

UTILIZAÇÃO DE PLACAS OCLUSAIS EM RESINA ACRÍLICA NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DE DTMS

OCCLUSAL SPLINTS USE OF ACRYLIC RESIN IN TREATMENT OF DTMS HELP

LÍLIA EMI NISHIMORI^{1*}, JULIENE RODRIGUES MARTINS², FABIANO CARLOS MARSON³, SÉRGIO SÁBIO⁴, CLEVERSON DE OLIVEIRA E SILVA³, GIOVANI DE OLIVEIRA CORRÊA³

1. Especialista em prótese pela USP-FUNORP- RP; 2. Aluno do curso de Odontologia da Faculdade INGÁ; 3. Professor Doutor do curso de Odontologia na Faculdade INGÁ; 4. Professor Doutor do curso de odontologia da UEM

* Av. Itororó 813, sala 02 – zona 02 CEP: 87013-010 Maringá, Paraná, Brasil. lisianishimori@hotmail.com

Recebido em 19/02/2013. Aceito para publicação em 13/12/2013

RESUMO

Os distúrbios temporomandibulares (DTMs) são alterações clínicas que acometem o sistema neuromuscular, localizadas na região da articulação temporomandibular, trazendo dor orofacial. As placas oclusais são dispositivos removíveis, constituídos de resina acrílica rígida, ajustadas sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes. A placa é confeccionada com ou sem auxílio do articulador e ajustada frequentemente, removendo os contatos prematuros mais grosseiros. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a placa oclusal em resina acrílica como auxiliar no tratamento das DTMs. As funções da placa compreendem em diminuir a hiperatividade muscular, levar a oclusão ideal, estabilizar a mandíbula, descomprimir a ATM. A sintomatologia dolorosa ainda é a razão pela procura pelo tratamento e a DTM a causa, onde a placa ajuda a diminuir os sintomas de dor. O profissional deve observar questões psicológicas, sociais e econômicas, assim consegue diagnosticar um quadro de DTM, para que esta seja tratada corretamente, aliviando a dor. Concluindo, quando bem indicadas, as placas oclusais em resina acrílica favorecem a proteção dentária, muscular e articular, protegendo a ATM e suas estruturas mastigatórias, sendo consideradas conservadoras, reversíveis, de baixo custo, fácil confecção e bem indicadas para pacientes que sofrem de DTMs.

PALAVRAS-CHAVE: Placas Oclusais, disfunção temporomandibular, dor facial, articulação temporomandibular, Tratamento.

ABSTRACT

The temporomandibular disorders (TMD) are clinical changes that effect of neuromuscular system, locates in the region of the temporomandibular joint, bringing orofacial pain. The occlusal splints are removable devices, made of rigid acrylic, set on the incisal and occlusal surface of teeth. The board is made with or without the assistance of the articulator and adjusted frequently, removing the high spots grosser. The objective of this study is to perform a literature review on the acrylic resin

occlusal splint as an aid in the treatment of TMD. The board comprises functions to decrease muscle hyperactivity lead to ideal occlusion, stabilize the jaw, and decompress the TMD. Painful symptoms are still the reason for the demand for TMD treatment and the cause, which the board helps to reduce pain symptoms. The professional must observe psychological issue, social and economic well can diagnose a TMD frame, so that, it is treated properly, relieving pain. In conclusion, when well indicated, the acrylics resin occlusal splits in favor dental protection, muscle and joint, protecting the TMD and masticator structures, is considered conservative, reversible, inexpensive, easy to manufacture and well suited for patients suffering from TMD.

KEYWORDS: Occlusal splints, temporomandibular dysfunction, facial pain, temporomandibular joint, treatment.

1. INTRODUÇÃO

A dor se caracteriza como uma sensação de desconforto geral, fator que impede de alguma forma o ser humano de fazer suas funções normais do dia a dia, interrompe a sensação de alegria, de diversão, de viver a vida com prazer¹.

