

AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO: REVISÃO DE LITERATURA

Occlusal adjustment by selective grinding: a literature review

Larissa Rodrigues Duarte*
Raulino Naves Borges**
Mauro de Melo***

RESUMO

O desequilíbrio oclusal como fator etiológico de desordem temporomandibular (DTM) é um assunto que ainda promove polêmica, mas também, muitos são os estudos que fazem a correlação desses fatores.

Terapia empregando o ajuste oclusal por desgaste seletivo é grandemente indicado especialmente nos casos de tratamento da dor e disfunção da ATM; corrigir mastigação unilateral; eliminar deflexão e báscula; devolver estabilidade oclusal; eliminar hiperatividade muscular; pós-tratamento ortodôntico; estabelecer um padrão oclusal ótimo previamente e durante procedimentos restauradores; auxiliar a periodontia; coadjuvante à cirurgia ortognática; sempre que estiverem presentes sinais e sintomas de oclusão traumática ou patológica; corrigir anatomia; corrigir posição dental; eliminar parafunção; eliminar dor de cabeça e corrigir deglutição atípica. Porém, existem também, contra-indicações para o ajuste oclusal, como na ausência de diagnóstico da causa do distúrbio, desconhecimento da técnica correta de como fazê-lo (o mau ajuste piora o quadro) e profilaticamente (sem que o paciente apresente sinais e sintomas de oclusão traumática).

Atualmente, tem-se discutido a respeito da relação ou não da oclusão com as DTMs, portanto, neste estudo, foram apresentados diversos autores que acreditam nesta relação e que apresentaram resultados bastante satisfatórios quando se utilizou a terapia de ajuste oclusal por desgaste seletivo como opção de tratamento. Alguns autores foram contra a terapia, contudo foram feitas análises das metodologias utilizadas para a produção dos estudos.

UNITERMOS

Ajuste oclusal por desgaste seletivo, Desequilíbrio oclusal, DTM.

INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é constituído de vários componentes, cada um exercendo sua função em harmonia um com o outro. A má-oclusão pode promover o desequilíbrio desse sistema, causando os sinais e sintomas da DTM. Apesar do valor dos fatores oclusais nos distúrbios da ATM ter sido questionado em muitos artigos, uma relação tem sido demonstrada por muitos outros.

A oclusão pode ser definida de acordo com McNeil²² (2000), como uma relação dinâmica, morfológica e funcional entre os componentes do sistema mastigatório. Considera-se oclusão fisiológica aquela que ocorre quando há adaptação tecidual a uma demanda funcional do sistema estomatognático, no sentido de manter o equilíbrio funcional deste sistema. No entanto, quando apresenta modificação dessa harmonia ocorrem alterações teciduais devido a uma demanda funcional excessiva e repentina, como nos casos de um trauma ou de uma doença, proporcionando assim, a necessidade de intervenção com uma terapia no sentido de devolver o equilíbrio funcional perdido (McNeil²² 2000; Paiva²⁴ 2008).

Os distúrbios oclusais se apresentam na forma de trauma oclusal, contato oclusal prematuro ou deflectivo, interferência oclusal, ausência de estabilidade oclusal e ou de guia anterior e alteração da dimensão vertical. Outros como alterações no periodonto de sustentação, abrasão oclusal acentuada, bruxismo, alterações do mecanismo neuromuscular e das ATMs são os principais fatores etiológicos das patologias do Sistema Estomatognático

(SE) (Fernandes Neto¹² 2004; Kriger¹⁶ 2003).

A observação da presença de sinais e sintomas de distúrbios oclusais durante a anamnese e exame do paciente é um importante meio para se estabelecer um diagnóstico. A estabilidade oclusal deve ser buscada sempre pelos cirurgiões-dentistas em todos os procedimentos realizados, pois ela é fundamental na preservação da saúde das unidades fisiológicas do SE (Fernandes Neto¹² 2004; Kriger¹⁶ 2003).

As várias condutas terapêuticas das desordens oclusais devem ter um único objetivo, o estabelecimento de uma oclusão fisiológica. Para isso, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, principalmente de cirurgião-dentista, fisioterapeuta, médico e psicólogo, com terapia odontológica, farmacológica, psicológica, "biofeedback" e comportamental. A manutenção ou reabilitação oral, pelo cirurgião-dentista, tem como objetivo preservar ou restabelecer a Dimensão Vertical (DV), Relação Cêntrica (RC), Estabilidade Oclusal (EO), Guia Anterior (GA) (Kriger¹⁶ 2003).

