

Artigo de Revisão de Literatura
Literature Review Article

Reabilitação oral em pacientes bruxistas: uma revisão de literatura

Oral rehabilitation in bruxist patients: a literature review

Maria Patrícia Rogério de Mendonça¹
Ivo de Souza Albuquerque²
Raimunda Priscila Rogério de Mendonça³

Autor para correspondência:

Maria Patrícia Rogério de Mendonça
Rua Jaú, 60, bloco 02, apartamento 101
CEP 60410-368 – Fortaleza – CE – Brasil
E-mail: patriciarogério@live.com

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará, Hospital Instituto Doutor José Frota – Fortaleza – CE – Brasil.

² Departamento de Odontologia, Centro de Educação Continuada Professor Perboyre Castelo/Academia Cearense de Odontologia – Fortaleza – CE – Brasil.

³ Escola de Ciências da Saúde, Faculdade Paulo Picanço – Fortaleza – CE – Brasil.

Data de recebimento: 3 dez. 2020. Data de aceite: 10 maio 2021.

Palavras-chave:

prótese dentária;
prótese parcial
removível; bruxismo.

Resumo

Introdução: O bruxismo cêntrico é uma atividade parafuncional da musculatura da mastigação, caracterizado por ranger e/ou apertamento dentário. Pode ser diurno ou noturno, com causas multifatoriais e sem tratamento específico. Essa estereotípia mandibular dificulta a reabilitação protética e requer experiência profissional. **Objetivo:** Verificar, na bibliografia da área, a efetividade dos diferentes tipos de próteses dentárias em pacientes bruxistas. **Revisão de literatura:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa realizada nas bases de dados PubMed, Web of Science, Scielo, Lilacs e Medline, nos idiomas inglês, português e espanhol, com publicações de novembro de 2009-2019. **Resultados:** Dos 16 artigos encontrados, nove (56,25%) são relato de caso clínico, nove (56,25%) com bruxismo noturno, em quatro (25%) a *overlay* restabelecia a dimensão vertical de oclusão (DVO), em dez (62,5%) houve uso de placa miorrelaxante e cinco (31,25%) relataram próteses antigas com danos estruturais. **Conclusão:** São necessários mais estudos clínicos e com maior número de pacientes

para avaliar o desempenho de diferentes tipos de materiais com os quais são confeccionadas as próteses dentárias, a efetividade do restabelecimento da DVO e os tipos de falhas estruturais que mais acometem as próteses dentárias nos pacientes bruxistas.

Keywords:

dental prosthesis;
removable partial
prosthesis; bruxism.

Abstract

Introduction: Centric bruxism is a parafunctional activity of the masticatory muscles, characterized by creaking and / or tooth clenching. It can be day or night, multifactorial causes and without specific treatment. This mandibular stereotypy makes prosthetic rehabilitation difficult and requires professional experience. **Objective:** This study aims to verify, in the bibliography of the area, the effectiveness of different types of dental prostheses in bruxist patients. **Literature review:** This is an integrative literature review carried out in the database of PubMed, Web of Science, Scielo, Lilacs and Medline, in English, Portuguese and Spanish, published from November 2009-2019. **Results:** Of the 16 articles, 09 (56.25%) were a clinical case report, 9 (56.25%) with nocturnal bruxism, 4 (25%) the overlay reestablished the OVD, 10 (62.5%) the use muscle relaxant plate, and 5 (31.25%) old prostheses with structural damage. **Conclusion:** More clinical studies with a greater number of patients are needed to evaluate the performance of different material types with which dental prostheses are made, the effectiveness of restoring OVD and the types of structural failures that most affect dental prostheses in patients bruxists.

Introdução

O bruxismo é um estereótipo distúrbio do movimento mandibular com graus variados de intensidade, caracterizado pelo ato de ranger e/ou apertar o dente com repercussão na estrutura dentária, muscular e articular [8, 10, 14, 22, 25]. O desgaste dentário severo e a perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) são fatores característicos desse hábito parafuncional [8, 10, 14, 22, 25].

O hábito de apertamento dental pode ser diurno ou noturno, fisiopatologia desconhecida, etiologia multifatorial e tratamento inespecífico [7, 15, 22].

O bruxismo noturno, segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, é um distúrbio de movimento estereotipado, caracterizado pelo aperto regular ou frequente dos elementos dentários e associado a um destes sinais e sintomas: desgaste dentário, dor na musculatura mastigatória, dor nas têmporas, dificuldade de abrir a boca ao acordar e ranger dentes durante o sono [1].