A dor orofacial é causada pelas disfunções temporomandibulares (DTMs) tornando-se angustiante para os pacientes, por isso a razão da busca pelo tratamento imediatamente.

Para Bove *et al.* (2005)², a disfunção temporomandibular (DTM) provoca a dor orofacial, pois envolve a articulação temporomandibular (ATM), a musculatura da mastigação, e estruturas associadas, refletindo os diversos problemas clínicos que a envolvem. O paciente começa a apresentar dor na mandíbula e na região da ATM, dor de cabeça, ruído na articulação, dificuldade para abrir e fechar a boca, dificuldade para morder e cortar alimentos, mas também ocorre enquanto a boca está em repouso, agrava a dor de cabeça pré-existente, onde o desconforto e estresse podem causar tensão nos múscu-

los da mastigação, e que se estende aos músculos do pescoço e ombro e face.

Segundo Alencar-Jr *et al.* (2006)³, as DTMs são alterações clínicas que acometem o sistema neuromuscular, localizadas na região de cabeça, pescoço e também nas ATMs, trazendo sinais e sintomas como: dor orofacial e cervical, limitação de abertura de boca, ruídos articulares, redução da eficiência mastigatória e bruxismo.

Atualmente a odontologia defronta na realidade de seus consultórios, com pacientes apresentando como uma das principais queixa os diversos sintomas causados pelas DTMs, pois devido a vida agitada, ambientes onde favorecem o estresse emocional, desenvolvem estes distúrbios, causando má qualidade de vida.

O Cirurgião-Dentista possui um papel muito importante no tratamento destas disfunções, onde a principal modalidade terapêutica empregada no tratamento é a placa oclusal, esta visa simular uma oclusão que seria próxima a ideal, melhorar e corrigir a relação cêndilo-disco articular, proteger os pacientes bruxistas do desgaste dentário e principalmente aliviar a dor relacionada à DTM⁴.

As placas oclusais são dispositivos removíveis, constituídos de resina acrílica rígida, ajustadas sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes, onde ocorre contatos oclusais estáveis com dentes do arco oposto. Ainda, é considerada como tratamento conservador, reversível, de baixo custo, fácil confecção e bem indicada para pacientes que sofrem de DTMs⁵.

Relatos descrevem que desde 1901, a placa oclusal já era utilizada para os tratamentos das DTM, diminuindo assim a hiperatividade muscular mastigatória no bruxismo. As primeiras foram confeccionadas em vulcanite, e com a evolução, hoje são confeccionadas em acrílico.

As placas oclusais são utilizadas como a primeira opção no tratamento das DTMs, pois esta se trata de uma terapia não-invasiva, reversível, sem contra-indicações e conservadora⁴.

Confeccionadas por acrílico autopolimerizável, a placa oclusal é lisa e plana, caracteriza-se como aparelho removível, confeccionada na maxila, superior ou mandíbula, inferior, acompanha a curva de oclusão, podendo cobrir a oclusal e incisal dos dentes, permite contatos bilaterais, simultâneos e estáveis, quando feita a guia anterior permite desocclusão dos dentes posteriores.

Quando o profissional elege a placa como tratamento, elege também um tratamento não invasivo, simplificado, de baixo custo, acessível em todas as classes sociais, onde em quase totalidade dos casos minimizam ou resolvem grande parte dos problemas e sintomas álgicos orofaciais⁶.

Para um bom diagnóstico da DTM no uso da placa oclusal, o profissional necessita de uma atenta análise multidisciplinar, realizar uma anamnese minuciosa, e quando detectado a possibilidade de DTM, direciona

então o tratamento. A abordagem clínica correta do paciente portador de dor orofacial promove um direcionamento terapêutico adequado⁷.