Diante do apresentado, o objetivo desta revisão foi fazer um estudo da literatura procurando apresentar os resultados encontrados das diversas linhas de entendimento que envolvem o referido tema.

REVISÃO DE LITERATURA

Dutra¹¹ (2004), Araluce e Cantero⁴ (2004), afirmaram que o desgaste seletivo pôde ser utilizado para prevenir uma mordida cruzada posterior funcional,

*Cirurgiã-Dentista pela FO/UFG.

**Professor Coordenador das Disciplinas de Oclusão, Anatomia e Escultura Dentária da FO/UFG; Mestre em Reabilitação Oral pela FOB/USP. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

***Professor Titular em Prótese Dentária da FO/UFG; Mestre e Doutor em Reabilitação Oral pela FOB/USP. Especialista em Prótese Dentária

corrigindo assim, a posição dental. E no pós-tratamento ortodôntico também é uma indicação adequada (Bailey⁵ 1995).

Coleman *et al*¹⁰ (2003), Serio e Hawley²⁶ (1999), Sundqvist *et al*²⁸ (2003), acreditam que o trauma oclusal é um dos fatores etiológicos da hipersensibilidade dentinária cervical. Dessa forma, quando o dente com hipersensibilidade apresentar interferência oclusal e/ou sinais de bruxismo, o ajuste deve ser realizado (Kemper e Okeson¹⁴ 1983; Sundqvist *et al*²⁸ 2003).

Serio e Hawley²⁶ (1999), McCulloch²¹ (2003), afirmam que nos casos em que uma restauração mal realizada esconde alguma estrutura dental (sulco, fosseta), é necessário reesculpí-la. Apesar da instabilidade oclusal ser um dos fatores etiológicos dessa parafunção, o fator psicológico é um agravante que deve ser levado em consideração.

Becker⁶ (1995), acredita que o contato prematuro é fator etiológico de disfunção mandibular. Dependendo do local da prematuridade, maior ou menor será a carga imposta às ATMs; quanto mais distante delas, maior será a carga. E uma vez equilibrada a oclusão, haverá melhora nos sintomas das DCMs.

A incorporação de interferências artificiais é bastante interessante para a investigação dos seus efeitos. Assim foi feito no estudo de Magnusson e Enbow²⁰ (1984). Após duas semanas com as interferências artificiais, os indivíduos apresentaram dor de cabeça e dolorimento muscular à palpação. Feita a remoção das interferências com o ajuste, os sinais e sintomas desapareceram (Gray¹³ 1994).

Fernandes Neto¹² (2004), Kriger¹⁶ (2003), McNeil²² (2000), Milosevic²³ (2003), acreditam que sempre que necessário, o profissional deve promover o equilíbrio oclusal redirecionado às forças aplicadas, através da mudança da localização de contatos dentários, ou seja, realizar o equilíbrio oclusal.

Agar e Weller¹ (1980), Alanen³ (2002), ao promoverem, experimentalmente, contatos prematuros nos primeiros molares, revelaram, através do exame eletromiográfico, que interferências oclusais podem causar dor e distúrbios nos músculos da mastigação (Kirveskari¹⁵ 1997).

Araluce e Cantero⁴ (2004), Dutra¹¹ (2004), realizaram estudos a partir da seleção de dois grupos de pacientes, tratamento e controle (no grupo tratamento foi realizado o ajuste oclusal, e

no grupo controle nada foi feito). Nessa pesquisa, todos os pacientes possuíam mordida cruzada posterior funcional. Os resultados desses estudos mostraram uma correção da má oclusão no grupo tratamento e insignificante porcentagem de correção no grupo controle. Portanto, o desgaste seletivo pode ser utilizado para correção de mordida cruzada posterior funcional.

De acordo com Agar e Weller¹ (1980), o ajuste oclusal pode ser indicado no tratamento de dentes que possuem a “síndrome do dente rachado” e pode, também, ser aplicada em dentes não sintomáticos predispostos à rachadura.