A polissonografia é um método de diagnóstico que pode ser utilizado para detectar a presença de bruxismo, todavia tal exame apresenta baixa adesão, em virtude do alto custo e por ser demorado [7, 20].

Além de esse hábito parafuncional ocasionar perdas nas estruturas de tecido duro, os bruxistas podem apresentar hiperatividade muscular e dor no músculo mastigatório. Quando a dor está associada a outros sintomas, o sistema estomatognático realiza compensações para mastigar, falar e engolir. Esse hábito poderá trazer efeitos negativos que podem estar associados à disfunção temporomandibular (DTM) [19].

Os desgastes dentários presentes levam à necessidade de reabilitação oral, sendo a prótese dentária o dispositivo intraoral que vai restaurar a estética, função, saúde bucal e social [30]. Entretanto o bruxismo grave poderá gerar complicação mecânica na reabilitação protética [22], sendo essencial o cirurgião-dentista informar

ao paciente da necessidade de manutenção regular da prótese dentária.

Frequentemente, os pacientes com perdas dentárias múltiplas ocasionadas pelo ato de ranger apresentam-se ao cirurgião-dentista com alterações na DVO, no plano oclusal e nas curvas de compensação [3, 25, 29], sendo importante restabelecer previamente ao tratamento reabilitador definitivo a DVO por meio da posição de repouso da mandíbula [3, 9, 25]. E para restabelecer o plano oclusal, o cirurgião-dentista requer tempo para relaxar a musculatura, além de experiência profissional [25].

Contudo as próteses dentárias são um tratamento de escolha para reabilitação oral. O presente artigo visa verificar, em fontes bibliográficas, a efetividade de diferentes tipos de próteses na reabilitação oral de pacientes bruxistas, a fim de reforçar o embasamento científico sobre a eficácia delas nesse específico hábito parafuncional.

Revisão de literatura

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, realizada nas bases de dados PubMed, Web of Science, Scielo, Lilacs e Medline, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os artigos científicos selecionados foram publicados no período de novembro de 2009 a novembro de 2019. Para o pareamento utilizaram-se combinações de três descritores (bruxismo, prótese dentária, dimensão vertical).

Os artigos foram escolhidos conforme critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, tendo como variáveis estudadas: tipo de pesquisa científica, classificação do bruxismo, tipo de prótese, defeitos comuns, presença de placa miorrelaxante, proervação.

Os critérios de inclusão foram: adultos bruxistas, montagem do caso em articulador semiajustável, pesquisa com acompanhamento de resultado, dentição severamente desgastada por bruxismo, DVO alterada, estudos com até 10 anos de publicação. Excluíram-se artigos científicos com pacientes com DTM, além de monografias, teses e pesquisa experimental *in vitro*.

Resultados

Encontraram-se 249 artigos; destes 46 foram escolhidos para avaliação de sua metodologia de pesquisa. Por fim, 16 artigos foram selecionados (figura 1) para compor os resultados.

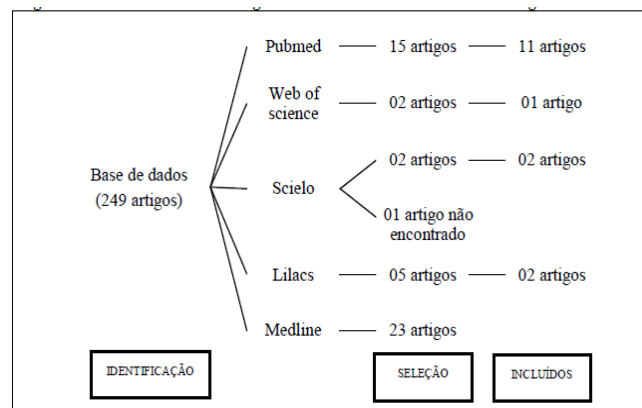


Figura 1 - Bases de dados bibliográficas da revisão de literatura e artigos selecionados

Poucos artigos associaram pacientes bruxistas e prótese dentária, principalmente baseados em evidências, ensaios clínicos controlados randomizados e bem projetados. Dentre esses, poucos artigos apresentaram acompanhamento após instalação da prótese definitiva, sendo possível perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre reabilitação oral em pacientes bruxistas.