Quando bem indicadas, as placas oclusais, aliviam os sinais e sintomas destes pacientes, trazendo uma melhora na saúde, bem estar, no desempenho do cotidiano, por isso a necessidade de que o profissional esteja habilitado, atualizado e experiente no diagnóstico e tratamento das disfunções.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a placa oclusal em resina acrílica como auxiliar no tratamento das DTMs.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica exploratória, no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca foram utilizados os descritores: placas oclusais, disfunção temporomandibular, dor facial, articulação temporomandibular, Tratamento; um total de 20 publicações.

3. DESENVOLVIMENTO

A ATM é uma articulação composta de dois cêndilos e duas fossas mandibulares, presentes no osso temporal, interligada por músculos, tecidos retrodiscais e ligamentos; onde fazem diversos movimentos complexos de mastigação, deglutição, fonação e postura. Quando ocorre interferência nesse sistema, os músculos, ligamentos, discos e osso são alterados, resultando em uma DTM.

DTMs

As DTMs são distúrbios que ocorrem no sistema mastigatório, surgindo sinais e sintomas, danificando a musculatura mastigatória, ATM e estruturas que a compreendem. São divididas em distúrbios musculares, comprometendo a musculatura da mastigação e pescoço; e articulares, prejudicando as estruturas internas da articulação e a musculatura auricular⁸.

Moremitsu (2000)¹ descreve que a primeira musculatura afetada no caso de uma DTM é a mastigatória, onde as alterações estruturais da ATM fazem com que os músculos mastigatórios tornem extremamente tensos em consequência do estímulo anormal do sistema nervoso central ou mesmo do estímulo periférico inadequado, causando mobilidade e dores nos dentes, movimentos limitados da ATM.

As causas das DTMs são variadas, mas dois fatores são muito importantes: os hábitos parafuncionais e a oclusão dentária. Por muito tempo pensou-se que as alterações oclusais eram a principal causa, mas novos fa-

tores foram incluídos, como a presença de hábitos para-funcionais, condições sistêmicas, psicológicas e posturais⁹.

Hoje, as DTMs são comuns devido a vida agitada; o estresse do cotidiano associados à maloclusão e alterações do sistema estomatognático, tornam-se cada vez mais frequente esses distúrbios.

Para Matos (2009)¹⁰, as etiologias mais consideráveis para esses distúrbios são: traumatismos, hábitos para-funcionais, má oclusão, excessiva abertura bucal, doenças sistêmicas, atividades posturais inadequadas, fatores emocionais.

Os distúrbios podem ser divididas em categorias que compreendem a disfunção da ATM, e dos músculos mastigatórios, doenças congênitas e do desenvolvimento.

As DTMs são muito frequentes, fatores como estresse associado à maloclusão, má desenvolvimento do sistema estomatognático por dietas inadequadas, mais pastosas interferem na causa¹⁰.

Embora Zampieri *et al.* (2005)¹¹, acreditem que não tenha causa específica para DTM, acreditam que o distúrbio seja devido a diversos fatores etiológicos como traumas, condições inflamatórias, processos infecciosos ou até eventos iatrogênicos, distúrbios endócrinos comportamentais e até psicossociais, má qualidade do sono, ansiedade e depressão.

Dor miofacial de origem muscular é considerada uma das DTMs mais comuns, causando principalmente cefaléia. Esta dor se caracteriza por desordens musculares regionais, pontos sensíveis na musculatura e dor local e referida, podendo irradiar.

As DTM trazem problemas ao paciente, pois danificam os dentes e estruturas do periodonto, ATM, sistema neuromuscular, e disfunção da mastigação e deglutição. Pacientes que possuem perda dos elementos dentários posteriores desenvolve espasmo muscular temporal, deslocamento do disco articular desenvolvendo assim a DTM¹².

Sintomatologia

O estado emocional sofre facilmente alterações conforme a qualidade de vida do indivíduo, quando o nível de estresse é elevado, o indivíduo começa a apresentar involuntariamente parafunção, gerando disfunção da ATM e dor.

