CONFECÇÃO DE GUIA CANINO EM MORDIDA ABERTA ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA: RELATO DE CASO

CONFECTION OF CANINE GUIDE IN ANTERIOR OPEN BITE WITH COMPOUND RESIN: CASE REPORT

LINDY CARDOSO **CINELLI**[1], ORLANDO IZOLANI **NETO**[2*], SERGIO HENRIQUE DIAS DE **CASTRO**[3], CARLOS ROBERTO TEIXEIRA **RODRIGUES**[4], NATHALIA DE AZEVEDO **MADEIRA**[5], RAFAEL DE ANDRADE **SILVEIRA**[6]

1. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra; **2.** Implantodontista. Mestrando em Radiologista CPO - Mandic. Professor do curso de Graduação em odontologia da Universidade Severino Sombra; **3.** Mestrando pela SLP-MANDIC, Mestre em Dentística pela USP-BAURU, especialista em periodontia pela UNIFOA-VR. Docente da Universidade Severino Sombra (USS); **4.** Professor, Mestre pela SL Mandic, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra; **5.** Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra; **6.** Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra.

*Avenida Presidente João Goulart, 374, Centro, Paracambi, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 26600-000. orlando.izolani@hotmail.com

Recebido em 15/05/2018. **Aceito** para publicação em 07/06/2018

RESUMO

A Mordida aberta anterior, é uma das maloclusões de maior comprometimento estético-funcional, é uma anomalia complexa e de difícil tratamento, é definida como a presença de um transpasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, que altera o perfil e a fisionomia do indivíduo, dificulta a apreensão e o corte dos alimentos, prejudicando a articulação de determinados fonemas e sobrecarregando alguns músculos responsável pela mastigação expondo os pacientes a situações cotidianas desagradáveis, habitualmente são vistos resultados insatisfatórios e a recidiva de tratamento na clínica ortodôntica para tratamento dessas maloclusões. Este trabalho consiste em evidenciar com um caso clinico, uma forma de tratamento para essa maloclusão relativamente simples de custo benefício baixo, realizada totalmente no consultório, que se mostrou totalmente eficaz na aproximação dos caninos superiores dos inferiores, assim estabelecendo a guia canino e a estabilidade oclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Mordida aberta, guia canino, maloclusão.

ABSTRACT

The anterior open bite is one of the malocclusions with the greatest aesthetic-functional concerns. It is a complex anomaly of difficult treatment. It is defined as the presence of a negative vertical transposition between the incisal edges of the upper and lower anterior teeth, which changes the profile and physiognomy of the individual, making it difficult to hold and cut food, impairing the articulation of certain phonemes and overloading some muscles responsible for chewing, exposing patients to unpleasant everyday situations, unsatisfactory results are usually seen and recurrence of treatment in the orthodontic clinic for treatment of these malocclusions. This work brings out a clinical case in order to present a way of treatment for this relatively simple malocclusion at low cost benefit, totally performed in a dentist office, which proved to be totally effective in approaching the upper canines of the lower ones, thus establishing the canine guidance and stability occlusion.

KEYWORDS: Open bite, canine guidance, malocclusions.

1. INTRODUÇÃO

Os principais determinantes anteriores da oclusão são representados pelos dentes anteriores, os quais proporcionam uma guia durante a movimentação mandibular e temporomandibulares, representam os determinantes posteriores da oclusão, sendo responsáveis na orientação dos movimentos mandibulares[1,2]. As ausências desses determinantes podem causar diversas desordens funcionais, que são situações clinicas muito comuns entre paciente da vivência clínica odontológica. A dor é a queixa mais comum, podendo ser de origem muscular e articular, além das dores podemos observar também os ruídos articulares e a disfunção da ATM[3,4,5].

A atividade mastigatória não se compreende somente por dentes, é um processo funcional que é exercido por um complexo sistema, formado por ligamentos, músculos e articulações, todo esse sistema é comandado por um delicado controle neurológico[6].