Dos 16 estudos, nove (56,25%) são de relato de caso clínico e cinco (31,25%) são ensaios clínicos, todavia cada artigo de relato de caso descreveu apenas um caso clínico. Há a necessidade de mais artigos de casos clínicos, a fim de comparar os resultados desses casos. O tipo de bruxismo mais comum foi o noturno, com nove artigos (56,25%), todavia todos os diagnósticos de bruxismo eram apenas clínicos ou autorreferidos, não fazendo uso da polissonografia. Em apenas dois (12,5%) artigos os autores diagnosticaram o bruxismo segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (tabela I) [1].

Tabela I - Dados epidemiológicos da pesquisa científica

Autor	Base de dados	Tipo de pesquisa científica	Tipo de bruxismo	Tipo de prótese	Placa miorreloxante	Proservação
Marques <i>et al.</i> [21]	Lilacs	Relato de caso (1 paciente)	Bruxismo noturno	<i>Restabelecer a DVO:</i> ajuste oclusal em relação cêntrica (3 sessões) <i>Definitivo:</i> dentes superiores reanatomizados com RC (técnica <i>mock-up</i>) Prótese parcial removível (PPR) inferior	Sim	3 sessões (restabelecer a DVO com ajuste oclusal em RC)
Freitas Júnior <i>et al.</i> [11]	PubMed	Relato de caso (1 paciente)	-	<i>Provisório: overlay</i> para o arco inferior (2 meses) e posteriormente próteses unitárias fixas temporárias (maxila) <i>Definitivo:</i> Próteses removíveis	Sim	2 meses (<i>overlay</i>)
Lin <i>et al.</i> [18]	PubMed	Relato de caso (1 paciente)	Bruxismo autorreferido (noturno)	<i>Definitivo:</i> próteses implantossuportadas bimaxilar com superfícies oclusais metálicas nos dentes artificiais	Sim	6 meses e 18 meses (após a instalação das placas miorreloxantes)
Sarmiento <i>et al.</i> [27]	PubMed	Revisão de literatura	-	<i>Definitivo:</i> próteses implantossuportadas	Sugerem uso de placas miorreloxantes	Sugerem acompanhamento constante
Moshaverinia <i>et al.</i> [26]	PubMed	Relato de caso (1 paciente)	Bruxismo noturno	<i>Provisório: overlay</i> (4 semanas), prótese provisória fixa implantossuportada superior e inferior <i>Definitivo:</i> <u>Superior:</u> prótese fixa dentossuportada (cerâmica) com superfícies oclusais. Palatina e lingual metálicas <u>Inferior:</u> prótese fixa implantossuportada (cerâmica) com superfícies oclusais. Palatina e lingual metálicas	Sim	4 semanas (<i>overlay</i>)
Mesko [23]	PubMed	Revisão de literatura	Bruxismo diurno ou noturno	Prótese dentária implantossuportada	Não	Ensaio clínico prospectivos ou retrospectivos

Continua...

Continuação da tabela 1

Autor	Base de dados	Tipo de pesquisa científica	Tipo de bruxismo	Tipo de prótese	Placa miorrelaxante	Proservação
Goiato <i>et al.</i> [12]	PubMed	Relato de caso (1 paciente)	Bruxismo noturno	<i>Provisório:</i> prótese total bimaxilar (6 meses) <i>Definitivo:</i> protocolo de Branemark; suportados por seis implantes em cada arco	Sim	4 meses (fratura da prótese maxilar; uso pouco frequente da placa miorrelaxante) 4 anos (função e estética adequadas; uso da placa miorrelaxante)
Alfadda [2]	PubMed	Relato de caso (1 paciente)	Bruxismo diurno	<i>Definitivo:</i> sobredentadura maxilar de titânio fundido com oclusão de metal	Sim	1, 4, 8 semanas e 4 anos após inserção da sobredentadura
Granell-Ruiz <i>et al.</i> [13]	PubMed	Ensaio clínico (3 grupos, totalizando 70 pacientes)	Bruxismo diurno ou noturno	Facetas laminadas	Sim (grupo B)	8 anos
Torcato <i>et al.</i> [28]	SciELO	Revisão sistemática	A maioria do diagnóstico de bruxismo é clínica	<i>Definitivo:</i> próteses sobre implantes	Sugerem uso de placas miorrelaxantes	Estudos retrospectivos, prospectivos ou experimentais
Cesto <i>et al.</i> [5]	SciELO	Relato de caso (1 paciente)	-	<i>Provisório:</i> <i>overlay</i> para o arco inferior (6 meses) <i>Definitiva:</i> Prótese total superior com superfícies oclusais metálicas, coroas metalocerâmicas com oclusal em metal utilizando retenção intracanal com núcleos metálicos fundidos	Sim (arcada inferior)	6 meses (<i>overlay</i>)
Cavalcanti <i>et al.</i> [4]	Lilacs	Relato de caso (1 paciente)	-	<i>Provisório:</i> PPR provisória tipo <i>overlay</i> <i>Definitivo:</i> retentor intracanal, próteses parciais fixas metalocerâmicas unitárias, PPR <i>overlay</i> metaloplástica	Não	4 semanas (<i>overlay</i>)
Mikeli e Walter [24]	PubMed	Ensaio clínico	Noturno (diagnóstico clínico por questionários e exame clínico)	<i>Grupo 1:</i> coroa de porcelana fundida com metal suportada por implante <i>Grupo 2:</i> coroa de dióxido de zircônio folheado, totalmente em cerâmica (CA)	Não	Estudo clínico retrospectivo

