

Placas oclusais: tipos e indicações Revisão de literatura

Alex Pinheiro Silva, Jarbas Francisco Fernandes Santos

UNIVAP- Universidade do vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, aps.alexpsilva@gmail.com
UNIVAP- Universidade do vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, jafranfersan@gmail.com

Resumo- A placa oclusal é o um dispositivo que visa promover um distanciamento maior entres os arcos dentários, levando a um alongamento da musculatura mastigatória e conseqüentemente alívio da dor nas articulações temporo-mandibulares (ATM). Freqüentemente confeccionada em resina acrílica e ajustada sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes em um dos arcos dentários. Este tipo de procedimento vem sendo estudado a partir dos trabalhos de Costen na década de 30, e ainda hoje persistem duvidas quanto ao uso dos diferentes tipos e técnicas para confecção desses dispositivos com o intuito de promover uma melhora na sintomatologia da DTM.

Palavras-chave: Placas Oclusais, Miorelaxante, DTM, Splint Occlusal.

Área do Conhecimento: Odontologia, Disfunção temporomandibular.

Introdução

Placa oclusal é um dispositivo removível, freqüentemente construído em resina acrílica rígida, que se ajusta sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes, buscando obter contatos oclusais estáveis com os dentes do arco oposto. É também conhecido como protetor oclusal, protetor noturno, aparelho interoclusal e dispositivo ortopédico (OKESON, 1998).

Desde o início do século XX, vem se estudando as queixas de pacientes odontológicos quanto à sintomatologia de dores na região das articulações temporomandibulares. Costen em 1934 foi o primeiro a relatar a síndrome que hoje é denominado de desordens temporomandibulares. Costen era medico otorrinolaringologista e através das queixas de seus pacientes, conseguiu correlacionar os sintomas a que se referiam seus pacientes, como dor de ouvido, com uma possível dor nas ATM desses pacientes e sugeriu que estudos fossem feitos para tentar diagnosticar essa possível correlação (OLIVEIRA, 2002).

A partir dos trabalhos de Costen, a Odontologia começou a estudar com mais profundidade as queixas desses pacientes. Nos meados do século passado o Professor JJ Barros, disse que seria muito fácil para o dentista fazer uma placa, o difícil era o que ele iria fazer com a mesma, pois mesmo na classe odontológica é comum cirurgiões dentistas não conhecerem os mecanismos de ajustes desses dispositivos. A Odontologia possui um verdadeiro arsenal de técnicas para a confecção de diversos tipos de placas que visam o

mesmo resultado, alívio das dores relatadas pelos pacientes, no entanto pouco são os dentistas que efetivamente dominam as técnicas de confecção e ajustes desses dispositivos.

Revisão de Literatura

A placa ou *splint* oclusal é um aparelho removível, geralmente confeccionado com resina acrílica, incolor, química ou termicamente ativada, que recobre as superfícies incisais e/ou oclusais dos dentes em um dos arcos, criando um contato oclusal adequado com os dentes antagonistas e ou um melhor relacionamento côndilo-disco (ORII; MISSAKA; CONTIN, 2006).

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), (RAMJFORD; ASHM, 1994).

As placas oclusais têm sido muito utilizadas como auxiliar no tratamento das forças oclusais excessivas ou traumatizantes, em especial aquelas decorrentes do bruxismo (MACHADO et al., 2007).

Com o uso de placas oclusais o tratamento das dtms é realizado de forma mais conservadora, não causando alterações irreversíveis dos elementos dentários e permitindo que o paciente receba simultaneamente outros tipos de tratamento (MIRANDA et al., 2005).

Segundo Santos Jr. (1987) os sinais e sintomas relacionados às desordens temporomandibulares são: sons (estalidos e crepitações), ressaltos articulares, subluxação, dor, limitações ou restrições nos movimentos mandibulares e fatores sistêmicos, como osteoartrite e artrite reumatóide.

Navarro et al. (2001) relacionam a diminuição dos efeitos do hábito parafuncional de ranger os dentes nas estruturas periodontais, e nas articulações temporomandibulares (ATMs), e estruturas neuromusculares, com o uso das placas oclusais, ou “de mordida”.

Guedes Jr et al. (1998) avaliaram a variedade dos sinais e sintomas da DTM e classificaram os diversos tipos de placas e suas indicações no tratamento das mesmas, tendo em vista o caráter multifatorial as DTMs.

Muito se tem falado dos tipos de placas oclusais existentes, em particular da resistência dos materiais utilizados na sua confecção: placas duras, placas resiliêntes, ou placas mistas (NAVARRO et al., 2001).