O Ciclo mastigatório é separado por dois principais guias de desoclusão no movimento de lateralidade da dentição natural, que são nomeadas como: Guia canino e Guia em função em Grupo. O Guia Canino é o contato entre o canino superior e o inferior no movimento do lado de trabalho e quando, além dos caninos, os incisivos também se tocam, porém, a guia em função em grupo mais desejável compreende os dentes entre o canino e o 2º pré-molar, podendo incluir ainda a cúspide mésio-vestibular do 1º e 2º molar. Pelas suas características anatômicas e disposição no arco dentário o canino é apontado como o melhor dente para o movimento de lateralidade[6,7,8].

Um problema cada vez mais recorrente na população é a perda das guias anteriores pelo desgaste das cúspides, pelas maloclusões e mordida aberta decorrente de hábitos deletérios[9,10].

A Mordida aberta anterior, é uma das maloclusões de maior comprometimento estético-funcional, é definida como a presença de um transpasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. Isso provoca alterações dentárias e esqueléticas, dificultando a apreensão e o corte dos alimentos, além de prejudicar a enunciação de determinados fonemas, o que pode criar condições psicológicas desfavoráveis[7,10,11].

Observado e nem relacionado ás queixas dos pacientes e mesmo com o diagnóstico, muitas das vezes os profissionais não obtêm o sucesso do tratamento por desconhecerem as técnicas de reconstrução relativamente simples e de baixo custo e as circunstâncias de suas indicações[6,7,12].

As restaurações de escolha antigamente para confecção do guia canino eram as facetas e as coroas totais de porcelanas, porém essas restaurações gerou uma preocupação muito grande sobre os desgastes dos dentes naturais antagonista contra a porcela[6,13]. Com todas essas preocupações deu-se avanço dos adesivos e assim a evolução dos materiais restauradores diretos, que tem feito com que o profissional possa optar, dentro das possibilidades clinicas, não só pelo uso dos materiais indiretos para a reconstrução do guia canino como também a técnica direta[14].

Na possibilidade de aplicar a técnica direta, o procedimento pode ser realizado totalmente no consultório, são restaurações praticamente simples e tendo como referência a estrutura dentária para a seleção de cor e todas as características anatômicas presente do dente[7,13,14].

As restaurações do canino feitas com resina composta é uma técnica pouco sugeridas pela literatura clássica, entretanto essa técnica é muito importante na clínica diária para diagnóstico, restauração provisória e até mesmo uso permanente[15].

Essa técnica será objeto de estudo relatado em um caso clinico e mostrando o benefício da reconstrução da guia canino com resina composta em paciente com mordida aberta anterior.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 31 anos de idade procurou a Clinica odontológica da Universidade Severino do Sombra de Vassoura para tratar de uma restauração no dente 36 que á incomodava, após uma anamnese minuciosa e uma avaliação clínica detalhada, foi diagnosticado que a paciente além da restauração insatisfatória era portadora de mordida aberta anterior e foi relatado que sentia muitas dores na lateral da face onde se encontra os músculos da mastigação como pterigoideo lateral e medial, masseter e o temporal e algumas vezes sentia dores ao mastigar e dores de cabeça, ela relatou que já tinha feito uso de aparelho ortodôntico por mais de 10 anos . No exame clinico foi observado que a paciente quando fazia máxima intercuspidação Habitual (M.I.H) fazia um pequeno deslize para protrusão por não ter estabilidade oclusal e seus caninos não possuíam toques em máxima interscuspidação habitual (M.I.H). Após reunir toda essa informação foi proposta a confecção da guia canino com resina composta como forma de tratamento, para promover uma desoclusão ideal em lateralidade no lado de trabalho com o canino, já que a guia canino atua rompendo forças e diminuindo a atividade dos músculos da mastigação, evitando dores e parafunções. Assim aceito pela paciente o tratamento proposto deu inicio a confecção da guia canino. Seguindo os passos: O Primeiro passo foi feito uma profilaxia com pedra pomes e água nas vertentes triturantes mesiais do dente 13 e 23; o segundo passo foi feito o condicionamento ácido com ácido fosfórico 37% -FGM em esmalte por 30 segundos e lavado por 30 segundos; o terceiro passo foi usado sistema adesivo Single Bond Universal - 3M aplicado e ativado com microbrush após a aplicação foi usado jato de ar durante 20 segundos e fotopolimerizado por 20 segundos; o quarto passo foi colocado Resina Filtek Z350 WE - 3M nas vertentes triturantes mesiais do dente 13 e 23 e foi feito a posição de máxima intercuspidação habitual (M.I.H) e foi pedido para a paciente não abrir a boca até a total polimerização da resina composta, após a polimerização a paciente possuía o contato em máxima Intercuspidação Habitual (M.I.H) e no movimento de lateralidade e protrusão possuía guia; o quinto passo foi feito ajuste oclusal com carbono da Bausch de 12 micras com o lado preto primeiro voltado para o dente 13 e 23 e quando o paciente fazia máxima intercúspidação habitual (M.I.H) foi marcado o fundo do sulco onde havia toque, esse toque foi preservado, logo após essa marcação foi usado o lado vermelho do carbono pedindo que o paciente fizesse o movimento de lateralidade e protrusão; o sexto passo foi feito o desgaste do excesso de resina composta com a ponta diamantada no formato pera 3168FF para acabamento - Microdont para que o paciente no movimento de lateralidade e protrusão tocasse apenas na vertente triturante em resina composta; o sétimo passo foi feito o polimento e acabamento com o kit diamond master – FGM, permitindo concluir o tratamento restaurador com sucesso retirando qualquer porosidade e irregularidade que possa ter ficado na resina composta.