A dor constante na ATM, seguida por travamento e estalos na mandíbula, abertura de boca limitada, dor facial e na região auricular, dificuldade na oclusão dentária, fadiga muscular, desvio de mandíbula, surdez momentânea e zumbido no ouvido são sintomas comuns encontrados⁶.

As desordens craniomandibulares apresentam sintomas e sinais de fatores tanto interno como as disfunções do aparelho mastigador no plano oclusal onde os fatores

externos influência muito; e estes fatores externos compreendem o estado emocional do indivíduo e o estresse, desta forma o aparelho mastigador entra em fadiga gerando a dor¹³.

Estresse emocional e procedimentos terapêuticos oclusais mal conduzidos são forte agravante para as manifestações de desorganização da oclusão dentária⁶.

Os principais sinais e sintomas são dor, disfunções nos movimentos mandibulares e sons articulares (estalido e crepitação), cefaléia, dor miofacial e dor de origem não-dental.

O paciente pode vir a apresentar tontura, dor no ouvido, chiado no ouvido, dor nos ombros, na região lombar e dorsal, nos braços e em outras regiões, dor na região da ATM e crepitação na ATM, dificuldade em abrir a boca, dor na face, pescoço e cabeça, dor a palpação no masseter e temporal, fratura e desgaste dentário¹³. Pacientes com cefaléia tensional, dor miofacial, dor muscular local, deslocamento do disco, capsulite, dor a palpação muscular também são sugestivos para DTM¹¹.

Diagnóstico

Para a elaboração de um diagnóstico correto detectando DTMs, são necessários alguns procedimentos como manipulação da mandíbula em relação cêntrica e apalpação muscular do pterigóideo lateral, este apresentando dor é favorável⁶.

Durante o exame clínico, a palpação muscular é realizada, a presença de sensibilidade e dor na porção inferior do músculo pterigóideo lateral maior que outros músculos mastigatórios associado a um nível de estresse significativo é sugestivo de DTM¹². O profissional deve investigar detalhes como: a maneira e como começou a dor, o grau de persistência dolorosa, questionar os fatores que agravam, realizar um exame clínico rigoroso e completo¹³.

Observar o paciente de maneira holística durante a anamnese, questionar sobre o seu dia-a-dia, sobre a profissão que emprega nível de estresse diário, são considerações importantes para um bom diagnóstico.

Placa Oclusal

A placa oclusal também pode ser denominada de placa de mordida, miorreaxante, noturna, de bruxismo, estabilizadora de Michigan ou splint oclusal¹⁰. Também denominada de placa de Fox, placa de relação cêntrica, o placa de estabilização são utilizadas quando ocorre interferências oclusais, grande diferença entre relação cêntrica e oclusão cêntrica, cujo objetivo se resume em manter o máximo contato de cúspides e a placa¹⁴.

Constitui-se de um dispositivo removível, confeccionado de resina acrílica, se encaixa sobre a incisal e oclusal dos dentes, mantém contato estável com a arcada

oposta, com a função de proteger a oclusão principalmente durante a noite e é utilizado como dispositivo ortopédico⁸.

A placa oclusal é uma forma de tratamento conservador, valiosa na redução de sintomas das DTMs, podendo ser empregadas juntamente com outras terapias. Devolve ânimo e humor dos pacientes¹⁵.

Podem ser divididas em reposicionadoras que reposicionam a maxila com a mandíbula, ou estabilizadoras, estabilizam a maxila com a mandíbula, não modificando sua estrutura. As estabilizadoras possuem superfície lisa, recobre toda oclusal e incisal dos dentes, confeccionada em acrílico autopolimerizável por duas folhas de acetato diretamente na boca do paciente ou em acrílico termopolimerizável em laboratório, criando contatos bilaterais no arco de oposição, guia anterior para desocclusão posterior durante os movimentos, promove oclusão próxima a ideal, aumenta a dimensão vertical por isso diminui a atividade muscular durante os movimentos parafuncionais, estabiliza o côndilo diminuindo toda a carga na ATM e ainda para que todas estas vantagens sejam realizadas a placa deve ter conformação estável e retentiva, todas as cúspides dos dentes devem tocar de forma idêntica a superfície da placa, seja lisa, polida e os contatos posteriores sejam mais fortes que os anteriores. Já as placas reposicionadoras reposicionam a mandíbula anteriormente a posição habitual, utilizadas quando o paciente apresenta deslocamento de disco e côndilo¹⁶.

