

Reabilitação estética e funcional com facetas de cerâmica em dentes desgastados pelo bruxismo do sono associadas ao uso de placa estabilizadora

Katieny Lacerda TOLENTINO¹; Thatiane Urzeda da SILVEIRA²; Laylla Eduarda Rodrigues SOUZA³; Andreia Assis CARVALHO²; Lawrence Gonzaga LOPES⁴

1 - Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás (PPGO/UFG); Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN); **2** - Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN); **3** - Egressa do curso de Odontologia do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN); **4** - Professor Titular do curso de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Resumo

A intervenção no bruxismo visa minimizar os efeitos prejudiciais que os movimentos mandibulares podem provocar. Restabelecer o formato e estrutura dos dentes desgastados, controlar e tratar a dor muscular ou articular são formas de manejo importantes para a intervenção nos pacientes com este hábito. Esse trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico envolvendo reabilitação estética e funcional utilizando facetas cerâmicas em paciente com desgaste dentário decorrente do bruxismo do sono, associada a instalação e ajuste de uma placa estabilizadora. Foram realizadas facetas de cerâmica nos incisivos, caninos e primeiro pré-molares superiores a partir de um planejamento digital. Nesse caso clínico, a utilização das facetas cerâmicas no tratamento reabilitador em paciente com bruxismo associadas ao uso de uma placa estabilizadora para bruxismo do sono alcançou resultado clínico satisfatório, atendendo as expectativas funcionais e estética do sorriso, bem como promoveu proteção e aumento das possibilidades de maior longevidade do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Bruxismo do Sono; Desgaste dos Dentes; Facetas Dentárias; Cerâmica; Ajuste Oclusal.



Copyright © 2025 Revista
Odontológica do Brasil Central -
Esta obra está licenciada com uma
licença Atribuição-NãoComercial-
Compartilhável 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 16/04/25
Aceito: 29/04/25
Publicado: 15/10/25

DOI: 10.36065/robrac.v34i93.1829

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Katieny Lacerda Tolentino

Rua T-47, n. 77, Setor Oeste, Goiânia-GO, CEP: 74140-120.

E-mail: katylt03@hotmail.com

Introdução

Em 2013, foi estabelecido um consenso sobre a definição de bruxismo como atividade parafuncional muscular repetitiva, caracterizada por apertar ou ranger os dentes, que pode ocorrer durante o dia (bruxismo em vigília) ou durante o sono (bruxismo do sono)¹. Dentre todas as atividades parafuncionais possíveis de ocorrer no sistema estomatognático, o bruxismo é considerado o mais prejudicial, causando desgaste dos dentes, trauma oclusal, fratura dentária e representa um sério fator de risco para disfunções temporomandibulares (DTM), seja muscular ou articular^{2,3}.

Quanto ao desgaste dentário, quando o mesmo vem acompanhado de sensibilidade, pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes exigindo abordagens multidisciplinares para reabilitação. O manejo na dentição severamente desgastada é desafiador e pode causar um resultado final decepcionante tanto para o paciente quanto para o clínico, se um planejamento odontológico bem delineado e interdisciplinar não for considerado⁴. No planejamento reabilitador de um paciente com bruxismo do sono, além das restaurações que deverão ser realizadas a fim de reparar as perdas estruturais dos dentes, deve-se também focar na proteção tanto dos elementos dentários quanto nas restaurações realizadas por meio do uso de placa estabilizadora. Este dispositivo interoclusal reversível não é considerado um tratamento para o bruxismo do sono pois este ocorre por diversas causas. O bruxismo do sono pode ter causa idiopática como também pode ser desencadeado por diversas causas como fisiológicas (refluxo, xerostomia), ou estar associado a distúrbios do sono ou ao uso de medicamentos inibidores da recaptação de serotonina presentes em alguns ansiolíticos ou antidepressivos⁵. Portanto, a placa atua como uma ferramenta que irá minimizar os efeitos que estes movimentos inconscientes podem causar nos dentes como também nos músculos e articulações temporomandibulares^{6,7}.