Com esse procedimento a paciente ficou com uma máxima intercúspidação habitual (M.I.H) nos dentes posteriores e caninos bilateralmente, com isso, foi estabelecida uma estabilidade oclusal, uma vez que o paciente antes desse procedimento para ter o toque em canino fazia uma ligeira protrusão, após essa confecção a paciente ficou com estabilidade oclusal no qual no movimento de máxima intercuspidação habitual (M.I.H) não mais fazia o deslize da mandíbula para anterior e foi feito guia canino do lado direito e esquerdo, assim recuperando a guia anterior tocando apenas no canino.

Figura 1. Close-up mento nasal comprovando que a paciente possuía mordida aberta.

Figura 2. Close-up frontal.

Figura 3. Close-up com inclinação mento nasal mostrando que em máxima intercuspidação habitual (MIH) não existe toque nos caninos e nem nos incisivos.

Figura 4. Close-up no movimento de lateralidade esquerda mostrando que a paciente possuía movimento de lateralidade função em grupo.

Figura 5. Close-up no movimento de lateralidade esquerda mostrando que a paciente possuía movimento de lateralidade função em grupo.

Figura 6. Acréscimo de resina composta na vertente triturante mesial do dente 13 e 23, mostrando que o paciente em máxima intercuspidação habitual (MIH) passou a ter toque no canino, porém os incisivos centrais e laterais continuam sem toque.

Figura 7. Paciente começa a ter guia canino no lado direito, após acréscimo de resina composta na vertente triturante mesial do dente 13.

Figura 8. Paciente começa a ter guia canino no lado esquerdo, após acréscimo de resina composta na vertente triturante mesial do dente 23.

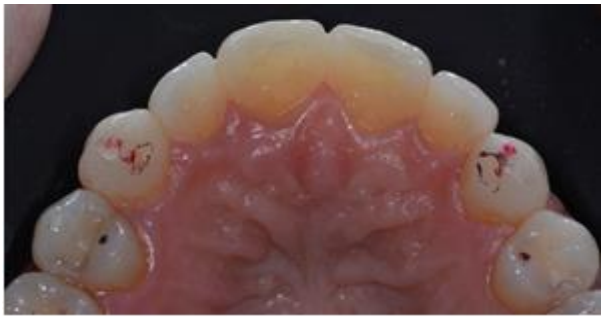

Figura 9. Close-up da superfície oclusal dos dentes superiores, mostrando acréscimo de resina composta na vertente triturante mesial da cúspide do dente 13 e 23.

Figura 10. Close-up frontal, mostrando que na máxima intercuspidação habitual (MIH) a paciente possui toque de canino a canino.

Figura 11. Foi colocado o carbono com lado preto na máxima intercuspidação habitual (MIH) e com o lado vermelho na protrusão, a resina composta ainda possuía um aspecto côncavo pelo fato da fotopolimerização ter ocorrido com a paciente na posição de máxima intercuspidação habitual (MIH).