As placas devem possuir a conformação fina, para não alterar a dimensão vertical de oclusão (DVO) e espaço funcional livre (EFL), apresentando de 1,5mm de espessura, montadas em relação cêntrica (RC), lisas para conforto e deslizamento dos dentes oponentes, os contatos prematuros mais grosseiros devem ser removidos antes da instalação no paciente¹⁰.

O uso alivia os sintomas de parafunção, como bruxismo e apertamento, evitando desgaste dentário, dor e sensibilidade muscular⁶.

É um tratamento para DTMs reversível, não invasivo, utilizam no diagnóstico diferencial das disfunções e não promovem modificações oclusais permanentes¹⁰.

As placas de resina acrílica melhoram as desarmonias e possíveis desvios dos movimentos mandibulares, reposiciona a mordida em relação cêntrica, favorece uma posição articular confortável, reposiciona o côndilo, relaxando a musculatura mastigatória diminuindo a dor, evita o desgaste dentário, redimensiona a dimensão vertical do paciente⁶.

Seu uso promove reposicionamento condilar, transferindo a carga para diferentes áreas dos tecidos articulares, alternando o comportamento do apertamento⁶.

A placa realinha os côndilos, relaxando a musculatura mastigatória, onde pode ser confeccionada para as arcadas superior ou inferior, atuando como um desprogramador muscular¹⁷. Ainda promove posição articular

estável, oclusão funcional próxima da ideal para reprogramar a musculatura mastigatória, protegendo os dentes de forças anormais que desgastam ou destroem os dentes¹⁴.

Torna-se eficiente em pacientes bruxistas e outras DTMs, pois descomprime a ATM onde a carga de força é desviada para diferente da ATM. As vantagens deste tratamento implicam no baixo custo do tratamento, facilidade em colocar a placa, confecção, uso diário ou conforme prescrito, é confeccionada por resina acrílica incolor não alterando a estética do paciente¹⁰.

É considerado mecanismo de ação reversível, estável, não invasiva, baixo custo e simples de confeccionar as desvantagens encontradas são que atrapalha a estética, o tempo de confecção muitas vezes é longo, necessita de adaptação e ajuste periodicamente, atrapalha ao conversar quanto está em uso e depende da forma que o paciente usa e coopera com o tratamento¹⁷.

Quando a placa é prescrita pelo dentista, possui as funções de simular uma oclusão ideal, reposicionarem côndilo e disco articular, proteger de desgaste dentário nas parafunções e principalmente alívio da dor⁴.

Tratamento

Com a presença da sintomatologia dolorosa a maioria dos pacientes procura atendimento odontológico, após um exame detalhado e confirmação da presença de DTM, o tratamento mais indicado de início são a utilização de placas oclusais confeccionadas em resina acrílica.

Primeiramente o paciente é aconselhado sobre controle de hábitos, posturas relacionadas ao sono, estresse, alimentação, exercício físico, ingestão de água e cafeína evitando assim os sintomas dolorosos¹¹. Logo em seguida, realiza-se a confecção da placa. É importante que o paciente se conscientize da sua DTM, sobre o uso correto da placa, evitar hábitos nocivos parafuncionais, procurar ser mais saudável quanto a alimentação e diminuição do estresse¹⁴.

