamente satisfatórios. Para que isso possa ser considerado, há necessidade de conhecimento da mecânica do aparelho, por parte do protesista, para que possa tirar o máximo do seu rendimento e por outro lado o protético deve estar habituado com o seu manuseio e ao entendimento de suas regulagens para estabelecer uma oclusão que esteja em conformidade com o seu ajuste. Caso contrário o melhor dos articuladores terá o funcionamento como se fosse um articulador de charneira. (GENNARI, 2007)

3.2 Relação Cêntrica

Os primeiros relatos sobre a Relação Cêntrica foram os trabalhos de Gysi (1910) apresentando a técnica de registro do arco gótico para sua obtenção, tendo como grande vantagem a obtenção gráfica do movimento supostamente do côndilo não mais de forma manual e sim pelo próprio paciente através de um arco facial.

Também obtendo gráficos dos movimentos mandibulares, Posselt em 1952, pesquisou o movimento bordejante e intra-bordejante da mandíbula utilizando-se de um dispositivo, fixado aos dentes inferiores. Obteve inscrições das trajetórias desses movimentos ao nível dos incisivos centrais. Relacionou seus estudos com os movimentos limítrofes (bordejantes) tanto no plano horizontal, como no plano sagital.

Desde a primeira tentativa de se registrar a posição maxilomandibular de RC, conceitos foram surgindo e se alterando conforme opiniões vigentes em cada época, o que gerou muitas controvérsias relacionadas a este assunto. Em seu estudo eles concluíram que: para se conceituar os termos de Relação Cêntrica deve ser usado o dicionário de termos protéticos no intuito de se evitar confusão; que RC é uma posição reproduzível; que RC ainda é a solução final para reorganizar a oclusão, principalmente em vários tratamentos protéticos (quando não houver contatos

dentais posteriores e conseqüentemente, falta de estabilidade e perda de dimensão vertical de oclusão) (KOGAWA et al 2004)

De acordo com a sétima edição do Dicionário de Termos em Prótese publicada em 1999 a Relação Cêntrica é a “relação maxilomandibular na qual os côndilos articulam com a porção mais fina e avascular de seus respectivos discos com o complexo em uma posição superior e anterior contra a superfície da eminência articular”. Esta posição é independente dos contatos dentais.

A Relação Cêntrica pode ser obtida através de técnicas de manipulação ou com auxílios de dispositivos como por exemplo: JIG de Lucia, espátula de afastamento lingual, rolo de algodão, placa de proteção anterior, Leaf Gauge ou tiras de Long. (BARATIERI, 2001)

3.3 Placas miorrelaxantes

Quando a ATM não está em harmonia, vários problemas bucais podem ocorrer, causando assim a DTM, considerado um mal que atinge grande parte da população e estão relacionados com fatores oclusais, distúrbios funcionais do sistema estomatognático, bem como o estresse (DAWSON, 1993)

Vários tratamentos vêm sendo experimentados na tentativa de sanar ou mesmo minimizar os sintomas de dor de cabeça, dor de ouvido, dificuldade de abrir a boca, cansaço muscular, entre outros. Estes tratamentos são aplicados ao fator que é visto como o principal responsável pela desordem que é o fator oclusal. No entanto, sempre que o paciente não for visto de maneira holística, o problema será resolvido parcialmente, uma vez que a desordem temporomandibular se caracteriza principalmente por ser multifatorial.(PADUA, 1998)

As placas miorrelaxantes também podem ser denominadas placa estabilizadora, placa de mordida, placa interoclusal, entre outros. (ARITA 1990) Elas promovem a estabilização, relaxamento e melhora da fisiologia muscular. (HAMATA, 2006)

Os cuidados a serem observados para a confecção das placas miorrelaxantes são: 1. Devem ser finas para não alterar a Dimensão Vertical e o Espaço Funcional Livre; 2. Devem ser montadas em Relação Central (idealmente); 3. Devem ser lisas

(Permitir deslizamentos dos dentes opostos e conforto ao paciente); 4. Devem-se remover os contatos prematuros mais grosseiros antes de instalá-las. (MONTENEGRO et al, 1984)

As placas mio-relaxantes podem ser confeccionadas com material resistente, resina acrílica ativada termo ou quimicamente, ou com material resiliente, silicone. Porém para pacientes portadores de sintomatologia muscular dolorosa, as placas de silicone estão contra-indicadas porque ao invés de promover uma diminuição da hiperatividade muscular, esta se faz aumentada. (HENRIQUES, 1992)

As placas mio-relaxantes confeccionadas com resina acrílica ativada termicamente, apresentam vantagem de ter caráter mais definitivos em relação às placas confeccionadas com resina acrílica ativada quimicamente, pois o processamento do material garante maior resistência e estabilidade evitando a modificação da cor e o aparecimento de gosto e cheiro desagradáveis. Ainda, segundo o autor, a vantagem de se fazer a montagem no articulador é a possibilidade de voltar ao modelo a placa após a acrilização para confirmar os pontos obtidos, diminuindo o tempo clínico do dentista e tempo de cadeira do paciente. (PADUA, 1998)

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi confeccionado duas placas de um mesmo paciente, para isso, foi feito duas moldagens de cada arcada com alginato (Jeltrate Plus – Dentsply), confeccionado os modelos com gesso tipo IV (Durone – Dentsply) e feito um registro em cera na posição de RC para a montagem no articulador semi-ajustável (A7 PLUS – Bio Art), e um registro em MIH, para a confecção da placa em um articulador do tipo “charneira”.

