

# ESTUDO DAS PREMATURIDADES EM INTERCUSPIDAÇÃO MÁXIMA

PINHO JC\*; CALDAS FM\*\*

---

## RESUMO

*Este artigo pretende alertar para os perigos resultantes, a nível da ATM, das reabilitações oclusais incorrectas que provocam prematuridades na intercuspidação máxima e, por outro lado, preconiza um método de pesquisa e desgaste selectivo dessas mesmas prematuridades.*

**Palavras-Chave :** Intercuspidação máxima. Desgastes selectivos. Desordens da ATM.

## SUMMARY

*The purpose of this paper is to advise against the risks resulting, to the TMJ, from the incorrect occlusal rehabilitation which cause prematur contacts in intercuspidal position; on the other hand this article preconizes a method of the search and selectiv grinding of these prematur contacts.*

**Key-Words:** Intercuspidal position. Selective grinding. TMJ disorders.

Pinho J. C. et al. Estudo das Prematuridades em Intercuspidação Máxima. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1998; Vol. 39 (4): 215-218.

---

## INTRODUÇÃO

As técnicas de desgastes selectivos, devido ao seu carácter invasivo e irreversível, têm indicações muito restritas pelo que o seu uso deve ser criteriosamente ponderado, [Greene, 1998 #467].

Entende-se por prematuridade em intercuspidação máxima, o 1º contacto, ou contacto mais forte, entre dois dentes antagonistas, com ou sem separação dos restantes pares dentários, quando o doente fecha a boca em intercuspidação máxima.

A causa principal do aparecimento das prematuridades em intercuspidação máxima, é uma análise oclusal incorrecta, após qualquer reabilitação por dentisteria, prótese, implantes, ortodontia, ou ainda após consolidação de fracturas maxilares e/ou mandibulares. É, pois, uma causa iatrogénica<sup>(1)</sup>. Este tipo de prematuridades também pode surgir no decurso de certas parafunções e após doenças articulares degenerativas inflamatórias (osteoar-

---

\* Professor Auxiliar da Disciplina de Oclusão da Faculdade de Medicina Dentária de Universidade do Porto.

\*\* Professor Associado da Disciplina de Oclusão da Faculdade de Medicina Dentária de Universidade do Porto.

trite) da articulação temporomandibular (ATM) sendo, no entanto, pouco vulgares.

O potencial patogénico destas prematuridades é igual ou mesmo superior às prematuridades em oclusão em relação cêntrica (ORC) e podem potenciar lesões dentárias, parodontais, musculares e articulares.

Enquanto que as lesões dentárias, parodontais e musculares estão bem documentadas [Okeson, 1989 #482], o mesmo não acontece em relação à ATM, que é particularmente atingida quando as prematuridades se encontram nos dentes anteriores. Paradoxalmente, apesar de serem as mais lesivas, são aquelas que o doente suporta melhor e, inclusivamente, é frequente não se aperceber delas.

Já a nível dos pré-molares e molares, o doente pode experimentar a sensação de ter um dente mais “alto” e procura o médico dentista para tratar o problema.

A nível dos dentes anteriores, estas prematuridades são muito frequentes, quando a restauração engloba um bordo incisal inferior ou uma vertente lingual de um incisivo superior. Durante o fecho, o incisivo inferior desliza na face palatina do incisivo superior e obriga a mandíbula a distalizar (Fig. 1). Este movimento forçado da mandíbula faz aumentar a pressão do côndilo sobre os tecidos retro-discais e sobre o terço posterior do disco<sup>(2)</sup>.

A posição mais distal do complexo côndilo-disco origina hipertonia no pterigoideu lateral superior<sup>(2)</sup>.

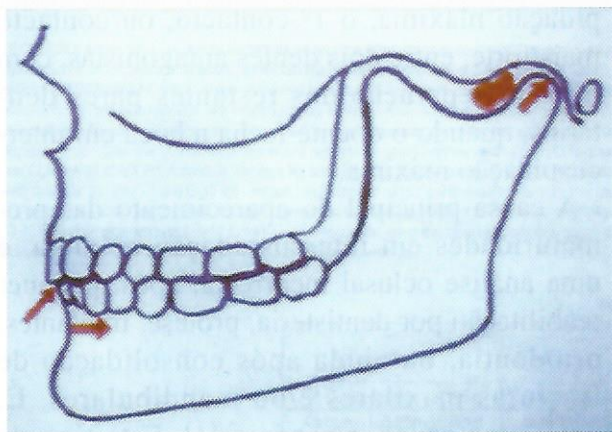


Fig. 1 - Prematuridade em intercuspidação máxima nos incisivos, que obriga à distalização da mandíbula.