Para execução da reabilitação restauradora, o cirurgião-dentista possui como opções restauradoras diversos tipos de materiais, que vão desde as resinas compostas até as cerâmicas. Com o aumento da demanda por restaurações estéticas, o correto diagnóstico de qual é o material mais indicado para cada caso, muitas vezes é um desafio para o clínico⁸. O tratamento com facetas cerâmicas consiste no recobrimento da estrutura dental pela cerâmica, fortemente unido ao elemento dentário por intermédio dos sistemas adesivos e cimentos resinosos⁹.

As facetas de cerâmica são restaurações muito utilizadas na odontologia por apresentarem boas propriedades como a fluorescência, translucidez, coeficiente de expansão térmica próximo à estrutura dental, estabilidade de cor, biocompatibilidade e boa resistência a abrasão e compressão^{10,11}. Além disso, a cerâmica possui maior longevidade e previsibilidade de resultado, tendo em vista tratar-se de um material que mais se assemelha à aparência natural do esmalte dentário¹¹.

A indicação de cerâmica para pacientes com bruxismo deve ser analisada de maneira individual e cuidadosa, ponderando o prognóstico sobre vantagens e desvantagens desse tipo de reabilitação, além de um adequado planejamento para a segurança e longevidade¹², incluindo o uso da placa estabilizadora interoclusal¹³. A função da placa é proteger os dentes e as restaurações cimentadas, além de prevenir dores orofaciais¹⁴. Dessa forma, esse trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico envolvendo reabilitação oral estética e funcional com facetas cerâmicas em paciente com desgaste dentário decorrente do bruxismo do sono associada a instalação e ajuste de uma placa estabilizadora para bruxismo do sono.

Relato de caso

Paciente H.S.U.S., 42 anos, gênero masculino, apresentou-se no consultório queixando-se estar insatisfeito com o seu sorriso, destacando a aparência ruim e o tamanho diminuído dos dentes

(Figuras 1 e 2). Na anamnese, o mesmo relatou não ter problemas de saúde, apesar de considerar sua rotina estressante e fazer acompanhamento com psiquiatra. Ao exame clínico, foi observado facetas de desgaste dos dentes anteriores superiores e na oclusal dos pré-molares superiores, presença de linha alba, endentações em bordo de língua e ausência de guias de desoclusão. Por meio dos sinais detectados e sintomas do paciente, foi diagnosticado que o mesmo realizava o bruxismo do sono. A fim de complementar o exame clínico, foi solicitado ao paciente o exame radiográfico periapical e interproximal. O protocolo fotográfico também foi realizado a fim de se obter melhor planejamento do caso.



FIGURA 1 - Registro fotográfico inicial do paciente. (A) Fotografia extrabucal, vista frontal, com os dentes afastados; (B) Fotografia intrabucal, vista frontal, em oclusão/máxima intercuspidação habitual.



FIGURA 2 - Registro fotográfico inicial. (A) Vista extrabucal lateral direita; (B) Vista extrabucal lateral esquerda.

Com os exames radiográficos e fotografias, foi proposto como plano de tratamento a cirurgia periodontal estética para correção e alinhamento das alturas cervicais, o clareamento dentário usando a técnica de consultório associada ao clareamento caseiro, e posteriormente a confecção de laminados cerâmicos para os dentes 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, bem como confecção de uma placa estabilizadora. Para dar início ao planejamento do sorriso, foi realizada a moldagem inicial com silicone por adição (Panasil, Ultradent, Indaiatuba, SP) utilizando a técnica de dois passos, para posterior obtenção do modelo de estudo.

Este modelo foi enviado ao laboratório para escaneamento, planejamento e enceramento digital (Figura 3A), juntamente com as fotos iniciais da paciente. O planejamento digital do caso foi realizado com o programa Exocad Webview (Align Technology,

San José, Califórnia, EUA). Nesse planejamento foi avaliado o formato do rosto, linhas sagitais e transversais, plano oclusal, contorno dos lábios, tamanho e forma dos dentes. Após a aprovação do planejamento digital, foi feita a impressão do modelo em resina Printax Model (Odontomega, Ribeirão Preto, SP). Os modelos impressos referentes à previsão final permitiram a visualização e predição do resultado estético-funcional das restaurações (Figura 3B).