Figura 12. Foi feito acabamento na resina composta para reparar as bordas cortantes, deixando o toque em máxima intercuspidação habitual (MIH) e as guias caninas, finalizando assim a restauração.

3. DISCUSSÃO

Autores definem que a guia anterior mais favorável da desoclusão é a guia canino, afirmam que durante os movimentos excêntricos este esquema oclusal permite uma desoclusão posterior facilitada[1,2]. Guias anteriores são mecanismos elaborados genética e funcionalmente para proteger as estruturas articulares durante a dinâmica mastigatória e a ausência destes mecanismos de proteção pode levar a deslocamentos anterior dos côndilos e disco articular, descrevem o guia anterior como o mais importante fator na reconstrução do sistema estomatognático[6,7,14,16].

Os primeiros dentes na dentição deciduo e permanentes a iromper são os anteriores com a finalidade de promover de certa forma uma parada anterior para a mandíbula[1]. Com isso, os dentes anteriores mandibulares, ao contactarem os anteriores maxilares, promovem um guia para os determinantes posteriores que irrompem numa posição adequada até a exata dimensão vertical e relação cêntrica da mandíbula[19].

Os princípios básicos observados numa oclusão harmônica são a presença de uma guia anterior com desoclusão dos dentes posteriores no movimento protusivo, e presença de guias laterais no lado de trabalho durante o movimento de lateralidade, com ausência de interferências[16]. A compreensão da função mastigatória, sua anatomia e fisiologia nos leva a crer que tanto a guia incisiva quanto guia canino, são imprescindiveis para a manutenção do espaço articular adequado, quando em função, para que as estruturas envolvidas nos movimentos mastigatórios possam realizá-los sem sobrecarga[1,4].

Entretanto os defensores da oclusão em função em grupo e a favor da critica ao guia canino afirmam que esse esquema oclusal não oferece eficiência mastigatório, conforto e nem uma melhor distribuição das forças benéficas para o periodonto, além do stress enviado a um único dente, que pode ser prejudicial, sendo necessária a relação com mais dentes, para impedir a transmissão das forças nocivas[6,13]. Em um estudo foi verificado, que 98% dos indivíduos, exibe faceta de desgastes dentários nas posições excêntricas, quanto a redução da atividade dos músculos mastigatórios na oclusão protegida pelos caninos[2,10,15].

Outros estudos não encontram diferenças aparentes entre guia canino e a função em grupo, estudo sobre o desenvolvimento histórico e filosófico de ambos os esquemas oclusais, conclui não haver comprovação cientifica que suporte um esquema oclusal clinicamente superior ao outro[2,10].

A hiperatividade dos músculos da mastigação, principalmente o masseter e o temporal, é responsável por desordens da ATM[1,4,6]. As descrições de atividades musculares são analisadas muitas das vezes através da eletromiografia, comparando essa atividade com os ciclos mastigatórios ocorrente que são a guia canino e função de grupo[7]. Nas avaliações essa atividade do masseter e do temporal em um esquema oclusal de função grupo e guia canino e registraram uma menor

atividade muscular com paciente com guia canino nas reabilitação[1,2,8].

As avaliações clínicas dos contatos dentários nos movimentos excursivos da mandíbula em adulto, em relação aos movimentos laterais, concluíram que tanto guia canino como função de grupo não deveriam ser de interesse com respeito à disfunção mandibular[10,13].

As desordens da ATM podem ser levadas pela hiperatividade mastigatória, porém não é seguro afirmar que pacientes com oclusão em função de grupo possuam maiores condições de desenvolver desordens por apresentar uma maior atividade muscular registrada através da eletromiografia, quando comparados com pacientes com guia canino, pois essa maior atividade está nos limites fisiológicos dos sistemas estomatognático[3,6].

As desordens da ATM estão relacionadas aos contatos dentários não pertinentes ao princípio da oclusão[6,21]. Assim estabelece uma relação entre fatores oclusais e atividades muscular durante as funções normais como mastigação, deglutição e fonação[16,18,20].