O tempo de uso da placa varia de acordo com o tipo de DTM, mas geralmente se faz com o uso noturno, por 45 dias, e as manutenções e ajustes são semanais, após o paciente passa a usar descontinuamente, com manutenção semestral, sempre avaliando sinais e sintomas relacionados. Uso por 45 dias, a manutenção é realizada uma vez a semana, após esse período, as consultas passam a ser semestrais, controlando melhora da sintomatologia do paciente¹⁰.

Para pacientes com sintomatologia para envolvimento muscular, o uso da placa é geralmente noturno, e quando é articular, o uso é de 24 horas. As placas de estabilização são utilizadas no período de sono do paciente e apenas 2 horas durante o dia para que ele treine a posição de dentes afastado; já as placas reposicionadoras geralmente a indicação é o uso por 8 a 10 horas sema-

nais¹⁵.

No caso de pacientes com muita dor, a placa é utilizada 24h no primeiro dia, e durante 8 horas no período noturno por 15 dias, ajuste no segundo dia, tratamento com ajuste oclusal em relação cêntrica, em sessões de 45 a 50 minutos, outras sessões ajuste em lateralidade e protrusão semanais, duração de 2 meses¹². Algumas patologias recomenda-se 24 horas por dia durante 30 dias, por 4 semanas quando a intenção é ajustar a ATM¹⁰.

Conforme o paciente colabora com o uso correto da placa, o reposicionamento cômulo-fossa pode ocorrer em 10 semanas, a altura da dimensão vertical pode variar até 3 mm de espessura. Além do uso da placa, faz parte do tratamento o profissional demonstrar empatia, atenção, crença no paciente que está sendo tratado¹⁵.

Mecanismo de ação da placa oclusal

Os mecanismos propostos estão entre estabilizar e melhorar a função da ATM, reduzir a atividade muscular anormal reduzindo a carga da ATM; proteger os dentes sobrecarregados, devolver a dimensão vertical de oclusão perdida diminuindo a atividade muscular, alteração de oclusão, onde alteraria a oclusão para mais estável e eliminaria interferências oclusais deixando próxima da ideal com estabilidade posterior e guia anterior e fechando em máxima intercuspidação, alteração de posição condilar para uma posição musculoesquelética mais estável ou estrutural mais compatível, aumento da dimensão vertical, alteração do impulso periférico para o sistema nervoso central, regressão natural ao meio, efeito placebo e consciência cognitiva por parte do indivíduo onde o paciente altera comportamentos anormais ou danosos ao sistema estomatognático, onde com o uso do dispositivo altera e fica alerta com seu comportamento, reduzindo também a atividade muscular; efeito placebo onde provoca um efeito psicológico de que esteja sendo tratado¹⁵.

Efeito de reduzir a dor muscular, para pacientes que não possuem estabilidade oclusal devido a desgastes dentários deletérios, perda da anatomia oclusal ou falta de dentes, a placa devolve a estabilidade (placa de estabilização), quando o paciente já tem estabilidade oclusal e precisa de relaxamento muscular devido apertamento e melhora da fisiologia muscular (placa miorelaxante). Ainda deve encontrar-se perfeitamente adaptada e com estabilidade e retenção, na posição de RC as cúspides vestibulares devem tocar a superfície da placa, na protrusão os caninos inferiores devem contatar uma força uniforme, e os incisivos mais suaves, na lateralidade a desocclusão acontece pelo canino, contatos posteriores em RC devem ser mais fortes q os anteriores, superfície oclusal plana, a placa deve estar polida e bem adaptada⁹.

A placa oclusal promove uma posição articular ortopédicamente estável temporariamente, diminui a hiper-

tividade muscular, o apertamento, o mio-espasmo e mio-sites, reduzindo assim os sintomas⁷. Ainda exerce a função de proteção dos dentes, auxilia na reabilitação dos pacientes, protege as estruturas de suporte contra forças de bruxismo e apertamento que podem gerar desgaste dentário e perda de inserção óssea. O tempo que o paciente refere dor influencia muitas vezes na resposta algica no uso da placa¹⁰.