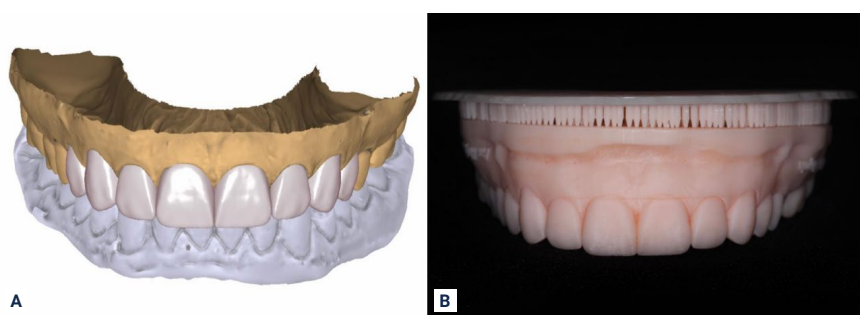


FIGURA 3 - Etapas para o fluxo semidigital. **(A)** Enceramento digital; **(B)** Modelo impresso após enceramento.

Na sessão seguinte, uma guia de silicone por condensação (Zeta Plus, Zhermack SpA, Badia Polesine, RO, Italy) foi confeccionada sobre o modelo impresso. Após a confecção, a guia foi preenchida com resina fluída bisacrílica cor A2 (Primart, FGM, Joinville, SC, Brasil) e levada à boca do paciente para a realização do ensaio restaurador *mock-up* (Figura 4A) para que o paciente tivesse materializado uma pré-visualização das futuras restaurações para que o mesmo pudesse analisar e aprovar a continuidade do tratamento. Este mesmo *mock-up* foi utilizado como guia para cirurgia estética periodontal (Figura 4B) e seria também, posteriormente, guia para os desgastes dentários, bem como servindo como matriz para realização das restaurações provisórias após o preparo dos dentes.

Após 20 dias da realização da cirurgia periodontal, deu-se início ao clareamento. Foram realizadas duas sessões pela técnica de consultório com intervalo de 14 dias. Em cada sessão, foram realizadas duas aplicações do gel clareador de peróxido de hidrogênio na concentração 35% (Whiteness HP, FGM), sendo que

cada aplicação acontecia por 20 minutos. Em todas as sessões aplicou-se previamente o gel dessensibilizante (Desensibilize, FGM) por 10 minutos e laser de baixa potência (MMOptics, São Carlos, SP, Brasil) com aplicação de 1 Joule por 10 segundos na região cervical (3 pontos) dos dentes alvo do clareamento, a fim de minimizar a sensibilidade durante e após o procedimento. Findado o clareamento pela técnica de consultório, o paciente iniciou a etapa do clareamento caseiro, sendo orientado a aplicar o gel clareador (peróxido de carbamida a 16 % (Whiteness Perfect, FGM) na moldeira e levar a boca, por 2 horas, durante 3 semanas.



FIGURA 4 - Confeção do *mock-up*. (A) Fotos extrabucal do paciente com o uso do *mock-up* confeccionado em resina bisacrílica; (B) Marcações durante cirurgia periodontal após uso do *mock-up*.

A confecção dos preparos ocorreu após 75 dias da cirurgia periodontal. Para escolha da cor das cerâmicas foi utilizado a escala de cor Vitapan Classical (Vita, Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha), levando-se em consideração a idade, a cor do substrato dos dentes remanescentes e a opinião do paciente. A cor selecionada foi BL4 e pastilha IPS e.max Press MT (Ivoclar Vivadent, Barueri, SP, Brasil). O *mock-up* foi novamente inserido e utilizado como guia para se obter desgastes minimamente invasivos. Com a ponta diamantada 4141 (KG Sorensen, Serra, ES, Brasil), foram realizadas as canaletas vestibulares transversais (Figura 5A) e, em seguida, feita a união das canaletas com a ponta diamantada 4138 (KG Sorensen). Guias de silicone foram utilizadas como parâmetro para avaliar o desgaste (Figura 5B) e os preparos para as facetas foram finalizados com a ponta diamantada 2135 FF (KG Sorensen). Para o refinamento, acabamento e polimento, foram utilizados disco Soflex e borrachas abrasivas (3M).