4.CONCLUSÃO

A técnica de tratamento se mostrou muito eficaz na estabilização oclusal e na aproximação da face vestibular do canino inferior a face palatina do canino superior com acréscimo de resina composta, assim se tornando um tratamento relativamente simples a ser confeccionado, com um custo benefício baixo comparados a outros tratamentos com o mesmo objetivo. Com essa técnica, foi observado também uma melhora nas dores relatadas após 2 meses, além de proporcionar uma nova guia canino para a paciente.

Porém, a única limitação da técnica que essa confecção é feita com um material que pode ser desgastado ao longo do tempo, sendo assim, necessitando de reparos com frequência.

REFERÊNCIAS

[1] Barros GK. A Ausência de guias anteriores e sua relação com os ruídos articulares. [tese] Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. 2016.

[2] Marques JLS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres ÉM, Rocha SS. Reabilitação Estética-Funcional com Ajuste Prévio da Oclusão em Relação Cêntrica. Rev Odontol Bras Central. 2010; 19(51):356-361.

[3] Pasinato F, Oliveira AG, PazCCSC, Zeredo JPL, Bolzan GP, Macedo SB, Corrêa ECR, Estudos das variáveis cinemáticas da mastigação unilateral e habitual de indivíduos saudáveis. Pasinato et al. 2017; 29(2) 1-8.

[4] Mello JB, Araujo MM. Incidência de disfunção da ATM em relação a ausência da guia anterior. ROBRAC. 1997; 6(22): 52-55

[5] Maciel CTV, Leite ICG, aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. Pró-fono R Atual Cient. 2005; 17(3): 293-302.

[6] Rodrigues CHR, Matos HAR, Costa JBZ. Disfunção Crânio-Mandibular: Guia canino ou função de grupo? [tese] Bahia: Universidade Feira de Santana; 2004.

[7] Adriani L. Restituição da Guia canina com resina composta.[tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

[8] Gomes JMF. Príncipios de oclusão ideal em diferentes tipos de reabilitação. [tese]. Lisboa: Faculdade de Medicina dentária. 2012.

[9] Barbosa OLC, Gonçalves NM, Barbosa CCN, Silva FSC. Tipo respiratório como fator predisponente para a instalação de má-oclusão. R. Pró-Uni. 2016; 07(2): 17-21.

[10] Pontons-Melo JC, Furuse AY, Freitas CA, Mondelli J. Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma seqüência lógica e conservadora. R Dental Press Estét. 2007; 4(4): 39-49.

[11] Maia AS, Almeida MEC, Costo AMM, Raveli DB, Dib LS. Diferentes abordagens no tratamento da mordida aberta anterior. ConScientiae saúde. 2008; 7(1):77-82

[12] Silva EL. Hábitos Bucais Deletérios. Rev Para Med. 2006; 20(2):47-50.

[13] Madeira MCR. Reconstrução oclusal em dentística dimensão vertical de oclusão. [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de odontologia – UFMG; 2011.

[14] Capote TSO, Orrico SRP, Vieira CLZ. Estudo dos Tipos de Guia Lateral em Pacientes Tratados Ortodonticamente Comparados com Pacientes Não-tratados. JBA. 2002; 2(8):293-298.

[15] Saber M, Jesus HB, Raitz R. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causada por hábitos deletérios. Rev Bras Ciên Saúde. 2010; 8(25):48-55

[16] Rosa MFM. Avaliação da presença de guia de desoclusão lateral e protrusiva da mandíbula.[tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

[17] Marques MOPS, Maranhão DG. Prática de alimentação, sucção não nutritiva e hábitos deletérios. Ver Enfern UNISA. 2010; 11(2):115-119.

[18] Alimere HC, Thomazinho A, Felício CM. Mordida aberta anterior; uma fórmula para o diagnostico diferencial. Pró-fono R Atual Cient. 2005; 17(3): 367-374.

[19] Le Gall MG, Lauret JF. Oclusão e função .1ª ed. Porto Alegre: Abordagem clínica com enfoque para implantodontia. 2008

[20] Medeiros RB. A estabilidade do tratamento da mordida aberta em pacientes adultos: Revisão sistemática. [tese] Niterói: Universidade Federal Fluminense. 2011.

[21] Maia AS, Almeida MEC, Costo AMM, Raveli DB, Dib LS. Diferentes abordagens no tratamento da mordida aberta anterior. ConScientiae Saúde. 2008; 7(1):77-82.