O Paciente, sexo masculino, 55 anos, passou recentemente por um trabalho de reabilitação, com lentes de porcelana e Placas Adesivas Estéticas de Vieira, não possuía perda de dimensão vertical de oclusão e também não possuía sinais nem sintomas de DTM recente.

Após a confecção das placas, foram instaladas no paciente e verificado os contatos oclusais, com auxílio de papel carbono, de cada placa, para posteriormente, poder compará-los.

5. RESULTADOS

Não houve diferença significativa na quantidade de ajustes entre as placas.

6. DISCUSSÃO

Para a confecção de placas miorreaxantes, grandes reabilitações, onde não se tem uma oclusão estável, estudos para planejamentos ou de ajustes oclusais, devem ser realizadas em posição de Relação Cêntrica, preferencialmente.

O articulador semi-ajustável, apesar de suas limitações, permite ao profissional, quando bem treinado e familiarizado com o aparelho, uma montagem rápida e segura dos casos clínicos em posição de Relação Cêntrica.

Uma das vantagens de se ter a montagem em Relação Cêntrica é que, por ela ser uma posição bordejante, poderia se fazer os ajustes das interferências que poderia existir entre a posição de Relação Cêntrica e de Máxima Intercuspidação Habitual.

Apesar do resultado do trabalho não ter demonstrado diferença entre as placas, vale ressaltar que, o paciente possuía a posição de Relação Cêntrica coincidente com a posição de Máxima Intercuspidação Habitual, o que pode ter levado a este resultado. Necessitaria de mais casos clínicos, onde a posição de Relação Cêntrica não fosse coincidente com a posição de Máxima Intercuspidação Habitual, pare que se possa chegar à uma conclusão segura.

Em casos mais simples, onde o paciente possua uma oclusão estável ou até uma posição de Máxima Intercuspidação Habitual coincidente à posição de Relação Cêntrica, uma montagem simples em um articulador do tipo “charneira” com um registro de mordida em Máxima Intercuspidação Habitual, pode levar a resultados satisfatórios.

7. CONCLUSÃO

Não se conseguiu verificar nenhuma vantagem clínica de se confeccionar a placa miorrelaxante no articulador semi-ajustável, porém frente ao esposto na pesquisa, cabe ao cirurgião dentista, dentro do seu conhecimento em oclusão, das vantagens e das limitações de se usar um articulador, de sua experiência clínica e das necessidades do paciente, avaliar a real necessidade de se utilizar um articulador semi-ajustável.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO W. G.; GENNARI F. H.; ROCHA E.P.; CARDILI C.; TABATA L. F.; GOIATO M. C. Estudo comparativo de alterações na orientação espacial de modelos maxilares montados em articulador, com e sem uso de Arco Facial. Ver. Ibero-Amer Prot Clín Lab. 2004; 6 (29):77-92.

BARATIERI L. N. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. Ed. Santos. 2001

BENNETT N. G. The movements of the mandible in relation to prosthetics. Brit Dent J. 1924 Feb;45(4):217-27.

COSTA R. R. Estudo da alteração da precisão de montagem do modelo superior em articulador semi-ajustável por meio do arco facial simples, 1998

DAWSON P. E. Avaliação Diagnóstico e Tratamento dos Problemas Oclusais. São Paulo: Artes Médicas. 1993. P.199-216.

GENNARI FILHO H. Articuladores . Revista Odontológica de Araçatuba, v28, n.3, p 46-56, Setembro/Dezembro, 2007.

GYSI A. The problem of articulation . Dent Cosmos 1910 Jan; 52(1):1-29.

HENRIQUES S. E. F. Efeitos de Placas Oclusais Totais Rígidas e Resilientes Sobre a Atividade Muscular Noturna de Pacientes com Diagnóstico Comfirmado de Parafunção. Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia, Belo Horizonte, v.29, n.1, p.35-40, jan/jun,1992.

HICKEY J.C.; LUNDEEN H. C.; BOHANNAN H. M. A new articulator for use in teaching and general dentistry. J Prosthet Dent. 1967; 18(5):425-37.

KOGAWA E.M.; ZOGHEIB L. V.; ARRUDA E.P.; CONTI P.C.R. Centric Relation: clinic application of scientific evidence. Jornal Bras de Oclusão, ATM e Dor Orofac, 2004; 4(17):175-86.

MONTENEGRO, F. L. B. et al. Placas de mordida: funções terapêuticas. Revista Paulista de Odontologia; v. 6, n. 3, p. 26.42, 1984

PÁDUA A. S.; ALMEIDA C. R.; SANTOS E.; ALVES J. M. P.; OLIVEIRA M. C.; KAKIDA P. K; Placas Miorrelaxantes: Confeção e ajuste no laboratório. R. Um. Alfenas, Alfenas, 4:49-53, 1998.

SAIZAR P. Prostodoncia total. Buenos Aires:Mundi; 1972.

SHILLINGBURG, H. T.; HOBO, S.; WHITSETT, L. D. Fundamentos de Prótese Fixa. 1ª ed. Livr. Ed. Santos, São Paulo, 1983. P. 207-28

TURANO JC, TURANO LM. Fundamentos de Prótese Total. Rio de Janeiro: Ed. Santos: 2000.

WATANABE MT. Dentaduras Funcionales. México: Universidade Nacional Autônoma de México. Escola Nacional de Estudios Profesionales Iztacalas. 1988.