Segundo Becker (2005) os três tipos de placas estabilizadoras são capazes de efetivar um relaxamento muscular eficiente.

As placas oclusais convencionais confeccionadas em Resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ) tem sido as mais utilizadas pelo seu alto índice de sucesso e menor risco de alterações oclusais definitivas, e devem ser consideradas como parte do tratamento e não o tratamento em si (GUEDES JR et al., 1998).

No tratamento da sensibilidade dolorosa e limiar de dor antes e após a instalação de placa interoclusal resiliente e rígida em pacientes jovens com apertamento dental e dor muscular, os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas (CAMARGOS et al., 2008)

A efetividade de placas oclusais confeccionadas a partir de modelos articulados em duas posições: Relação central (RC) e Máxima intercuspidação (MI) foi usada. Verificou-se que os dois tipos de placa atuaram de forma semelhante. Entretanto, a confecção de placas oclusais a partir da máxima intercuspidação mostrou ser uma técnica mais fácil e menos onerosa do que partindo da posição de relação central. (HAMATA, 2006).

Atividade muscular noturna foi registrada em pacientes enquanto usavam placas rígidas e resiliente com redução significativa da atividade muscular no grupo de usuários de placa rígidas com percentual de 85%, contra 2% das resiliente (FEITOSA, 1992).

Os mecanismos de funcionamento das placas oclusais para que seu uso possa ser mais efetivo a todos os pacientes deverão ser aplicados em 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 (ALMILHATTI et al., 2002).

Cada autor mostra através de pesquisas e comprovações clínicas que sua placa, desenho e concepção, são mais efetivas (MIRANDA et al., 2005).

Conclusão

Baseado na revisão da literatura realizada sobre placas oclusais pode se concluir que ainda hoje não há método de tratamento conhecido para eliminar permanentemente o problema, as placas apenas protegem contra efeitos danosos advindos das desordens temporomandibulares não promovendo a cura do paciente, mas somente um alívio temporário da sintomatologia.

Referências

- ALMILHATTI, H.J. et al. Como aumentar o índice de sucesso no tratamento com placas oclusais miorrelaxantes. JBA, Curitiba, v.2, n.8, p.340-343, out./dez. 2002.
- BECKER, A. B. Efeito das placas estabilizadora rígida, resiliente e não oclusivas na redução dos sinais e sintomas de pacientes com desordens de origem muscular., Fac. Odont. Araraquara., s.n.,p.156, 2005.
- CAMARGOS, G. V. et al. Avaliação das placas oclusais resiliente no controle de pacientes com disfunção temporomandibular (DTM). 2008. Disponível em: www.icufu.org/anaisufu2008. Acesso em 07/08/2010.
- FEITOSA, S. E. H. Efeitos de placas oclusais totais rígidas e resiliente sobre a atividade muscular noturna de pacientes com diagnóstico confirmado de parafunção. Arq. Cent.Estud. Curso Odontol. Univ. Fed. Minas Gerais., v29, n.1, p. 35-40, 1992.
- GUEDES JR, F. P. A. et al. Placas oclusais e suas indicações no tratamento de pacientes com disfunção craniomandibular.,JBC., v.2, n.11, p.56-62, 1998.

- HAMATA, M .M. Avaliação comparativa da efetividade das placas oclusais confeccionadas em relação central ou máxima intercuspidação em pacientes com DTM. Biblioteca Virtual em Saúde Araçatuba; s.n; 2006. 207 p. ilus., tab.

- MACHADO, M. E. et al. O uso de placas oclusais como coadjuvante do tratamento periodontal. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 2007 maio - ago; 19(2)201-8.

- MIRANDA, M. E. et al. Placas oclusais no diagnóstico e tratamento das dtms. Ver. Assoc. Paul.Cir. Dent.,v 59, n.3, p. 201-208, 2005.

- NAVARRO, H; OLIVEIRA, M. A. P; SIMA, F. T. Placas mistas. PLC., v3, n.12, p. 155-159, 2001.

- O K E S O N, J. P. Guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, Ed., 1998.

- OLIVEIRA, W. Disfunções temporomandibulares, São Paulo: artes medicas, 2002.

- ORII, TC; MISSAKA, R; CONTIN, I. Placas oclusais e miorrelaxantes, 2006, disponível em http://www.laboratorioalianca.com.br/placas_clusais_miorrelaxantes_p.htm; acesso em 20 de março de 2011.

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

- SANTOS JR., J. Oclusão: tratamento da sintomatologia craniomandibular. São Paulo: Pancast, 1987.