FIGURA 5 - Preparo dos dentes. **(A)** *Mock-up* utilizado como guia para os desgastes dentários; **(B)** Guia de silicone por condensação utilizada como parâmetro para avaliar o desgaste; **(C)** Aspecto final dos dentes preparados com fio retrator para escaneamento (fluxo digital).

Após o término dos preparos, um fio retrator de numeração #000 (Ultrapack, Ultradent, EUA) embebido em solução hemostática foi inserido na região sucular para afastamento gengival, a fim de deixar o término dos preparos mais evidentes para o escaneamento (Figura 5C). Em seguida, foi realizado o escaneamento digital com o *scanner* intraoral (Trios 3, 3Shape, Copenhagen, Dinamarca) dos dentes preparados, da arcada inferior e do registro intermaxilar para confecção das facetas.

As facetas cerâmicas vítreas reforçadas por dissilicato de lítio foram, então, provadas de forma úmida com gel de glicerina (KY, Semina, São Paulo, SP, Brasil), sob isolamento relativo associado a um afastador labial (Optagrade, Ultradent). Nesta sessão foi avaliada a adaptação das facetas cerâmicas aos preparos, pontos de contato, cor, forma e textura; obtendo, nessas condições, a aprovação do paciente e do cirurgião-dentista. Em seguida, procedeu-se aos protocolos de tratamento superficial dos dentes preparados e das superfícies internas das restaurações cerâmicas.

O isolamento absoluto modificado, utilizando grampos 26 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil) nos dentes 16 e 26 e lençol de borracha (Madeitex, Santa Branca, SP, Brasil), foi executado e a profilaxia com escova de Robinson e pedra-pomes foi realizada. Prosseguiu-se ao tratamento dos substratos dentários com ácido fosfórico 37% (Condac, FGM) por 30 segundos em esmalte, seguido de abundante lavagem com jato de ar/água, secagem e aplicação de fina camada de adesivo universal (Single Bond Universal, 3M, Sumaré, SP, Brasil) com uso do jato de ar

e sem fotopolimerização do mesmo (Figura 6). O tratamento da superfície interna das facetas foi realizado com ácido fluorídrico 10% (Condac Porcelana, FGM) por 20 segundos (Figura 7A), seguido de abundante lavagem com jato de água, secagem, aplicação ativa do agente de união (Silano, Angelus, Londrina, PR, Brasil) por 1 minuto (Figura 7B) e secagem com jatos de ar.

Para a cimentação das facetas, foi utilizado o cimento resinoso fotopolimerizável Variolink cor Bleach (Ivoclar Vivadent), aplicado diretamente na peça (Figura 7C). A cada assentamento de uma faceta, o excesso de cimento extravasado para as faces vestibular e palatina foi removido com pincel e uso do fio dental. Foi feito a fotopolimerização de cada face por 20 segundos utilizando o fotopolimerizador Gran Valo (Ultradent) no modo *Standard* ($\sim 1000\text{mW}/\text{cm}^2$).

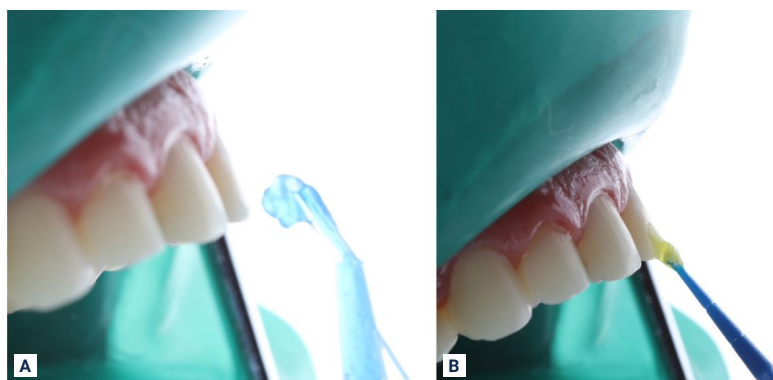


FIGURA 6 - Preparo inicial dos dentes para a etapa de cimentação. (A) Condicionamento com ácido fosfórico 37%; (B) Aplicação do adesivo.