Tem sido bastante estudada a relação da dor de cabeça com a instabilidade oclusal. Como foi dito, interferências causam contratura muscular (Long¹⁸ 1992; Magnusson e Enbom²⁰ 1984). Quando o músculo entra em espasmo, ele contrai isometricamente, não encurtando as fibras musculares, isso dificulta a circulação sanguínea (impedindo trocas metabólicas e oxigenação) causando anóxia, acúmulo de ácido láctico e CO₂ na região da cabeça e consequentemente muita dor (Fernandes Neto¹² 2004). À medida que as interferências vão sendo removidas, a musculatura relaxa e o fluxo sanguíneo retorna à quantidade adequada, e com isso, a redução da isquemia e da dor. Portanto, cefaléia deve ser considerada um dos sintomas quando se avalia a disfunção do sistema mastigatório (Long¹⁸ 1992).

Bailey⁵ (1995), Becker⁶ (1995), Bodner e Miller⁷ (1998), Gray¹³ (1994), Peláez²⁵ (1999), acreditam que quando as dores na ATM ou desconforto muscular estão presentes, é necessário avaliar a presença de sinais e sintomas de oclusão traumática ou patológica (Simon²⁷ 2003).

Utilizando o PRI (índice de reprodutibilidade pantográfica), Lederman e Clayton¹⁷ (1983), detectaram a presença ou ausência de distúrbios em 10 indivíduos que possuíam disfunção severa e moderada, mas que estavam usando a placa oclusal. O índice sofreu redução em todos os pacientes após o uso da placa, porém, a resolução da disfunção só ocorreu após a remoção das interferências oclusais.

Bodner e Miller⁷ (1998), ao diagnosticar e tratar 38 pacientes pediátricos com disfunção na ATM compararam três modalidades de tratamento. Os tratamentos foram aplicados de acordo com as diferentes

etiologias das DTMs, que eram: terapia não invasiva, terapia oclusal e tratamento cirúrgico. Dos resultados obtidos, concluíram que todos os pacientes responderam bem nas três modalidades de tratamento, apesar do estudo não ter sido em longo prazo para confirmar se a terapia não invasiva continuou com resultados positivos após a remoção da placa oclusal.

Existem casos em que a dor e hiperatividade muscular são causadas por interferências entre RC e OH (Bailey⁵ 1995; Becker⁶ 1995; Christensen e Rassouli⁸ 1995; Gray¹³ 1994; Long¹⁸ 1992). Interferências oclusais, principalmente no lado de não trabalho, são os fatores mais importantes nas alterações no modelo de contração muscular isométrico (Magnusson e Enbom²⁰ 1984). Dessa forma, a estabilidade oclusal em RC é essencial para a harmonia muscular.

Em um estudo realizado por Magnusson e Carlsson¹⁹ (1983), pacientes receberam como tratamento o ajuste oclusal. 74% dos pacientes que foram submetidos ao ajuste apresentaram, após um ano de tratamento, interferências. Porém, como explicado pelos próprios autores, as “interferências oclusais menores não foram consideradas importantes e, portanto não foram eliminadas”. Apesar dessa recidiva, foi concluído que o ajuste oclusal é benéfico no tratamento de sinais e sintomas da disfunção mandibular.

Quando uma osteoartrite da ATM foi causada pela instabilidade oclusal, o ajuste oclusal por desgaste seletivo deve ser o tratamento de eleição (Peláez²⁵ 1999).

Clark *et al*⁹ (1997), realizaram uma revisão de literatura para avaliar a validade e a utilidade dos métodos de detecção das DTMs e suas relações com a terapia oclusal. No referido trabalho não encontraram nenhuma evidência confiável que pudesse provar as relações oclusais e DCMs a partir de uma revisão de literatura de mais de 500 artigos e cerca de 190 revistas.

Kemper e Okeson¹⁴ (1983), fizeram uma avaliação da eficácia do esplinte oclusal. Apesar de ter sido benéfico, esse estudo durou quatro semanas apenas. Outros estudos, em longo prazo, não foram feitos para verificar se após a remoção do esplinte, os pacientes tiveram seus sintomas e sinais tratados.