Continua...

Continuação da tabela I

Autor	Base de dados	Tipo de pesquisa científica	Tipo de bruxismo	Tipo de prótese	Placa miorreloxante	Proservação
Chrcanovic <i>et al.</i> [6]	PubMed	Ensaio clínico (98 pacientes bruxistas e 98 não bruxistas)	Diurno e noturno (Classificação Internacional de Distúrbios do Sono)	<i>Definitivo:</i> Coroas unitárias metalocerâmicas, prótese parcial fixa (3-6 elementos dentários), prótese parcial fixa com 7 a 10 elementos dentários, 26 arcos completos, <i>overdentures</i>	Sim (alguns)	Estudo retrospectivo
Levartovskya <i>et al.</i> [17]	PubMed	Ensaio clínico (10 pacientes)	Bruxismo noturno (Classificação Internacional de Distúrbios do Sono)	<i>Provisório:</i> prótese removível provisória (2 meses –restabelecer a DVO) <i>Definitivo:</i> coroas unitárias de zircônia: tipo 1 (folheada) e tipo 2 (não folheada); e esquema oclusal não folheado	Sim	28,2 (16,8) meses (intervalo: 12-66 meses)
Koenig <i>et al.</i> [16]	Web of Science	Ensaio clínico	-	<i>Provisório:</i> coroas provisórias <i>Definitivo:</i> coroas metais <i>free</i> de zircônia de segunda geração	Não	2 anos

Poucos artigos relataram impacto biológico e biomecânico do bruxismo em próteses dentárias e, conseqüentemente, ausência dos limites protéticos de segurança para o especialista sob um ponto de vista clínico.

No estudo, quatro (25%) artigos utilizaram a *overlay* para restabelecer a DVO, dez (62,5%) mencionaram o uso de placa miorreloxante e dois (12,5%) sugeriram a utilização dessa placa após a reabilitação oral dos bruxistas (tabela I).

Dos 16 artigos, dez (62,5%) apresentavam acompanhamento clínico a longo prazo de pacientes reabilitados com prótese definitiva; os outros artigos mencionaram a necessidade de acompanhamento (um artigo) ou acompanhamento apenas na fase de restabelecer a DVO ideal (tabela I).

Em oito artigos, o tratamento reabilitador teve a fase provisória, geralmente, para restabelecer

a DVO. Destes, quatro (50%) propuseram *overlay*, um (12,5%) prótese bimaxilar provisória (osseointegração), um (12,5%) restauração com resina composta, um (12,5%) coroa provisória (prótese fixa) e outro (12,5%) prótese removível provisória (PPR) (sem relato do tipo de prótese).

A prótese mais comum encontrada na literatura foi a suportada por implante (37,5%); quatro (25%) artigos mencionam o recobrimento da face oclusal dos dentes artificiais da prótese com metal.

Em oito (50%) artigos foi mencionada desgaste excessivo nos elementos dentários. Em cinco (31,25%) artigos, as próteses antigas dos pacientes apresentaram danos estruturais, como perda de elementos dentários e lascas na cerâmica dos dentes artificiais das próteses dentárias (tabela II).