As placas oclusais proporcionam apoios bilaterais múltiplos e simultâneos no fechamento, movimentos laterais e protrusivos sem interferências, reposicionamento e alinhamento da ATM, reposicionando o cômulo na fossa, melhorando a articulação e músculos⁶.

Favorece a oclusão ideal, redimensiona a dimensão vertical de oclusão perdida, elimina ou reduz as atividades musculares anormais, alinha a maxila com a mandíbula, reduz a carga de força excessiva durante a para-função sobre a ATM, reposiciona a ATM, com o seu uso contínuo faz com que o paciente tenha consciência que utiliza um dispositivo bucal, alertando-o sempre para não apertar ou ranger em consciência¹⁷.

As funções da placa compreendem em diminuir a hiperatividade muscular, levar a oclusão ideal, estabilizar a mandíbula, descomprimir a ATM¹⁰.

Confecção da placa

Deve ser confeccionada em acrílico autopolimerizável, confeccionada por laboratório, cobrindo a superfície oclusal e incisal do arco dentário, com contatos bilaterais, simultâneos e estáveis com o arco de oposição, na guia anterior os dentes posteriores desocluem nos movimentos excursivos. Pode ser feita na arcada superior ou inferior, sendo na arcada superior mais estável, seguir a curva de spee, a superfície oclusal lisa para não desviar a mandíbula, os contatos oclusais devem fornecer liberdade de movimentos entre máxima intercuspidação habitual e relação cêntrica, mínimo de 0,5mm, espessura nos dentes posteriores de 1,5 a 2mm¹⁰.

A placa confeccionada em resina acrílica é incolor, recobre as incisais e oclusais dos dentes em um dos arcos, maxila ou mandíbula, ajustada para que ocorra contato oclusal com os dentes antagonistas. A confecção pode ser realizada com o auxílio de um articulador, o modelo de gesso superior deve ser limitado a área a ser coberta pela placa na superfície vestibular dos dentes de 1 a 2 mm de cobertura, deve ser montado com auxílio do arco facial e o modelo inferior necessita de um registro com uma placa de cera 7, onde o paciente morde até ajustar a mínima dimensão vertical sem que os dentes superiores e inferiores se toquem, a placa de cera é aliada na superfície oclusal, e os guias dos movimentos excêntricos são confeccionados, e por fim acrilização em resina acrílica¹⁷.

Também pode ser confeccionada sem o uso de arti-

culador, onde a posição mandibular é feita pela musculatura, onde as superiores tornam-se mais retentivas e difíceis de fraturar⁸.

Ajuste oclusal

Para o ajuste da placa oclusal, remove-se os contatos prematuros mais grosseiros, o ajuste final e refinamento oclusal devem ser realizados com a placa na boca do paciente. Ainda deve encontrar-se perfeitamente adaptada e com estabilidade e retenção, na posição de RC as cúspides vestibulares devem tocar a superfície da placa, na protrusão os caninos inferiores devem contatar uma força uniforme, e os incisivos mais suaves, na lateralidade a desoclusão acontece pelo canino, contatos posteriores em RC devem ser mais fortes que os anteriores, superfície oclusal plana, a placa deve estar polida e bem adaptada. É essencial eliminar interferências grosseiras no ajuste com auxílio de carbono e também estabelecer contatos bilaterais posteriores e estabilidade oclusal¹⁰.

A placa deve adaptar-se bem aos dentes, possuindo estabilidade e retenção a palpação e contato dental, necessita de estar bem polida e plana, em relação cêntrica os contatos na mordida deve ser iguais, a guia anterior necessita desoclusão posterior, não pode de forma alguma provocar injúrias aos tecidos⁶.

Após ajuste, as instruções de higiene, de efeitos a serem produzidos, tempo de uso, manutenção da placa, consulta após uma semana de uso e as próximas mais espaçadas, sendo ajustes realizados após um mês de uso, dois meses e depois intervalos de 6 meses.