Gray¹³ (1994), Kirveskari¹⁵ (1997), Vallon *et al*²⁹ (1995), a fim de verificar os efeitos do ajuste oclusal, selecionaram pacientes com disfunções mandibulares

que estavam procurando tratamento em locais próprios para esse tipo de atendimento (na sua maioria, Faculdades de Odontologia) e ajustaram a oclusão de metade do grupo para que a outra parte funcionasse como grupo controle. Alguns autores tiveram como resultado negativo o procedimento de ajuste oclusal (Kirveskari¹⁵ 1997; Vallon *et al*²⁹ 1995). Porém, na maioria dos casos, o ajuste oclusal foi efetivo como tratamento de disfunção mandibular do sistema mastigatório.

Em um destes trabalhos de resultado negativo, o ajuste foi realizado em somente dois pacientes, muito pouco para se realizar um estudo comparativo. Além disso, o artigo só apresentou resultados de avaliações clínicas, não sendo possível tomar conhecimento se os sintomas subjetivos dos pacientes tiveram melhoras (Vallon *et al*²⁹ 1995).

No outro trabalho foram feitos oito ajustes sem que o indivíduo apresentasse um sintoma de DTM. Esse tipo de estudo não foi adequado além de não ter sido ético, pois nestas condições o desgaste do tecido dentário foi desnecessário (Kirveskari¹⁵ 1997).

O estudo de Wenneberg⁴⁷ (1988), apresentou um resultado negativo em relação ao efeito do ajuste oclusal. Porém, os pacientes do grupo controle (não tratado), não foram selecionados por razões éticas. Dessa forma, alguns fatores dificultaram a fidelidade do resultado desta pesquisa: a falta de controle adequado, a relativa falta de estudos (como afirmado no artigo) e o não esclarecimento dos outros tipos de terapia que foram aplicados no grupo S (que recebeu várias classes de terapia para o sistema estomatognático).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi discutida a linha que defende o desequilíbrio oclusal como fator etiológico de DTM e a que não acredita nessa inter-relação. Foi analisada na literatura consultada a filosofia de cada autor, a metodologia aplicada e a conclusão de sucesso ou não da utilização do ajuste oclusal por desgaste seletivo como forma de tratamento.

A rejeição da hipótese de que a oclusão tem relações com DTM, não pode ser justificada com a presente evidência empírica devido às diversas falhas nas metodologias utilizadas por alguns autores (Alanen³ 2002).

A desarmonia oclusal é um fator de risco na causa de sintomatologia dolorosa, principalmente na musculatura da mastigação; e o ajuste oclusal é uma modalidade de tratamento das DTMs, sendo o ajuste oclusal por desgaste seletivo um tipo de procedimento de tratamento de disfunção do sistema mastigatório que, apesar de gerar muitas controvérsias, é um procedimento efetivo quando corretamente aplicado (Kirveskari¹⁵ 1997).

O cirurgião-dentista precisa entender que parafunção, distúrbio do sono, podem influenciar no aparecimento de desordem temporomandibular, se o componente oclusal for um fator causativo de hiperatividade muscular (Becker⁶ 1995).

Com base em pesquisas que envolviam trauma oclusal e mobilidade dental em relação à saúde do periodonto, foi concluído em estudos que não há dúvida de que os aspectos da terapia oclusal têm uma base empírica. Cabe ao clínico fazer o exame para diagnosticar e tratar trauma de oclusão e estabilizar a dentição (Simon²⁷ 2003).

O ajuste oclusal traz benefícios conforme enfatizado pelos autores que acreditam na melhoria da função do sistema mastigatório, promovendo melhor saúde, reduzindo o desconforto (Long¹⁸ 1992), proporcionando estabilidade a este sistema (Bailey⁵ 1995; Peláez²⁵ 1999), facilitando o metabolismo dos tecidos injuriados até a diminuição ou eliminação de dores de cabeça por tensão muscular (Gray¹³ 1994; Magnusson e Enbom²⁰ 1984; Ash² 2007).

A estabilidade oclusal deve ser buscada sempre pelos cirurgiões-dentistas em todos os procedimentos realizados, pois ela é fundamental na preservação da saúde das unidades fisiológicas do SE (Kriger¹⁶ 2003). E sempre que necessário, o profissional deve promover o equilíbrio oclusal redirecionado às forças aplicadas, através da mudança da localização de contatos dentários, ou seja, realizar o equilíbrio oclusal (Bailey⁵ 1995; Fernandes Neto¹² 2004; Peláez²⁵ 1999).