Tabela II - Defeitos estruturais em próteses dentárias antigas de pacientes bruxistas

Autor	Características clínicas	Tipo de próteses antigas	Defeitos
Marques <i>et al.</i> [21]	Perda das guias anteriores, desgaste do terço incisal dos dentes anteriores, superiores e inferiores, ausência de alguns elementos dentários, DVO reduzida	Não usava	-
Freitas Júnior <i>et al.</i> [11]	Perda DVO. Erosão dentária, desgaste excessivo dos dentes anteriores superiores e ausência de suporte dentário posterior	Não usava	-
Lin <i>et al.</i> [18]	Peri-implantite, fratura de dentes naturais, DVO reduzida, porcelana lascada na prótese dentária fixa mandibular e prótese com dentes fraturados na sobredentadura maxilar, implantes dentários com baixo prognóstico	<i>Superior:</i> sobredentadura de barra fresada <i>Inferior:</i> dentes anteriores inferiores fraturados	-
Sarmiento <i>et al.</i> [27]	Perda DVO	-	-
Moshaverinia <i>et al.</i> [26]	Dentição severamente desgastada, DVO reduzida, facetas de desgaste abrasivo, erosão, perda de estrutura dentária por abrasão	<i>Superior:</i> prótese fixa extensa <i>Inferior:</i> próteses implantossuportadas	<i>Superior:</i> porcelana da prótese fixa completa fraturada <i>Inferior:</i> implantes com mobilidade, perda óssea peri-implantar, implantes mal posicionados
Mesko [23]	-	Próteses dentárias implantossuportadas	Lascas de cerâmica, componentes da estrutura aparafusada do pilar ou osso com perda ao redor do implante
Goiato <i>et al.</i> [12]	Desgaste dental acentuado, perda de DVO	<i>Superior:</i> prótese completa <i>Inferior:</i> uma prótese parcial removível	Próteses dentárias sem estabilidade e sem retenção
Alfadda [2]	Dentes curtos, DVO reduzida	Não usava	-
Granell-Ruiz <i>et al.</i> [13]	Facetas cerâmicas com desgastes, fraturas e descolamentos	Facetas laminadas	Fraturas e rachaduras nas cerâmicas
Torcato <i>et al.</i> [28]	Perda de DVO	-	O assunto não apresentou um amplo consenso baseado em evidências científicas

Continua...

Continuação da tabela II

Autor	Características clínicas	Tipo de próteses antigas	Defeitos
Cesto <i>et al.</i> [5]	Elementos dentários desgastados em nível do terço médio e cervical, DVO reduzida	Superior: prótese total Inferior: <i>overlay</i> (prótese parcial removível)	Desgaste e perdas de alguns dentes artificiais e fratura na região de tuberosidade
Cavalcanti <i>et al.</i> [4]	Desgaste excessivo dos elementos dentários, diminuição da DVO, alterações nas curvas de Spee e Wilson, com inversão do plano oclusal da região anterior	Não usava	-
Mikeli e Walter [24]	-	Coroas dentárias dento e implantossuportadas (<i>metal free</i> e metalocerâmica)	Fratura da cerâmica
Chrcanovic <i>et al.</i> [6]	Falhas estruturais e mecânicas nas próteses	Coroas unitárias metalocerâmicas, prótese parcial fixa (3-6 elementos dentários), prótese parcial fixa com 7 a 10 elementos dentários, 26 arcos completos, <i>overdentures</i>	Complicações no número de dentes de acrílico/porcelana, número de próteses fixas e o número de parafusos; complicações mecânicas nas próteses
Levartovskya <i>et al.</i> [17]	DVO aumentada	Não usava	-
Koenig <i>et al.</i> [16]	Doença periodontal em alguns pacientes	Não usavam	-

Discussão

Os hábitos parafuncionais deve ser considerado nas etapas de planejamento, tratamento e manutenção da reabilitação oral. A *overlay* é um tratamento conservador reversível que acompanha a resposta do sistema estomatognático no restabelecimento da nova DVO e analisa aspectos estéticos, mastigatórios, funcionais, oclusais e previsibilidade dos casos clínicos, tornando eficaz a reabilitação oral de bruxistas [4, 11]. No presente trabalho, oito artigos (50%) relataram uma prótese para restabelecer a DVO; sendo quatro (50%) a *overlay*.

Para Freitas Júnior *et al.* [11], a obtenção da nova DVO pela *overlay* deve ocorrer durante 1 a 3 meses. Diferentemente para Cavalcanti *et al.* [4], que preconizam 3 a 4 semanas.