A compressão dos tecidos retro-discais pode determinar o aparecimento de inflamação (retrodiscite) e dor na ATM<sup>(2)</sup>.

A compressão do terço posterior do disco pode acabar por o deformar, tornando-o mais afilado. O afilamento do bordo posterior do disco associado à hipertonia do pterigoideu lateral superior, acabam por estirar o ligamento colateral lateral e a lâmina retro-discal inferior<sup>(2)</sup>.

Estão assim criadas as condições para um processo progressivo de deslocamento anterior do disco, com a sintomatologia característica de estalido, dor, limitação intermitente de abertura da boca, limitação definitiva de abertura da boca sem redução, até ao último estágio de doença articular degenerativa.

Como conclusão ressalta que uma pequena prematuridade iatrogénica em intercuspidação máxima, nos dentes anteriores, pode conduzir a uma severa patologia articular que não sendo correctamente tratada, vai deixar sequelas cujos resultados irão depender da capacidade de adaptação das estruturas envolvidas e de factores emocionais da personalidade do doente.

## MATERIAL E MÉTODOS

### PESQUISA DAS PREMATURIDADES

A pesquisa das prematuridades em intercuspidação máxima deve ser efectuada em duas fases: primeiro nos pré-molares e molares e só depois nos incisivos e caninos.

O doente deve permanecer sentado como as costas e cabeça numa posição erecta<sup>(1)</sup>

#### a) Pesquisa e desgaste selectivo nos pré-molares e molares

Após ter secado muito bem os dentes, o médico dentista coloca papel de carbono (o tipo ferradura é o mais aconselhado, por abranger, simultaneamente, as duas hemiarcadas) e pede ao doente para fechar a boca lentamente e com suavidade, até os dentes ocluírem. Seguidamente pergunta ao doente se teve a sensação de algum toque mais forte em alguma zona. Depois examina as marcas deixadas pelo papel de carbono nos dentes. A situação mais frequente, quando há prematuri-

dades em intercuspidação máxima a nível de pré-molares e molares, numa oclusão sem grandes alterações, é o contacto prematuro estar situado entre uma cúspide de suporte e a fossa oposta. Cabe então ao médico dentista decidir se vai efectuar o desgaste na cúspide de suporte, ou aprofundar a fossa. Uma maneira prática de tomar essa resolução consiste em verificar duas situações:

1) Analisar as curvas de Spee e Wilson e desgastar os dentes, cúspide ou fossa, que estejam em egressão em relação a estas duas curvas (Fig. 2).

2) Caso o par dentário não viole grosseiramente a curva de Spee e/ou Wilson, o médico dentista analisa como se comporta o dente em prematuridade em intercuspidação máxima e durante os movimentos para o lado de trabalho

e para o lado de não-trabalho.

• No caso de, para além da prematuridade, haver interferência do mesmo dente, durante o movimento para o lado de trabalho, para o lado de não trabalho, ou para os dois lados, o desgaste deverá ser efectuada na cúspide de suporte em prematuridade e de tal modo a que o contacto obtido se aproxime o mais possível do contacto punctiforme<sup>(3)</sup> (Fig. 3). Esta técnica poupa tecido dentário, já que ao efectuar o desgaste selectivo apenas num ponto, são resolvidas três situações.

Finalmente, para otimizar a oclusão a largura da mesa oclusal deve ser reduzida, já que o seu aumento favorece o bruxismo<sup>(4)</sup> (Fig. 4).

3) No caso de, durante os movimentos laterais não haver interferências, o médico den-

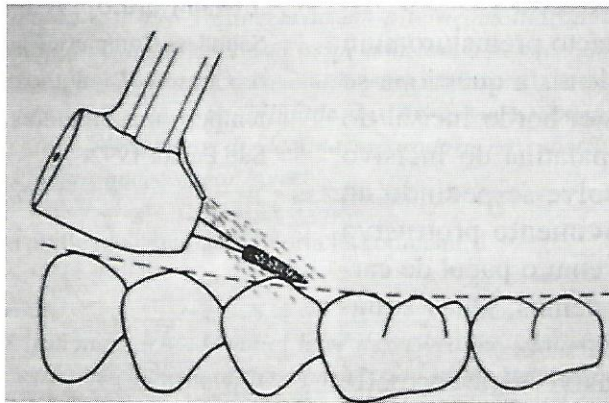


Fig. 2 - Desgaste da prematuridade em intercuspidação máxima, que ultrapassa a curva de Spee.