A terapia é, algumas vezes, necessária quando se deseja estabelecer um padrão ótimo previamente e durante procedimentos restauradores (Bailey⁵ 1995; McCulloch²¹ 2003). É, também, adequado que em uma dentição com recessão do suporte periodontal e com sinais de trauma oclusal, seja indicado o ajuste (Bailey⁵ 1995; Gray¹³ 1994).

Oclusão traumática, doença degenerativa articular, distúrbios do crescimento e tumor foram apresentados como algumas das etiologias para a disfunção da ATM (Bodner e Miller⁷ 1998). Portanto, um dos motivos que levam uma pessoa a desenvolver distúrbios nas ATMs, é a existência de contatos deflectivos dos dentes durante os movimentos mandibulares e principalmente na deglutição (Becker⁶ 1995; Christensen e Rassouli⁸ 1995; Gray¹³ 1994). São nessas situações que a terapia deve ser aplicada. As outras condições exigem diferentes tratamentos.

Percebe-se também que o ajuste oclusal está indicado para corrigir mastigação unilateral, eliminar deflexão e báscula (Bailey⁵ 1995), eliminar hiperatividade muscular (Becker⁶ 1995; Gray¹³ 1994; Kriger¹⁶ 2003; Long¹⁸ 1992; Magnusson e Enbom²⁰ 1984), coadjuvante à cirurgia ortognática e corrigir deglutição atípica.

A diferença do ajuste e do equilíbrio oclusal está na extensão da terapia. Apesar da maioria da população não apresentar uma oclusão ideal, enquanto não apresentar nenhuma manifestação de disfunção devido à capacidade de adaptação do sistema estomatognático, o ajuste é contra-indicado (Milosevic²³ 2003).

CONCLUSÃO

Pelo estudo realizado por meio da revisão de literatura, pode-se concluir que o ajuste oclusal por desgaste seletivo é indicado no tratamento de DTMs, quando o desequilíbrio oclusal é o fator etiológico.

SUMMARY

The occlusal disequilibrium as etiologic factor of temporomandibular disorder (TMD) is a subject that still promotes controversy, but also, many are the studies that make the correlation of these factors.

Therapies using the occlusal adjustment for selective consuming greatly is especially indicated in the cases of treatment of the pain and dysfunction of the Temporomandibular Articulation (ATM); to correct the unilateral chewing; to eliminate deflection and bascule; to return occlusal stability; to eliminate muscular hyperactivity; orthodontic post-treatment; to establish an excellent occlusal standart previously and during restorative procedures; to help the

periodonty; coadjuvant to the orthogenetic surgery; whenever it is presented signals symptoms of traumatic or pathological occlusion; to correct anatomy; to correct dental position; to eliminate parafunction; to eliminate migraine and to correct atypical deglutition. However, there are also, contraindications for the occlusal adjustment, as in the absence of diagnosis of the disorder's cause, unfamiliarity of the correct technique of as to make it prophylactically (the bad adjustment worsening the picture) and (without the patient presents signals and symptoms of traumatic occlusion).

Currently, it has argued regarding the relation or not of the occlusion with the TMDs, therefore, in this study, diverse authors had been presented who believe this relation and that they had presented resulted sufficiently satisfactory when if used the therapy of occlusal adjustment for selective consuming as treatment option. Some authors had been against the therapy; however analyses of the methodologies used for the production of the studies had been made.