Segundo Cesto *et al.* [5], a *overlay* permitiu recuperar a DVO e reabilitar a dimensão dos dentes perdidos por desgastes. A adaptação progressiva à nova DVO com *overlay* previne disfunções [4].

A subestrutura metálica em *overlays* contribui para uma melhor distribuição de carga paralelamente ao longo do eixo do dente, proporcionando rigidez, resistência e menor alteração dimensional da resina acrílica da prótese dentária [11].

Em um estudo com 95 coroas dentárias de zircônia monolítica de 45 pacientes (61,7% com bruxismo), os bruxistas usavam próteses parciais sobre implantes (n = 14) e coroas em dentes naturais (n = 13). Destes, 19,1% usavam placa miorrelaxante, todavia apenas um usava regularmente. Após dois anos, 80% das falhas catastróficas e 76,9% das complicações ocorreram

em bruxistas; os bruxistas tiveram uma sobrevida não significativamente menor de 92,3% (*versus* 95,7%) e taxas de sucesso de 79,6% (*versus* 87,0%) em comparação aos não bruxistas [16].

Algumas recomendações são necessárias para uma reabilitação oral com prótese implantossuportada em bruxistas, como: reduzir ou eliminar a fisiopatologia do bruxismo; aumentar a área de contato do implante ósseo (número de implantes, diâmetro, comprimento, tratamento de superfície, banda de rodagem, forma dos parafusos); eliminar os *cantilevers*; implantes hexagonais externos; desoclusão por guia anterior (eliminar ou reduzir cargas laterais posteriores); coroas metálicas; superfícies oclusais dos dentes posteriores reduzidas; e placas miorrelaxantes [6, 27, 28].

Lin *et al.* [18], em um caso clínico de um idoso com bruxismo autorreferido para reabilitação com próteses implantossuportadas bimaxilar, empregaram um máximo de número de implantes mais longos e mais largos; superfícies oclusais metálicas nos dentes artificiais das próteses e placa miorrelaxante. Após 6 e 18 meses de acompanhamento, o tratamento permaneceu eficaz.

Na reabilitação oral suportada por implantes, o bruxismo é um fator determinante para complicações biológicas e mecânicas, como: falhas prematuras ou tardias, risco de fratura do implante, menor longevidade por perda óssea marginal e falha na osseointegração [27].

Torcato *et al.* [28] avaliaram a previsibilidade de próteses implantossuportadas em pacientes bruxistas, todavia não houve consenso no diagnóstico de bruxismo (poucos estudos adotaram polissonografia associado ao exame clínico) e houve falta de previsibilidade no tratamento, resultando em um baixo grau de confiabilidade da pesquisa. Embora a polissonografia seja o melhor método de diagnóstico de bruxismo, ela é pouco requisitada por estudos científicos [17].

Em um ensaio clínico com 144 pacientes, divididos em dois grupos (507 unidades de prótese fixa) – o primeiro grupo com coroa de porcelana fundida com metal suportada por implante e o segundo grupo com coroa de dióxido de zircônio folheado (cerâmica *free*) –, apenas 69 (47,9%) apresentavam bruxismo; nove com placa miorrelaxante. As fraturas cerâmicas em bruxistas tiveram uma probabilidade de 3,6 vezes e defeitos maiores [24].

Alfadda [2] descreveu um tratamento conservador de um bruxista diurno, com moderado desgaste dentário e distância interoclusal (2-3 mm na

área pré-molar). O plano de tratamento foi uma sobredentadura de titânio fundido com oclusal de cobalto-cromo, aparelho de estabilização com DVO aumentada (2-3 mm), montagem dos modelos de gesso em articulador semiajustável, preparo dos dentes da maxila, sobreposição vertical em 20%, sobreposição horizontal em 2 mm, instalação da *overdenture* maxilar com infraestrutura de titânio, oclusão com contatos bilaterais em posição de intercuspidação e suaves contatos multidirecionais. Após 1, 4, 8 semanas e 4 anos, a sobredentadura de titânio continuou restabelecendo a função.

Em estudo retrospectivo, analisaram-se as complicações do tratamento de próteses sobre implantes em um grupo de 98 bruxistas e outro de 98 não bruxistas. Dos bruxistas, 59 utilizavam placa miorrelaxante para uso noturno, mas assiduidade errática. Os autores concluíram que: a) falhas dos implantes diminuía à medida que o comprimento do implante aumentava; b) complicações no número de dentes de acrílico/porcelana, de próteses fixas e de parafusos são mais altas para os bruxistas ($P < 0,001$). O bruxismo contribuiu para complicações mecânicas em próteses sobre implantes [6].