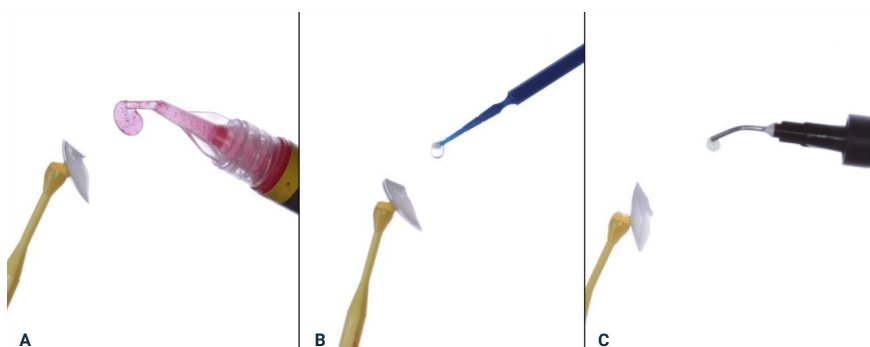


FIGURA 7 - Preparo interno dos laminados cerâmicos. (A) Ácido fluorídrico 10%; (B) Silano; (C) Aplicação do cimento resinoso.

Após a cimentação das facetas, foram feitos os ajustes da oclusão com auxílio de uma fita carbono (Bausch 40 micras) e de pontas para acabamento de cerâmica (DHPro, Paranaguá, PR), tendo como referência a máxima intercuspidação habitual e os movimentos excêntricos (lateralidade direita, esquerda e protrusão). Todas as faces ajustadas foram polidas com as pontas para polimento de cerâmica (DHPro). O resultado final pode ser observado nas Figuras 8 e 9A.

Em outra sessão clínica foi checada novamente a oclusão do paciente e feita a moldagem para confecção de uma placa estabilizadora. Esta moldagem foi realizada na arcada superior com silicone por adição (Panasil, Ultradent) e na arcada inferior com alginato (Avagel, FGM) e, por fim, foi feito o registro intermaxilar utilizando a paletas *Probite* de 2 mm de espessura na região dos segundos molares e silicone por condensação (Zeta Plus, Zhermack). Após lavagem e desinfecção dos moldes os mesmos foram enviados ao laboratório para confecção da placa estabilizadora de resina prensada para proteção contra os efeitos do bruxismo do sono.



FIGURA 8 - Registro fotográfico extrabucal após cimentação das facetas. (A) Vista lateral direita; (B) Vista frontal; (C) Vista lateral esquerda.



FIGURA 9 - Registro fotográfico extrabucal. (A) Vista frontal com os dentes afastados; (B) Placa estabilizadora instalada; (C) Vista frontal aproximada da placa estabilizadora.

A placa estabilizadora foi instalada e ajustada com padrão de oclusão mutuamente protegida (Figura 9B e 9C). O paciente foi orientado quanto aos cuidados e manutenção do tratamento reabilitador e foi solicitado que retornasse com 24 horas, 7 dias, 15 dias e 6 meses após instalação para verificar os pontos de contato em cêntrica e nos movimentos de desocclusão, avaliar tecidos moles, observar se havia algum desconforto muscular e/ou articular e algum problema nas facetas. Em todas as sessões nenhum desconforto foi relatado pelo paciente e identificado pelo clínico. Paciente relatou usar a placa sempre ao dormir.

Discussão

Na clínica odontológica, é crescente o número de casos com sinais e sintomas do bruxismo, seja ele do sono ou em vigília. O bruxismo em vigília, dentre outras causas, pode ser provocado por tensão emocional e por medicamentos inibidores da recaptação de serotonina^{14,15}, contribuindo para o bruxismo que pode influenciar nos sintomas da DTM¹⁶. Neste caso clínico, o paciente não apresentava DTM muscular nem articular, porém em sua anamnese o paciente se dizia ansioso e estar numa fase mais estressante o que poderia contribuir para o bruxismo.

O bruxismo do sono pode ter causas fisiológicas, como pode estar associado a distúrbios do sono ou ao uso de certos medicamentos. Mas, pode também ser idiopático^{12,17}. A intervenção no bruxismo visa minimizar os efeitos prejudiciais desses movimentos mandibulares. Restabelecer o formato e estrutura dos dentes desgastados, controlar e tratar a dor, muscular ou articular caso esteja presente são formas de manejo importantes para o tratamento dos pacientes com este hábito^{5,16}. Neste processo de minimizar os efeitos prejudiciais causados pelo bruxismo, fazer o uso da placa estabilizadora de resina acrílica é uma opção para o bruxismo do sono exceto quando o paciente tiver apneia do sono⁷.