UNITERMS

Occlusal adjustment for selective consuming, Occlusal disequilibrium, DTM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar JR, Weller RN. Occlusal adjustment for initial treatment and prevention of the cracked tooth syndrome. *J Prosth Dent* 1980jul; 68(263):145-7.
- Ash MM, Ramfjord SP, Schmidseder J. *Oclusão*. 2 ed. - São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007. p. 272.
- Alanen P. Occlusion and Temporomandibular Disorders (TMD): Still Unsolved Question? *J Dent Res*, Turku, Guest Editorial 2002:518-9.
- Araluce MMA, Cantero LS. Desgastes selectivos en el tratamiento de oclusiones cruzadas unilaterales funcionales. *Rev Havanera Ciências Médicas* 2004;3(8). Disponível em: <www.ucmh.sld.cu/ rhab/articulo_rev8.htm>. Acesso em: 6 de jun. 2007.
- Bailey JO. Occlusal adjustment. *Dent Clin North America* 1995apr; 39(2):441-58.
- Becker IM. Occlusion as a causative factor in TMD. *NYSDJ* 1995nov:54.
- Bodner L, Miller VJ. Temporomandibular joint dysfunction in children: evaluation of treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998apr;44(2):133-7.
- Christensen LV, Rassouli NM. Experimental occlusal interferences. Part I. A review. *J Oral Rehabilitation* 1995;22:515-20.
- Clark et al. The validity and utility of disease detection methods and of occlusal therapy for temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997jan;83(1):101-6.
- Coleman TA, Grippo JO, Kinderknecht KE. Cervical dentin hypersensitivity. Part III: Resolution following occlusal equilibration. *Quintess Int* 2003;34(6):427-34.
- Dutra ALT et al. Assessment of treatment for functional posterior cross-bites in patients at the deciduous dentition phase. *Braz Dent J* 200415(1):54-8.
- Fernandes Neto AJ. *Conduta terapêutica: Ajuste oclusal por desgaste seletivo*. Apostila. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2004.
- Gray HS. Occlusal adjustment: Principles and practice. *New Zeland Dent J* 1994;90(399):13-9.
- Kemper JT, Okeson JP. Cranio-mandibular disorders and headache. *J Prosthet Dent* 1983may;49(5):702-5.
- Kirveskari P. The role occlusal adjustment in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol* 1997;83:87-90.
- Kruger L. Harmonia oclusal para a promoção de saúde. In: Fernandes Neto, A.J. *Promoção de saúde bucal*. 3 ed. - São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- Lederman KH, Clayton JA. Patients with restored occlusions. Part III: The effect of occlusal splint therapy and occlusal adjustments on TMJ dysfunction. *J Prosthet Dent* 1983jul;50(1):95-100.
- Long Jr JH. Occlusal adjustment as treatment for tenderness in the muscles of mastication in category 1 patients. *J Prosthet Dent* 1992apr; 67(4):519-25.
- Magnusson T, Carlsson GE. Occlusal adjustment in patients with residual or recurrent signs of mandibular dysfunction. *J Prosthet Dent* 1983may; 49(5):706-10.
- Magnusson T, Enbom L. Signs and symptoms of mandibular dysfunction after introduction of experimental balancing-side interferences. *Acta Odontol Scand* 1984;42(3):129-35.
- McCulloch AJ. Making occlusion work: 2. Practical considerations. *Dent Update* 2003may;30:211-19.
- McNeil C. *Ciência e prática da Oclusão*. São Paulo: Santos. 2000. p. 538.
- Milosevic A. Occlusion: 2. Occlusal splints, analysis and adjustment. *Dent Update* 2003;30(8):416-22.
- Paiva, H.J. *Noções e Conceitos Básicos em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008. p. 457.
- Peláez ALS et al. Osteoartritis de la articulación temporomandibular. Parte III: Manifestaciones histopatológicas, clínicas, serológicas y radiográficas, tratamiento y pronóstico. *Caracas. Acta Odontol Venez* 1999dec;37(3).
- Serio FG, Hawley CE. Periodontal trauma and mobility. Diagnosis and treatment planning. *Dent Clin North Am* 1999jan;43(1):37-44.
- Simon J. Occlusal interference. *Dent Today* 2003aug;22(8):70-3.
- Sundqvist B, Magnusson T, Wenneberg B. Comparison between predicted and actual treatment outcome in patients with temporomandibular disorders treated by TMD-trained general dental practitioners. *Swedish Dental Journal* 2003;27:131-41.
- Vallon D, Ekberg EC, Nilner M, Kopp S. Occlusal Adjustment in patients with craniomandibular disorders including headaches. *Acta Odontol Scand* 1995feb;53(1):55-9.

AUTOR RESPONSÁVEL

Raulino Naves Borges

Av. República do Líbano, 2417, sala 409/410, St. Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74.115-030

Email: raulinonaves@hotmail.com

Recebido para publicação: 08/04/2008

Aceito para publicação: 20/05/2008