Um ensaio clínico com os grupos A (40 sem bruxismo; 153 facetas), B (15 bruxistas com placa miorrelaxante; 89 facetas) e C (15 bruxistas sem placa miorrelaxante; 81 facetas) verificou a relação entre falhas cerâmicas das facetas e bruxismo. Concluiu-se que os bruxistas têm: 1) maior probabilidade de fraturas; 2) quase 3 vezes mais de desconexão dos laminados; 3) 8 vezes menos falhas em pacientes com placas miorrelaxantes. Entretanto são necessários mais estudos clínicos longitudinais *in vivo* para avaliar o desempenho e a previsibilidade dos materiais protéticos [13].

O uso infrequente da placa miorrelaxante poderá provocar fraturas na prótese definitiva, fato comprovado por Goiato *et al.* [12], pesquisa na qual, após quatro meses de instalação de dois protocolos de Branemark, o paciente bruxista noturno retornou à clínica com uma fratura acrílica da prótese maxilar, e após quatro anos com o uso regular da placa oclusal, nenhuma outra complicação clínica foi observada.

Apesar de Lin *et al.* [18], Granell-Ruiz *et al.* [13], Goiato *et al.* [12], Levartovskya *et al.* [17] apoiarem o uso da placa miorrelaxante, Mesko [23], em sua revisão sistemática, constatou que não há estudos baseados em evidências para recomendar placas miorrelaxantes em paciente bruxista em reabilitação sobre implantes. Algo constatado, também, por Mikeli e Walter [24] nas reabilitações protéticas de cerâmica.

A presente pesquisa constatou que: o período de restabelecimento da DVO é variável; a maioria dos artigos aborda defeitos em coroas de próteses implantossuportadas; o diagnóstico de bruxismo era apenas clínico; os laminados e as próteses fixas de cerâmica têm mais chances de falhas mecânicas em pacientes bruxistas; bruxistas com próteses dentárias têm mais chances de fratura, de perda do dente artificial da prótese e de fratura da base de acrílico; grande parte dos estudos clínicos é relato de caso clínico unitário; o uso de placa miorrelaxante não apresenta dados científicos quanto à sua eficácia, mas quando o paciente bruxista não a utiliza resulta em falhas mecânicas nas próteses dentárias.

Conclusão

Na literatura científica não houve consenso sobre a eficácia da reabilitação oral de pacientes bruxistas, em virtude da insipiência de artigos. Tornam-se necessários mais estudos clínicos randomizados, comparando diferentes materiais de confecção de próteses dentárias, com vistas a verificar os tipos e a prevalência das falhas estruturais protéticas e a efetividade do restabelecimento da DVO.

Referências

1. AASM – American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders revised: diagnostic and coding manual. Chicago (IL); 2014.
2. Alfadda SA. A conservative and reversible approach for restoring worn teeth: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2014 Jul;112(1):18-21.
3. Alhaji MN, Khalifa N, Abduo J, Amran AG, Ismail IA. Determination of occlusal vertical dimension for complete dentures patients: an updated review. *J Oral Rehabil.* 2017 Nov;44(11):896-907.
4. Cavalcanti YW, Oliveira LMC, Batista AUD. Prótese parcial removível provisória tipo overlay na reabilitação oral de paciente com colapso oclusal posterior. *Rev Bras Ciên Saúde* 2015 Mar;19(2):143-50.
5. Cesto FM, Domareski L, Samra APB, Neppelenbroek KH, Campanha NH, Urban VM. Overlay removable partial denture as temporary restoration of vertical dimension of occlusion in a bruxist patient. *Rev Gaúch Odontol.* 2015 Mar;63(1):95-102.
6. Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and dental implant failures: a multilevel mixed effects parametric survival analysis approach. *J Oral Rehabil.* 2016 Nov;43(11):813-23.
7. Clark GT, Ram S. Orofacial movement disorders. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2016 Aug;28(3):397-407.
8. Contreras AMS. Bruxismo: seu comportamento na área da saúde. *Rev Ciências Médicas* 2015. Fev;19(1).
9. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto* 2012;20(40):41-8.
10. Fabbri G, Sorrentino R, Cannistraro G, Mintrone F, Bacherini L, Turrini R et al. Increasing the vertical dimension of occlusion: a multicenter retrospective clinical comparative study on 100 patients with fixed tooth-supported, mixed, and implant-supported full-arch rehabilitations. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018 Apr 12;38(3):323-35.
11. Freitas Júnior AC, Silva AM, Lima Verde MAR, Aguiar JRPJ. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology.* 2012 Mar;29(1):75-80.
12. Goiato MC, Sonogo MV, Santos DM, Silva EVF. Implant rehabilitation in bruxism patient. *BMJ Case Rep.* 2014 Jun 6;2014:bcr2014204080.
13. Granell-Ruiz M, Agustín-Panadero R, Fons-Font A, Román-Rodríguez JL, Solá-Ruiz MF. Influence of bruxism on survival of porcelain laminate veneers. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014 Sep 1;19(5):e426-32.
14. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, Díaz-Gómez SM, Hidalgo-Hidalgo S, Rodríguez-Ramos S, Bravo-Cano O. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. *Arch Méd Camaguey.* 2019 May/Jun; 23(3):309-18.
15. Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. *J Can Dent Assoc.* 2015 Jan;81:f2.
16. Koenig V, Wulfman C, Bekaert S, Dupont N, Le Goff S, Eldafrawy M et al. Clinical behavior of second-generation zirconia monolithic posterior restorations: two-year results of a prospective study with ex vivo analyses including patients with clinical signs of bruxism. *J Dent.* 2019 Dec;91:103229.