A perfeita adaptação nos dentes na arcada, as cúspides dos dentes vestibulares inferiores ou linguais superiores devem tocar uniformemente a superfície plana da placa, em relação cêntrica os dentes posteriores devem ter contato mais forte que os anteriores, durante a guia anterior os caninos tocam a placa e a desoclusão posterior acontece, na guia de lateralidade, o canino do lado de trabalho toca na placa. O ajuste da placa é realizado gradativamente, o paciente prova a placa, morde e range os dentes, registrando a mordida com auxílio de duas pinças e carbono de boa qualidade, os desgastes vão sendo realizados pela broca maxcuti e peça reta, até que se alcance a posição miocêntrica do paciente¹⁷.

4. CONCLUSÃO

A Considerada um método de tratamento reversível, as placas restabelecem uma oclusão ideal, e são bem aplicadas no tratamento que antecede procedimentos irreversíveis para afirmar o correto diagnóstico de DTM¹⁸.

Este trabalho, o tratamento com a placa miorelaxante é eficaz em quase todos os casos de DTM, trazendo benefício para a melhor qualidade de vida do paciente,

auxiliando na redução de estresse¹⁹.

Neste presente trabalho, o uso de placas oclusais é o tratamento de eleição para pacientes que apresentem a dor miofacial, com alto índice de sucesso na redução dos principais sintomas referidos, pelo fato de alterar as relações oclusais, redistribuindo as forças mastigatórias, evitando desgaste dentário, reprogramando os músculos mastigatórios e ATM¹⁸.

Estudos demonstram que a confecção da placa é na posição de relação centrada, sendo a maior parte delas confeccionadas para utilização na maxila, por trazer maior conforto ao paciente, uso mais indicado noturno⁹.

Neste trabalho desenvolvido, a placa oclusal é o tratamento mais utilizado em todo mundo, seu mecanismo de ação para muitos ainda não é bem definido, mas sua eficiência para reposicionar o disco e côndilo, reprogramar os músculos mastigatórios e realinhamento de oclusão é aparente¹⁶.

Este autor refere que o diagnóstico e tratamento das DTMs envolvem além do profissional de Odontologia, outros profissionais da área da saúde, para que assim faça com precisão a terapia. Para correto diagnóstico, foi encontrado-se que é necessário anamnese, exame clínico da oclusão, exame radiográfico da ATM e ainda na dúvida outros exames complementares como tomografia computadorizada e ressonância magnética²⁰.

Quando o diagnóstico é correto, o profissional desenvolve o plano de tratamento na região estomatognática apropriado ao paciente, onde emprega a “lei de proteção mútua” a ATM, onde os dentes anteriores protegem os posteriores e vice-versa, diminui a fadiga muscular e facilita a guia anterior correta.

Outro estudo demonstra que a efetividade da placa oclusal reduz a atividade muscular mastigatória quando o paciente se encontra em apertamento em máxima intercuspidação, auxiliando o paciente lembrar-se que está utilizando a placa e automaticamente ele cessa a parafunção, pois o sucesso do tratamento depende do paciente utilizá-la⁹.

A sintomatologia dolorosa ainda é a razão pela procura pelo tratamento e a DTM a causa, e neste trabalho relata que a placa ajudou a diminuir os sintomas de dor²⁰.

O seguinte trabalho demonstra que a alteração dos padrões musculares habituais dos músculos mastigatórios, repouso mandibular devido o reflexo de posição da língua, são efeitos psicológicos desenvolvidos pela placa⁹.

Várias foram as causas encontradas para referência de dor na ATM, mas os mais comuns foram trauma de carga reversa e repetitiva, alterações articulares, inflamação e dor, e com a utilização da placa, a dor diminuiu e a carga dor músculos também²¹.

A melhora significativa dos sintomas, redução da intensidade, frequência e duração da dor é de aproxima-