A placa estabilizadora protege o sistema estomatognático, distribui a força nos dentes, previne desgastes e fraturas, e estabiliza as articulações e músculos faciais⁷. A mesma deve ser rígida e estável. Seu ajuste deve seguir princípios de oclusão mutuamente protegida¹⁸. Neste caso clínico, o paciente apresentava desgastes nos dentes, corroborando com a literatura no que diz respeito à maior frequência de desgastes nos dentes como consequência do bruxismo. Com isso, pode haver perda da dimensão vertical de oclusão e graves problemas estéticos e funcionais, exigindo abordagens multidisciplinares para reabilitação. Assim, a reconstrução estética e funcional de dentes severamente desgastados torna-se essencial⁴.

Diante dos sinais e sintomas e o diagnóstico de desgastes dentários decorrentes do bruxismo do sono, o planejamento de uma reabilitação estética e funcional dos dentes afetados foi justificado em face da possibilidade de restabelecimento da saúde, da função, da estética e da autoestima do paciente. Devido à variedade de materiais e técnicas na área da odontologia estética, é imprescindível um planejamento individualizado de cada caso. Uma das etapas mais importantes para a obtenção de um prognóstico favorável, na realização das facetas cerâmicas consiste na elaboração de um adequado planejamento, que contemple um protocolo clínico apropriado e individual para cada caso específico, visando as expectativas do paciente¹⁹. Por isso, para este caso foi realizado o protocolo fotográfico, plano de tratamento, enceramento digital e *mock-up*, a fim de se obter um planejamento individual para o caso descrito.

A previsibilidade do trabalho também foi um fator priorizado neste caso, pois antes de se obter as restaurações cerâmicas, o paciente foi consultado e pôde opinar sobre a prévia do resultado final antes mesmo das restaurações ficarem prontas. Isso só foi possível pelo planejamento reverso, enceramento e confecção das matrizes de silicone para se ter o *mock-up*.

O *mock-up* é um instrumento essencial para os tratamentos estéticos e protéticos. Permite-nos ser tão confiáveis quanto possível sobre as expectativas do paciente, e também serve de guia para a futura prótese. É uma técnica prática, precisa, permitindo um diagnóstico e um plano de tratamento do sorriso com maior previsibilidade²⁰. Neste caso clínico, o *mock-up* foi utilizado como ensaio restaurador, guia na cirurgia estética periodontal, guia de desgastes para o preparo dentário e para as restaurações provisórias.

Outro fator analisado pela equipe foi a escolha do material das restaurações protéticas. Para este caso, a opção foi a colocação de facetas em cerâmica a fim de oferecer ao paciente um sorriso funcional e harmonioso que apresentasse excelente propriedade óptica, biocompatibilidade com a estrutura dentária e gengival, boa estabilidade da cor e durabilidade a longo prazo²¹. Atualmente, os novos sistemas cerâmicos apresentam alta estética e maior resistência, pois são reforçados com leucita e dissilicato de lítio, possibilitando a realização de laminados cerâmicos de espessura delgada¹¹. Nessa perspectiva, o tratamento de escolha para o paciente envolveu a realização de facetas de cerâmica vítrea reforçadas com dissilicato de lítio com preparos minimamente invasivos.

Outro fator a ser analisado numa reabilitação oral em cimentações de facetas/laminados é o cimento a ser utilizado para fixação das mesmas. A literatura sugere o uso dos cimentos fotoativados, isto porque a maioria dos cimentos quimicamente ativados e duais apresentam a amina como ativador, podendo causar alterações de cor com o passar do tempo, comprometendo a longevidade do resultado estético¹¹. Dessa forma, optou-se pela utilização do cimento fotopolimerizável, que foi utilizado para este caso relatado.