17. Levartovskya S, Pilo R, Shadur A, Matalon S, Winocu E. Complete rehabilitation of patients with bruxism by veneered and, non-veneered zirconia restorations with an increased vertical dimension of occlusion: an observational case-series study. *J Prosth Res.* 2019 Oct;63(4):440-6.
18. Lin WS, Ercoli C, Lowenguth R, Yerke LM, Morton D. Oral rehabilitation of a patient with bruxism and cluster implant failures in the edentulous maxilla: a clinical report. *J Prosth Dent.* 2012 Jul;108(1):1-8.
19. Magalhães BG, Freitas JLM, Barbosa ACS, Gueiros MCSN, Gomes SGF, Rosenblatt A et al. Temporomandibular disorder: otologic implications and its relationship to sleep bruxism. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018 Oct;84(5):614-9.
20. Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Lobbezoo, F. Manejo do bruxismo do sono em adultos: uma revisão sistemática qualitativa da literatura. *J Oral Rehab.* 2015 Nov;42(11):862-74.
21. Marques JLS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres EM, Rocha SS. Reabilitação estética-funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. *Rev Odontol Bras Central.* 2010;19(51):356-61.
22. Mengatto CM, Coelho-Souza FH, Souza Junior OB. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. *Clin Cosm Investig Dent.* 2019 April 22;8:71-7.
23. Mesko ME. Should occlusal splints be a routine prescription for diagnosed bruxers undergoing implant therapy. *Int J Prosthodont.* 2014 Sep;27(5):413-4.
24. Mikeli A, Walter MH. Impact of bruxism on ceramic defects in implant-borne fixed dental prostheses: a retrospective study. *Int J Prosthodont.* 2016 May;29(3):296-8.
25. Miranda ME, Olivieri K. Establishing the maxillary occlusal plane as a requisite for placement of an immediate implant-supported fixed prosthesis in the mandible: a case report. *Rev Odontol Unesp.* 2013 Sep;42(5):384-8.
26. Moshaverinia A, Kar K, Aalam AA, Takanashi K, Kim JW, Chee WW. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: A clinical report. *Prosthet Dent.* 2014 April; 111(4): 259-63.
27. Sarmiento H, Dantas RVF, Pereira-Cenci T, Faot F. Elements of implant-supported rehabilitation planning in patients with bruxism. *J Craniofac Surg.* 2012 Nov;23(6):1905-9.
28. Torcato LB, Zuim PRJ, Brandini DA, Falcon-Antenucci RM. Relation between bruxism and dental implants. *Rev Gaúch Odontol.* 2014;62(4):371-6.
29. Watarai Y, Mizuhashi F, Sato T, Koide K. Highly producible method for determination of occlusal vertical dimension: relationship between measurement of lip contact position with the closed mouth and area of upper prolabium. *J Prosthodont Res.* 2018 July;62(4):485-9.
30. Xie Q, Ding T, Yang G. Rehabilitation of oral function with removable dentures – still an option? *J Oral Rehabil.* 2015 Mar;42(3):234-42.