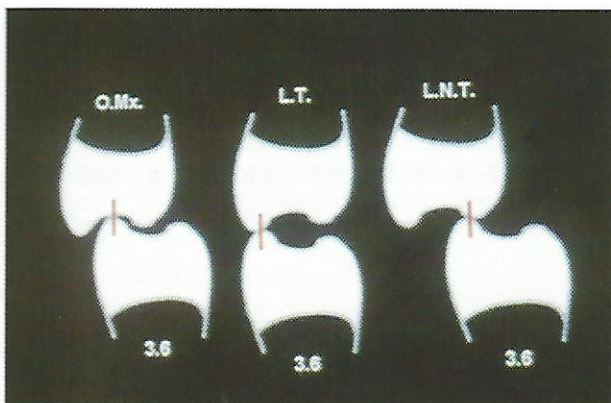


Fig. 3 - Análise de uma prematuridade em intercuspidação máxima, durante os movimentos de lateralidade.

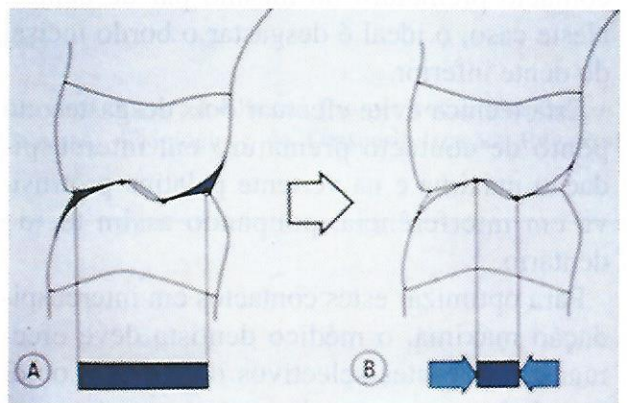


Fig. 4 - Otimização dos contactos em intercuspidação máxima (redução da mesa oclusal).

tista deve aprofundar a fossa.

### b) Pesquisa e desgaste selectivo nos incisivos e caninos

Os contactos em intercuspidação máxima, nos incisivos e caninos devem ser leves, pois estes contactos transmitem forças tangenciais que quanto mais elevadas forem, mais lesam o parodonto<sup>(5)</sup>.

A técnica de pesquisa das prematuridades é semelhante à usada nos prémolares e molares. Os dentes devem estar rigorosamente secos e com o papel de carbono interposto entre as arcadas da boca do doente, o médico dentista pede-lhe para fechar a boca na intercuspidação máxima, lentamente e com suavidade. A força exercida nestes dentes é melhor quantificada se, para além do uso do papel de carbono, o médico dentista apoiar a polpa de um dedo na face vestibular dos dentes superiores, com o intuito de tentar detectar algum movimento durante o fecho da boca, na intercuspidação máxima<sup>(6)</sup>.

Em presença de um contacto prematuro num dente anterior, o médico dentista questiona-se quanto ao local de desgaste: bordo incisal do incisivo inferior ou face palatina do incisivo superior. Esta dúvida resolve-se pedindo ao doente que efectue o movimento protrusivo funcional até topo a topo, com o papel de carbono interposto entre os dentes. Duas situações podem subsistir:

1) O movimento protrusivo está correcto. Neste caso o desgaste selectivo efectua-se na face palatina do incisivo superior que está em prematuridade.

2) No movimento protrusivo mantem-se o contacto prematuro no mesmo par de dentes. Neste caso, o ideal é desgastar o bordo incisal do dente inferior.

Esta técnica evita efectuar dois desgastes, no ponto de contacto prematuro em intercuspidação máxima e na vertente palatina protrusiva em interferência, poupando assim tecido dentário.

Para optimizar estes contactos em intercuspidação máxima, o médico dentista deve efectuar os desgastes selectivos de modo a obter uma linha, ou pontos de contacto, na face palatina dos incisivos superiores e no bordo ves-

tíbulo-incisal do dos dentes inferiores e não terminar o desgaste selectivo com facetas que predispoem ao bruxismo.

Por fim os dentes que sofreram desgastes selectivos devem ser cuidadosamente polidos e deve proceder-se à sua fluoretação.

## BIBLIOGRAFIA

1. Clark GT, Mohl ND, Riggs RR - Terapia de ajuste oclusal. In: Mohl, Zarb, Carlsson, Rugh, (eds). *Fundamentos de oclusão. (Ed. bras.)*. Quintessence Publishing Co, Inc., Rio de Janeiro 1989: 321-341.
2. Dawson PE - Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. (2ª ed.) - The C.V. Mosby Company, St. Louis 1989.
3. Abjean, Korbendau - L'occlusion. Julien Prelat. Paris. 1977.
4. Jankelson B - Physiology of human dental occlusion. JADA 1955;50:664-680.
5. Ramfjord SP, Ash M - Occlusion (3ª ed.). W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1983
6. Okeson JP - Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. (2ª ed. Bras.) Artes Médicas. São Paulo. 1992.