A escolha de laminados cerâmicos deve ser pautada em critérios clínicos, ou seja, casos com má oclusão, dentes com erupção ativa, dentes com coroa extremamente curta e/ou muito

triangulares, pacientes com má higiene oral e dentes com a incisal muito delgada, não são indicações para este tipo de material²². No caso citado, o paciente poderia receber as restaurações indiretas em cerâmica, uma vez que o fator bruxismo não é uma contraindicação para a escolha desse material. De acordo com uma revisão sistemática elaborada por Melo *et al.*²³ (2018), nenhum estudo favoreceu qualquer associação entre o bruxismo do sono e o aumento da probabilidade de falha para restaurações de cerâmica, desde que haja conscientização do paciente com relação aos fatores emocionais e a utilização de uma placa interoclusal para proteger os dentes e as restaurações cimentadas.

Assim, a confecção da placa para proteção do sistema estomatognático estava no plano de tratamento do caso apresentado, visto que o paciente apresentava o bruxismo do sono. As evidências são insuficientes para afirmar que a placa oclusal é efetiva para tratar o bruxismo do sono, mas há benefícios quanto a sua função em proteger os dentes do desgaste provocado pelo bruxismo do sono¹³. A literatura sugere que as placas de estabilização representam uma abordagem segura e relativamente eficaz para reduzir a frequência e intensidade do bruxismo²⁴.

Contudo, a literatura ainda necessita de mais ensaios clínicos com metodologias claras, objetivas e bem delineadas para realmente determinar a eficácia do uso da placa interoclusal. Clinicamente é visível os benefícios deste dispositivo quando a mesma é bem indicada, ajustada e o paciente é acompanhado, minimizando os efeitos do bruxismo do sono. Porém, quando há uma investigação sistemática dos estudos as evidências científicas ainda são de baixa qualidade²⁵. Esta discrepância entre o resultado observado e a comprovação científica é evidenciada pelo estudo de Hardy e Bonsor²⁵ (2021), o qual destacou a necessidade de mais pesquisas nesta área e de melhorias na qualidade dos ensaios clínicos, a fim de fornecer evidências claras e eficazes para responder a essa questão de pesquisa tão necessária. Outro fator levantado neste estudo pelos autores, é que há

uma necessidade de maior clareza no processo de diagnóstico para bruxismo do sono em participantes incluídos nos estudos clínicos, ressaltando que esses estudos precisam ter amostras adequadas, tamanho de efeito apropriado e períodos de acompanhamento mais longos para que seja possível uma melhor comparação dos resultados²⁵.

Conclusão

A reabilitação oral estética e funcional em pacientes com bruxismo é um tratamento desafiador e exige um planejamento odontológico minucioso. As restaurações cerâmicas quando corretamente indicadas apresentam alta taxa de sucesso nesses pacientes. Nesse caso clínico, a utilização das facetas cerâmicas no tratamento reabilitador em paciente com bruxismo, associadas ao uso de uma placa estabilizadora para bruxismo do sono, alcançaram resultado clínico satisfatório, atendendo as expectativas funcionais e estética do sorriso, bem como promoveu proteção e aumento das possibilidades de maior longevidade do tratamento.

Referências

- 1- Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, *et al.* Bruxismo definido e graduado: um consenso internacional. J Rehabil Oral. 2013; 40(1): 2-4.
- 2- Huang GJ, Lereschel L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). J Dent Res. 2002; 81(4): 284-8.
- 3- Macedo C. Placas oclusais para tratamento do bruxismo do sono: revisão sistemática Cochrane. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2007.
- 4- Mengatto CM, Souza FH, Junior OB. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. Clin Cosmet Investig Dent. 2022;71-77.
- 5- Davis CE, Carlson CR, Studts JL, Curran SL, Hoyle RH *et al.* Use of a structural equation model for prediction of pain symptoms in patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2010; 24(1): 89-100.
- 6- Gama E, Andrade AO, Campos RM. Bruxismo: Uma revisão da literatura. Ciência Atual. 2013; 1(1): 16-97.

- 7 - Okeson JP. The effects of hard and soft occlusal splints on nocturnal bruxism. *J Am Dent Assoc.* 1987;114(6):788-791.
- 8 - Andrade OS, Romanini JC. Protocolo para laminados cerâmicos: relato de um caso clínico. *R Dental Press Estética.* 2004;1(1):7-17.
- 9 - Rodrigues CK, Dittertich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2006; 12(3): 13-21.
- 10 - Tinschert J, Zvez D, Marx R, Anusavice KJ. Structural reliability of alumina, feldspar, leucite, ceramics and zirconia based ceramics. *J Dent.* 2000; 28(7): 529-535.
- 11 - Cardoso PC, Cardoso LC, Decurcio RA, Monteiro LJ. Restabelecimento Estético Funcional com Laminados Cerâmicos. *Rev Odontol Bras Central.* 2011; 20(52): 88-93.
- 12 - Miranda D, Souza M, Silva U. A utilização de laminados cerâmicos em pacientes com bruxismo. *Rev Saúde Mult.* 2021;10(2):29-33.
- 13 - Macedo CR. Bruxismo do sono. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2008; 13(2): 18-22.
- 14 - Aloé F, Silva G, Guedes D, et al. Bruxismo durante o sono. *Rev Neurociênc.* 2003; 11(1): 4-17.
- 15 - Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(suppl. 1): 24-40.
- 16 - Chien YC, Seferovic D, Holland JN, Walji MF, Adibi SS. When should sleep bruxism be considered in the diagnosis of temporomandibular disorders? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020; 130(6): 645-650.
- 17 - Thomas DC, Manfredini D, Patel J, George A, Chanamolu, B *et al.* Sleep bruxism: The past, the present, and the future-evolution of a concept. *J Am Dent Assoc.* 2024; 155(4): 329-343.
- 18 - Alencar JR, Becker A. Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. *J Oral Rehabil.* 2009; 36(2): 79-85.
- 19 - Souza CM, Sakamoto AS, Higashi C, *et al.* Laminados cerâmicos anteriores: relato de caso clínico. *Rev Dental Press Estét.* 2012; 9(2): 70-82.
- 20 - Breulles L. A importância do Mock-up na estética do sorriso: revisão sistemática integrativa. Dissertação. São Paulo: Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2022.
- 21 - Nobre FA, Costa IC, Lima JM, *et al.* Laminados cerâmicos: problema ou solução estética? *Conexão Unifametro.* 2020.
- 22 - Souza MS, Neto OI, Oliveira RS, *et al.* Laminados cerâmicos: um relato de caso. *Rev Pró-UniverSUS.* 2016;7(3):43-46.
- 23 - Melo GS, Batistella EA, Silveira EB. Association of sleep bruxism with ceramic restoration failure: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2018;119(3).

- 24 -** Minakuchi H, Fujisawa M, Abe Yuka, Lida T, Oki Kyosuke *et al.*
Managements of sleep bruxism in adults: A systematic review. J Dent
Sci. 2022;58:124-136. 2022; 58: 124-136.
- 25 -** Hardy RS, Bonsor SJ. The efficacy of occlusal splints in the treatment
of bruxism: a systematic review. J Dent. 2022; 58:124-136.

Aesthetic and functional rehabilitation with ceramic veneers on teeth weared down by sleep bruxism associated with the use of a stabilizing plate

Abstract

The intervention in bruxism aims to minimize the harmful effects that mandibular movements can cause. Restoring the shape and structure of worn teeth, controlling and treating muscle or joint pain are important management strategies for intervening in patients with this habit. This study aimed to report a clinical case involving aesthetic and functional rehabilitation using ceramic veneers in a patient with dental wear caused by sleep bruxism, associated with the installation and adjustment of a stabilizing splint. Ceramic veneers were placed on the upper incisors, canines, and first premolars based on digital planning. In this clinical case, the use of ceramic veneers in rehabilitative treatment of a patient with bruxism, combined with the use of a stabilizing splint for sleep bruxism, achieved a satisfactory clinical result, meeting both the functional and aesthetic expectations of the smile, as well as providing protection and increasing the potential longevity of the treatment

KEYWORDS: Sleep Bruxism; Tooth Wear; Dental Veneers; Ceramics; Occlusal Adjustment.

Como citar este artigo

Tolentino KL, Silveira TU, Souza LER, Carvalho AA, Lopes LG. Reabilitação estética e funcional com facetas de cerâmica em dentes desgastados pelo bruxismo do sono associadas ao uso de placa estabilizadora. Rev Odontol Bras Central 2025; 34(93): 96-112. DOI: 10.36065/robrac.v34i93.1829